



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Evaluace projektů Reformy psychiatrické péče – ČÁST B

Evaluace projektu „Podpora vzniku Center
duševního zdraví II“

ZÁVĚREČNÁ EVALUAČNÍ ZPRÁVA

Datum: 31. 3. 2021



Evaluation Advisory
Central Europe

Zpracovatel:

Evaluation Advisory CE s.r.o.
Křižíkova 70b, 612 00 Brno
IČ: 25342282

Zadavatel:

Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví
Palackého náměstí 375/4, 128 01 Praha 2
IČ: 00024341



Obsah

Seznam použitých zkratk	4
1 Manažerské shrnutí	6
1.1 Úvod	6
1.2 Zjištění procesní evaluace	6
1.3 Doporučení procesní evaluace	7
1.4 Zjištění dopadové evaluace	9
1.5 Doporučení dopadové evaluace	11
2 Kontext, cíl a účel evaluace	13
2.1 Popis projektu	13
2.2 Specifikace evaluace projektu	14
3 Metodologie řešení	15
3.1 Procesní část evaluace	15
3.2 Evaluační matice	15
3.3 Využité metody sběru dat	18
3.4 Zdroje dat	19
4 Závěrečné shrnutí procesní evaluace projektu	23
4.1 Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu (včetně jeho řízení)	23
4.1.1 Klíčové aktivity	23
4.1.2 Harmonogram (časový rámeček) projektu	36
4.1.3 Rozpočet projektu a čerpání podpory	37
4.1.4 Výstupy a výsledky	39
5 Zpráva o dopadové evaluaci	41
5.1 Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?	41
5.2 Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?	46
5.3 Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?	48
5.4 Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?	57
5.5 Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?	60
5.6 Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?	66
5.7 Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?	68



5.8	Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?	74
6	Závěry evaluace (hlavní zjištění) a doporučení	81
6.1	Doporučení formulovaná na základě procesní evaluace	81
6.2	Doporučení formulovaná na základě dopadové evaluace	97



Seznam použitých zkratk

AKČR	Asociace krajů České republiky
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, z.s.
CS	Cílová skupina
ČR	Česká republika
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DZR	Domov se zvláštním režimem
ESF	Evropský sociální fond
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
FP	Finanční plán
GAF	Global Assessment of Functioning (hodnotící škála pro závažnost psychiatrického onemocnění)
GDPR	Obecné nařízení o ochraně osobních údajů
HDP	Hrubý domácí produkt
HONOS	Health of the Nations Outcome Scales (hodnotící škála pro závažnost psychiatrického onemocnění)
IDI	Individuální hloubkový rozhovor
ISPV	Informační systém o průměrném výděлку
IZS	Integrovaný záchranný systém
KA	Klíčová aktivita
LPZ	List o prohlídce zemřelého
MF	Ministerstvo financí České republiky
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj
MO	Ministerstvo obrany České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSp	Ministerstvo spravedlnosti
MZd	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPAN+	Aktualizace a pokračování Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění.
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NRHZS	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém



OEF	Odbor evropských fondů a investičního rozvoje
OPZ	Operační program Zaměstnanost
OSS	Organizační složka státu
PO	Příspěvková organizace
PO OSS	Příspěvková organizace řízená organizační složkou státu
PP	Psychiatrická péče
PS	Případová studie
ŘO	Řídicí orgán
ŘO OPZ	Řídicí orgán Operačního programu Zaměstnanost
SMI	Severe (Serious) Mental Illness (překl. vážné duševní onemocnění)
SZP	Svaz zdravotních pojišťoven
ÚOOÚ	Úřad pro ochranu osobních údajů



1 Manažerské shrnutí

1.1 Úvod

Závěrečná zpráva je třetím výstupem evaluace projektu realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR s názvem „**Podpora vzniku Center duševního zdraví II**“. Tento projekt podporuje **zprovoznění celkem 16 Center duševního zdraví (CDZ)** na území ČR, čímž přispívá ke zvýšení kvality psychiatrické péče a systémové změně organizace jejího poskytování, což je jedním z klíčových cílů Strategie reformy psychiatrické péče. Projekt je spolufinancován z Operačního programu Zaměstnanost.

Tato zpráva se skládá ze **závěrečného shrnutí procesní evaluace** (které byly věnovány předchozí dvě evaluační zprávy) a ze **zprávy o dopadové evaluaci**.

Cílem procesní evaluace bylo vyhodnotit způsob realizace projektu, především soulad plánovaných aktivit s reálným průběhem, dodržení časového harmonogramu, adekvátní personální zajištění, průběh spolupráce s relevantními aktéry a způsob a vhodnost uskutečňování případných změn projektu s přihlédnutím k jeho cílům. v procesní evaluaci byla využita zejména analýza projektové dokumentace spolu s doprovodnými rozhovory se členy realizačního týmu.

Cílem dopadové evaluace bylo získat diferencovanou zpětnou vazbu od různých skupin přímo nebo nepřímo zapojených do projektu (klienti, pracovníci, spolupracující odborníci a organizace, zadavatelé, plátcí atd.) za účelem vyhodnocení dopadů projektu. Dopadová evaluace využila vedle analýzy dokumentace především zjištění z případových studií – tj. z rozhovorů s pracovníky CDZ a dalšími aktéry, napojenými na CDZ v dané lokalitě (podrobněji k metodologii viz kapitola 3).

Souběžně s tímto výzkumem probíhala taktéž evaluace projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“. Vzhledem k vysoké míře podobnosti obou projektu jsou i zjištění z obou evaluací velmi podobná.

1.2 Zjištění procesní evaluace

Na realizaci projektu měla zásadní dopad skutečnost, že teprve po schválení projektu bylo identifikováno, že původní záměr poskytovat prostředky provozovatelům CDZ na **bázi dodavatelско-odběratelského vztahu** se ukázal - kvůli rozpočtovým pravidlům stanoveným pro hospodaření příspěvkových organizací řízených organizačními složkami státu - jako **neproveditelný** (resp. neaplikovatelný na příspěvkové organizace řízené MZ). Hledání a **zajištění alternativního řešení (v podobě dotačního řízení)** mělo za následek zpoždění v harmonogramu realizace projektu (dosud byl projekt oproti původnímu plánu prodloužen o 12 měsíců) a kromě toho zásadním způsobem navýšilo administrativní náročnost implementace projektu.

MZd bylo v roli příjemce podpory z OPZ a současně bylo poskytovatelem dotací vůči provozovatelům CDZ. Zjednodušeně řečeno došlo k poskytování dotace v rámci dotace¹. Model poskytování „dotace

¹ Byť z hlediska právních předpisů MZd není příjemcem dotace z OPZ, vzhledem k tomu, že mezi MZd a ŘO OPZ jakožto dvěma organizačními složkami státu nejde o vztah mezi poskytovatelem dotace a příjemcem dotace.



v dotaci“ je v rámci čerpání prostředků ESF v ČR využíván i v jiných oblastech, např. v případě poskytování dotací na sociální služby, kdy příjemcem podpory na projekt jsou kraje a ty ze získaných prostředků financují jednotlivé poskytovatele sociálních služeb. Situace MZd byla ovšem v porovnání s oblastí sociálních služeb složitější. Důvodem je, že CDZ představují zcela nový prvek v systému sociálních a zdravotních služeb. MZd tedy muselo poskytovat provozovatelům CDZ intenzivní metodickou podporu týkající se fungování služby jako takové a výrazné úsilí bylo nutné věnovat i komunikaci s dalšími relevantními aktéry, jako jsou zdravotní pojišťovny, jednotlivé kraje a MPSV (z titulu nastavení systému fungování sociálních služeb v ČR, resp. z důvodu, že CDZ jsou zcela nové služby fungující na zdravotně-sociálním pomezí). **Role poskytovatele dotace si vyžádala zajištění administrace dotačních řízení a zejména velmi náročné agendy kontrol hospodaření s prostředky poskytnutými formou dotace.**

Další podstatnou odlišností skutečného plnění projektu od plánu bylo, že **se nepodařilo vybrat provozovatele pro všech 16 plánovaných CDZ v první výzvě** (na základě ní byla dotace poskytnuta jen na 12 CDZ). MZd proto muselo přikročit k **vyhlášení druhé výzvy**. v té se nakonec podařilo vybrat provozovatele pro dodatečně 4 CDZ. Nicméně provoz této druhé skupiny CDZ byl zahájen až v roce 2020, u 2 center dokonce až v dubnu roku 2020, což představuje další zpoždění v realizaci projektu jako takového.

Navzdory výše uvedenému se v projektu daří plnit jeho hlavní záměr, kterým je vytvoření a provoz 16 CDZ.

1.3 Doporučení procesní evaluace

Zjištění a doporučení naformulovaná na základě této procesní evaluace jsou ve většině případů navázána na téma administrativní náročnost implementace projektu. Níže vybíráme jen několik z celkem 22 doporučení, která mají potenciál snížit administrativní náročnost implementace dalších obdobných projektů CDZ v budoucnu. Veškerá doporučení jsou k dispozici v kapitole 6.2, tabulce 10.

Zpracovatel doporučuje **zahájit dialog s relevantními řídicími orgány operačních programů v programovém období 2021-2027 s cílem, aby pravidla programů nebyla překážkou pro využívání zjednodušených metod vykazování v případě dotací poskytovaných v rámci projektů realizovaných MZd. Adresát doporučení: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče (Tabulka 10/ Doporučení č. 1)**

Doporučení platí v případě, že v programovém období 2021-2027 bude záměrem MZd realizovat s podporou ESF (či dalších fondů ze skupiny ESIF) projekt, v rámci něhož bude z důvodu nastavení právních předpisů relevantní poskytování dotace z úrovně MZd (v roli příjemce podpory) na další subjekty. Ustanovení § 14 odst. 6 zákona č. 218/2000 Sb. umožňuje zjednodušené vykazování pro všechny projekty spolufinancované z rozpočtu Evropské unie, ovšem problematické se ukázalo nastavení pravidel pro tzv. nepřímé náklady na úrovni OPZ.

Zvážit zjednodušení pravidel pro dokladování kapacit multidisciplinárního týmu. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/6)

Pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (ani dodatky k těmto dokumentům) a ani doklady o nejvyšším dosaženém vzdělání členů multidisciplinárního týmu a jejich profesní životopisy není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly.



Zpracovatel doporučuje zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali informaci o složení týmu (včetně kvalifikace jeho členů) a jen v podobě přehledu v rámci zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ.

Zvážit posílení komunikace vůči provozovatelům CDZ, aby se snížil počet případů, kdy z popisu předmětu výdaje nebude možné dostatečně posoudit jeho způsobilost. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/8)

Cílem této komunikace (může mít např. podobu písemné pomůcky pro zpracování výkazu) by mělo být snížení výskytů a) obecného popisu předmětu výdaje (např. obcerstvení, kancelářské potřeby), b) případů, kdy je z názvu sice zřejmé, co bylo nakoupeno, nicméně otázkou je, zda byl výdaj pro CDZ nezbytný.

Zvážit vypuštění části i bodu a. (Definice obsluhovaného regionu) ve formuláři Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ. Zvážit vypuštění části i bodu d. (Vzdělávání a rozvoj týmu) ve formuláři Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/14)

Více informací k těmto doporučením lze najít i v kapitole 6.1 této zprávy.

Zvážit úpravu týkající se ohlašování změn projektu. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/15)

Pokud by provozovatelům odpadla povinnost informovat o nepodstatných změnách prostřednictvím samostatného Oznámení o změně, formulář Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ by mohl obsahovat přehled všech nepodstatných změn za monitorovací období. U podstatných změn, u nichž je před jejich provedením nutné získat souhlas MZd, je odložení jejich oznámení až do zprávy v praxi nevyužitelné. Tento typ změn by ovšem ve Zprávě nemusel být vůbec uváděn (právě z důvodu, že MZd již o těchto změnách má informaci, protože s nimi už v minulosti vyslovilo souhlas.)

Zvážit omezení rozsahu části IV (Indikátory) ve formuláři Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ tak, aby obsahovala pouze informace, které nejsou k dispozici v příloze „Tabulky k vyplnění indikátorů. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/16)

Zpracovatel se domnívá, že pro monitorování by postačoval přehled v podobě přílohy zprávy za podmínky, že by byl doplněn o součet, resp. pole pro vyznačení dosažené hodnoty indikátoru.

Zvážit odstranění povinnosti dokládat doklady ke vzdělávání pracovníků. Zvážit odstranění povinnosti dokládat doklady k realizaci komunikačních opatření. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (10/18 a 19)

Protože dokumenty o absolvovaném vzdělávání pracovníků CDZ ani dokumenty k realizaci komunikačních opatření (letáky, prezenční listiny účastníků kulatých stolů apod.) není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali přehled absolvovaného vzdělávání, resp. přehled komunikačních opatření jen v podobě přílohy (což už je takto pro obě skupiny informací v praxi nastaveno, viz Tabulka k vykazování indikátorů).

Zvážit zjednodušení týkající se dokládání výdajů prostřednictvím kopií dokumentace. Adresát doporučení: Administrátoři obdobných budoucích projektů (22/8)



Protože dokumenty není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, je doporučeno odstranění povinnosti dokládat MZ:

- kopie účetních dokladů, na kterých částka uplatňovaná v rámci způsobilých výdajů převyšuje 10.000 Kč,
- objednávky/smlouvy s dodavatelem, předávací protokoly či jiné doklad o převzetí zařízení/vybavení,
- výpisy z oddělené účetní evidence a
- výpisy z bankovního účtu organizace dokládající provedení platby nad 10.000 Kč.

1.4 Zjištění dopadové evaluace

Díky evaluaci se podařilo získat relativně široké množství výpovědí ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků o tom, jakým způsobem do jejich života vstoupilo Centrum duševního zdraví. Ukázalo se, že pro klienty CDZ přináší celou řadu kvalitativních zlepšení. Základní přehled podává schéma níže. Platí přitom, že různí klienti reflektují i různé přínosy. U CDZ je přitom důležité upozornit i na to, že přináší kvalitativní změnu i pro rodinné příslušníky. CDZ je tak těmito respondenty hodnoceno kladně². v textu zprávy i jejich přílohách jsou také uvedeny konkrétní příklady využívání CDZ klienty a rodinnými příslušníky.



V další části evaluace bylo hodnoceno, jakým způsobem se podařilo zavést pilotní podobu CDZ. Ve 4 z 5 podrobněji hodnocených případů v rámci skupiny CDZ II vznikla Centra na základě spolupráce 2 odlišných subjektů (poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb). Lišila se také délka a rozsah předchozí spolupráce těchto zakladatelských subjektů, což je aspekt, který, jak se ukázalo, má významný dopad na fungování vzniklého CDZ. **Dostatečně dlouhá doba (tj. několikaletá)**

² Klienti k rozhovorům byli vytipováni ze strany CDZ, a to na základě dvou proměnných: ochoty komunikovat s „externím“ tazatelem a jejich aktuální zdravotní situace. Vzhledem k této metodologii není pozitivní zpětná vazba překvapivá.



předcházející spolupráce obou organizací a ideálně společná zkušenost v poskytování péče, které je službám CDZ co nejbližší (multidisciplinární tým, case management, významný podíl terénní péče), jsou předpoklady, aby nově založené CDZ fungovalo již od první fáze od svého vzniku co nejlépe. v případě jednoho CDZ v Chebu byl pouze jeden zakládající subjekt, což se projevilo v tom, že CDZ se nepotýkalo s těmi problémy, které jsou napojeny na sžívání dvou různých organizací.

CDZ se mírně liší v tom, do jaké míry se členové jejich týmů vnímají jako zcela rovnocenní. Převažuje přístup, kdy tým pracuje konsensuálně a žádný z pracovníků nemá právo veta. Cílem je identifikovat sdílení a vzájemnou diskusi a spoluprací takový postup, který bude pro pacienta/klienta nejvíce přínosný a vyhovující.

Nejčastější překážky, s nimiž se jednotlivá CDZ musela při svém fungování vypořádat, jsou tyto:

- **náročné personální obsazování týmů**, které bylo navíc komplikováno zpožděním projektu

- **neexistence právní subjektivity CDZ**, s tím spojené nároky na duální management

- problémy při **rozdělení týmů v sociální službě** – na tým v CDZ a na tým mimo CDZ

- **problematické sdílení informací o zdravotním stavu klienta** mezi zdravotní a sociální složkou týmu

- **rozdílná výše odměňování pracovníků** sociální a zdravotní části, ačkoliv rozsah a odpovědnost u některých pozic jsou relativně podobné

- **sladování kultury přístupu ke klientovi** mezi zdravotní a sociální složkou probíhá v týmech postupně

Součástí evaluace bylo také hodnocení propojení CDZ s dalšími zdravotními a sociálními službami v regionu či pohled zdravotních pojišťoven na to, jak úspěšné je zavádění Reformy psychiatrické péče z pohledu financování.

U všech CDZ šetření ukázalo, že **prozatím není možné konstatovat, zda nastavený systém úhrad výkonů hrazený zdravotními pojišťovnami pokryje náklady CDZ na zajištění zdravotní složky péče.** Obecně mezi CDZ ovšem převládá přesvědčení, že prostředky by na provoz postačovat měly, že případně určitá menší ztráta, která může nastat v prvním období fungování v ostrém provozu, bude snížena díky optimalizaci v navazujícím období. Žádné CDZ ovšem nevyjádřilo názor, že by úhrady od zdravotních pojišťoven představovaly zcela jistý a komfortní zdroj prostředků.

CDZ se také shodují v tom, že velký problém a velký zdroj nejistoty představuje nastavení financování sociálních služeb v ČR. Kraje ve svém rozhodování o tom, které služby budou financovat, zásadně závisejí na tom, jaký objem prostředků na sociální služby jim poskytne státní rozpočet. **Kraje sice deklarují zájem na tom, aby se CDZ nadále etablovala a aktivně zařazují CDZ do svých strategických dokumentů, dlouhodobou jistotu finančních zdrojů nicméně nejsou schopny poskytnout, neboť ta se odvíjí od celkové výše prostředků, které na chod sociálních služeb budou poskytnuty ze státního rozpočtu.** v některých krajích pak bylo zdůrazněno, že potřebují od MPSV slyšet jasné stanovisko k tomu, jak s prostředky vůči CDZ nakládat.



1.5 Doporučení dopadové evaluace

Doporučení vyplývající z dopadové evaluace jsou podrobně shrnuta na konci této zprávy. Za nejdůležitější doporučení považujeme tato:

Pro podporu dalšího vzniku CDZ umožnit, aby nejprve existovala spolupráce poskytovatele zdravotní složky péče a poskytovatele sociálních služeb v podobě „protoCDZ“, které by teprve časem dorostlo do podoby úplného CDZ. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (Tabulka 11 / doporučení č. 5)

V případě tohoto doporučení nicméně reflektujeme, že již v tomto ohledu byly předběžně učiněny podobné úpravy Standardu péče poskytované CDZ v rámci stále probíhající KA2 projektu.

Usilovat o stabilizaci systémové podpory tak, aby CDZ byla více motivována k tomu vznikat jako subjekt s vlastní právní subjektivitou. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (11/6)

CDZ provozovaná společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) se potýkají s významnými administrativními problémy. Některá CDZ se vyjadřují tak, že se jim je podařilo odstranit a vnímají zázemí obou organizací jako přínosné. Jiné subjekty však jako preferovanou variantu vidí model, kdy by CDZ mělo vlastní právní subjektivitu. i z pohledu zpracovatele této evaluace je do budoucna vhodné motivovat CDZ k zakládání samostatných subjektů, neboť se tím podaří lépe vyřešit takové problémy jako odlišné odměňování pracovníků nebo problémy dvou zaměstnaneckých struktur. Ačkoliv této možnosti z právního hlediska nic nebrání, současná nejistota v podobě ekonomické nestability a rentability fungování CDZ k zakládání CDZ jako samotných právních subjektů odrazuje. Až dlouhodobá stabilizace systému financování zvýší ochotu CDZ zakládat vlastní subjekty.

Komplexně zhodnotit dopady CDZ na náklady péče a na základě toho sjednotit pohled na to, co od Reformy (a existence CDZ) konkrétně očekávat v otázce nákladovosti systému. Adresát doporučení: Pracovní a koncepční skupina CDZ/metodici (11/16)

Šetření přineslo poznatky o tom, že se napříč klíčovými aktéry odlišují pohledy na to, jak se nový prvek v systému psychiatrické péče v dlouhodobém horizontu projeví na nákladovosti psychiatrické péče či jak výrazná bude změna v kapacitě lůžkových zařízení. Je tedy třeba komplexně vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti, a to na národní, regionální i individuální úrovni (tj. na úrovni individuálních klientů). Díky poznatkům bude možné následně sjednotit pohled na finanční dopady Reformy.

Zvážit využití Nástroje pro technickou podporu, kterým Evropská komise podporuje rozvoj a implementaci důležitých vnitrostátních meziresortních strategií. Adresát doporučení: Výkonný výbor Reformy (10/19)

K prohloubení meziresortní spolupráce doporučujeme pro období 2021–2027 zvážit využití Nástroje pro technickou podporu. Jde o program Evropské komise, který nabízí zemím Unie odborné poradenství přizpůsobené jejich konkrétním potřebám tak, aby mohly samy navrhovat a provádět potřebné reformy. Motivem pro využití programu pro potřeby Reformy je to, aby



bylo možné adekvátně zapojit všechny důležité resorty do implementace Reformy (vedle MZD především MPSV).

Vedle výše uvedených v evaluaci prezentujeme i řadu dalších (dílčích) doporučení, jako např.:

- **specifikovat roli CDZ v „průtokovosti“**; tedy zda je osoba klientem CDZ jen na nezbytně dlouhou dobu nebo zda je má být v péči dlouhodobě (11/1)
- umožnit CDZ během pilotních provozů ve specifických případech **poskytovat služby klientům i mimo svoji spádovou oblast** (např. z důvodu přestěhování klienta) (11/2)
- umožnit CDZ zvolit si **vlastní rozsah návazných ambulantních služeb** v závislosti na vybavenosti daného regionu příslušnými zdravotními a sociálními službami (11/3)
- usilovat o změnu právního prostředí tak, aby zdravotní složka a sociální složka CDZ mohla sdílet údaje o situaci klienta (jeho osobní údaje) bez jeho explicitního písemného souhlasu (11/7)
- v dlouhodobém horizontu usilovat o **sblížení výše odměňování pracovníků CDZ na pozicích**, kde je to relevantní (např. sociální pracovník a psychiatrická sestra) (11/8)
- vytvořit **pozici jednoho manažera CDZ** (11/9)
- **podporovat rozvoj multidisciplinaritu v týmu CDZ** prostřednictvím supervize a vzdělávacích programů (11/10)
- specifikovat, jak se **bude dělit/ doplňovat péče** poskytnutá klientovi ze strany psychiatra CDZ a péče poskytovaná ambulantním psychiatrem (11/12)
- **zajistit další šíření osvěty** o Reformě zejména na úroveň psychiatrů a praktických lékařů, např. užší spoluprací s Českou lékařkou komorou či Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně. (11/17)

Podrobněji k jednotlivým závěrům se vyjadřuje zpráva v dalších kapitolách. Veškerá doporučení týkající se dopadové evaluace jsou uvedena v kapitole 6.2, v tabulce 11.



2 Kontext, cíl a účel evaluace

Předmětem zakázky bylo zpracování evaluace projektu realizovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR v rámci Reformy psychiatrické péče s názvem „Podpora vzniku Center duševního zdraví II (registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007037). Projekt byl podpořen z prostředků Operačního programu Zaměstnanost, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem.

2.1 Popis projektu

Projekt „Podpora vzniku Center duševního zdraví II“ **navazoval na předchozí projekt** s označením i a pokračoval v zakládání Center duševního zdraví na území ČR, a tedy k propojování zdravotní a sociální péče o osoby s duševním onemocněním. Tím přispíval ke zvýšení kvality psychiatrické péče a systémové změně organizace jejího poskytování, což je jedním z klíčových cílů Strategie reformy psychiatrické péče.

Realizátorem projektu je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Cílem projektu bylo vytvořit základy pro dostupnou, efektivní, balancovanou a diferencovanou péči pro osoby s duševním onemocněním v součinnosti všech pilířů psychiatrické, obecně medicínské, klinickopsychologické a sociální péče, ověřit plnou funkčnost tohoto konceptu jeho pilotním provozem a vytvořit poskytovatelům komunitní psychiatrické péče prostor a předpoklady k uzavření smluvních vztahů s plátcí péče a zajistit tím její dlouhodobou udržitelnost. Projekt spočíval ve **vytvoření 16 nových pracovišť CDZ** (v letech 2017 až 2021, tj. během 40 měsíců). CDZ jsou organizační jednotky zajišťující soubor bezprostředně kooperujících zdravotních a sociálních služeb k podpoře osob se závažným psychickým onemocněním v jejich běžném prostředí. Soustavně uplatňovaným (tzv. asertivním) přístupem spolupracují s klientem na základě individuálních plánů, pomáhají mu předcházet konfliktním nebo zatěžujícím situacím, omezují možnosti nástupu komplikací zdravotního stavu. Soustředěným úsilím ke stabilizaci zdravotního stavu i sociální pozice klienta omezují četnost a délku jeho hospitalizací v ústavní psychiatrické péči.

V rámci pilotního provozu v délce 18 měsíců bylo hlavním cílem každého ze vzniklých CDZ nabízet a poskytovat 7 služeb cílovým skupinám tak, aby došlo k trvalému zvýšení kvality života minimálně 720 osob (45 na 1 CDZ) s duševním onemocněním. CDZ muselo dále vzdělávat a vytvořit vhodnou organizační strukturu.

Projekt byl sestaven na základě následujících specifických cílů:

1. zvýšení kvality psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování,
2. omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie,
3. podpora a modernizace léčebných procesů v návaznosti na restrukturalizaci poskytování psychiatrické péče,
4. rozvíjení regionálních mobilních konzultačních týmů pro poskytování služeb pro duševně nemocné,
5. zajištění širšího zapojení duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků do léčebného procesu,
6. zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí,



7. zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou,
8. zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb,
9. humanizace psychiatrické péče,
10. základ sítě akreditovaných poskytovatelů péče v ČR.

Na uvedený projekt přímo navazuje další (Podpora vzniku CDZ III). Celkově má v rámci tří projektů na území ČR dojít k vytvoření sítě 30 CDZ. (Dle Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020—2030 je plánováno zřízení 30 CDZ do roku 2022, následně se předpokládá vznik dalších 70 CDZ do roku 2030.)

2.2 Specifikace evaluace projektu

Evaluace měla část procesní a dopadovou. Zadavatel jako výstupy evaluace stanovil Vstupní, Průběžnou a Závěrečnou evaluační zprávu.

Obsahem Vstupní a Průběžné zprávy byly výsledky procesní evaluace. Cílem procesní evaluace bylo vyhodnotit způsob realizace projektu, především soulad plánovaných aktivit s reálným průběhem, dodržení časového harmonogramu, adekvátní personální zajištění, průběh spolupráce s relevantními aktéry a způsob a vhodnost uskutečňování případných změn projektu s přihlédnutím k jeho cílům. Nedílnou součástí byla doporučení k dalšímu průběhu projektu, případně k navazujícím aktivitám.

Cílem dopadové evaluace bylo vyhodnocení dopadu projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví II“. Zjišťování dopadu probíhalo prostřednictvím případových studií, které byly realizovány v 5 vybraných CDZ podpořených tímto projektem. Výběr vhodných CDZ byl proveden na základě kombinace několika kritérií:

- výběr center jak na území Čech, tak na území Moravy/Slezska
- zastoupení regionů s odlišnou ekonomickou úrovní
- výběr CDZ i v regionu, kde již působí CDZ z první vlny pilotáže (projektu CDZ I)
- zastoupení CDZ s různým institucionálním nastavením (zřizovatel CDZ je psychiatrická léčebna, zřizovatelem je všeobecná nemocnice, CDZ mající de facto jednoho zřizovatele poskytující zdravotní i sociální služby)
- zastoupení alespoň dvou CDZ z různých regionů, kde je totožný zřizovatel
- zastoupení alespoň jednoho CDZ, které bylo podpořeno až ve druhé fázi projektu

Podrobněji je výběr popsán v technické příloze zprávy, kap. 6. Metodika výběru CDZ pro případové studie.

Zdrojem dat pro případové studie byly rozhovory se zástupci zřizovatelů jednotlivých CDZ, s pracovníky CDZ, klienty a jejich rodinami a také rozhovory se spolupracujícími subjekty v dané lokalitě (psychiatrická zařízení, zdravotní služby, veřejná správa).

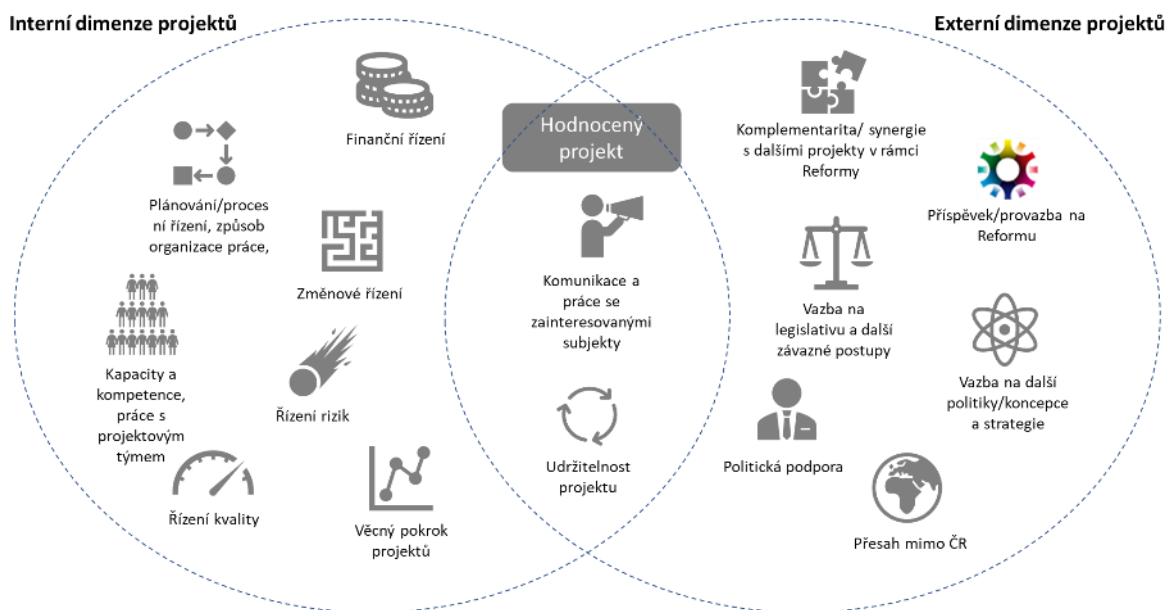
Závěrečná evaluační zpráva obsahuje především dopadovou evaluaci, její součástí je však i shrnutí evaluace procesní.



3 Metodologie řešení

3.1 Procesní část evaluace

Procesní evaluace byla zaměřena na klíčové aspekty projektu, které jsou nejvýznamnější s ohledem na dosažení plánovaných cílů, viz následující schéma.



K vyhodnocení jednotlivých interních a externích aspektů projektu Zpracovatel realizoval tři základní etapy evaluace:

- Vyhodnocení původního plánu projektu
- Vyhodnocení aktuálního stavu implementace projektu a souladu s původním plánem
- Vyhodnocení aktuálního stavu implementace a aktuálních potřeb/směrování veřejné politiky

Klíčovými metodami byly analýza doprovodných dokumentů týkajících se projektu a rozhovory s pracovníky realizačního týmu projektu a jeho dalšími účastníky (díky kombinaci rozhovorů a analýzy sekundárních dat je zajištěna triangulace metod a zdrojů evaluace). Kromě procesních záležitostí se evaluace zaměřila také na definici těch administrativních opatření, které je možné pro budoucí obdobné projekty zjednodušit. Evaluace se nezaměřovala na porovnání efektivity při vedení dokumentace mezi podpořenými CDZ.

3.2 Evaluační matice

Pro realizaci evaluace dopadů a nalezení odpovědí na 8 evaluačních otázek byl využit evaluační design postavený na analýze primárních dat získaných od širokého množství aktérů přímo i nepřímo zapojených do projektu a její triangulaci analýzou sekundárních datových zdrojů.

Specifikaci řešení každé evaluační otázky do jednotlivých úrovní obsahuje evaluační matice níže.



Tabulka 1: Evaluační matice pro dopadovou část šetření

Ukazatele	Zdroje dat	Nástroje sběru dat	Analytické metody
Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?			
<ul style="list-style-type: none"> - Pozitivní i negativní zkušenosti klientů s poskytováním péče CDZ - Pozitivní i negativní zkušenosti klientů se změnou oproti období před existencí CDZ - Přehled úkonů, které museli klienti pravidelně absolvovat před zavedením CDZ a po něm 	<ul style="list-style-type: none"> - Klienti CDZ - Rodinní příslušníci klientů - Odborní pracovníci CDZ - Psychiatři - Poskytovatelé sociálních služeb 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuální hloubkové rozhovory (IDI) - Desk research 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativní analýza dat - Případová studie (PS)
Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?			
<ul style="list-style-type: none"> - Pozitivní i negativní zkušenosti rodin klientů se zavedením CDZ a s poskytováním péče - Přehled změn, které v souvislosti se zavedením CDZ pro rodiny klientů nastaly 	<ul style="list-style-type: none"> - Klienti CDZ - Rodinní příslušníci klientů - Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ 	<ul style="list-style-type: none"> - IDI 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?			
<ul style="list-style-type: none"> - Identifikované synergie mezi zdravotními a sociálními službami a míra jejich využívání - Identifikované překážky propojování služeb - Příklady dobré praxe 	<ul style="list-style-type: none"> - Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ - Psychiatři - Poskytovatelé sociálních služeb 	<ul style="list-style-type: none"> - IDI - Desk research 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativní analýza dat - PS
Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?			
<ul style="list-style-type: none"> - Přehled o procesu řízení týmu v CDZ na úrovni jednotlivých mechanismů, nalezení rozdílů, sdílení dobré a špatné praxe nastavení a fungování týmu. - Pozitivně i negativně hodnocené aspekty v organizaci a řízení konkrétního CDZ 	<ul style="list-style-type: none"> - Odborní pracovníci CDZ - Management CDZ - Registr CDZ - Další veřejně dostupné informace o CDZ 	<ul style="list-style-type: none"> - IDI - Desk research 	<ul style="list-style-type: none"> - Kvalitativní analýza dat - PS



Ukazatele	Zdroje dat	Nástroje sběru dat	Analytické metody
Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?			
<ul style="list-style-type: none">- Způsob zapojení psychiatra do multidisciplinárního týmu CDZ- Způsob spolupráce a sdílení informací mezi psychiatry a nastalé změny	<ul style="list-style-type: none">- Klienti / rodinní příslušníci- Odborní pracovníci CDZ- Management CDZ- Psychiatři uvnitř i vně CDZ	<ul style="list-style-type: none">- IDI	<ul style="list-style-type: none">- Kvalitativní analýza dat- PS
Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?			
<ul style="list-style-type: none">- Přehled o spolupracujících subjektech a navazujících aktivitách CDZ ve vztahu k regionu- Přehled informačních kanálů, skrze něž proudí informace o CDZ na veřejnost	<ul style="list-style-type: none">- Management CDZ- Poskytovatelé návazných či spolupracujících sociálních a zdravotních služeb v regionu- Registr CDZ- Další veřejně dostupné informace o CDZ- Informace v médiích- Informace z dalších projektů	<ul style="list-style-type: none">- IDI- Desk research	<ul style="list-style-type: none">- Kvalitativní analýza dat- PS- Mediální analýza
Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?			
<ul style="list-style-type: none">- Pozitivní a negativní aspekty zavádění CDZ ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám- Změny ve způsobu spolupráce se subjekty věnující se osobám s duševním onemocněním v relaci na zavádění CDZ	<ul style="list-style-type: none">- Management CDZ- Zástupci zdravotních pojišťoven- Strategické dokumenty zdravotních pojišťoven	<ul style="list-style-type: none">- IDI- Desk research	<ul style="list-style-type: none">- Kvalitativní analýza dat- PS
Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?			
<ul style="list-style-type: none">- Pozitivní a negativní aspekty zavádění CDZ ve vztahu ke krajské samosprávě a plánování sociálních služeb v kraji- Přehled aktivit směřujících na podporu udržitelnosti CDZ	<ul style="list-style-type: none">- Management CDZ- Odbor sociálních věcí či odbor zdravotnictví příslušného kraje, příp. politické zastoupení- Dokumenty kraje	<ul style="list-style-type: none">- IDI- Desk research	<ul style="list-style-type: none">- Kvalitativní analýza dat- PS



3.3 Využití metody sběru dat

Metody sběru dat

Desk research

Metoda desk research, neboli „výzkum od stolu“, spočívá ve sběru a analýze sekundárních dat. Desk research zahrnuje vyhledání, sběr, rešerši, analýzu a vyhodnocení již existujících dostupných informací a relevantních dokumentů³. Cílem analýzy dokumentace je nastudování a zhodnocení dostupných dokumentů a informací, které umožní řádně nastavit další pokračování prací, stanovení hypotéz či prvních závěrů. Dokumentace, která byla analyzována, je v kapitole 3.4.

Individuální hloubkový rozhovor (IDI), případně rozhovor skupinový a telefonický

Hloubkový rozhovor umožňuje respondentovi volně vyjadřovat své názory na zkoumanou problematiku. Rozhovory jsou částečně formalizovány a strukturovány, byl vytvořen základní scénář otázek pro rozhovor. Tyto otázky však nejsou definitivní a respondentům je umožněno sdílet informace, které sami považují za důležité k tématu, případně tazatelé se na otázky doptávají. Zpracovatel realizoval část rozhovorů osobně, část rozhovorů telefonickou formou.

Metody analýzy dat

Kvalitativní analýzy

Pro vyhodnocení rozhovorů bylo využito metod kvalitativní analýzy, především pak metody kódování. S využitím metody kódování byla z rozhovorů vybírána klíčová vyjádření týkající se jednotlivých evaluačních otázek. Pro každou evaluační otázku byly definovány klíčové pojmy, které byly v textu hledány, na základě toho byla následně vytvořena tabulka klíčových responzí ke každé evaluační otázce. Tato tabulka byla interním materiálem realizačního týmu, pomáhala především v tom, aby se důležité výroky z vybraných rozhovorů dostaly i k těm členům realizačního týmu, kteří se daného rozhovoru neúčastnili. Díky tomu byla zachována informovanost napříč celým realizačním týmem při tvorbě zprávy. Zpracování dat od respondentů respektuje princip anonymity.

Případové studie (PS)

Projektem podpořená CDZ představují v zásadě jednotlivé případy fungující v různých regionech ČR a pod různými zřizovateli. Přístup k analýze z perspektivy jednotlivých případů (jednotlivých CDZ) tak umožňuje zkoumání příčin a následků uvnitř případu nebo komparaci mezi případy. Nástroj umožňuje na zkoumaný případ nahlédnout z různých zorných úhlů. Výstupem je studie podrobně popisující fungování konkrétního subjektu (CDZ) v konkrétní lokalitě a představení výzev, překážek a situací, s nimiž se CDZ na konkrétním místě setkává, ať už ve vztahu ke svému okolí či ve vztahu k národní legislativě. Součástí případových studií byla analýza dokumentace, realizace rozhovorů s klíčovými aktéry CDZ či také základní mediální analýza prostředí CDZ, během níž pracovníci realizačního týmu mapovali aktivitu CDZ s pomocí zmínek o CDZ na webu. Na základě toho bylo možné zjistit, do jakých aktivit je CDZ zapojeno.

³ Hendl, J. (1999). Úvod do kvalitativního výzkumu. Praha: Karolinum.



3.4 Zdroje dat

Tabulka 2: Desk research - zdroje dat

Specifikace dokumentu
Výzva OPZ 03_15_039, včetně příloh
Žádost o podporu projektu, včetně příloh
Podmínky použití podpory z OPZ na projekt
Zprávy o realizaci projektu (č. 1 – 5)
Žádosti o změnu projektu (č. 1 – 6)
Rozhodnutí o změně podmínek použití podpory z OPZ na projekt (č. 1)
Výzvy k předkládání žádostí o dotaci v rámci Programu podpory Center duševního zdraví II (č. 1 a č. 2)
Žádosti o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Rozhodnutí o poskytnutí dotace na jednotlivá CDZ (za všechna podpořená CDZ)
Metodika Programu podpory CDZ II (verze 1 platná od 11. 10. 2018, verze 2 platná od 1. 10. 2019 a verze 3 platná od 19. 6. 2020), včetně výjimek označených „Realizace aktivit a způsobilost výdajů v době nouzového stavu v ČR a souvisejících mimořádných opatření, které byly vydány s platností od 17. 4. 2020 a s platností od 15. 5. 2020
Příkaz ministra č. 28/2018, Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů
Příkaz ministra č. 32/2020, Postupy při přípravě a realizaci projektů Ministerstva zdravotnictví financovaných z dotačních programů EU a finančních mechanismů (účinný od 2. 9. 2020)
Manuál k evaluaci CDZ, 2. verze (29. 6. 2018)
Standard péče poskytované v CDZ, vydaný ve Věstníku MZd č. 5/2016
Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ (zprávy č. 1 a č. 2 za CDZ Kroměříž, CDZ Opava, CDZ Plzeň, CDZ Uherské Hradiště, CDZ Cheb, CDZ Praha 6, CDZ Karlovy Vary, zpráva za CDZ Hradec Králové, CDZ Pardubice, CDZ Strakonice, CDZ Mladá Boleslav, CDZ Trutnov)
Doporučený postup MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví
Metodika kontroly projektů PO MZd a OSS MZd v rámci ESI fondů v programovém období 2014–2020 (verze 1 platná od 1. 7. 2019)
Metodika administrace dotačních programů realizovaných v rámci projektů Operačního programu Zaměstnanost (vydání 1 platné od 1. 10. 2019)
Metodika administrace, financování a kontroly dotací v dotaci v rámci projektů realizovaných Ministerstvem zdravotnictví (verze 1 platná od 1. 10. 2019)
Právní normy a řídicí akty: <ul style="list-style-type: none">- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník



Specifikace dokumentu

- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů
- Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity
- Vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka
- Doporučený postup MPSV č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví
- Doporučený postup MPSV č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicině
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením
- Úmluva o právech dětí

Veřejné strategie:

- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020—2030, MZd, 2020
- Strategie reformy psychiatrické péče, MZd, 2013
- Zdraví 2020; Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví, MZd, 2015
- Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 v aktualizovaném znění schváleném vládou ČR 13. 7. 2020 (viz usnesení č. 743/2020) Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, MPSV, 2015
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, revidovaná verze z roku 2019, ÚV ČR, 2019

Články v odborných časopisech:

- Páv M., Kališová L., Hollý M. Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113(2), strana 51–58
- Scheansová A. Šetření psychosociálních potřeb mladých akutně psychotických pacientů (Pilotní studie). In Česká a slovenská Psychiatrie 2007, 103(6), strana 268–279
- Štanglová A., Machů V., Kondrátová L. Program podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním: příklad dobré praxe. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114(1), strana 9–15
- Winkler P., Formánek T., Mladá K., Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. In International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2018, 27(3), "e1728"
- Winkler P., Csémy L., Janoušková M., Bankovská Motlová L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. In Psychiatrie. 2014, 18(2), strana 54–59

Další zdroje:

- WHO. Mental Health Atlas 2017. Geneva: WHO, 2017
- WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: WHO, 2013
- Národní psychiatrický program 2007. Psychiatrická společnost ČLS JEP
- MERRPS. Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: zaměřeno na duševní zdraví, KONCEPT; VERZE 12/2019
- BDO Advisory s.r.o. Analýza legislativy z pohledu podpory nezávislosti osob se zdravotním postižením, 2019
- FOKUS ČR. Jsou ohroženi chudobou. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. 2017



Specifikace dokumentu

- FOKUS Vysočina, FOKUS Praha, FOKUS Tábor. Brožura pro zaměstnavatele. Paralelní životy, 2014
- Kasal A., Bechyňová L., Daňková Š., Melicharová H., Winkler, P. Situační analýza prevence sebevražd v České republice. Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030. WHO, 2019
- MPSV. Analýza financování sociálních služeb, srpen 2019
- Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018
- Legislativní zázemí a právní předpisy pro implementaci informačního systému v oblasti multidisciplinární psychiatrické zdravotní péče včetně řešení otázek souvisejících s kybernetickou bezpečností a ochranou osobních dat, ÚZIS, 2019
- Metodika hodnocení a srovnávání multidisciplinárních psychiatrických týmů, IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2020
- Projektová dokumentace, IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2018
- Vyhodnocení dat CDZ I, ÚZIS, 2020

Tabulka 3: IDI – zdroje dat

Respondent	Specifikace rozhovoru
Realizační tým – pracovníci odpovědní za administraci projektu, včetně osob zajišťujících úkoly metodiků projektu (tj. odborníků zapojených do realizace projektu)	Skupinový rozhovor; termín uskutečnění rozhovoru: 11. 3. 2020.
Realizační tým – odborný gestor projektu / garant	Termín uskutečnění rozhovoru: 11. 3. 2020.
Realizační tým – pracovníci odpovědní za administraci projektu	Skupinový rozhovor; termín uskutečnění rozhovoru: 24. 9. 2020.
Závěrečné rozhovory se zástupci realizačního týmu	Telefonické rozhovory v rozmezí 10. – 11. 2. 2021
Rozhovory se zástupci zdravotních pojišťoven	Celkem 6 realizovaných rozhovorů v období od srpna 2020 – únor 2021. Mezi respondenty jsou zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny a 5 ze 6 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven sdružených do Svazu zdravotních pojišťoven ČR. ⁴
Dotčené osoby s vazbou na jednotlivá CDZ a další významní stakeholdeři (viz Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.)	Individuální či telefonické rozhovory v období od března 2020 – únor 2021. Přehled jednotlivých rozhovorů včetně data konání je k dispozici v Technické příloze této zprávy.

Tabulka 4: Výběr respondentů pro realizaci případových studií

Respondenti	Velikost vzorku
Management a odborní pracovníci CDZ	Za každou PS 5 – 6 rozhovorů s uvedenými aktéry: <ul style="list-style-type: none"> • 2 členové Řídící rady CDZ (za zdravotní a za sociální část) • vedoucí týmu sociálních pracovníků • vedoucí týmu zdravotních sester • lékařský psychiatr • klinický psycholog

⁴ Zástupkyně jedné ze zaměstnaneckých pojišťoven zároveň figurovala jako nominovaná zástupkyně celého Svazu zdravotních pojišťoven ČR, který se vyjadřuje k problematice psychiatrické péče za všechny členy Svazu.



Klienti CDZ	2 klienti za každou PS
Rodinní příslušníci klientů CDZ (resp. Další blízké osoby klientů)	2 příslušníci za každou PS
Zástupci samosprávy	Za každou PS: 1-2 zástupci krajského úřadu, příp. politický reprezentant
Psychiatři v lůžkových zařízeních regionu	1 respondent za region, v němž se CDZ nachází, tj. na úrovni jedné PS
Poskytovatelé návazných či spolupracujících sociálních a zdravotních služeb v regionu	Za každou PS: 1 zástupce poskytovatele dalších sociálních nebo zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu



4 Závěrečné shrnutí procesní evaluace projektu

Parametry, které jsou níže v textu uvedeny jakožto plánované, vycházejí z podoby projektu, která byla schválena k podpoře z OPZ, tj. vycházejí primárně z právního aktu o poskytnutí podpory na projekt.

4.1 Hodnocení věcného pokroku a finanční výkonnosti projektu (včetně jeho řízení)

Pozn.: Stav projektu je popisován na základě dat ze schválených zprávy o realizaci projektu, žádostí o platbu a žádostí o změnu projektu.

4.1.1 Klíčové aktivity

Úprava Metodiky Programu podpory CDZ na základě předchozích zkušeností

Metodika Programu podpory Center duševního zdraví (která již vznikla v rámci projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví I“) byla před vyhlášením výzvy pro CDZ II v několika parametrech aktualizována v návaznosti na předchozí zkušenosti, nicméně kromě bodu konkretizovaného v následujícím odstavci úpravy nebyly zásadnějšího charakteru.

Metodika Programu podpory Center duševního zdraví II modifikovala (oproti Metodice CDZ I) personální zajištění CDZ během 18měsíčního pilotního provozu. k tomuto kroku MZd přistoupilo na základě zkušeností s CDZ i a dále po konzultacích, které se uskutečnily s potenciálními provozovateli CDZ v rámci projektu CDZ II. Ti deklarovali, že zachování požadavků by představovalo překážku vzniku nových CDZ. Projekt totiž původně předpokládal personální zajištění multidisciplinárního týmu v souladu se Standardem péče poskytované v CDZ uveřejněném ve věstníku MZd č. 5/2016 jakožto oficiálním dokumentem určujícím kritéria pro funkční zajištění služeb CDZ. Analýza absorpční kapacity identifikovala, že „volných“ plně kvalifikovaných psychiatrů a klinických psychologů je na trhu práce výrazný nedostatek. Problém aktuální nemožnosti naplnění startovacích personálních požadavků Standardu byl diskutován jak na výboru Psychiatrické společnosti J. E. Purkyně, tak v odborné a výkonné radě Strategie reformy psychiatrické péče, kdy všechny orgány shodně potvrdily potřebu snížení personálních požadavků. Ke snížení personálních kritérií došlo v části psychiatr a klinický psycholog. Standard určuje 1 úvazek psychologa a 1 úvazek psychiatra pro zdravotní část, z toho „*minimálně 1 z kmenových zaměstnanců CDZ s odborností psychiatr a klinický psycholog musí splňovat požadavek na úplnou psychoterapeutickou kvalifikaci (specializaci v systematické psychoterapii). Za nepodkročitelné minimum je zde považováno 0,5 úvazku psychiatra s podmínkou denní přítomnosti a 0,5 úvazku psychologa, přičemž do 3 let musí stoupnout na 1,5 a 1 úvazek.*“ **Úprava Metodiky snížila požadovaný úvazek psychiatra a klinického psychologa z původního 0,5 úvazku psychologa s atestací na 0,25 úvazku psychologa s atestací v oboru klinická psychologie a 0,25 úvazku psychiatra po absolvování základního kmene, resp. 0,25 psychologa ve zdravotnictví pod odborným dohledem.**⁵

⁵ Pilotní provoz 5 CDZ v projektu CDZ i přinesl zjištění, že náběh pacientů/klientů do péče CDZ je postupný a že důležitá je zde zejména role podpůrných sociálně-terapeutických intervencí, které poskytují sestry a sociální pracovníci.



Snížení se aplikuje pouze pro prvních ze 6 měsíců realizace pilotního provozu CDZ, pro větší část pilotního provozu (12 měsíců) je platný režim stanovený Standardem.

Úpravy týkající se výběru poskytovatelů CDZ

Zásadním prvkem, který ovlivnil realizaci klíčových aktivit podobně jako u projektu CDZ i byla identifikace skutečnosti, že MZd nemůže vůči poskytovatelům zdravotních služeb, které patří mezi tímto ministerstvem řízené příspěvkové organizace (dále také jen „PO“), postupovat tak, že by s těmito subjekty uzavřela smlouvu o poskytování služeb na bázi dodavatelско-odběratelské.

Hospodaření organizačních složek státu (dále také jen „OSS“) a PO, které jsou řízeny jednotlivými OSS, je upraveno zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), a § 66 tohoto předpisu stanoví: „*Pokud zvláštní právní předpis nestanoví jinak, organizační složky státu v působnosti jednoho správce kapitoly si při plnění svého předmětu činnosti navzájem neposkytují peněžité plnění. To platí také pro organizační složku státu a jí zřízenou příspěvkovou organizaci.*“ Citované usnesení pracuje s pojmem „předmět činnosti“. U PO OSS lze předmět činnosti ztotožnit s hlavní činností, tj. s účelem, který vymezuje zřizovací listina této organizace. v případě fakultních nemocnic a psychiatrických nemocnic (či psychiatrických léčeben), které jsou přímo řízenými PO MZd a kterých jsou téměř tři desítky, je standardním účelem existence těchto organizací poskytování zdravotních služeb. Péče o osoby s duševním onemocněním spadá do zdravotních služeb, proto zákon č. 218/2000 Sb. představuje překážku pro dodavatelско-odběratelský vztah mezi MZd a provozovatelem CDZ, pokud by v této roli měla být PO řízená MZd. Vzhledem k tomu, že (na základě dlouholetých příprav reformy psychiatrické péče) bylo zřejmé a žádoucí, aby PO MZd byly v roli provozovatelů CDZ, bylo nezbytné hledat jiný funkční model vztahu mezi MZd a provozovatelem CDZ než původně plánovaný dodavatelско-odběratelský.

Lze tedy říci, že MZd v přípravě projektu **nedostatečně analyzovalo legislativní omezení pro hospodaření** PO OSS a tento nedostatek nebyl identifikován ani v rámci hodnocení žádosti o podporu z OPZ a přípravy právního aktu o poskytnutí podpory z OPZ, která probíhala na MPSV.

Na základě dodatečné analýzy všech relevantních právních předpisů a pravidel MZd nakonec (s více než ročním zpožděním) postupovalo způsobem, **že na provoz CDZ poskytovalo dotace**, a to tak, že samostatné dotační řízení probíhala pro dotace na zdravotní služby v CDZ a jiné dotační řízení bylo realizováno pro dotace na sociální služby v CDZ, a to jak v případech, kdy CDZ provozují 2 subjekty, tak také v případech, kdy CDZ zajišťuje pouze jedna právnická osoba. Svou roli v tomto nastavení hraje odlišné řešení oblasti veřejné podpory v sociálním a ve zdravotním resortu, kdy se veřejná podpora ve zdravotnictví v podstatě neřeší, ale v sociálních službách se používá pověření ke službě v obecném hospodářském zájmu (ta v systému v ČR vydávají kraje jakožto entity odpovědné na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, za plánování sociálních služeb). **Dotační program CDZ je unikátní v tom, že řeší propojení sociální a zdravotní služby i v tomto ohledu.** Tj. u poskytovatele zdravotní služby vydává MZd pověření ke službě v obecném hospodářském zájmu v rámci rozhodnutí o poskytnutí dotace, u poskytovatele sociální služby MZd svým rozhodnutím o poskytnutí dotace přistupuje k pověření vydanému krajem. Žádosti o dotaci na zdravotní část v CDZ jsou (s výjimkou rozpočtu – ten zahrnuje jen položky pro zdravotní služby – a s výjimkou složení týmu) identické se žádostmi o dotaci na sociální část v CDZ (v těchto případech rozpočet zahrnuje náklady na sociální služby), nicméně MZd po posouzení a zhodnocení žádostí vydává dvě samostatná rozhodnutí o poskytnutí dotace a také veškeré další monitorování provozu podpořeného CDZ probíhá duplicitně



(tj. zprávy o pilotním provozu CDZ jsou zpracovávány zvláště za zdravotní služby a zvláště za sociální služby, a to ačkoli se tyto reporty věcně shodují ve všech částech kromě finančních a v parametrech složení týmů – viz výše). Na straně MZd musí formálně proběhnout kontrola obou skupin zpráv podaných provozovateli CDZ, a to i když se jedná o duplicitní kanál informací. **Je nesporné, že toto nastavení dotačního mechanismu představuje velmi výraznou administrativní zátěž jak pro provozovatele CDZ, tak pro MZd.** Vedle toho je nutné vzít v úvahu i skutečnost, že role poskytovatele dotace vyžaduje v tomto případě mnohem intenzivnější kontrolu ze strany MZd, než by tomu bylo v případě, kdy by byl provoz CDZ MZd fakturován. MZd například v důsledku toho musí kontrolovat jednotlivé výdaje vzniklé na úrovni CDZ a rozhodovat o jejich způsobilosti.

V případě projektu CDZ II se administrace „dotací v dotacích“ pro MZd navíc dále zkomplikovala tím, že jedním z provozovatelů CDZ podpořeného v první výzvě je Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha. Tato nemocnice **je příspěvkovou organizací Ministerstva obrany, tedy jiné organizační složky státu**, než je MZd. Zákon č. 218/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla) ovšem neumožňuje, aby PO OSS získávala dotaci od jiné OSS než je OSS, která ji řídí. Jediným legálním poskytovatelem dotace tomuto provozovateli CDZ tedy bylo Ministerstvo obrany. MZd bylo nuceno vyjednat s MO, aby MO přistoupilo k vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace ve znění dle Metodiky pro CDZ, a současně bylo nutné provést rozpočtové opatření, kterým se v rámci státního rozpočtu ČR přesunuly prostředky z kapitoly MZd do kapitoly MO. Skutečnost, že MZd není poskytovatelem dotace vůči Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha má dopady i do kontrolních procesů. Nemocnice je vázána Metodikou a předkládá MZd zprávy o realizaci projektu a podklady týkající se hospodaření s dotací, problém ovšem je v oblasti kontrol v režimu dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole.

Dotační řízení a výsledky

Výzva byla vyhlášena 10. 10. 2018. Dne 26. 10. 2018 proběhl v prostorách MZd seminář pro žadatele. Oprávněnými žadateli byli poskytovatelé sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a poskytovatelé zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Bylo připuštěno, aby se na realizaci pilotního projektu podílely až 2 subjekty. Smlouva o spolupráci těchto subjektů musela vymezovat jako cíl zajištění komplexních sociálně zdravotních služeb odpovídající parametrům CDZ stanoveným Metodikou. Přijímání žádostí o podporu bylo ukončeno dne 12. 11. 2018. Žádost **podalo celkem 36 žadatelů na zřízení 18 center**. Následoval výběr příjemců dotace pro vypsanych 16 center. Odborná hodnotící komise vybrala k financování 15 CDZ v 10 krajích. z této skupiny byla nakonec podpora **skutečně poskytnuta jen na 12 CDZ**. Dle Metodiky dotačního programu byli úspěšní žadatelé o dotaci vyzváni k doložení dalších podkladů nutných pro vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace. Ukázalo se ovšem, že **jedním ze stěžejních problémů je připravenost jednotlivých CDZ na samotnou realizaci**. Uchazeči o dotaci se také potýkali s problémy, když si měli v adekvátním časovém horizontu zajistit potřebné dokumenty pro vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace. Jednalo se zejména o Pověření poskytováním sociální služby⁶ vydané příslušným krajem anebo Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle Zákona o zdravotních službách. Prodlení nastalo i u uzavírání smluv se zdravotními pojišťovkami. VZP přikročila k revizi vzoru smluv

⁶ dle Rozhodnutí Komise ze dne 20. 12. 2011 o použití čl. 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (2012/21/EU, Úř. věst. L 7, 11. 1. 2012).



s provozovateli CDZ na základě svých zkušeností z fungování CDZ v projektu CDZ I. Všechny tyto skutečnosti odsouvaly zahájení provozu vybraných CDZ. v neposlední řadě se jako velký problém ukázalo **personální obsazení týmů CDZ**. Kvůli neúspěchu v obsazení nutných pracovních pozic několik vybraných zájemců o provozování CDZ od realizace tohoto záměru ustoupilo. Aby byl naplněn cíl projektu spočívající ve vzniku provozu celkem 16 CZD, přikročilo MZd k **vyhlášení druhé výzvy pro potenciální provozovatele**. Před jejím vyhlášením došlo k aktualizaci Metodiky Programu podpory Center duševního zdraví II, aby místem realizace nových CDZ mohla být pouze území, v nichž ještě nebylo žádné CDZ schváleno. Termín ukončení příjmu žádostí byl stanoven **na 30. 9. 2019**. Podmínky (kromě územního vymezení) byly shodné s pravidly pro první výzvu v rámci tohoto projektu. Ve druhé výzvě se nakonec **podařilo vybrat provozovatele pro dodatečná 4 CDZ**. Nicméně provoz této druhé skupiny CDZ byl zahájen až v roce 2020, u 2 center dokonce až v dubnu roku 2020, což představovalo další komplikaci/zpoždění v realizaci projektu jako takového.

Z dotace poskytované na CDZ mohly být hrazeny pouze neinvestiční výdaje související s naplněním účelu projektu.⁷ Dotace je poskytnuta ve výši 100 % způsobilých výdajů.

Tabulka 5: Částky dotací na jednotlivá CDZ (barevně označené CDZ, kde proběhla případová studie – toto barevné označení je jednotné v celém textu zprávy)

Název CDZ	Provozovatel sociálních služeb / Provozovatel zdr. služeb	Částky dotace na služby (v Kč)	Částka dotace na CDZ (v Kč)
Hradec Králové	Péče o duševní zdraví, z.s. / Péče o duševní zdraví, z.s.	5 367 338 / 8 996 862	14 364 200
Cheb	FOKUS Mladá Boleslav z.s. / FOKUS Mladá Boleslav z.s.	6 275 843 / 8 299 557	14 575 400
Karlovy Vary	FOKUS Mladá Boleslav z.s. / FOKUS Mladá Boleslav z.s.	6 232 826 / 8 342 574	14 575 400
Kroměříž	CSP Zlín, o.p.s. / Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	6 719 287 / 8 180 713	14 900 000
Mladá Boleslav	FOKUS Mladá Boleslav z.s. / Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	6 618 380 / 7 793 164	14 411 544
Opava	FOKUS - Opava, z.s. / Psychiatrická nemocnice v Opavě	6 400 000 / 8 500 000	14 900 000
Pardubice	Péče o duševní zdraví, z.s. / Péče o duševní zdraví, z.s.	5 328 338 / 9 100 862	14 429 200
Plzeň	Ledovec, z.s. / Psychiatrie-ambulace s.r.o.	6 232 480 / 8 667 520	14 900 000
Pro Prahu 6	Fokus Praha, z.ú. / Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha	6 821 648 / 8 000 788	14 822 436
RIAPS Trutnov	Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov / Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov	5 508 439 / 8 879 133	14 387 572
Strakonice	FOKUS - Písek, z.ú. / FOKUS - Písek, z.ú.	4 950 647 / 8 899 680	13 850 327

⁷ To zahrnuje osobní náklady zaměstnanců a pak náklady na nákup dlouhodobého hmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok do částky 40.000,-Kč, nákup dlouhodobého nehmotného majetku s dobou použitelnosti více než 1 rok do částky 60.000,- Kč, náklady na spotřebovaný materiál (kancelářské potřeby, pohonné hmoty, čisticí prostředky apod.) a náklady na nákup služeb.



Název CDZ	Provozovatel sociálních služeb / Provozovatel zdr. služeb	Částky dotace na služby (v Kč)	Částka dotace na CDZ (v Kč)
Uherské Hradiště	Charita Uherské Hradiště / Charita Uherské Hradiště	4 864 510 / 8 663 150	13 527 660
Tábor	FOKUS Tábor, z. s. / FOKUS Tábor, z.s.	6 082 400 / 8 810 400	14 892 800
PN Brno	Práh jižní Morava, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Brno	7 101 500 / 7 523 000	14 624 500
Podskalí	Fokus Praha, z.ú. / Fokus Praha, z.ú.	6 357 056 / 8 370 245	14 727 301
Jihlava	VOR Jihlava, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Jihlava	4 451 341,32 / 10 448 658,68	14 900 000
Celkem		95 312 033,32 / 137 476 306,68	232 788 340

Výše dotací na jedno CZD odpovídá předpokladu (max. 14,9 mil. Kč).

Tabulka 6: Přehled časového vymezení pilotních provozů jednotlivých podpořených CDZ

Název CDZ	Datum zahájení pilotního provozu	Umístění / Kraj	Datum ukončení pilotního provozu
Hradec Králové	1. 7. 2019	Hradec Králové / Královehradecký	31. 12. 2020
Cheb	1. 5. 2019	Cheb / Karlovarský	31. 10. 2020
Karlovy Vary	1. 5. 2019	Karlovy Vary / Karlovarský	31. 10. 2020
Kroměříž	1. 5. 2019	Kroměříž / Zlínský	31. 10. 2020
Mladá Boleslav	1. 7. 2019	Mladá Boleslav / Středočeský	31. 12. 2020
Opava	1. 4. 2019	Opava / Moravskoslezský	30. 9. 2020
Pardubice	1. 7. 2019	Pardubice / Pardubický	31. 12. 2020
Plzeň	1. 4. 2019	Plzeň / Plzeňský	30. 9. 2020
pro Prahu 6	1. 5. 2019	Praha / Hlavní město Praha	31. 10. 2020
RIAPS Trutnov	1. 7. 2019	Trutnov / Královehradecký	31. 12. 2020
Strakonice	1. 7. 2019	Strakonice / Jihočeský	31. 12. 2020
Uherské Hradiště	3. 5. 2019	Uherské Hradiště / Zlínský	2. 11. 2020
Tábor	1. 1. 2020	Tábor / Jihočeský	30. 6. 2021
PN Brno	1. 1. 2020	Brno / Jihomoravský	30. 6. 2021
Podskalí	1. 4. 2020	Praha / Hlavní město Praha	30. 9. 2021
Jihlava	1. 4. 2020	Jihlava / Vysočina	30. 9. 2021

MZd nastavilo pravidla pro prokazování výdajů uskutečněných na úrovni CDZ v Metodice Programu podpory CDZ II zveřejněné spolu s výzvou k předkládání žádostí o dotace na CDZ II (viz výše). Verze 1 Metodiky platná od 11. 10. 2018 vymezila za tímto účelem kromě jiného pravidla pro monitorování pilotního provozu CDZ (tj. kdy CDZ předkládají zprávy a stanovené dokumentaci dokládající údaje ve zprávách) a také vyúčtování výdajů) a pravidla pro způsobilost výdajů, jejich dokladování a kontrolu. Nastavení pravidel vycházelo z Metodiky aplikované na CDZ I, na základě zkušeností s touto skupinou



CDZ MZd do textu doplnilo několik upřesnění, ale v žádném z případů se nejednalo o věcně významnou modifikaci. Velmi důležité je, že MZd po prvních zkušenostech s monitorováním a dokladováním výdajů CDZ i identifikovalo potřebu stanovené principy doplnit a vydalo verzi 2 Metodiky účinnou od 1. 10. 2019. Doplnění pravidel se týkalo např.

- úpravy formuláře zprávy o pilotním provozu CDZ tak, aby byl více návodný a přehlednější,
- doplnění pravidel způsobilosti a prokazování osobních nákladů
 - pro situace kdy pracovník působí v CDZ na částečný úvazek,
 - pro situace, kdy jsou pracovníkům CDZ vypláceny mimořádné odměny, a
 - pro stanovení způsobilosti osobních nákladů vyplacených jako náhrada mzdy/platu za dobu čerpání dovolené.

MZd také zavedlo jako doporučenou praxi za účelem snížení chybovosti zpráv a vyúčtování výdajů, aby provozovatelé CDZ poskytli svoje zprávy a vyúčtování týmu MZd před oficiálním předložením k předběžnému ověření, což je krok prospěšný z pohledu snížení chybovosti oficiálně předložené dokumentace, nicméně klade velmi vysoké nároky na kapacitu pracovníků MZd odpovědných za administraci dotací poskytnutých CDZ.

Také další změny Metodiky (účinné 19. 6. 2020) byly provedeny s cílem zlepšit systém monitorování a vyúčtování výdajů. MZd v něm zavedlo nové povinné přílohy zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ: a) Tabulka vykazovaných výdajů, b) Přehled čerpané dovolené.

Kontrolní plnění požadavků

Kromě kontrol dokumentace předložené provozovateli CDZ v rámci zprávy o realizaci pilotního provozu a ve vyúčtování výdajů vyžaduje dotační vztah mezi MZd a CDZ **provádění kontrol přímo v CDZ**. Smyslem těchto kontrol je primárně ověřit soulad obsahu dokladů předložených MZd se skutečným stavem (s využitím originálních dokumentů). Ověření správnosti realizace pilotních provozů by muselo probíhat i v případech, kdy CDZ byla vůči MZd v pozici dodavatelů služeb. Ovšem kontrola poskytovatelů služeb by byla omezená na kvalitu a rozsah služeb zajišťovaných CDZ, **jejím předmětem by nebyla kontrola hospodaření provozovatelů CDZ**, tj. odpadly by administrativně velmi náročné kontroly osobních nákladů (včetně ověřování způsobilosti nákladů na náhrady mezd/platů za dobu dovolených), vyúčtování cestovních náhrad atd.

Kontroly na místě jsou prováděny formou veřejnosprávní kontroly dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole. Ustanovení § 8 odst. 2 tohoto zákona ovšem vymezuje působnost správců kapitol státního rozpočtu ČR tak, že kontrolu v režimu tohoto zákona vykonávají „*veřejnosprávní kontrolu u žadatelů o veřejnou finanční podporu nebo u příjemců této podpory, s výjimkou těch, jímž byla poskytnuta veřejná finanční podpora z rozpočtu územního samosprávného celku*“. Vzhledem ke skutečnosti, že MZd není ve vztahu k vůči Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha formálně v pozici poskytovatele podpory (tím je MO) má za následek, že pro tohoto konkrétního provozovatele CDZ nelze z úrovně MZd postupovat v režimu zákona č. 320/2001 Sb. MZd vyjednalo s MO, aby MO provádělo veřejnosprávní kontrolu uvedeného příjemce dotace, nicméně je to parametr, který komplikuje realizaci projektu, zvyšuje administrativní náročnost, včetně toho, že je nutné přijímat opatření, aby veřejnosprávní kontrola Ústřední vojenské nemocnice - Vojenské fakultní nemocnice Praha probíhala stejným způsobem, jaký je aplikován v případě provozovatelů CDZ, u nichž je MZd v roli poskytovatele dotace.



Vyhodnocení výsledků veřejnosprávních kontrol dokončených v roce 2020 dokládá, že MZd v rámci kontrol **neidentifikuje významná pochybení**, ani nebyly identifikovány nezpůsobilé výdaje v zaznamenání hodné výši. Je tedy zřejmé, že kontrola zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ a předkládaného vyúčtování výdajů funguje plnohodnotně a MZd na základě ní získává dostatečné ujištění se o správnosti jak věcného pokroku, tak finančního pokroku v zajišťování pilotního provozu jednotlivých CDZ.

Tabulka 7: Přehled o uskutečněných veřejnosprávních kontrolách, které byly ukončeny v roce 2020, a jejich výsledcích

Parametr	Hodnota parametru
Počet veřejnosprávních kontrol	14
Počet kontrolovaných CDZ	7
Objem zkontrolovaných finančních prostředků	3 000 621,20 Kč
Počet kontrol ukončených bez kontrolního zjištění (včetně případů, kdy byly nedostatky pouze administrativního charakteru a byly řešeny pouze formou doporučení)	12
Počet kontrol ukončených se zjištěním (tj. s finančním dopadem)	2
Částka identifikovaných nezpůsobilých výdajů	185 Kč
Podíl nezpůsobilých výdajů na celkových zkontrolovaných výdajích	0,006 %

Realizační tým projektu

Projekt je věcně řízen samostatným Oddělením pro reformu péče o duševní zdraví, administrován je pak Odborem evropských fondů a investičního rozvoje (OEF) na MZd. z dokumentace projektu je patrné, že složení realizačního týmu nebylo v dosavadních fázích realizace dostatečné. Citace problémů, jak byly naformulovány MZ:

- *Vzhledem k souběhu pilotního ověřování u projektu CDZ I a CDZ II a s tím související návaznost jednotlivých výzev, byla druhá výzva CDZ II realizována až v posledním čtvrtletí roku 2019. Realizaci projektu současně ohrožovalo nedostatečné personální obsazení, jak metodických tak administrativních pozic.*
- *Kvůli nedostatečnému personálnímu obsazení projektu jsou pak dále zpožděny aktivity v rámci jednotlivých KA (zejména KA1 a KA3). v průběhu realizace projektu nebylo obsazeno místo specialisty komunikace a destigmatizace, místa 2 metodiků a gestora, které jsou klíčové pro realizaci daného projektu.*

MZd při pokusech o zajištění odborných kapacit do realizačního týmu naráželo na problém omezeného množství odborníků pro reformu psychiatrické péče. **Odborníci**, kteří mají motivaci podporovat CDZ jakožto pilíř reformy psychiatrické péče, **mají v naprosté většině zájem působit na straně provozovatele CDZ**. Souběžné zapojení těchto odborníků jak v CDZ tak na straně MZd by zakládalo střet zájmů, proto ani tato varianta není využitelná. MZd na nedostatek odborníků v realizačním týmu projektu reagovalo tak, že úkony metodiků společně zajišťovali pracovníci administrující projekt ve spolupráci s gestorem projektu.



Při obsazování administrativních pozic v realizačním týmu MZd také naráží na to, že na trhu práce chybí volné kapacity vzdělaných osob. Navíc, jak bylo identifikováno, práce v realizačním týmu projektu vyžaduje zaměstnance, kteří musí být výrazně samostatní, pracovat v dynamickém prostředí, které vyžaduje často nutnost přizpůsobovat se změnám a přicházet s vlastními kreativními nápady na řešení vystalých problémů.

Překážky, s nimiž se musela CDZ vypořádat

Protože CDZ představují v systému psychiatrické péče v ČR zcela nový element, bylo přirozené, že v rámci vzniku a pilotního provozu vyvstávají neočekávané problémy a docházelo k vyjasňování určitých témat či pravidel. Hlavními osobami v realizačním týmu projektu pro poskytování podpory nově vzniklým CDZ jsou metodici, dále je jim k dispozici odborný garant/gestor projektu. Metodici pravidelně jezdí na návštěvy do konkrétních CDZ, kde poskytují podporu a pomoc s případnými problémy. Frekvence návštěv se liší u jednotlivých CDZ. Zatímco u center, která se nepotýkají s většími obtížemi např. díky dlouhodobé historii spolupráce poskytovatele zdravotní složky péče a poskytovatele sociální složky péče, jsou návštěvy v intervaly cca 3 měsíců, u CDZ, která řeší významnější komplikace je podpora intenzivnější (zpravidla jednou za měsíc). Nicméně i v době mezi návštěvami probíhá komunikace mezi metodiky, resp. týmem MZd a jednotlivými CDZ prostřednictvím telefonu, e-mailu či skype⁸. Nejčastější témata řešená s metodiky byla následující:

- Monitorovací indikátory (vyjasnění a vykazování);
- Evaluace, způsob evidence a vykazování dat pro budoucí evaluaci;
- Vykazování přímé práce zdravotní části CDZ, signální kódy a výstupy z jednání se zdravotními pojišťovnami;
- Dotazy k procesu přijetí pacientů/klientů do CDZ;
- Vykazování činností v tzv. asertivním režimu;
- Komunikačního opatření ze strany CDZ;
- Vzdělávání členů týmu CDZ;
- Princip regionality (tj. spádovost CDZ);
- Používání nástrojů GAF, HoNOS, AQoL.

Podstatné je, že realizační tým projektu identifikoval, že jeho úkolem je kromě jiného poskytovat provozovatelům pomůcky, metodické rady, podporovat přenos dobré praxe z jednoho CDZ na jiná apod.

MZd zajistilo školení pro pracovníky na pozici „specialista CDZ“, na kterých byly vysvětleny nejasnosti k vykazování indikátorů, včetně vykazování k ÚZIS.

Metodici se dále účastní pravidelných porad (několikrát za měsíc) s gestorem projektu a zástupci projektového týmu – např. k plánování další činnosti, řešení aktuálních obtíží, zodpovídání dotazů, přenášení zkušeností z jednotlivých CDZ.

MZd organizuje setkání zástupců všech podpořených CDZ (CDZ I a CDZ II) za účelem sdílení informací. Na toto jednání je vždy zván zástupce VZP. Každé CDZ zformuluje dotazy a rizika a zašle je předem metodikovi CDZ, který společně se zástupci VZP, MZd a profesními organizacemi pracuje na

⁸ v důsledku opatření proti šíření epidemie nemoci COVID-19 se v kontaktech mezi metodiky a provozovateli CDZ využívá online komunikace.



odpovědích, které jsou pak na setkáních CDZ diskutována. (Příklady řešených témat: vykazování zdravotnických výkonů, zakotvení CDZ v novele zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).)

Přehled hlavních obtíží shrnují následující odrážky:

1. CDZ se potýkala s **vyšokou administrativní náročností v úvodní fázi fungování centra** (jedná se o nastavení všech procesů, ale i evidenci pacientů/klientů, kteří jsou přijímáni do péče). MZd bylo v tomto nápomocno předáváním dobré praxe od CDZ ze skupiny CDZ I.
2. Některá centra měla **problémy se sestavením multidisciplinárního týmu**. Problémy s personálním obsazením však u žádného z CDZ nezpůsobily nedostupnost péče pro klienty.
3. Jedno CDZ upozornilo na **problém s cash flow v období na přelomu roku**. Důvodem je, že prostředky na provoz CDZ jsou propláceny jako tzv. vyrovnávací platba za poskytování služeb obecného hospodářského zájmu. Pro služby obecného hospodářského zájmu dle právních předpisů EU platí, že nadměrné vyrovnávací platby musí daný subjekt každoročně poskytovateli vrátit (resp. pokud nadměrné vyrovnání nepřesahuje 10 % průměrné roční vyrovnávací platby, lze tuto nadměrnou částku účetně převést do dalšího účetního období, pokud je ale vyrovnávací platba vyšší, musí dojít k navrácení její příslušné části). Vratka nadměrné vyrovnávací platby musí být kvůli pravidlům fungování státního rozpočtu ČR uskutečněna do 15. 12. daného roku (kvůli vratce se tedy sníží objem prostředků na účtu CDZ) a novou platbu v následujícím roce dokáže MZd podpořeným CDZ poskytnout kvůli administrativním krokům nezbytným pro otevření rozpočtového roku zpravidla nejdříve až v únoru následujícího roku. MZd však v tomto parametru nemá z důvodu legislativního prostředí prostor na úpravu podmínek fungování CDZ.
4. Jedno CDZ řešilo problém, resp. průtahy v **uzavření smluvního vztahu** s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou. (Pozn.: Podmínkou pro vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace na CDZ bylo uzavření smlouvy s alespoň jednou zdravotní pojišťovnou. Ve všech případech se jednalo o VZP a předpokládalo se, že ostatní pojišťovny ke smlouvám následně přistoupí. z tohoto důvodu se všech jednání na MZd účastnil i zástupce Svazu zdravotních pojišťoven. Vzhledem k tomu, že pilotní provoz CDZ je financován z projektu, neměla by mít příslušnost ke konkrétní pojišťovně vliv na poskytování péče CDZ. Výjimkou je situace, kdy je třeba předepsat či aplikovat léčiva (anebo depotní injekce), která nejsou hrazena z prostředků projektu; v tu chvíli se pojišťovna stává plátcem. Pokud by byla péče CDZ poskytována osobám, s jejichž zdravotní pojišťovnou nemá CDZ uzavřenou smlouvu, je ohrožena evaluace projektu (vykazování dat na pojišťovnu) a dále zajištění komplexní péče (viz léčiva, resp. depotní injekce). MZd kvůli těmto parametrům doporučuje CDZ vést evidenci odděleně a co nejdříve informovat MZd. Realizační tým projektu v tomto parametru spolupracuje se všemi zainteresovanými stranami včetně Psychiatrické společnosti J. E. Purkyně (přístup zdravotních pojišťoven je rozdílný; liší se i v rámci jednotlivých krajů). Smlouva s uvedenou pojišťovnou byla nakonec úspěšně uzavřena.
5. V jednom případě CDZ upozornilo na **omezení vyplývající ze stanovené spádovosti center**. Pracovníci CDZ nemohou poskytovat péči klientovi, který pobývá na území mimo spádový region (a to i pouze přechodně – nelze jej navštěvovat, resp. poskytnout službu). MZd k tomuto bodu poukázalo na skutečnost, že tento problém se týká jen jednotek případů



pacientů/klientů, a doporučilo, aby dané CDZ „oslovilo kolegy z komunitních týmů daného regionu k vzájemné spolupráci“.

6. CDZ dále upozorňují, že jejich úspěšnost v deinstitucionalizaci pacientů/klientů hospitalizovaných dlouhodobě je kromě jiného **silně závislá na dostupnosti bydlení pro tyto osoby**. (Citace ze zprávy CDZ Praha: „Jedním z hlavních důvodů, proč se oddaluje jejich propuštění, je nedostatek chráněného bydlení a absence sociálních bytů.“ Také v tomto parametru je možnost podpory ze strany realizačního týmu MZd minimální. MZd doporučuje CDZ jednat se zainteresovanými stranami (město, kraj apod.). Zpracovatel v této souvislosti doplňuje, že posílení dostupnosti bydlení (a to různého typu tak, aby klient mohl podle své situace volit mezi byty, resp. zařízeními s různou intenzitou podpory) je zahrnuta v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030. Jedná se nicméně o problém, který vyžaduje spolupráci mezi MMR (jakožto gestorem politiky bydlení), MPSV (jakožto gestorem sociálních služeb), územními samosprávami a také poskytovateli sociálních služeb, realizace opatření dle Akčního plánu si vyžádá delší čas.

Pandemie COVID-19 a její dopady

Na jaře 2020 MZd reagovalo na krizová opatření za účelem ochrany veřejného zdraví a prevence nebezpečí vzniku a rozšíření onemocnění COVID-19 formou výjimek z Metodiky, která upravuje pravidla fungování CDZ (resp. Metodik, protože centra podpořená v první výzvě se řídí jednou verzí Metodiky a 4 CDZ z druhé výzva aplikují jinak označenou Metodiku). Výjimky navazovaly na úpravu pravidel, která pro projekty podpořené z OPZ přijal ŘO OPZ. Výjimky byly vydány nejprve splatností od 17. 4. 2020 do 31. 5. 2020, následně byly v polovině května prodlouženy do 30. 6. Věcný obsah výjimek:

- Vymezení tzv. bagatelní podpory (tj. limitu, který určuje, od jakého rozsahu podpory lze účastníka projektu považovat za podpořenou osobu) ve standardním znění stanovuje, že minimum je 40 hodin a z toho maximálně 20 hodin může mít formu elektronického vzdělávání. Výjimka upravila, že distanční realizace vzdělávací aktivity prostřednictvím počítačů a počítačových sítí (např. webináře, konzultace, poradenství) s využitím systému videokonferenčního přenosu, který umožní okamžitou vizuální a akustickou interakci lektora (příp. mentora, konzultanta, poradce aj.) a účastníka aktivity (tj. probíhá v reálném čase), se posuzuje jako by šlo o prezenční výuku/aktivitu.
- Indikátor Podíl služeb poskytovaných pacientům/klientům služeb CDZ terénní formou (v přirozeném prostředí klienta a/nebo mimo sídlo CDZ) z celého objemu přímé práce se v době účinnosti výjimky nesleduje a nezapočítává se do celkové hodnoty indikátoru za dobu pilotního provozu CDZ.
- Byla specifikována způsobilost výdajů, které vznikly tzv. z důvodu zásahu vyšší moci; jedná se o výdaje na přípravu aktivit, které nakonec nemohly být realizovány (např. dopředu uhrazené pronájmy prostor, související cestovní náhrady, stornopoplatky, tiskové materiály, aj.), a také způsobilost osobních nákladů na členy multidisciplinárního týmu, kteří z důvodu mimořádných opatření nemohli vykonávat činnost na projektu, a ani nemohli vykonávat práci z domova (tj. jedná se o způsobilost náhrady mzdy anebo platu). Pro způsobilost výdajů je také nezbytné, aby byla splněna podmínka, že tyto výdaje nejsou kryté pojistným plněním, anebo nejsou refundovány z jiných zdrojů.



- Došlo k uvolnění pravidel pro posuzování změn oproti žádosti o dotaci; za podstatnou změnu se nepovažovaly některé změny rozpočtu vyvolané nutností rychle reagovat na nastalou situaci.

V oblasti informování, komunikace a destigmatizace, kterou zajišťuje MZd, se v lednu 2020 se uskutečnily 4 mikrokonference (místa konání byla vybrána s ohledem na v té době připravovanou výzvu pro CDZ III tam, kde CDZ dosud neexistují). Dále byly plánovány 2 další mikrokonference na březen 2020, ale jejich konání bylo odloženo, a to z kvůli krizovým opatřením za účelem ochrany veřejného zdraví a prevence nebezpečí vzniku a rozšíření onemocnění COVID-19.

Naplnování cílů projektu na úrovni CDZ

Ke stanoveným pravidlům, podle nichž měla CDZ povinnost fungovat, lze konstatovat následující:

- **CDZ se podařilo sestavit multidisciplinární tým** (dle stanovených úvazků a kvalifikací). Některá centra se v tomto aspektu potýkala s většími problémy a s fluktuací pracovníků. (Ukazuje se, že obtížnější situaci mají CDZ, která nevznikla ve spolupráci se silným zdravotním partnerem v podobě velké psychiatrické nemocnice/léčebny.) Realizační tým MZd (zejm. gestor projektu) byl dotčeným CDZ nápomocen prostřednictvím svých osobních kontaktů. Problémy s personálním obsazením u žádného z CDZ nezpůsobily nedostupnost péče pro klienty.
- **Některá CDZ již vykázala, že členové jejich týmu absolvovali vzdělávací akce v celkovém rozsahu vyšším než 40 hodin**, u celkem 5 je zatím tento sledovaný parametr nulový. Semináře ovšem patří k aktivitám, které byly zásadně utlumeny kvůli krizovým opatřením za účelem ochrany veřejného zdraví a prevence nebezpečí vzniku a rozšíření onemocnění COVID-19.
- **Všechna CDZ zavedla metodické práce s klienty a navázala pracovní vztahy** s praktickými lékaři, ambulantními psychiatry, lůžkovými psychiatrickými zařízeními, nemocnicemi, úřady, (OSSZ, orgány veřejné správy).
- **Všechna CDZ poskytují celé definované spektrum služeb** (služby terénního týmu, služby denní péče, služby krizové, služby psychiatrické, služby klinického psychologa, služby psychoterapeutické, podporu svépomocných činností).
- **Všechna CDZ dodržují principy pro získání klientů do péče na základě cíleného kontaktu** s nemocnicemi, psychiatry, praktickými lékaři, stávajícími zdravotními a sociálními poskytovateli.
- **Limit pro rozsah terénních prací (50 %)** nebyl v průběhu realizace projektu dodržen u jednoho CDZ v jednom sledovaném období, u celkem 3 se rozsah terénní složky péče pohybuje v blízkosti limitu, jedno CDZ ovšem dosáhlo podílu i nad 90 %.
- Ke každému CDZ **byla zřízena Řídící rada** a jejich složení odpovídá stanoveným podmínkám.

Úprava Standardu péče poskytované CDZ

Projekt v podobě schválené k podpoře z OPZ předpokládá akreditaci vzniklých CDZ (obdobně jako tomu bylo u projektu CDZ I). U projektu CDZ i již MZd s ŘO OPZ vyjednal úpravu tohoto parametru a nahrazení závazku akreditace závazkem aktualizace Standardu péče poskytované CDZ. Zpracovatel předpokládá, že žádost o změnu projektu CDZ II bude podána dodatečně (např. v okamžiku, kdy se vyskytne další parametr v projektu, který bude nezbytně administrovat prostřednictvím žádosti



o změnu). Protože Standard je shodný pro CDZ I i CDZ II, jsou v následujících odstavcích shrnuty informace týkající se připravované změny Standardu⁹:

- *Velikost týmů: Při cca 10-11 úvazcích v jednom týmu se v realitě jedná o 15 i více pracovníků (kvůli částečným úvazkům). v případě plných stavů, tedy 20 pracovních úvazků, by pak v týmu bylo 30 i více pracovníků. Ukazuje se, že 15 osob je na hraně počtu osob, které společně mohou pracovat jako funkční tým.*
- *Cílové skupiny: U většiny CDZ je až 1/3 klientů, kteří do skupiny SMI spíše nespádají, nicméně velmi z podpory týmu CDZ profitují. Jedná se převážně o krátkodobější, ale komplexní intervence (do měsíce či dvou) a většinou v době dekompenzace stavu či následně po propuštění z hospitalizace. Tuto pomoc ve stávající síti žádá jiná služba není schopna zajistit.*
- *Krizové intervence: Ve Standardu jsou popsány tak, že tým CDZ je provádí pro "své klienty", krizové intervence pro širší populaci jsou určeny pro CDZ k - pro větší spádovou oblast (300 000 obyvatel). Ukazuje se, že se CDZ setkávají s místními potřebami krizových intervencí nejen pro skupinu SMI.*
- *Velikost spádového území: v Standardu se předpokládá spádové území s rozsahem 60 000 - 140 000 obyvatel. Je potřeba zvážit koncept menších spádů, ale větší univerzality. Ke zvážení je i varianta jednoho týmu se sub týmy.*
- *Služby CDZ: Praxe zahraniční i praxe CDZ ukazuje potřebu většího důrazu na způsob práce orientované na zotavení osob s duševním onemocněním. z toho vyplývá i jiný typ funkce jednotlivých profesí (psychiatr nemá „ambulanci“, ale je zdrojem pro klíčové pracovníky atd.).*
- *Profesní obsazení: Výše úvazků některých profesí (psychiatr, klinický psycholog, pracovník s psychologickou atestací) se ukazují jako ne zcela funkčně nastaveny. To jak vzhledem k jejich nedostatku na volném trhu práce, tak vzhledem k jejich roli v rámci multidisciplinárního týmu i v porovnání s kvantitativními požadavky v jiných typech péče o duševní zdraví. Zároveň některé profese ve standardu zmíněné nejsou, ačkoliv se ukazuje jejich potřebnost (například střední a nižší zdravotnický personál).*
- *Role CDZ v celé síti služeb: Je zjevná roztržičnost stávající sítě služeb, neefektivnost jejich využívání. Ke zvážení je role CDZ jako filtru (gate keepingu) vstupu do specializované lůžkové zdravotní péče a rezidentní sociální péče, taktéž role CDZ v posílení primární zdravotní péče tak, aby byla schopna kompetentněji hrát významnější roli v péči o duševně nemocné.*
- *Návaznost na multidisciplinární komunitní týmy (pro další věkové, cílové skupiny): děti, osoby pokročilého věku, osoby s adiktologickou a forensní problematikou.*

MZd pro přípravu úpravy využívá A) Pracovní skupinu CDZ (složenou z osob reprezentujících CDZ, jak z hlediska jednotlivých profesí, tak dle jednotlivých geografických a organizačních specifik, a to včetně zástupců klientů a rodinných příslušníků klientů se zkušeností s péčí CDZ); Tato skupina představuje prostor pro diskuzi, sběr poznatků a expertních i praktických zkušeností z již fungujících CDZ. B) Koncepční skupinu (složenou z osob zastupujících reprezentativní vzorek CDZ, ze zástupců relevantních profesních i dalších orgánů a organizací jako např. Sekce psychiatrických sester, Asociace zdravotních sester, Psychiatrická společnost J. E. Purkyně, zástupců sociálních pracovníků, klientských a rodičovských organizací, zdravotních pojišťoven). Tato skupina je při využití podkladových materiálů zpracovaných Pracovní skupinou CDZ odborně zodpovědná za revizi stávajícího Standardu a vytvoření návrhu nového znění (včetně potřebných legislativních úprav).

Současně platí, že koncepční materiály jsou průběžně konzultovány s Odbornou radou a Výkonným výborem Reformy psychiatrické péče, které budou finální výstup také schvalovat.

V době vydání této zprávy byly práce na úpravě Standardu postupně finalizovány. Dle informací, které zpracovatel měl možnost získat ze strany členů realizačního týmu, se podařilo do Standardu zapracovat několik zásadních skutečností, které jsou probírány i v této zprávě. Jde např. o:

- **ve Standardu se nově uvažuje logikou funkcí, nikoliv logikou úvazků**
- **jsou popsány vývojové fáze CDZ včetně vývoje multidisciplinárního týmu**

⁹ Pozn.: Text vychází ze žádosti o změnu č. 14 projektu CDZ I; text byl zkrácen dodavatelem.



- **byla zavedená startovací podoba CDZ v podobě úvazků 4:4 (zdravotní : sociální část) – do pěti let se takové CDZ musí transformovat do podoby 8:8. Nicméně pokud tak neučiní, budou muset snížit svoji spádovost na hodnotu menší, než je 100 000 obyvatel.**

Shromažďování dat a kvantitativní evaluace

Jako významný prvek v rámci projektu je třeba uvést také zpracování koncepce shromažďování dat pro evaluaci provozů CDZ, což představovalo velmi složitý úkol. v počátcích plnění této aktivity byla nejprve zpracována analýza vstupních dat. Následně došlo také k zapojení Úřadu pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ), aby došlo k verifikaci, že systém není v rozporu s principy nakládání s osobními údaji. (Bohužel tímto krokem vzniklo přibližně půlroční zpoždění.) Data pro evaluaci CDZ jsou sbírána prostřednictvím 3 základních cest:

1. CDZ naplňují prostřednictvím webové aplikace RedCap některé údaje přímo do Centrální databáze dat spravované Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Struktura takto sbíraných dat obsahuje jednak základní popisné parametry CDZ (personální kapacity CDZ) a pak informace o práci s klienty před jejich přijetím do péče a informace o souhrnu sociální práce s anonymními klienty/pacienty CDZ.¹⁰
2. Sběr údajů o klientech probíhá prostřednictvím odesílání datových dávek zdravotním pojišťovnám, které je pak následně předávají do Národního registru hrazených zdravotních služeb (NRHZZ) spravovaného ÚZIS.
3. Dále jsou pro evaluaci vytěžována další data dostupná v NZIS (a to především v NRHZZ, případně v registru LPZ - Listů o prohlídce zemřelého), která se týkají zdravotní historie klientů CDZ. Využíváno je anonymní napojení na datové sady sbírané v CDZ.

Propojení dat s historií čerpání veškeré zdravotní péče pacientů/klientů před, během i po vstupu pacienta do služby CDZ umožňuje komplexní vyhodnocení dopadu CDZ na zdravotní situaci pacientů/klientů. Nevýhodou ovšem je, že od odeslání dat z CDZ trvá až 6 měsíců než data doputují do NRHZZ. Teprve poté je možné data kontrolovat a analyzovat. Kontrola dat (zda jsou úplná a odpovídají evidenci vedené v CDZ) se navíc ukázala jako poměrně složitá. Některá CDZ měla technické problémy s reportingem dat, protože jejich software nedokázal provést úpravy, které by umožnily zasílání požadovaných dat. U těchto organizací bylo třeba technické asistence pracovníků ÚZIS. Finálně ovšem sběr dat začal fungovat. ÚZIS již publikoval první vyhodnocení fungování 5 CDZ v rámci skupiny CDZ I, výstupy jsou k dispozici na stránkách Národního portálu psychiatrické péče (<https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/registr-cdz/#k01>). První datové sady z ÚZIS za centra ze skupiny CDZ II budou k dispozici v polovině roku 2021, dle odhadu pracovníků realizačního týmu by tedy první výstupy v podobě kvantitativní evaluace měly být k dispozici na podzim 2021.

¹⁰ „V této části je evidována práce s klienty/pacienty, kteří si zvolili anonymní režim poskytování sociální služby, na což mají právo podle zákona o sociálních službách. Anonymita se ovšem týká pouze sociální části CDZ. Pracovníci zdravotní části CDZ jsou povinni reportovat o těchto klientech/pacientech standardním způsobem s výjimkou souhrnné informace o poskytování sociálních služeb za uplynulé období. Objem této sociální práce s klienty/pacienty se reportuje v souhrnu za celé CDZ.“ Citováno dle Projektové dokumentace IS pro psychiatrickou péči poskytovanou multidisciplinárními týmy, ÚZIS, 2018.



Aktivity destigmatizace

Součástí projektu – jako klíčová aktivita 3 – byla také realizace podpůrných opatření. Činnosti související s touto aktivitou lze rozdělit na dvě části:

- komunikační opatření z úrovně MZd – Mikrokonference
- komunikační opatření z úrovně CDZ

Místa realizace mikrokonferencí byla vybírána zejména s ohledem na blízkost se výzvou pro CDZ III – tedy v lokalitách, kde CDZ dosud neexistují. v lednu 2020 proběhly celkem 4 mikrokonference – v Liberci, Lovosicích, Berouně a Příbrami. Konference probíhaly formou řízené diskuse se stěžejním tématem CDZ jakožto nového prvku péče o psychicky nemocné pacienty. v rámci této diskuse nebyla CDZ jen představována, ale byla zjišťována i informovanost v rámci odborné veřejnosti (zástupci úřadů, zdravotních a sociálních zařízení příp. poskytovatelů této péče) a možnosti vzniku dalších CDZ. Největší ohlas – dle vyjádření realizačního týmu – měla pak nejmenší mikrokonference v Příbrami, kde se podařilo dojednat spolupráci na přípravě vzniku nového CDZ mezi tamější nemocnicí a poskytovatelem sociálních služeb Lomikámen, z.ú.

Z března na září se vzhledem k pandemické situaci posunuly mikrokonference v Táboře a Kroměříži. Mikrokonference pracují s danou cílovou skupinou, tj. zástupci krajských a místních úřadů, kteří se věnují sociální a zdravotní příp. rodinné problematice, zástupci pojišťoven, poskytovatelé zdravotní a sociální péče v daném regionu. v principu jsou mikrokonference realizovány ve dvou vlnách, ve dvou odlišných schématech, protože aktuálně reagují na potřeby klientů/pacientů resp. CDZ v daných regionech a flexibilně pracují s cílovou skupinou.

Komunikační opatření na úrovni CDZ obsahovala propagaci CDZ a povinnou publicitu (umístění plakátů A3. Každé CDZ se pak prezentovalo na webových stránkách. Většina CDZ dle vyjádření realizačního týmu připravila slavnosti otevření při zahájení provozu.

Dále byla u všech poskytovatelů CDZ vybrána skupina z řad poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a zástupců místní samosprávy, která je informována opakovaně po dobu 6 měsíců. Jednotlivá CDZ zasílají při každé zprávě o realizaci tabulku, která definuje jednotlivá komunikační opatření a vykazuje jeho opakování.

4.1.2 Harmonogram (časový rámeček) projektu

Zahájení realizace projektu proběhlo dle plánu. Následně MZd nejprve požádalo o prodloužení realizace KA1 o 8 měsíců (kvůli úpravě projektu na dotační řízení). Dále skutečnost, že se v první výzvě nepodařilo vybrat a zasmělnit všech 16 CDZ, která jsou cílem projektu, měla za následek, že MZd vyhlásilo druhou výzvu k podávání žádostí o dotaci na CDZ. Tento krok si vyžádal další prodloužení realizace KA1 (o další 4 měsíce) a návazně také prodloužení projektu jako celku o 12 měsíců.

Oproti plánu došlo také ke změně v tom, že KA2 začala probíhat ještě před ukončením KA1 (kdy provoz části CDZ z první výzvy začal ještě před výběrem CDZ ve druhé výzvě).



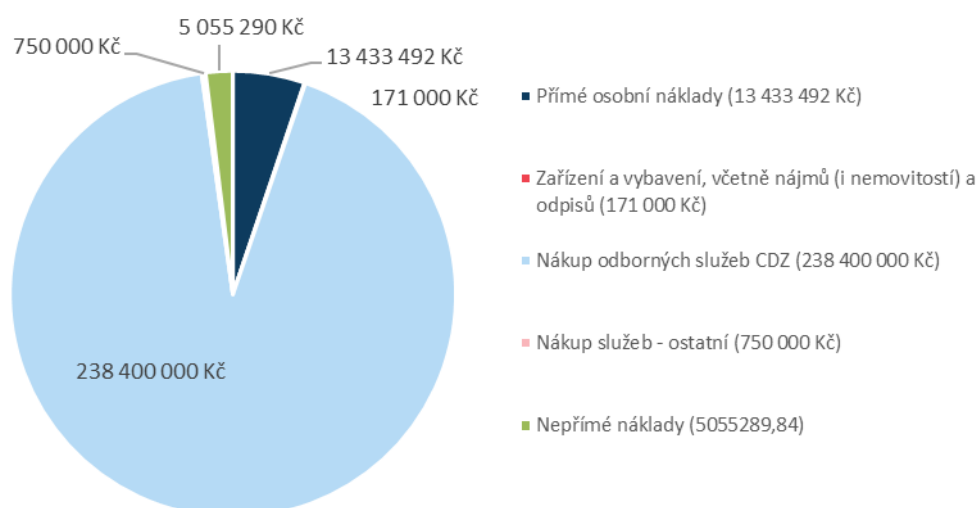
Tabulka 8: Skutečný harmonogram realizace projektu

	10/2017	4/2019	11/2019	1/2022
KA1	[Red bar]			
KA2	[White bar]	[Red bar]		
KA3	[Light blue bar]			
KA4	[Dark blue bar]			

4.1.3 Rozpočet projektu a čerpání podpory

Celkový rozpočet projektu 257 819 781,84 Kč. Prostředky jsou z cca 77,56 % hrazeny z Evropského sociálního fondu, zbylá část je financována ze státního rozpočtu ČR.

Graf 1: Základní struktura rozpočtu projektu (v Kč)

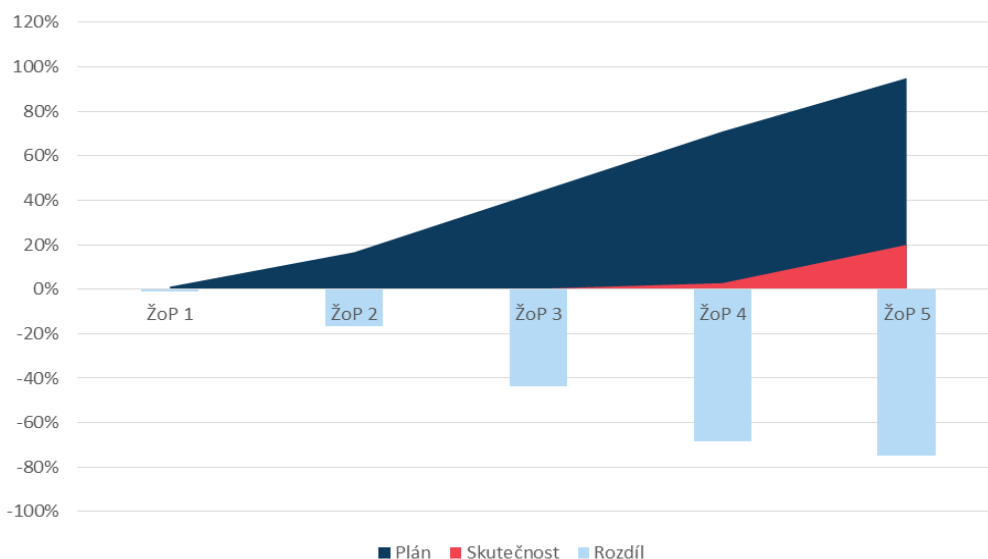


Aktuální rozpočet projektu se shoduje s tím, jak byl rozpočet naplánovaný. Odlišnost představuje pouze přesun částky 5 544,00 Kč z kapitoly „Přímé osobní náklady“ na výdaje v rámci „zařízení a vybavení“. Přesunovaná částka představuje pouze 0,002 % rozpočtu projektu.

V současné době realizační tým projektu řeší také neschválení částky ve výši 90 tis. Kč ze strany ŘO OPZ. Ten uvedenou částku označil za nezpůsobilou. Šlo o finance, které jednotlivá CDZ vykázaly, a které ŘO označil jako nezpůsobilé výdaje z toho důvodu, že šlo o „nákup materiálů před koncem pilotního provozu“. Jde o stejnou situaci, která nastala u projektu na podporu CDZ I. MZd nicméně s rozhodnutím nesouhlasí a v současné době situaci řeší.



Graf 2: Porovnání plánu a skutečného tempa čerpání podpory (v % z celkového rozpočtu)



Graf zobrazuje kumulovaný objem vyčerpané podpory (v % z celkového rozpočtu) za dosud zadministrované žádosti o platbu ve srovnání s plánovaným čerpáním. Pod hlavní vodorovnou osou je zachycen rozdíl mezi plánem a skutečností.

Je patrné, že skutečné tempo čerpání neodpovídá plánovanému. Příčinou je zpoždění v zahájení provozu pilotních CDZ, a to zejména z důvodu, že provozovatelé center nebyli vybíráni prostřednictvím veřejné zakázky, jak projekt původně předpokládal, ale vzešli z dotačního řízení. Výraznou roli v tomto parametru ovšem hraje také změna v pravidlech OPZ, ke které došlo až poté, co byl projekt připraven a MZd předložilo žádost o podporu na projekt na ŘO OPZ. Pravidla OPZ v době přípravy projektu umožňovala, aby realizátoři projektů zařazovali do žádostí o platbu i výdaje, které uhradili jakožto zálohy svým dodavatelům (příp. jiným subjektům, v případě CDZ by se jednalo o prostředky poskytnuté provozovatelům CDZ), k nimž ovšem ještě neexistuje „protiplnění“ (tj. není k dispozici zúčtovací faktura, resp. v případě CDZ není k dispozici vyúčtování výdajů financovaných z těchto „zálohově“ poskytnutých prostředků). ŘO OPZ při vymezování pravidel pro výdaje v rámci žádostí o platbu navazoval na předchozí programová období (tj. zachoval aplikovanou praxi), ovšem v roce 2017 muselo kvůli auditnímu zjištění Evropské komise dojít ke změně v tomto parametru a pro projekty, na které byl právní akt o poskytnutí podpory z OPZ vydán 1. 5. 2017 či později (tedy včetně projektu CDZ II), bylo zavedeno, že **do žádostí o platbu není možné zařazovat zálohové úhrady**, k nimž ještě není k dispozici vyúčtování. Jedná se o změnu, kterou MZd nemohlo v době přípravy plánu harmonogramu čerpání předpokládat.

V kontextu průběhu čerpání podpory z OPZ v čase je nutné upozornit na **milník projektu**, který ŘO OPZ stanovil pro MZd v právním aktu o poskytnutí podpory z OPZ na projekt. Tento milník byl stanoven jakožto minimum vyčerpané podpory (konkrétně 85 mil. Kč) do konce června 2019. Cílem tohoto ustanovení bylo zajistit, aby MZd usilovalo projekt realizovat (věcně i finančně) v předpokládaném harmonogramu. Nesplnění milníku znamenalo dle právního aktu předčasné ukončení realizace projektu, tj. ukončení podpory z OPZ. Původní závazek tedy předpokládal vyčerpat 33 % přidělené



podpory v čase odpovídajícím cca 45 %¹¹ délky realizace projektu. Komplikace a zpoždění v realizaci projektu, které nastaly (a jsou popsány v rámci kap. 4.1.2.1), a změna v pravidlech, která znemožnila uplatnit v žádostech o platbu zálohové platby poukázané CDZ, si vynutily úpravu stanoveného milníku. ŘO OPZ souhlasil se snížením rozhodné částky na 50,5 mil. Kč (tj. cca 20 % přidělené podpory) a posun rozhodného okamžiku na 31. 7. 2020 (tj. k okamžiku uplynutí 65 % doby realizace projektu). Ačkoli se podařilo snížit a posunout milník v čase, představovalo toto pravidlo pro MZd významné riziko. **Změna v nastavení milníku tedy měla pro projekt zásadní důležitost.**

4.1.4 Výstupy a výsledky

Provozovatelé CDZ předávají na MZd v každé zprávě o realizaci pilotního provozu CDZ informace o jimi dosažených hodnotách indikátorů. Kromě toho předávají přehledové tabulky s dalšími podrobnostmi, v nichž MZd kontroluje, zda vykázané hodnoty sledovaných indikátorů jsou stanoveny správně. (Tabulky obsahují např. přehledy vzdělávacích akcí, jichž se účastnili pracovníci CDZ, včetně hodinové dotace pro každou akci.)

V současné době je velká část indikátorů nenaplněna. U indikátorů typu 56102 či 57101 naplnění nastane až při ukončení KA2. v případě indikátoru 60000 bude indikátor naplněn až ve chvíli, kdy budou k dispozici veškerá data za jednotlivé klienty. Zpráva o realizaci č. 5 byla vydávána v době, kdy žádné CDZ ještě pilotní provoz neukončilo. Dle předběžných odhadů by ale naplnění všech níže uvedených indikátorů – minimálně na úrovni požadovaných 85 % – mělo bez obtíží nastat.

Tabulka 9: Hodnoty indikátorů

Kód	Název	Cílová hodnota	Popis cílové hodnoty	Aktuálně dosažená hodnota ¹²
56102	Počet nových podpořených informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví	17	- 16 komunikačních programů (CDZ), - Obecný program MZ	0
60000	Celkový počet účastníků	720	Jde o všechny osoby, které čerpaly podporu v rámci pilotního provozu CDZ. Podporou se rozumí účast na vzdělávání a/nebo přímé čerpání služeb CDZ v celkovém rozsahu nad 40 hodin.	166
62600	Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti	112	Odborný personál CDZ se účastní odborného vzdělávání ke zvýšení kvalifikace. Za podpořeného účastníka je považován účastník, který absolvoval minimálně 40 hod. vzdělávání a má certifikát o absolvování. Předpoklad je 7 podpořených osob/CDZ, celkem tedy 112 osob.	31

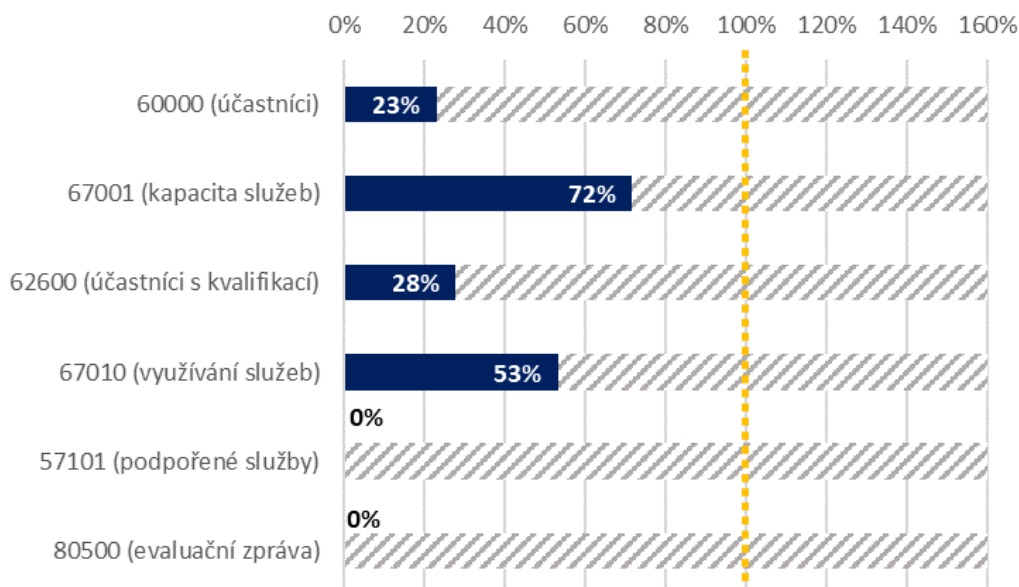
¹¹ Protože pro milník je relevantní schválená vyúčtovaná podpora, Zpracovatel při výpočtu vyhradil 3 měsíce na kontrolu vyúčtovaných výdajů.

¹² Dle poslední zprávy o realizaci projektu schválené ŘO OPZ, tj. ZoR č. 5.



Kód	Název	Cílová hodnota	Popis cílové hodnoty	Aktuálně dosažená hodnota ¹²
57101	Počet podpořených služeb uvedených ve Strategii reformy psychiatrické péče	112	Každé CDZ podporuje 7 služeb uvedených ve Strategii.	0
67001	Kapacita podpořených služeb	176	Kapacita služeb a programů CDZ byla vyčíslena jako maximální počet osob, kterým může být služba v dané chvíli poskytována. Vychází z kapacity personálního obsazení multidisciplinárního týmu.	126
67010	Využívání podpořených služeb	2 160	Počet osob, které využily služeb CDZ během realizace pilotního provozu CDZ. Jde o pacienty/klienty, kteří využili jakoukoli službu bez ohledu na míru rozsahu poskytované služby. Každá osoba se započítává pouze jednou.	1 151
80500	Počet napsaných a zveřejněných analytických a strategických dokumentů (vč. evaluačních)	1	Závěrečná evaluační zpráva projektu.	0

Graf 3: Porovnání závazných cílových hodnot indikátorů projektu a dosažených hodnot dle poslední zprávy o realizaci schválené ŘO OPZ (ZoR č. 5)





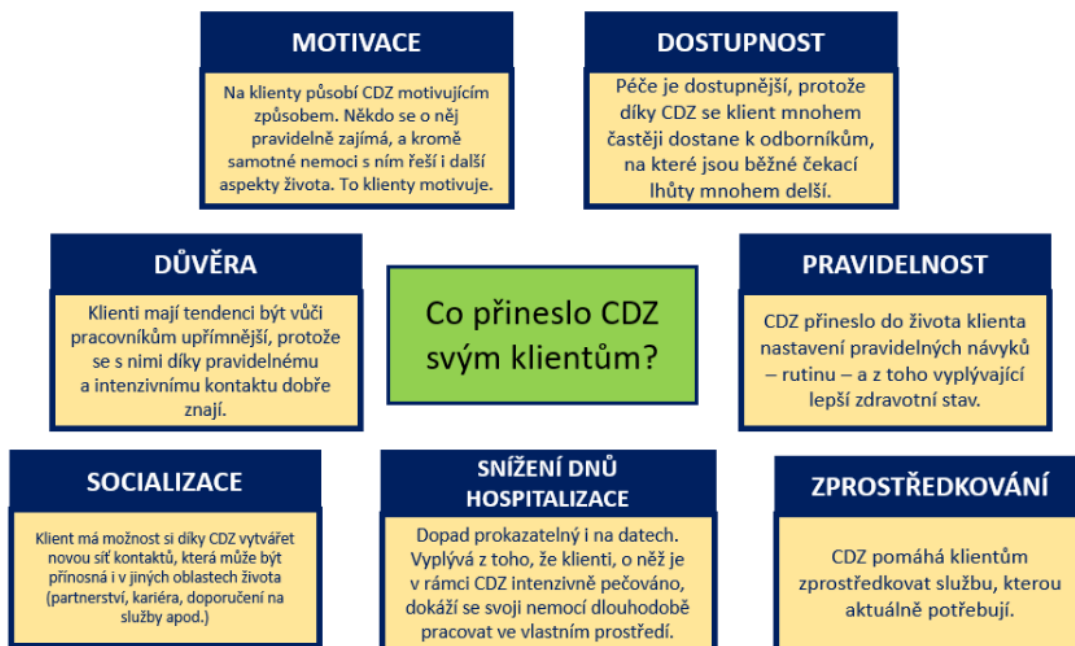
5 Zpráva o dopadové evaluaci

5.1 Evaluační otázka 1: Jak klienti/pacienti hodnotí poskytování péče, co se pro ně změnilo zavedením CDZ?

Odpověď na evaluační otázku

V průběhu evaluace měl zpracovatel možnost hovořit s více než 20 klienty CDZ z různých regionů a s různými diagnózami. Klienti byli vybíráni ve spolupráci s CDZ především na základě ochoty bavit se s externím tazatelem a také na základě současné zdravotní situace. Cílem rozhovorů bylo především zachytit změnu, kterou CDZ do života klientů přineslo.

Jaké typy změn se tedy podařilo zaznamenat? Ve schématu níže jsou klíčové dopady shrnuty do sedmi klíčových aspektů. Je nutné poznamenat, že ne všechny dopady lze automaticky aplikovat na všechny typy klientů využívající služeb CDZ.



„Za posledního půl roku – 8 měsíců se můj život obrátil na jiný směr. Dřív to nebylo dobré, ale teď, když to shrnu, tak díky CDZ, paní doktorce, mojí „casezce“ (case manažerka, pozn. zpracovatele), tak jsem úplně někde jinde. Já jsem na sebe už 8 měsíců nesáhla. Já jsem se sebepoškozovala. Už 8 měsíců nejsem hospitalizovaná, beru už jen 1 lék na noc na spaní. Už 5. měsíc mám práci, pracuji bez problémů, mám vidiny toho, že si chci dodělat školu, takže určitě velkou váhu pomoci dávám paní doktorce a svojí „casezce“.“ Klient CDZ Cheb, rozhovor ze dne 8. 10. 2020

U CDZ je klíčové především to, že klienti jsou s pracovníky CDZ ve velmi intenzivním kontaktu. Díky tomu si pracovníci CDZ a klienti poměrně rychle vytváří **vzájemnou důvěru**, díky níž je následně možné pomáhat klientovi s realizací dalších aktivit překonávajících obtíže nemoci. Klienti jsou s pracovníky CDZ v kontaktu s poměrně

„Pro mě jsou důležité rozhovory, kdy si mohu s někým popovídat. Ty probíhají pravidelně. Ale také mi pomáhají v dalších oblastech, jako je například pomoc s oddlužením. To pro mělo velký význam a moc mi to pomohlo.“ Klient CDZ Praha 6 ze dne 2. 12. 2020



velkou pravidelností; obvykle jednou týdně. Pro většinu z oslovených klientů to znamená výrazné zintenzivnění kontaktu s odborníky, neboť před CDZ obvykle docházeli klienti do klasické psychiatrické ambulance jen jednou za 2–3 měsíce, pokud vůbec. Jen menší část oslovených využívala před CDZ i nějakých sociálních služeb. Stejně tak bylo pro klienty velmi náročné využívat služeb psychologa, které jsou v řadě regionů nedostatečně kapacitně zastoupeni (např. v případě CDZ Cheb se respondenti vyjádřili, že využít služeb psychologa bylo v regionu do doby před CDZ prakticky nemožné).

„CDZ mi pomohlo tak, že jsem přestala chodit k psycholožce. Já jsem nejdřív docházela na individuální sezení k ní, ale tam byly čekací lhůty i jednou za 6 týdnů či za měsíc. a do CDZ můžu chodit každý týden. Cítím se jinak... že mám tu oporu v nich – např. když jsem teď sháněla práci, tak sestra mě hned navedla na organizaci, kde jsem dneska byla. s peer konzultantkou jsme zase daly dohromady životopis.“ Klientka CDZ Opava, rozhovor ze dne 25. 11. 2020.

S tím, jak se klienti s pracovníky CDZ vlivem pravidelného kontaktu dobře znají, přichází i tendence klientů nebát se hovořit o záležitostech, které by jinak neměli potřebu např. při běžné kontrole u lékaře zmiňovat. Což zase jen pomáhá k tomu individualizovat přístup ke klientovi a nastavit spolupráci tak, aby byla co nejefektivnější. a např. tak pomoci zajistit službu, kterou klient shání, a to službu jak zdravotně-sociálního typu (např. sociální rehabilitace, poradna pro nezaměstnané), tak službu volnočasovou (výuka němčiny).

V praxi tato intenzivní spolupráce znamená, že si klient udržuje pravidelný kontakt i s dalšími lidmi

„Snaží se mi rozumět, vcítit se do mě, moc dobře si s ní rozumím, jsem za ní ráda a chodím za ní ráda na schůzky.“ Klientka CDZ Cheb ze dne 8. 10. 2020

mimo svoji rodinu – a **tedy se socializuje**. Tato praxe se ukazuje jako přínosná; uzavření se a neschopnost účastnit se společenského života je totiž běžným praktickým (sociálním) dopadem duševního onemocnění, který těmto lidem ještě více

zabrání v tom se s nemocí zdárně vypořádávat. Socializace v tomto případě ale neznamená jen kontakt s pracovníky CDZ, ale také s lidmi řešící podobné problémy, např. při společných aktivizačních setkáních. v některých CDZ se z těchto setkání vytvořila neformální skupina, v níž si klienti čas organizují sami nebo s pomocí pracovníka CDZ (nejčastěji peera nebo sociálního pracovníka) např. v podobě setkávání se na bowlingu, výletech do přírody apod. i v časech pandemie COVID-19 hrálo CDZ u klientů důležitou roli, byť došlo v mnoha případech k přesunutí konzultací do online podoby¹³. Je samozřejmě relevantní otázkou ptát se, zda může CDZ začlenit v rámci aktivizace klienta do společnosti, nebo zda se jedná jen o vytvoření „umělé společnosti“, resp. „sociální bubliny“. Zaznamenali jsme, že toto do jisté míry souvisí

„Vždycky na mě mají čas, když potřebuju cokoli. Všichni také umějí naslouchat, což je hodně důležité.“ Klient CDZ Praha 9, rozhovor ze dne 29. 10. 2020 (souběžná evaluace).

„Jsme odkázáni s matkou, která je klientkou CDZ, sami na sebe. Jediný možný kontakt k řešení obtížných situací je CDZ. Máme občasné společné konzultace, řešíme třeba socializaci matky do společnosti, hledání práce apod. (...) Hlavně je to pomoc v komplikované situaci, sám bych nevěděl, jak postupovat. Ulehčuje to život mně i matce.“ Rodinný příslušník klienta CDZ PN Brno, rozhovor ze dne 13. 1. 2021.

s vybaveností regionu a s nabídkou služeb (nejen služby v oblasti sociální, ale i v oblasti volnočasové, jako jsou knihovny, akce, sportovní vyžití), které mohou lidé s duševním onemocněním v daném místě využívat. v regionech majících menší vybavenost tohoto typu mají klienti větší tendenci vytvářet vlastní (uzavřené) zájmové skupiny (společně se chodí na výlety, společně se chodí na bowling apod).

Zatímco přístup ke klientovi v podobě pravidelných návštěv (v terénu nebo v ambulanci) zaměřených na kontrolu jeho zdravotní a psychické situace je napříč CDZ podobný, v průběhu evaluace jsme vysledovali **dva různé přístupy k zajištění dalších navazujících aktivit ze strany CDZ:**

¹³ Tam, kde to bylo nutné, byl zachován osobní kontakt, např. kvůli potřebě pravidelně medikace klienta.



- V regionech s vysokou vybaveností služeb (Praha) CDZ mnohem častěji působí jako **koordinátor aktivit**, kdy klientovi pomáhá **zprostředkovat kontakt** s dalšími službami
- V jiných regionech, kde je vybavenost služeb spíše menší (Havlíčkův Brod, Přerov), CDZ mnohem častěji funguje jako **organizátor aktivit** návazného charakteru (setkávání klientů i rodinných příslušníků, volnočasové skupiny apod.)

Pokud se tedy CDZ odlišují v tom, kolik času věnují konkrétnímu klientovi, je tento rozdíl primárně způsoben přístupem k navazujícím aktivitám.

„Nemusím se domlouvat s pěti lidmi na tom, co mám dál dělat, zajistí i komunikaci s úřadem. Dostal jsem se do stavu, kdy jsem začal plánovat, co bude dál v práci i osobním životě, takové ambice jsem dříve vůbec neměl.“
Klient CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 10. 9. 2020.

„Když měl před CDZ na mě někdo čas hodinu měsíčně, mohl jsem vlastně mluvit o štěstí, já jsem ale v některých momentech potřeboval mnohem víc, bez obavy, že skončím v hospitalizaci.““
Klient CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 20. 1. 2021.

Druhým klíčovým rozdílem, podle kterého se odlišuje

přístup ke klientům, je **míra jejich samostatnosti**. Zatímco u relativně samostatných klientů se v mnohem větší míře řeší

záležitosti jako socializace, hledání práce – jinými slovy rozvojové aktivity, u klientů nesamostatných převládá – samozřejmě vedle zajištění uspokojivého zdravotního stavu – pomoc se zajištěním základních záležitostí – učení návyků, samostatnost a s tím související snížení zátěže na další rodinné příslušníky.

Co se díky tomu, že jsem začal chodit do CDZ, změnilo? „Mám lepší režim. Třeba dopoledne je lepší než, kdybych třeba doma jen ležel nebo tak něco...“ Klient CDZ Přerov ze dne 24. 6. 2020 (souběžná evaluace)

Řada klientů otevřeně přiznala (a v mnoha případech jejich rodinní příslušníci nezávisle na sobě potvrdili), že CDZ jim pomohlo také v zajištění pravidelnosti. Díky CDZ pravidelně vstávají, na setkání s lidmi v CDZ se všeobecně těší, jsou tedy ochotni do CDZ pravidelně docházet. To samo o sobě přináší další pozitivní dopady např. v podobě zvýšené motivace dělat i další věci (např. domácí práce nebo

cestovat sám hromadnou dopravou). Přínos v podobě pravidelnosti tedy nelze chápat jen jako zajištění určité pravidelnosti aktivit, ale také pomoc ve vytváření rutiny – a to v dobrém slova smyslu. Tedy **motivovat klienty dělat činnosti**, které většina společnosti bez obtíží a bez většího přemýšlení denně realizuje.

Jaké služby související s jejich zdravotní situací klienti vedle CDZ využívají?



Pokud klienti před spoluprací s CDZ nevyužívali žádných jiných služeb s výjimkou návštěv lékařů (či psychologů), CDZ pro ně bylo nové především v tom, že jim **přineslo kontakt s vysokou pravidelností**.



Tak často přitom ostatní aktivity realizovány nikdy nebyly. Pokud již klienti dříve využívali některých sociálních služeb – pro osoby s duševním onemocněním je častá zejména sociální rehabilitace nebo denní stacionář – tito klienti již měli díky sociální službě zkušenosti s pravidelným režimem. CDZ v jejich případě oproti klasické sociální službě navíc **přineslo terénní formu setkávání**, tj. návštěvy v klientově bydlišti. Ať tak nebo tak, koncept CDZ přináší zcela nový přístup k těmto klientům, a z realizovaných šetření jasně vyplynulo, že CDZ do života klienta přineslo změnu, kterou nelze srovnávat s žádnými předchozími zkušenostmi. Otázkou nicméně zůstává, zda má mít spolupráce s CDZ „průtokový“ charakter (tzn. spolupráce je časem ukončena), nebo zda klienti zůstávají v péči CDZ dlouhodobě a mění se pouze intenzita podpory ze strany CDZ.

Jak se klienti k CDZ dostali?

Pracovníci CDZ jej kontaktovali při pobytu v psychiatrickém zařízení

Na doporučení od svého ambulantního psychiatra nebo praktického lékaře

K CDZ se klient dostal vlastním způsobem, např. vyhledání na internetu

Dle vyjádření pracovníků CDZ lze říci, že zastoupení klientů, kteří jsou na jedné straně kontaktováni při pobytu v psychiatrickém zařízení, a na druhé straně těch, kteří přijdou na doporučení svého lékaře či ze své vlastní iniciativy, je relativně rovnoměrné. Způsob, jak se k CDZ klienti dostali, dle zjištění evaluace **nehraje roli v míře spokojenosti klienta**. Mnohem podstatnější je v tomto ohledu způsob, jak dobrovolná je spolupráce mezi CDZ a klientem. Je samozřejmé, že spolupráce může probíhat jen se souhlasem klienta, v mnoha ohledech se ale může stát, že klient spolupráci na doporučení přijme, i přes to, že sám tak výrazný zájem o spolupráci s CDZ nemá. U těchto klientů je dle pracovníků CDZ potřeba klást při prvních setkáních důraz na vnitřní motivaci klienta a vhodně jej informovat o všech možnostech, které CDZ nabízí. Vzhledem k odlišnosti služeb CDZ od dosavadních zkušeností klientů se motivace ve většině případů daří.

Nejvýznamnější dopad CDZ, který lze zachytit na datech, je celkové snížení počtu **dnů, při kterých byli klienti hospitalizováni**. Tento dopad nám byl ze strany řady respondentů potvrzen. Výstupy v podobě dat, které se této problematice týkají, budou součástí kvantitativní evaluace, kterou má na starosti realizační tým projektu a která bude zveřejněna v průběhu roku 2021.

Pravidelný kontakt s CDZ

Já jsem závislá na alkoholu, potýkám se tedy s abstinencí. Chodím na Antabus, mám před sebou i nějaké soudy. Společně to probíráme, a slíbili mi, že eventuálně na ten soud půjdou se mnou. Na Antabus? To jdu k sestře – to je taková rozpustná tabletky – ona to připraví a já to polknu. Chodila jsem ještě do stacionáře jednou týdně. Ale to je teď kvůli COVIDu zavřené.

Před CDZ jsem byla hospitalizovaná a pak jsem po dobu nemocenské chodila do denního stacionáře. To bylo ještě loni. a pak jsme se dozvěděla o CDZ a začala chodit tam. Doporučili mi to v tom stacionáři. Už si nevzpomínám, co nám o tom říkali, ona i jedna paní, co mě má teď na starost v CDZ, tak mi to vysvětlovala, že je to na podporu duševně nemocných lidí a jejich začlenění do společnosti.

Každé pondělí tam chodím na němčinu – osobně i teď během pandemie – to je s peer konzultantkou osobně. v kontaktu jsem každý týden dále s psychiatrickou sestrou, která mě má na starost. Volala jsem si s ní, ale někdy se jí nedovolám a volám proto na krizovou linku, ona mi to poradila. Domluvíme si vždycky termín, kdy mi má volat. Naposledy osobně? Tak tři týdny, asi měsíc. Nedávno říkala, že snad už za 14 dní bychom se mohli začít vidat...“



Byli jsme bezradní...

„U něho to vypuklo po maturitě. Chtěl jít do Prahy po vzoru svého bratra. On tam byl sám, chtěl tam jít. i když nemusel, tak chtěl, tak jsme ho nechali. Byl tam před cca 12 lety až 15 lety, potýkal se s tím všelijak, až skončil tak, že začal chodit k psychiatrovi. My jsme tam za ním jezdili. Bylo to takové nedobré období, protože s námi nechtěl moc komunikovat. Prostě jsme, jak to bývá, nevěděli, co se děje. Ono to nebylo naráz, že by onemocněl, měl nějakou ataku a hospitalizaci, ale měl to postupně, tak nějak ho to omotávalo. Až to bylo takové, že šel k psychiatrovi. My jsme za ním chodili, jezdili jsme i z Aše do Prahy, chodili jsme k paní doktorce (...) na Proseku. Byly to potom takové schizoidní jevy. a po 5 letech, co tam bojoval, tak jsme ho, když mu po psychické stránce nebylo dobře, stáhli z Prahy. On si nechal říct, v té době ještě řídil, měl auto. Rok jsme ho nechali doma. Jeden den jsme ho dovezli do Aše, on s tím souhlasil, tak tady jsme si mysleli, že se zklidní, jenže to nebylo. a pak se šel léčit.

My jsme byli naprosto bezradní, nevěděli jsme, na koho se máme obrátit. Tenkrát před 15 lety nebylo nějaké vysvětlení něčeho, jak pomoci. i rodina se vlastně hroutí, nejbližší příbuzní Vám nevěří, že něco takového vznikne. Obyčejně se to svádí na lenost, že nechce dělat. My jsme potom byli u FOKUSu. Ze začátku jsem nevěděla, co to obnáší, jaký to má smysl, ale myslím si, že nám FOKUS moc pomohl. Já jsem byla hrozně ráda, je to i díky paní (...), ona je z Aše, myslím si, že už nepracuje, ale byl to člověk, který tomu rozuměl, a který mě osobně dal směr, ona nám moc pomohla. My jsme pak byli s manželem v Holandsku na školení. Tam jsme se seznámili s tím, jak ty týmy pracují. Hrozně moc mi to pomohlo a dalo nám to naději, že se to může zlepšit. On byl mezitím půl roku hospitalizován v Dobřanech. Pak se vrátil a začal FOKUS. Dostal byt od FOKUSu v Chebu, on má podporované bydlení, bydlí ještě s jedním pánem, asi 45 let.

On tam ale ze začátku moc nebyl, musím přiznat, že předloni byl totiž v Ostrově, vrátil se a pak byl ještě čtyři měsíce v Dobřanech na doléčení. Přišel a nebyl na tom vůbec dobře, došlo to už tak daleko, že po té interní stránce byl úplně vyřízený. Tak po dohodě paní doktorky (...) s panem doktorem (...) ve Varech dostal depotní injekce. Po těch injekcích to bylo takové obrození, strašně velké zlepšení. My jsme byli šťastní, ale po čtyřech měsících se to začalo zase zhoršovat. My jsme ho nechali doma, aby se zklidnil. My jsme si to i užívali, že to bylo dobré, ale teď se to zase postupně... Není to katastrofální, protože znám horší stavy, ale on trpí hlavně tím, že říká, že mu je špatně. Ta soustředěnost je taková špatná, bych řekla. Teď je asi dva měsíce zase v Chebu, on to má tak, že byl tři měsíce tam, měsíc doma, takhle se to střídalo, nemůžu říct, že by tam byl např. rok. Já působím možná taková přecitlivělá matka, že se možná moc starám, ale ono to taky není úplně dobře, člověk má tendenci mluvit s nemocným jako s dítětem, byť je mu 35 let. Když je dítě nemocné, tak máte ten pocit s ním nemluvit úplně jako s dospělým. Tak jsme se teď domluvili, že bude v Chebu. Chtěl tam jít. Ono bylo i období, kdy tam moc nechtěl, to byly takové stavy. Teď je tam dva měsíce a je to ve fázi, že se bude osamostatňovat. On to ale vzal docela vážně a nechce s námi mít nic společného, když to přeženu. Například, když jedeme do Chebu, tak mu zavoláme, ať s námi jde na kávu, ale nechce. ... i s manželem dříve jezdili na výlety někam do přírody, on rád chodí do lesa, ale většinou sám. On ani netouží po kamarádovi, říká, že je nejradši, když je sám. On je to i takový rys té povahy, ale tou chorobou se to i více podtrhne a nemá potřebu být v nějakém kolektivu. Aspoň to tak říká a chová se tak.“



5.2 Evaluační otázka 2: Jak hodnotí poskytování péče rodinní příslušníci pacientů/klientů? Jaké je jejich vnímání péče?

Odpověď na evaluační otázku

Rozšiřující pohled na to, jak CDZ mění život konkrétním osobám, podává popis hodnocení CDZ ze strany rodinných příslušníků klientů. Rodinní příslušníci jsou ti, kteří často přímo na sobě zažívají negativní projevy duševní nemoci svého blízkého. Přitom věnují významnou část svého času péči o tuto osobu a již jim nezbývá tolik prostoru na seberealizaci. To vše může vyústit v nespokojenost či dokonce až k vlastní zdravotní indispozici.

Z rozhovorů, které jsme v rámci evaluací CDZ I a CDZ II měli možnost vést s rodinnými příslušníky, vyplývá řada, že CDZ i jim přináší řadu výhod:



Podpora CDZ se tedy neomezuje pouze na klienta – i rodinný příslušník je podobně jako např. u sociální služby aktivně zapojen do spolupráce s CDZ a získává od něj **odbornou podporu**. z velké části je toto dáno samotným nastavením služby, která má být z poloviny terénního charakteru; díky tomu pracovníci CDZ navštěvují klientovu domácnost a logicky interagují i s dalšími osobami, které v domácnosti spolu s klientem působí. Rodinný příslušník má obvykle také pohotovostní kontakt na pracovníky CDZ, pokud by nastala pohotovost a bylo by nutné zavolat **o okamžitou pomoc** i mimo standardní služební dobu. Předávání informací rodinnému příslušníkovi je samozřejmě poskytováno jen se souhlasem samotného klienta.

Rodina je nicméně považována za významný článek v začleňování klienta do komunity, a proto je nutné **dbát na informovanost rodinných příslušníků a jejich edukaci**. Edukace v podobě pořádaných seminářů ze strany CDZ vytváří pro rodinné příslušníky prostor pro sdílení zkušeností. Díky těmto



a podobným **aktivitám** zároveň dochází k tomu, že se rodinní příslušníci společně setkávají, vyměňují si své zkušenosti a získávají také větší **pochopení** pro situaci svých blízkých.

Zejména v menších městech je oceňována ze strany rodinných příslušníků dostupnost CDZ, neboť bez něj je rodina často odkázána pouze na odborná zařízení nacházejících se ve větších – obvykle krajských – střediscích. Jak ze strany klientů, tak ani v případě

„Myslím, že tam zapadá, že vnímá, že těm lidem na něm záleží. Pro mě je to zvláštní, takové služby ze zdravotnictví neznám. Mám pocit, jak jsem už říkala, že někam patří. Samozřejmě má rodinu, ale tohle mu dodává sílu a motivuje ho to.“ Rodinný příslušník klienta CDZ
Praha 6, rozhovor ze dne 8. 12. 2020.

rodinných příslušníků nebyly

v průběhu evaluace vznášeny výtky na způsob fungování CDZ. Toto lze opět zdůvodnit tím, že působení CDZ má v zásadě jen pozitivní vliv na kvalitu života se u obou zmíněných skupin. v případě, že klient v CDZ nespátňuje přidanou hodnotu, je možné spolupráci kdykoliv ukončit.

„Já jsem klidnější. Víím, že kdyby se něco pokazilo, jsou tu pro něho. Po všech stránkách. Můžu díky tomu klidněji spát.“ Rodinný příslušník klienta CDZ
Praha 6, rozhovor ze dne 4. 12. 2020.

Praxe fungování CDZ i i CDZ II ukazuje, že vzhledem k nastavení a cílům CDZ se rodinný příslušník **de facto stává další cílovou skupinou vedle samotných klientů a při spolupráci s CDZ dochází ke zlepšování jeho vlastní situace.** Jedná se tedy o poměrně zásadní posun

oproti předchozí praxi, kdy rodinný příslušník byl spíše brán jako ten, kdo „klienta vozí do ambulance“. Aktivní zapojení rodinného příslušníka již dříve fungovalo např. v některých sociálních službách, až v CDZ je ale pozornost na rodinného příslušníka směřována komplexně, společně ze strany zdravotních i sociálních služeb.

Klientka a její syn

„Maminčiny problémy s alkoholem? Začalo to tím, že můj otec se s mamkou rozvedl, našel si někoho jiného. Na mě to nemělo nějaký dobrý vliv, ale pořád jsem měl alespoň i tátu, jenže on pak měl taky podobné problémy. Mamce se vztahy nedařily, tak se jí to jen zhoršovalo, byla na léčení už třikrát. Teď už se několik posledních měsíců drží. Když to bylo fakt špatné, a mamka měla amok, šel jsem např. k babičce na noc. Teď, když už jsem starší, si s tím nějak poradím. Navíc mám i kontakty na osoby – nevím, přesně, jak se to jmenuje, nejspíš je to to CDZ – ale jak jsou tam ty paní, které mi daly na sebe kontakt, a jim se mohu ozvat, když se něco stane a ony sem přijedou. Což je fajn. Tak dva tři měsíce jsem nemusel volat – je to mimochodem nejdéle za poslední roky. Určitě to souvisí i s těmi aktivitami v CDZ. Je dobře, že těch aktivit má víc. Nejdůležitější je pro ni mít nějaký režim, a ještě když jako bonus chodí na nějaké setkání, tak jí to pomáhá – jak stacionář, tak CDZ, chodí i na němčinu. s mamkou se kvůli COVIDu vídám častěji než před tím, když jsem pořád doma. Nedá se ale říct, že by mělo negativní dopad. Máme každý své soukromí, a bavíme se, vídáme více a je to ok.“

Klient a jeho rodič

„Potřebovali jsme pomoc v situaci, kterou jsme neznali a neznali jsme ani způsob, jak ji řešit. Asi předloni jsme zjistili, že začínáme mít rozpory v normálním soužití. Syn se rozešel s dívkou a přestal chodit do práce. Neuměli jsme se s ním domluvit, aby pokračoval v obvyklém životě. Vůbec jsme nechápali, o čem přemýšlí a co chce dělat. Nestaral se o hmotnou stránku, jestli bude mít z čeho žít. Museli jsme ho podporovat a starat se o všechny jeho záležitosti. Dost nás to zatížilo. Nemohli jsme ho nikam dostat. Obvodáka jsme skoro nikdy neviděli. k psychiatrovi až potom, co syna pustili poprvé asi před rokem z nemocnice. Nejdřív, krátce předtím, než začalo fungovat CDZ, tak jsme spolupracovali se sociální službou. k CDZ jsme přišli na doporučení lidí z této služby. Začali jsme tam tedy chodit. Nejdřív jsme měli pravidelné návštěvy a řešili, co se mění, jak syn reaguje, co máme dělat. Teď zkusíme najít práci, už je to lepší. Vlastně se to skoro vrací k něčemu jako je normální život, jestli se to dá tak říct. Předtím jsme byli nějak ve vzduchu. Pomohli nám skoro normálně fungovat.“



5.3 Evaluační otázka 3: Jak se daří propojování zdravotních a sociálních služeb v CDZ?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti vybraných CDZ. Ve vzorku ze skupiny CDZ II, v nichž proběhlo podrobnější vyhodnocení na základě případové studie, se ve 4 případech jednalo o CDZ, která vznikla na základě spolupráce 2 odlišných subjektů (poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb). U CDZ v Chebu je pouze 1 zakladatelský subjekt (FOKUS Mladá Boleslav, z.s.).

Ve vzorku se nacházejí 3 Centra, u nichž založení CDZ předcházela dlouhodobá spolupráce zakladatelských subjektů. Zástupci všech CDZ právě díky tomuto považují spolupráci za velmi kvalitní (někdy dokonce za vynikající). Lze potvrdit, že **dostatečně dlouhá doba (tj. několikaletá) předcházející spolupráce obou organizací a ideálně společná zkušenost v poskytování péče, které je službám CDZ co nejbližší (multidisciplinární tým, case management, významný podíl terénní péče), jsou předpoklady, aby nově založené CDZ fungovalo již od první fáze od svého vzniku co nejlépe.**

„To, že spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí trvá již více než 20 let, umožnilo zahájit poskytování služeb velmi rychle, bez potřeby přesvědčovat zdravotníky (hlavně psychiatry) o tom, že komunitní péče má smysl. To už totiž všichni dobře věděli z naší předchozí spolupráce. Hrozně důležité bylo, že vedení nemocnice je otevřené novým přístupům a uvědomuje si benefity možné spolupráce, které už máme vyzkoušené mnohaletou spoluprací.“ Psychiatr CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 20. 1. 2021

V případě CDZ v Chebu, které jako jediné má jen jednoho zřizovatele, ale také založení CDZ předcházela několikaletá spolupráce s nemocnicí pro osoby s duševním onemocněním. FOKUS Mladá Boleslav, z.s.,

„Dle mého názoru to v Chebu vznikalo optimálním způsobem – ze zaběhlého, několik let fungujícího a silného týmu sociální rehabilitace (vždy to bylo s určitým klinickým přesahem) a s naší vlastní psychiatrickou ambulancí, která tedy nefungovala jako standardní psychiatrická ambulance, ale jako psychiatr pro tým. Bylo to připravené po krocích a projekt znamenal pouze formální spuštění a samozřejmě finanční prostředky pro doplnění týmu o další medicínské profesionály.“ Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav (CDZ Cheb), z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020

jakožto původně poskytovatel pouze sociálních služeb začal v roce 2014 ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice provozovat psychiatrickou ambulanci. Psychiatr působící v této ambulanci byl stážistou vyslaným nemocnicí Bohnice. To znamenalo první propojení sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu. Postupně se podařilo najmout psychiatra přímo FOKUSEM Mladá Boleslav, z.s., pro CDZ pak byl zaměstnán i klinický psycholog.

Propojování zdravotních a sociálních služeb se realizuje prostřednictvím sestavení multidisciplinárního týmu ve složení, aby minimálně splňoval standard pro CDZ vydaný MZd. v tomto smyslu se ukázalo, že pokud je jedním ze zakládajících subjektů velké nemocniční zařízení, je pro CDZ snazší nalézt potřebné odborníky do týmu. Jako nejvíce problémové se ukázalo obsazení pozice psychiatra a pak klinického psychologa, což je způsobeno tím, že odborníků s profilem, který je standardem CDZ pro tyto pozice v týmu CDZ stanovený, není v ČR dostatek. U pozic psychiatrických sester byla při obsazování určitou komplikací (resp. prvkem, který snižuje zájem potenciálních

„Největší potíž bylo personální zajištění. Obecně v západočeském regionu je málo psychiatrů, u nás tak bylo největším problémem zajistit kvalifikovaného psychiatra. S tím souviselo zajištění kvalifikovaného psychologa. Zajištění středního zdravotnického personálu, tzn. sestřiček, byl menší problém, ale také to nebylo úplně jednoduché a nebylo to tak, že bychom si mohli vybírat podle našich představ“ Sociální pracovník CDZ Cheb, rozhovor ze dne 7. 10. 2020



zaměstnanců o působení v týmu CDZ) skutečnost, že sestry, které pracují v nemocniční péči, dosahují díky příplatkům za práci v noci či o víkendech vyšších platů/mezd, než které vydělají za práci v CDZ.

U poskytovatelů sociálních služeb, kteří pro nově vzniklá CDZ vyčlenili část svého již dříve působícího týmu, bylo založení CDZ komplikací v tom smyslu, že museli svým zaměstnancům dostatečně citlivě komunikovat, že rozřazení pracovníků na část působící v CDZ a část ostatních neznamená jejich dělení na zaměstnance vyšší a nižší kategorie. Obtížnost této situace zvyšoval fakt, že odměny za práci v sociální složce CDZ zpravidla dosahují vyšších částek, než kolik jsou výdělky sociálních pracovníků působících mimo CDZ.

Kromě samotného sestavení multidisciplinárních týmů je pro efektivní propojení zdravotní a sociální části **nezbytné, aby byly řídicí (rozhodovací) mechanismy Centra nastaveny tak, aby spolupráci obou složek nebrzdily a naopak, aby posilovaly jejich propojení do jednoho týmu s vyšší přidanou hodnotou.** U těch CDZ, které jsou

„U nás je ještě to, že tým je složen ze dvou částí, kdy jedna je zařazena do projektu CDZ a druhá část není. Nicméně fungujeme jako jeden tým. Takže i toto bylo ze začátku trochu náročnější; pracovníci, kteří nebyli zařazeni do CDZ, to brali trochu úporně. Tím, že se dával akcent na CDZ, tak jsme museli hodně vysvětlovat a hodně pracovat s tím, že druhá část není druhá jakost, horší kvalita. Že budeme dělat podobnou práci a že do budoucna bychom chtěli, aby z toho byl jednotný útvar. To byla také určitá těžkost, která nás provázela.“ Sociální pracovník CDZ Cheb, rozhovor ze dne 7. 10. 2020

„To tak máme dohodnuto od začátku, že ta druhá část týmu má vždy právo veta. Hlavně si zaměstnanec vybírá organizace, která ho přijímá, ale ta druhá, když řekne ne, tak to může zastavit“ Zástupce CDZ Praha 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020

založena na spolupráci 2 subjektů, bylo nezbytné nalézt řešení tak, aby každá ze složek CDZ zároveň vyhověla principům řízení „své“ organizace (pod kterou formálně spadá) a současně aby rozhodovací mechanismy odpovídaly tomu, že tým pracovníků CDZ musí fungovat dohromady. Příkladem je mechanismus výběru zaměstnanců do zdravotní, resp. sociální složky CDZ pro Prahu 6. Výběr zaměstnance je v kompetenci odpovídajícího zaměstnavatele, ale k výběrovému

řízení jsou vždy přizváni i zástupci druhé části týmu CDZ, tedy zástupci druhého zřizovatele, a ti mají právo veta.

Výše uvedená komplikace přirozeně nebyla relevantní pro CDZ v Chebu, které má pouze jednoho zřizovatele.

„...Jelikož lidé nastupovali do nových týmů, nebyla to půlka z léčebny a půlka z FOKUSu, a tak filozofie, hodnoty, přemýšlení a naše postupy (myslím, že pevnou půdu pod nohama představuje FACT model) se nám podařilo zachovat, a to vnímám jako velký úspěch. Vnímám ty lidi jako jeden tým, a to včetně lidí, kteří jsou nyní jen v krajské sociální rehabilitaci. Co nedělá dobrotu, ale co lidé dokázali akceptovat, že tomu tak je, je, že lidé v rámci CDZ u nás mají jiné peníze. Je nepoměr financí mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Ale to je významné téma všude. Ale, jak říkám, nemuseli jsme bojovat s tím, že „vy jste Bohnice a my jsme FOKUS“. U nás jsou lidé v jednom týmu a nejdná se o dva zaměstnavatele, což si myslím, že je velká výhoda.“ Zástupce CDZ Cheb, rozhovor ze dne 11. 9. 2020

V šetření se ukázalo, že princip, kdy strategické (nejvyšší) rozhodování zajišťuje Řídicí rada CDZ, která propojuje statutární zástupce obou zakladatelských organizací, je funkční. Na úrovni operativního řízení jsou mezi CDZ drobné odlišnosti. **Všechna Centra se ovšem shodují v tom, že působení 1 týmu, který formálně řídí 2 různé organizace, je komplikace.** Pomáhá, pokud jsou zakladatelské organizace, co se týče principů CDZ, naladěny na stejnou vlnu (mají minimálně podobnou filosofii péče). Dále je velmi podstatné, aby si odpovědní zástupci obou složek týmu CDZ vyhověli po lidské stránce. Osobnostní souznění je nástroj, jak v praxi otupit hrany plynoucí z odlišností pravidel řízení obou zakladatelských organizací.

V této souvislosti je třeba uvést, že **více CDZ poukazovalo na to, že v počátcích svého fungování jejich pracovníci postrádali metodické podklady z úrovně MZd (příp. MPSV), které by jim pomohly se zorientovat v tom, co je považováno za optimální propojení zdravotní a sociální složky péče.**



Standard CDZ vymezuje parametry CDZ jako je personální složení týmu, materiálně technické vybavení, cílovou skupinu, ale **více zástupců CDZ se vyjadřovalo ve smyslu, že toto zadání je pouze rámcové a že si museli najít vlastní nastavení „svého“ CDZ samostatně.** Někteří z respondentů šetření toto vyjadřovali jako kritiku MZd, další se klonili k tomu, že pro pilotní provoz nebylo možné stanovit pokyny z centrální úrovně přesněji, nicméně ti v souvislosti s tím uváděli, že nyní je k dispozici již dostatečné penzum informací o fungování dosud vzniklých CDZ a že na základě nich by mělo vzniknout doporučení ve věci, jak přesněji by péče zajišťovaná CDZ měla vypadat.

„V případě Prahy 6, tedy CDZ II, a pak i v případě CDZ III už vidíme výrazné pokroky a posuny k lepšímu. Nebereme to ale jako selhání týmu MZ, spíš jako přirozený vývoj situace, kdy se oboustranně zlepšuje komunikace mezi CDZ a MZ. Osvědčené metody se zdokonalují a ty, které se neosvědčily, už neopakujeme.“ Zástupce CDZ Praha 6, rozhovor ze dne 13. 5. 2020

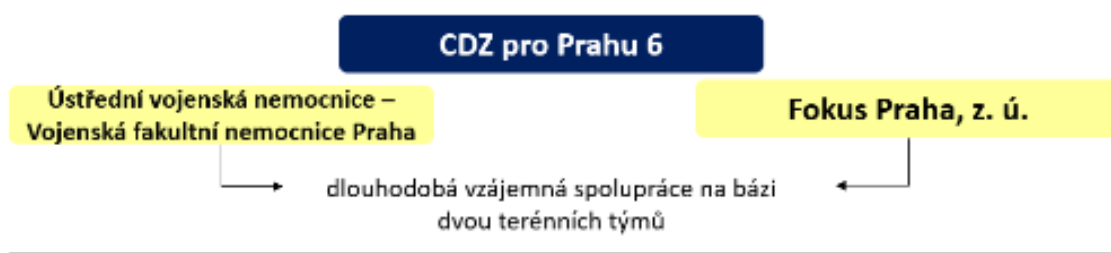
Konkrétní (nicméně velmi významnou) komplikaci představuje aspekt, že legislativní prostředí umožňuje sdílet údaje o pacientovi/klientovi mezi zdravotní složkou a sociální složkou CDZ pouze na základě jeho dobrovolného souhlasu, který navíc subjekt osobních údajů může kdykoli odvolat. Některá CDZ proto dokumentaci zdravotní a sociální části CDZ nesdílejí (např. CDZ Opava), což ovšem v případě multidisciplinárního týmu představuje zásadní bariéru. Na poradách týmu se sice hovoří o všech informacích, ale nahlédnout do psaného spisu nelze. Riziko, že někdy nebudou předány všechny podstatné informace mezi zdravotní a sociální složkou, je při tomto nastavení vysoké. Jiná CDZ využívají souhlasu pacienta/klienta se sdílením informací (např. CDZ pro Prahu 6), nicméně získávání souhlasu představuje administrativní zátěž a nelze pominout riziko odvolání souhlasu ze strany subjektu osobních údajů.

„Docela velký problém je, že tým je složen ze dvou organizací na základě partnerské smlouvy. Jsou ale velké nároky na komunikaci – z praktického hlediska ale nemáte možnost nahlížení do vzájemné dokumentace. Je velký nárok na sdílení informací, tohle je docela náročné na čas, vytváření procesů, vyžaduje to mnoho energie.“ Psychiatr CDZ Opava, rozhovor ze dne 27. 11. 2020

Další informace, na základě nichž jsme naformulovali odpověď na evaluační otázku, jsou upřesněny níže v textu.

Podrobnosti k předchozí spolupráci subjektů, které CDZ společně založily

CDZ pro Prahu 6



Obě zakladatelské instituce měly zkušenosti s poskytováním péče o osoby s duševním onemocněním včetně zkušeností s terénními službami. Stejně tak měly zkušenosti se vzájemnou spoluprací, která probíhala na úrovni dvou terénních týmů, složených ze sociálních pracovníků a psychologa (terénní tým FOKUS) a zdravotníků – psychiatrických sester (ÚVN). Oba týmy

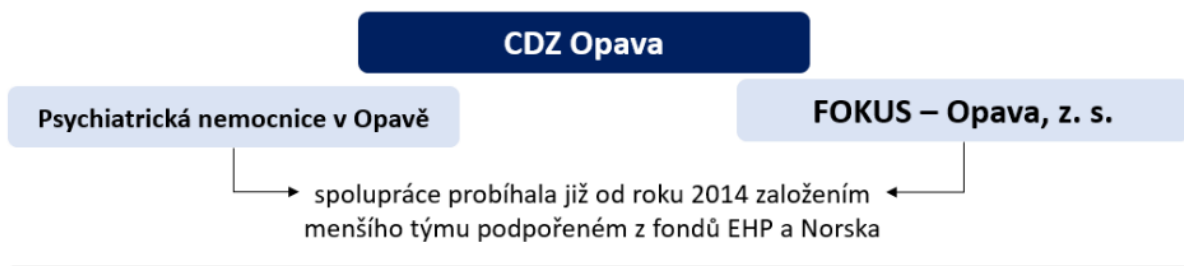
„Konkrétně tady na Praze 6 byla základem vzniku CDZ dlouhodobá spolupráce týmu sociálního FOKUSu a týmu zdravotního z ÚVN. (...) Nebyla tak úzká samozřejmě, ale existovala i včetně společné účasti na poradách a byla založená na společné práci s klienty.“ Zástupce CDZ Praha 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020



poskytovaly péči ve své oblasti a v případech společných klientů vzájemně spolupracovaly. Psychiatr – lékař v rámci této spolupráce fungoval pouze jako konzultant.

Vytvoření CDZ pro Prahu 6 pak spočívalo v oficiálním sloučení obou týmů a v jejich doplnění o další pracovníky (především lékaře). Vznikem CDZ původní terénní týmy začaly nad rámec své původní spolupráce sdílet společné prostory a zahájily pravidelné setkávání na denní bázi. CDZ využívá zázemí ÚVN i FOKUS Praha a je řízeno dvěma manažery, kteří zastupují oba zřizovatele.

CDZ Opava



Založení tohoto CDZ navazovalo na několikaletou spolupráci obou zakladatelských subjektů (započatou již v roce 2014), jak popisuje následující citace.

„Vznikaly jsme nejprve jako psychiatrická rehabilitace, po vzniku zdravotních pojišťoven jsme se přesunuly do sociálních služeb – do jiných než pobytových. (...) Po 10 letech fungování tady v Opavě se Reforma začala znovu hýbat a tak jsme se do ní aktivně zapojili. Pracovala jsem i v Psychiatrické nemocnici v Opavě, podařilo se mi domluvit spolupráci nemocnice s Fokusem. Ona sice fungovala již delší dobu, ale domluvili jsme se, že v rámci Norských fondů zkusíme nově založit malý tým, kde budou dva malé úvazky sester k sociálnímu týmu, kousek psychiatra a psychologa na konzultace. a tak jsme začali pracovat v roce 2015 či 2016. Po skončení projektu z Norských fondů se ukázalo, že tam ten efekt byl obrovský, klienty jsme dokázali udržet venku a k rehospitalizacím u těch cca 20 klientů nedošlo. i pojišťovny to viděly a byly tím překvapené. Nový ředitel Psychiatrické nemocnice pak dokázal nasmlouvat 4 psychiatrické sestry pro terén. My jsme potom fungovali v posílené podobě. Měli jsme opět kousek úvazku psychiatra, k dispozici auto, různě jsme se stěhovali. Měli jsme společné porady. Pak se začal připravovat pilotní projekt, protože jsme to chtěli zoficiálnit, zajet a i Psychiatrická nemocnice pochopila, možná trochu i pod tlakem ministerstva, že jiná cesta nevede.“ Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020.

CDZ heč



jeden subjekt – původně poskytovatel sociální služby,
od roku 2014 zřízena psychiatrická ambulance

CDZ bylo založeno a je provozováno pouze jednou organizací, a to FOKUSEM Mladá Boleslav, z.s., což je nestátní nezisková organizace poskytující služby vážně duševně nemocným už od roku 1993. Díky prostředkům z fondů Norska a EHP začal FOKUS Mladá Boleslav, z.s. od roku 2014 v Chebu ve

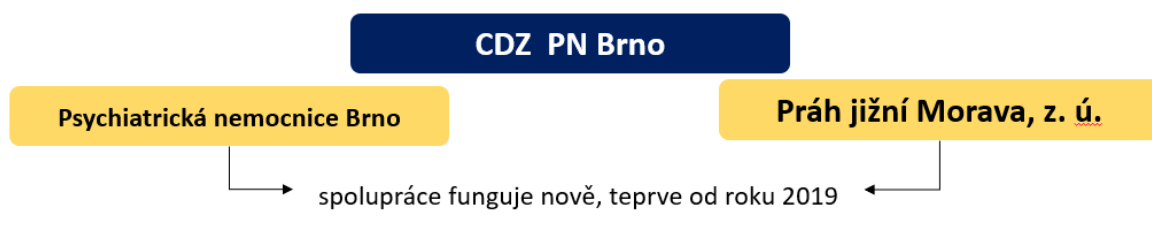


spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice provozovat psychiatrickou ambulanci. Psychiatr působící v této ambulanci byl stážistou vyslaným nemocnicí Bohnice. To znamenalo první propojení sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu.

„Na Karlovarsku se potýkají s personálními problémy, je tam málo služeb, málo odborníků. Povedlo se domluvit se s Bohnicemi a v rámci projektu Norských fondů zřídit v Chebu psychiatrickou ambulanci navázanou na tým komunitní a sociální rehabilitace, ve které stážovali mladí psychiatři z Bohnic. Bylo to formou zapůjčení zaměstnance. Rok a půl před vznikem CDZ nám tedy fungovalo jakési protoCDZ bez psychologa, ale bylo to připravené.“ Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav v CDZ Cheb, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020.

FOKUS v souvislosti se vznikem CDZ rozdělil svůj tým pracovníků sociální rehabilitace a podpory v samostatném bydlení na dvě skupiny, přičemž jedna část zaměstnanců poskytuje služby v rámci CDZ a druhá působí paralelně vedle CDZ.

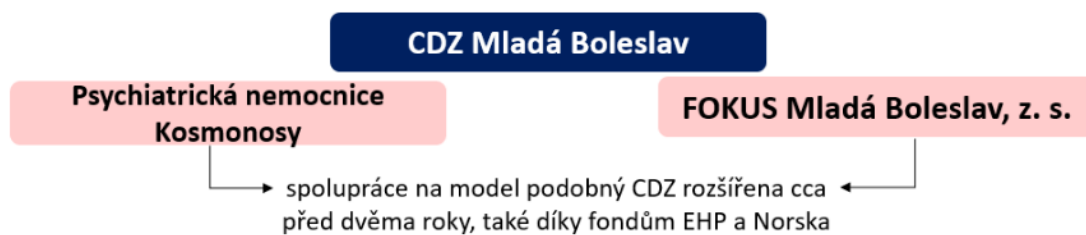
CDZ PN Brno



Podněty k přípravě na založení CDZ ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí Brno vycházely od agentury Práh již od roku 2018. v té době ovšem vedení nemocnice zaujímal k nezbytné spolupráci zdrženlivý postoj. v nemocnici vznikl transformační tým, nezískal však od vedení očekávanou podporu. v únoru 2019 proběhly změny ve vedení PNB a došlo k obnovení příprav vzniku druhého CDZ v Brně.

Stejně jako u dříve připravovaného CDZ v kooperaci Psychiatrickou klinikou Fakultní nemocnice Brno (podpořené přes projekt CDZ I) i v tomto případě oblast sociální péče zaštiťovala agentura Práh. Proto nově vznikající CDZ mohlo využít zkušenosti z předcházející intenzivní spolupráce zřizovatelských subjektů s Ministerstvem zdravotnictví ČR a Krajským úřadem Jihomoravského kraje.

CDZ Mladá Boleslav



FOKUS Mladá Boleslav z.s. je prakticky výhradním poskytovatelem sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu již několik desetiletí. Již více než 20 let spolupracuje s Psychiatrickou nemocnicí v Kosmonosech. Cca 2 roky před započítáním CDZ byla spolupráce rozšířena na model obdobný CDZ, a to díky prostředkům z Fondů EHP a Norska.

„To, že spolupráce s nemocnicí trvá již více než 20 let, umožnilo zahájit poskytování služeb velmi rychle, bez potřeby přesvědčovat zdravotníky (hlavně psychiatry) o tom, že komunitní péče má smysl. To už totiž všichni dobře věděli z naší předchozí spolupráce. Hrozně důležité bylo, že vedení nemocnice je otevřené novým přístupům a uvědomuje si benefity možné spolupráce, které už máme vyzkoušené mnohaletou spoluprací.“ Psychiatr CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 20. 1. 2021.



Vybrané překážky v propojování zdravotních a sociálních služeb, se kterými se CDZ potýkala

CDZ pro Prahu 6

Fluktuace pracovníků týmu

Při zakládání CDZ a v počátcích jeho činnosti docházelo k časté fluktuaci pracovníků, která byla spojena především s tím, že práce v multidisciplinárním týmu CDZ není standardní a tento styl práce nevyhovuje každému. Ohodnocení zaměstnanců v CDZ je vedle toho podprůměrné v porovnání s ohodnocením v jiných zařízeních poskytujících zdravotní služby.

Úzce vymezená spádová oblast

Vymezení spádové oblasti na Prahu 6 zužuje skupinu potenciálních klientů. v případě Prahy 6 je tato skutečnost výraznější než jinde, neboť region je sám o sobě specifický a počet potenciálních klientů, kteří vyžadují sociální pomoc, je zde podprůměrný, na čemž se shodli nejen členové týmu CDZ, ale také respondenti z návazných služeb a zástupci Městské části Praha 6 a Magistrátu hl. m. Prahy. z toho důvodu zahrnovala původní spádová oblasti terénních týmů působících v území před vznikem CDZ mimo jiné i Prahu 17.

Rozdílné odměňování v multidisciplinárním týmu

Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky je vysoký a mzdy sociálních pracovníků jsou často na úrovni 2/3 platů zdravotníků. Tato skutečnost se odráží na spolupráci uvnitř multidisciplinárního týmu, který je sám o sobě prezentován jako tým bez výrazného hierarchického uspořádání, kde jsou vedoucí pozice ustanoveny především z důvodu nutnosti řešení provozní agendy (např. schvalování dovolené). Rozdíly v odměňování snižují motivaci sociálních pracovníků a jsou jedním z důvodů personální fluktuace v CDZ.

Problematické sdílení informací o zdravotním stavu klienta mezi zdravotní a sociální složkou týmu

Informace o zdravotním stavu klienta nejsou automaticky přístupné sociálním pracovníkům, peer konzultantům a dalším členům týmu, kteří patří do jeho sociální složky. Aby mohl multidisciplinární tým pracovat a využívat všechna pozitiva, která z jeho struktury plynou, musí klient poskytnout souhlas s tím, že jeho zdravotní informace budou přístupné také pracovníkům sociální složky. Tento problém souvisí také s absencí právní subjektivity CDZ.

Nedostatek návazných služeb

CDZ v některých případech naráží na nedostatek návazných služeb v regionu s tím, že v Praze 6 je situace v porovnání s jinými (především mimopražskými regiony) dobrá, avšak i přesto se CDZ dostává do situací, kdy pro klienta není v regionu dostupná některá služba (například v oblasti bydlení, což má reálný dopad na deinstitutionalizaci). CDZ funguje jako „koordinátor“ a mělo by mít na sebe navázány další služby, které by nemělo suplovat, protože k tomu není kapacitně vybaveno, a zároveň by tím pro své klienty vytvářelo jen umělé prostředí místo jejich začleňování do přirozené komunity.

Nevhodné prostory

CDZ se nepodařilo nalézt vhodné prostory pro jeho fungování. Suterén polikliniky ve Stamicově ulici sice splňoval všechny zákonné požadavky na provoz CDZ, prostory však byly shodně hodnoceny všemi zaměstnanci a vedením CDZ jako nevhodné. Nutnost setrvat v prostorách po celou dobu pilotního



projektu byla dána především nedostatkem vhodných prostor v regionu Prahy 6. CDZ zároveň nemohlo kvůli podmínkám projektu využít vhodné a volné prostory u jednoho ze zřizovatelů – ÚVN.

CDZ Opava

Problém před vznikem CDZ: Pověření poskytováním sociální služby

Problémem před vznikem bylo budoucí začlenění CDZ do sítě poskytovatelů sociálních služeb v daném území. Podmínkou toho, aby MZd poskytlo na vznik CDZ dotaci, bylo, aby Moravskoslezský kraj vydal na FOKUS – Opava, z.s. Pověření poskytováním sociální služby. v každém kraji je pověřování poskytovatelů sociálních služeb nastaveno mírně odlišně, konkrétně v Moravskoslezském kraji platí, že kraj souhlasí s pověřením nového poskytovatele za podmínky, že obce, které budou z nové služby profitovat, se budou na jejím financování podílet ve výši 30 % nákladů. To ovšem město Opava nebylo ochotno poskytnout, kromě jiného z důvodu, že klienti CDZ pocházejí z různých obcí/měst, nejedná se jenom o obyvatele města Opava, více viz následující citace.

„Město se k tomu stavělo tak, že „nám se to líbí, ale my nechceme, aby se nám tady všichni koncentrovali, nedáme na to 30 %“. Domluvili jsme se tedy s krajem, že budeme mít nastavený region, o který se budeme starat, trochu jinak. (...) Rozhodli jsme se starat o region jen v rámci blízkého okolí Opavy + část ORP Kravaře a Hlučína. Dohodli jsme se tak s krajem, že v rámci toho, že kraj bude mít k dispozici prostředky z dalších individuálních projektů OPZ, tak že pokud získáme projekt MZ, tak nám do prosince 2021 dokryjí 4 úvazky z individuálního projektu. a pak budeme vyjednávat, jak to budeme řešit od roku 2022. Od města jsme dostali prohlášení, že to podporují, ale že nemají finance na to, aby dokryli těch 30 %. Což v pilotní fázi nebylo potřeba, protože projekt ESF hradil 100 %. Teď to do skončení 2021 taky není potřeba, protože je domluva s krajem, ale od 2022 už to potřeba bude.“ Zástupce FOKUS – Opava, z.s., rozhovor ze dne 11. 11. 2020.

Nemožnost sdílení dokumentace pacientů/klientů mezi zdravotní a sociální složkou CDZ

Jediným legálním způsobem, jak umožnit, aby pracovníci v sociální složce CDZ měli přístup do zdravotní dokumentace pacienta/klienta, je cesta využívat souhlas dané osoby s poskytnutím (a sdílením) jeho osobních údajů. CDZ Opava tento nástroj nepoužívá. z toho vyplývá, že údaje jsou sdíleny pouze ústně během porad a jiných ústních interakcí mezi pracovníky CDZ. Pracovníci vnímají tento stav jako neuspokojivý, porady týmu CDZ jsou v důsledku tohoto nastavení z jejich pohledu zbytečně dlouhé a existuje riziko, že některá z podstatných informací nebude předána, či nebude ze strany sociálního týmu CDZ dostatečně zachycena.

CDZ Cheb

Zpoždění ve vyhlášení výzvy MZd zkomplikovalo personální obsazení týmu CDZ

FOKUS byl připraven se zapojit do 2. výzvy MZd na podporu vzniku a pilotního provozu CDZ. Výzva byla ovšem kvůli administrativním problémům odsunuta oproti původnímu plánu o cca 8 měsíců. Někteří pracovníci, se kterými FOKUS původně předjednal jejich zapojení do týmu, si ovšem kvůli odkladu ve spuštění této služby našli jiné zaměstnání.

„Naše výzva se opakovaně posouvala v čase, což poté znamenalo, že lidé, se kterými jsme měli domluvené, že nastoupí, nenastoupili, protože tam byla prodleva x měsíců a oni už nechtěli čekat. To byl případ jedné nebo dvou sester, číslo tedy opět nevím. Ale povedlo se nám to poté doplnit.“ Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav v CDZ Cheb, z.s., rozhovor ze dne 11. 9. 2020.



Rozdělení už zaběhnutého týmu sociálních služeb FOKUSu v Chebu na část v rámci CDZ a část mimo CDZ

FOKUS Mladá Boleslav, z.s., již v době před vznikem CDZ v Chebu poskytoval sociální služby, a to konkrétně sociální rehabilitaci a podporu v samostatném bydlení. Kvůli vzniku CDZ došlo k rozdělení týmu sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách na část zařazenou do CDZ a část, která zůstala nadále čistě zaměřená na sociální služby. Bylo nutné vyřešit otázku vykazování pracovních činností obou těchto skupin zaměstnanců, aby se eliminovalo riziko dvojího financování (tj. souběžného financování v rámci CDZ i v rámci zajištění sociálních služeb mimo CDZ). Kromě administrativní náročnosti přineslo rozdělení i komplikované vysvětlování členům týmu, aby situaci akceptovali. (Odměňování pracovníků sociální složky CDZ je vyšší než odměňování ostatních pracovníků FOKUSu v Chebu, ačkoli náplň práce a vytížení je obdobné.) Po ukončení pilotního provozu CDZ se počítá s tím, že bude dělení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách odstraněno, čímž se komplikace vyřeší.

Složitě obsazování pozic psychiatra a klinického psychologa CDZ

Vzniku CDZ předcházelo provozování psychiatrické ambulance navázané na sociální služby poskytované v Chebu FOKUSEM Mladá Boleslav, z.s. v ambulanci působili psychiatři-zaměstnanci Psychiatrické nemocnice Bohnice, které sem nemocnice vysílala na stáž. Pro CDZ podařilo domluvit, aby jedna ze stážujících lékařek vstoupila do pracovního poměru přímo s FOKUSEM. Klinický psycholog a další psychiatr byli získáni z Nemocnice Ostrov. Vzhledem k riziku odchodu psychiatra (z rodinných důvodů) je ovšem zajištění personálního obsazení CDZ nadále potenciální problém. v Karlovarském kraji nejsou k dispozici odborníci s potřebnou kvalifikací. (V důsledku rizika odchodu psychiatra CDZ nejsou klienti s nařízenou ochranou léčbou do péče ambulance CDZ přijímáni; pro tyto klienty CDZ domlouvá péči u ambulantního psychiatra ve městě.)

FOKUS usiluje o dohodu s městem Cheb, které by mohlo za účelem zvýšení motivace potenciálních zaměstnanců, poskytnout psychiatrovi CDZ městský byt.

Výše odměňování zdravotních sester CDZ není v porovnání s odměňováním při výkonu práce v nemocnici dostatečně atraktivní

Jelikož služby v CDZ nejsou poskytovány ve směnách, mzdy zdravotních sester CDZ nedosahují částek, které si sestry mohou vydělat při výkonu práce v nemocnici (kde jsou relevantní příplatky za práci v noci, o víkendu, ve svátek atd.). CDZ tedy znamená menší odměnu za práci, ačkoli působení v CDZ vyžaduje investici do naučení se novým postupům.

Rozdílné mzdové hladiny v jednom týmu

Rozdíl ve výši odměňování mezi zdravotnickými pracovníky a sociálními pracovníky je poměrně vysoký a komplikuje nastavování rovnosti pozic v CDZ a míru spolupráce. Vnímání nespravedlivosti v odměňování může snižovat motivaci k pracovnímu výkonu sociálních pracovníků. (Sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které naopak nemají všechny zdravotní sestry, přesto je výše odměňování sociálních pracovníků nižší.)



CDZ PN Brno

Nedostatek zkušeností s evropskými projekty

Jeden z účastníků, Psychiatrická nemocnice Brno v předchozím období nerealizoval projekty, financované s podporou EU. Podíl PNB při přípravě projektu muselo nést centrum Práh, přenos zkušeností byl velmi obtížný

Personální nároky při vzniku týmu nejsou přiměřené podmínkám, které panují v personálních kapacitách

Požadavek na rozsah zapojení atestovaného psychoterapeuta významně převyšuje možnosti, které jsou k dispozici v prostředí českého zdravotnictví. Nedostatečná kapacita atestací v uplynulých letech oslabila dostupný potenciál.

Pro zahájení projektu byla nastavena příliš rozsáhlá spádová oblast a vysoká personální náročnost

Pro zahájení projektu uvažovala vedoucí lékařka jako vhodnější model menší spádové území s odpovídajícím menším rozsahem úvazků některých nedostatkových profesí.

CDZ Mladá Boleslav

Rozdělení týmu FOKUSu v Mladé Boleslavi na část v rámci CDZ a část mimo CDZ

Výše odměňování pracovníků CDZ byla vyšší, než u zaměstnanců FOKUSu, kteří do projektu zapojeni nebyli a podílejí se na dalších aktivitách FOKUSu pro stejnou cílovou skupinu. Došlo ke sporům, tlak dokonce vyvolal odchod vedoucího týmu CDZ.

Nutnost změny organizačního začlenění zaměstnanců

Bylo nezbytné převést některé zaměstnance FOKUSu do pracovního poměru k Psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Oddílné přístupy k procesům pak mohly vést k nedorozuměním a zvýšené administrativní náročnosti.

Nedostatek klinických psychologů na trhu práce

Nedostatek klinických psychologů na trhu práce (důvodem je dlouhá doba vzdělávání obdobná jako u atestace psychiatrů) je jedním z rizik tvorby multidisciplinárních týmů.

„Psycholog ve zdravotnictví může kvalifikovaně pracovat v CDZ, jen potřebuje supervizi a vedení klinického psychologa. Ideální by bylo, kdyby se podařilo změnit CDZ na akreditované pracoviště pro klientskou psychologii, kdy psycholog ve zdravotnictví by přímo tam mohl absolvovat odbornou přípravu a mohl by přímo tam mít školitele v rámci předatestační přípravy a mohl přímo tam realizovat povinné kazuistické semináře, kterých máme v přípravě hrozně moc“ Psycholog CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 14. 10. 2020.

„Klinických psychologů je málo. Noví přibývají velmi pomalu, protože kvalifikační kritéria jsou nastavena Asociací klinických psychologů velmi tvrdě. (...) Já si myslím, že by v CDZ stačili psychologové ve zdravotnictví, kteří by si postupně dodělávali kvalifikaci, a můj kacířský názor je, že v CDZ je klíčové, aby tam byl kvalifikovaný terapeut pracující pod supervizí a vnášel psychotherapeutický pohled do multitému. Jestli je to klinický psycholog, nebo vycvičená a supervidovaná sestra, s tím já bych se ochotně smířil.“ Zástupce FOKUSu Mladá Boleslav, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020.

Zpožděná kolaudace prostor CDZ

Specifické nároky na kolaudační řízení u poskytovatelů zdravotních služeb prodloužily realizaci přípravných prací a tím začátek poskytování služeb v prostorách CDZ.



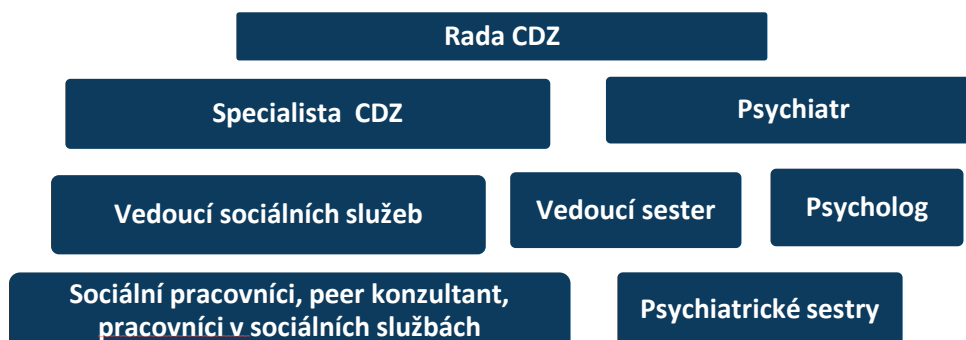
5.4 Evaluační otázka 4: Jak probíhá řízení multidisciplinárního týmu, jaké organizační a řídicí mechanismy se jeví jako efektivní?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti vybraných CDZ. Všechna CDZ, která byla zařazena do šetření, ve svém provozu aplikují pravidlo, že se celý tým schází každé ráno na poradě (v délce 30 minut až 1 hodina). Řešení jsou klienti se zvýšenou potřebou péče (v akutní krizi, ohrožení hospitalizací, procházející složitou životní situací či změnou, klienti krátce po propuštění z hospitalizace a noví klienti). Na poradě dochází k předávání informací o aktuálním stavu klientů a nastavuje se plán a koordinace péče.

Kromě toho v CDZ probíhají (jednou za týden či jednou za 14 dní) delší porady (až na dobu dopoledne), na nichž je prostor pro předávání informací méně akutního charakteru a také pro případnou diskusi nad strategičtějšími otázkami fungování CDZ anebo pro jednání o provozních záležitostech.

Všechny týmy mají také zavedený mechanismus supervize. Níže je uveden základní přehled funkcí v CDZ:



CDZ v rámci řízení týmu aplikují přístup, kdy tým pracuje konsensuálně a žádný z pracovníků nemá právo veta. Cílem je identifikovat sdílením a vzájemnou diskusí a spoluprací takový postup, který bude pro pacienta/klienta nejvíce přínosný a vyhovující.

Z důvodů provozních (např. pro schvalování dovolených) je poměrně obvyklá praxe, že jsou v rámci týmu CDZ určeni „vedoucí“ jednotlivých vymezených úseků. z rozhovorů se členy multidisciplinárních týmů ovšem vyplynulo, že role „vedoucích“ je skutečně dominantně vnímána jako formální a nesouvisí s úkolováním a kontrolou. Zpravidla je určen „vedoucí“ pro pracovníky v sociální složce týmu (do které obvykle spadá i peer konzultant), dále pak „vedoucí“ skupiny zdravotních (psychiatrických) sester a psychiatr zpravidla zastává roli „vedoucího“ pro klinického psychologa.

„Spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je super. v nemocnici je lékař, který všechno indikuje a o všem rozhoduje, ale tady je to case manager, který zná toho člověka nejlépe. a psychiatr může, ale nemusí hrát významnou roli. Nemusí být pro klienta podstatný. a to je právě ten odlišný přístup, kdy lékař není ten nejdůležitější, který o všem rozhoduje. Protože sociální pracovník může toho člověka znát lépe, case manager může toho člověka znát lépe.“ Zástupce Vojenské fakultní nemocnice Praha v CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 7. 8. 2020.



Parametry, které na fungování multidisciplinárního týmu jeho členové nejvíce oceňují:

1. Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků podle členů týmů CDZ zajišťuje, že **klient získává mnohem vyšší kvalitu péče**. Oceňován je přínos terénní formy péče.
2. Pracovníci CDZ oceňují úzkou spolupráci členů týmu postavenou na mnoha úhlech pohledu, díky které si postupně **budují přesah svých znalostí do dalších oblastí** a zvyšují tak svou erudici.
3. Zdravotničtí pracovníci oceňují, že sociální složka péče CDZ dokáže klientovi **pomoci se životními situacemi**, se kterými by si nevěděli rady.
4. Sociální pracovníci vnímají, že lékařská intervence v některých případech **odblokuje situaci klienta** a teprve díky ní je možné usilovat o zlepšení na poli sociálních potřeb.

Parametry, které jsou členy multidisciplinárního týmu označovány jako nejvíce problematické při společném fungování:

1. **Slaďování kultury přístupu ke klientovi** mezi zdravotní a sociální složkou probíhá postupně.
2. **Rozdílné odměňování** pozic mezi sociální a zdravotní složkou, ačkoliv rozsah i odpovědnost u některých z nich jsou relativně podobné.
3. **Obtíže při sdílení informací o pacientech/klientech** vyplývající z legislativních omezení – problematické je nahlížení do pacientovy/klientovy dokumentace ze strany druhého subjektu.

Já si myslím, že hodně důležité je, aby sociální pracovníci naslouchali radám zdravotníků ve smyslu diagnóz, protože něco jiného je pomáhat člověku, který má poruchu osobnosti, a něco jiného člověku, který má jinou poruchu. Těch poruch se ukazuje, že je hodně, takže rozlišovat mezi klienty je důležité, a to je to, co sociální pracovníkům chybělo. Oni se musí naučit umět zdravotníky využít pro svoji práci, najít s nimi společnou řeč. Co se týká zdravotníků, tak pro ty je důležité, aby se učili od sociálních pracovníků, že práce nekončí diagnózou. Tam byl návyk patrný z ambulantní práce, že člověka vyšetří, nebo s ním udělají psychoterapii. On pak opustí dveře pracovny a „já nevím, co je s ním dále, a nezajímá mě to“, když to řeknu blbě. Spolupráce zdravotníků a sociálních pracovníků otevírá nové cesty diagnostickému přemýšlení i terapeutickému, jak ještě dále pacientovi pomoci, aby v sociálním prostředí fungoval. Takže vzájemně ty dvě skupiny mohou těžit“. Psycholog CDZ Cheb, rozhovor ze dne 14. 10. 2020.

Ve všech CDZ bylo během rozhovorů identifikováno, že se **zařízení poskytující péči na zdravotně-sociálním pomezí vždy potýká s problémem odlišného naladění zdravotníků a sociálních pracovníků (resp. pracovníků v sociálních službách)**. Zjednodušeně lze uvést, že zatímco zdravotnický personál má na základě svého vzdělávání a předchozí pracovní praxe ve zdravotnictví tendenci k pacientovi/klientovi přistupovat více direktivně (určovat/doporučovat mu, co by měl dělat), sociální složka CDZ je více naslouchající, má tendenci ponechat pacientovi/klientovi prostor pro uplatnění vlastních preferencí, i kdyby to mělo případně vést k tomu, že

„Samozřejmě to je o mísení kultur, byť myslím, že to jde dobře a v klidu. v Chebu pracoval s týmem psychiatr už rok a půl. Nemyslím si, že by se cokoli změnilo v řízení týmu, v logice, spíše je to o organizaci práce, aby specialisté byli optimálním způsobem zapojeni a vytíženi. Samozřejmě tím, jak kolovali stážující psychiatři, je to někdy horší, někdy lepší. Potřebujete člověka, který umí dobře fungovat v týmu. Aby uměl komunikovat s lidmi. Když přijde nekomunikativní expert, který ví, jak věci mají být, může to vést ke konfliktům, protože zkušení sociální pracovníci také vědí, jak věci mají být.“ Zástupce CDZ Cheb, z.s., rozhovor ze dne 15. 9. 2020.



klient/pacient nedosáhne na maximální teoreticky možné zlepšení své situace.

Jako podstatná dovednost pracovníka CDZ se ukázala být schopnost práce v týmu a současně schopnost jednat dostatečně samostatně. Tato kombinace, kdy pracovník na jednu stranu úzce spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárního týmu a zároveň musí být schopen zejména při práci s pacientem/klientem v terénu, kde je sám, vyřešit individuálně i neplánované situace, není přirozeně

„I když jsme se jednotlivě domluvili, týmově jsme nesdíleli stejné hodnoty. Až teprve teď po roce a půl se to vyladuje.“ Zástupce FOKUS Praha, z.ú., rozhovor ze dne 18. 8. 2020.

vlastní všem a v praxi se CDZ musela potýkat s tím, že někteří zaměstnanci poté, co si práci v CDZ vyzkoušeli, usoudili, že jim tento charakter práce nevyhovuje (a CDZ proto opustili).

Lze konstatovat, že respondenti rozhovorů uváděli, že **sladování kultur zdravotní a sociální složky CDZ je dlouhodobá záležitost a že v zásadě nikdy nekončí. Shodli se ovšem na tom, že v průběhu pilotního provozu CDZ se situace v tomto směru výrazně zlepšovala. Nejvíce k pozitivnímu posunu podle nich přispívá spolupráce na jednotlivých případech, společná péče o pacienty/klienty.** Doplnkově jako přínosné vnímají i školení na téma multidisciplinárního přístupu a společnou supervizi, nicméně dominantně jde skutečně o společnou praxi, postupné pochopení přístupu „druhé strany“ (tedy zdravotníků anebo sociálních pracovníků).

V části CDZ do terénu obvykle jezdí pracovníci ve dvojicích – např. sestra a lékař, sestra a psycholog, sestra a sociální pracovník či lékař a sociální pracovník; odvíjí se to od potřeb konkrétního klienta.

„Začátky byly těžké, strašné – dva odlišné světy na sebe narazily. Naprosto direktivní zdravotníci a naprosto asertivní sociální pracovníci. Ze začátku měl každý jiný způsob komunikace, jinou mluvu. Museli jsme se hodně od sebe učit. a musíme se to učit doteď. Sestry musely pochopit, že zdravotní oblast souvisí se sociální a naopak. a že direktivitu tady nejde používat. Učíme se to pořád, za tu dobu, co tam jsem, ty zkušenosti jsou pokaždé trochu jiné. Museli jsme si nastavit kompetence. Byla taková ta představa, že přijde zdravotní sestřička a řekne „já se zeptám, jestli má léky, a ty se zeptáš, jestli má peníze“ – takto to ale prostě nejde. Protože když nemám peníze, tak mám úzkosti, a když nemám peníze, nemám ani léky. Museli jsme se naučit překračovat ty naučené věci v našich oblastech.“ Pracovník CDZ Opava, rozhovor ze dne 23. 11. 2020.

Neplatí to ovšem univerzálně. v tomto aspektu se jednotlivá CDZ liší. z ekonomických důvodů (aby si CDZ na sebe vydělala), může zejména po ukončení pilotního provozu financované z prostředků OPZ převážit přístup, kdy je terénní složka péče zajišťována jednotlivci, nikoli dvojicí pracovníků CDZ.

Co je **problémem u většiny CDZ, je odlišné ohodnocení zaměstnanců zdravotní složky a sociální složky CDZ,** specificky se jedná o ty pozice, které vykonávají rozsahem a odpovědnostmi obdobné činnosti, tj. jde o zdravotní sestry a sociální pracovníci. Rozdíl ve výši odměňování může představovat bariéru tomu, aby se členové týmu vnímali jako

„Teď to vypadá, že se tým usadil, a prvotní neshody se podařilo překousnout. Ale máme rozdílné úvazky, peníze, vzdělávání, dovolenou apod. To v těch týmech sehrává taky velkou roli.“ Pracovník CDZ pro Prahu 6, z.ú., rozhovor ze dne 18. 8. 2020.

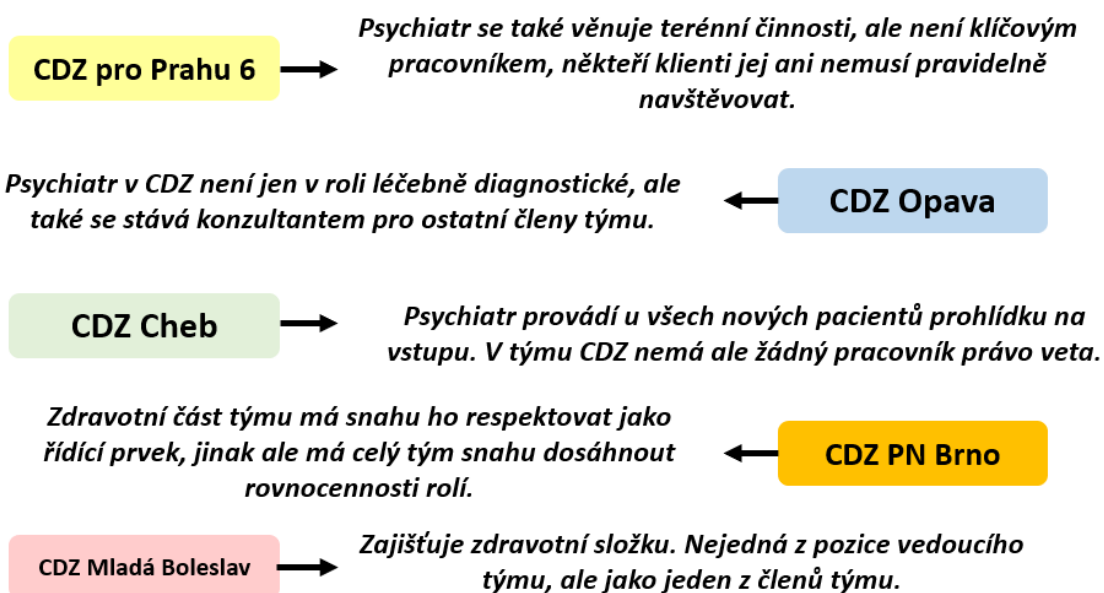
vzájemně rovnocenní. Vnímání nespravedlivosti v odměňování může také snižovat motivaci k pracovnímu výkonu sociálních pracovníků. (Sociální pracovníci mají vysokoškolské vzdělání, které naopak nemají všechny zdravotní sestry, přesto je výše odměňování sociálních pracovníků nižší.) Zásadní rozdíly panovaly někdy i v přiznaných zaměstnaneckých benefitech. Některá CDZ pak rozdíly v odměňování připisují míru fluktuace na pozici „sociální pracovník“.



5.5 Evaluační otázka 5: Jaká je role psychiatra v týmu a vůči psychiatrům v regionu?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti vybraných CDZ. Jak už bylo uvedeno v odpovědi na předchozí evaluační otázku, CDZ uplatňují přístup, kdy jsou si členové multidisciplinárního týmu rovnocenní, je zde snaha, aby každý z pracovníků vnášel do práce CDZ svůj pohled a aby se péče o pacienta/klienta zakládala na společně formulovaném přístupu k němu (samozřejmě s ohledem na potřeby a preference pacienta/klienta). **Psychiatr by tedy optimálně měl být jeden ze sobě si rovnocenných členů týmu.** Níže je uvedena naše interpretace toho, jak roli psychiatr v daném CDZ plní:



Je vidět, že psychiatr je někdy, zejména mezi zdravotníky, vnímán jako konečná autorita. Zdravotní část týmu má tendenci ho respektovat jako řídicí prvek (v tomto aspektu „přežívá“ pojetí vedení zdravotnického pracoviště). Ve většině CDZ ale platí, že psychiatr je rovnocenný člen týmu, který nemá rozhodující pravomoc, v některých případech je jeho skutečně jen léčebně-diagnostická a klíčovou roli v rozvoji klienta přenechává psychiatrickým sestřám a sociálním pracovníkům.

Nejintenzivněji pracují s pacienty/klienty zdravotní sestry a sociální pracovníci (právě tyto pracovníci zastávají role case manažerů; psychiatr v žádném CDZ v roli case manažera nepůsobí). Psychiatr a také klinický psycholog provádějí odborná vyšetření.



Psychiatr ve všech sledovaných CDZ zajišťuje i terénní péči, podíl terénní složky péče je však u něj vždy menší než v případě zdravotních sester anebo sociálních pracovníků. Nelze hovořit o nějakém

„Jednak se to liší cílovou skupinou, tady je to práce převážně s afektivními poruchami, převážně s psychotickými, samozřejmě se okrajově objevují i poruchy osobnosti čili je to práce se závažnější psychopatologií. (...) To samozřejmě s sebou nese v něčem větší náročnost, ale v něčem určité zjednodušení“ Psycholog CDZ Cheb, rozhovor ze dne 14. 10. 2020.

standardním rozsahu pohybu psychiatra v terénu, v tomto prvku se jednotlivá CDZ liší. Platí ovšem, že mimo ordinaci psychiatr vyjíždí v závažnějších případech, nikoli standardně. Všichni interviewovaní psychiatři se shodují v tom, že je pro jejich působení v CDZ podstatné mít informace o zázemí pacienta/klienta, nicméně zatímco některý psychiatr získává tyto informace čistě z komunikace s dalšími pracovníky CDZ, jiný pro získání potřebných informací vyjíždí do terénu. Tento prvek také souvisí s časovými možnostmi psychiatra.

v případech, kdy jsou kapacity psychiatra zaplněné službami v ambulanci, je přirozeně terénní složka péče omezena jen na případy, kdy se výjezd ukáže jako skutečně nezbytný.

Šetření se zaměřilo také na otázku, v čem se praxe psychiatra v CDZ odlišuje od působení v čistě zdravotnických zařízeních (v nemocniční péči či v ambulanci). Respondenti uváděli, že CDZ mají specifickou cílovou skupinu, která je užší než v případech jiných zařízení (částečně užší v porovnání s nemocnicemi či léčebnami a výrazně užší v porovnání se standardní psychiatrickou ambulancí).

Mnohem významnější je ovšem rozdíl, který se týká charakteru péče o pacienta/klienta.

Je to samozřejmě jiné. Tady mám všechny členy týmu po ruce, a když se potřebuju poradit, probíhá to na místě. a samozřejmě vyjet za klienty do terénu, což je pro mě největší rozdíl a benefit. Když člověk nemůže vyjet za mnou, já můžu vyjet za ním. Nebo se nemusíme vyloženě setkat tady v nemocnici, můžeme se potkat mimo jakýkoliv ambulantní prostor. v ambulantních ordinacích je 20, 30 minut na pacienta, v CDZ je to jiné, což umožní vytvořit lepší terapeutický vztah s tím člověkem. Těm lidem se lépe mluví, navíc je mimo nemocnici a ambulanci více stimulů a ti lidé na to nějak reagují, takže i po této stránce je to přínosné. Umožňuje to dostat se od nemoci k celému jejich životu. a CDZ by mělo být o tom, jak pečovat o různé stránky života klienta. Také tu není takový tlak na čas jako na hospitalizačních lůžkách. Člověk je zde v péči delší dobu.“ Psychiatr CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 7. 8. 2020.

Role CDZ ve vztahu k ostatním psychiatrům působících v regionu

Všechna CDZ podnikala kroky k navázání spolupráce s psychiatrickými zdravotnickými zařízeními ve svém spádovém regionu. Nejsnazší je standardně navázání spolupráce s lékaři působícími v organizaci, která je jedním ze zakladatelů CDZ.

Pro navázání spolupráce s ambulantními psychiatry se ukázalo být jako ne příliš efektivní snažit se je zapojit do seminářů či dnů otevřených dveří apod. Ambulantní psychiatři bývají velmi časově vytížení, a pokud daný lékař sám nemá ambici se dozvědět něco o nové službě, pak je seminář něco, čemu není ochoten věnovat svou kapacitu.

„Někdo fandí a pomáhá, někteří to zkusí ve stylu „pošleme vám to nejhorší, co máme, a ukažte se“. Ale ukázalo se opakovaně, že ambulantní psychiatři byli zprvu nedůvěřiví. Pak nám začali poskytovat komplikovanější klienty, kteří jim zabírali více času, mají také tendenci nám posílat ochranné léčby apod. Za problém – nejen našeho CDZ, ale plošně – považují, že když je zvete na den otevřených dveří, na seminář, nemají čas, nepřijdou, nikdo jim to nezaplatí. Je pohodlnější i ekonomické sedět v ambulanci a kódovat. Ale není to tak, že by nám házeli klacky pod nohy.“ Zástupce CDZ Opava, rozhovor ze dne 11. 11. 2020.



CDZ proto přistupovala k individuálnímu kontaktování psychiatrů (ať už telefonicky či osobně v jejich ordinacích). Tato komunikace byla zpravidla vedena z úrovně psychiatra CDZ či zdravotní sestry (sociální pracovníci vypověděli, že bývá úspěšnější, když navazování kontaktů probíhá mezi zdravotníky). v tomto ohledu pracovníci CDZ volají po tom, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty i na úrovni ČR, např. užší spoluprací mezi představiteli Reformy a Českou lékařskou komorou.

„Vytvoření multidisciplinárního týmu, který před tím neexistoval, může poskytnout jiný rozměr péče, než před tím. Konečně se podařilo dostat psychiatry a psychology do terénu, kdy jezdí na výjezdy.“ Pracovník CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

Normální psychiatr sedí v ambulanci, lidi za ním chodí a odcházejí. Naše paní doktorka chodí i do domácnosti klienta. Dokáže si udělat obrázek, jak to tam funguje, jaké jsou vztahy v rodině. Takže u psychoterapie se může více zaměřit na nějaká témata. Vidím to tak, že je to velká výhoda.“ Psychiatrická sestra CDZ Cheb, rozhovor ze dne 7. 10. 2020.

Míra spolupráce CDZ a psychiatrů se liší. Zástupci všech CDZ shodně uváděli, že se to postupem času zlepšuje, nicméně ve všech regionech je určitá část ambulantních psychiatrů, která o ni nemá zájem. Zjednodušeně řečeno lze říci následující:

- **Všem CDZ se podařilo navázat spolupráci se nemocnicemi/léčebnami, která spočívá v identifikování potenciálních pacientů/klientů CDZ,** pracovníci CDZ a personál těchto zařízení mají domluvené pravidelné schůzky, na nichž jsou potenciální pacienti/klienti CDZ diskutováni, a pracovníci těchto lůžkových zařízení svoje pacienty o možnosti využít služeb CDZ informují (tj. zprostředkovávají první kontakt).
- **Informace o službách CDZ se v regionech podařilo dostat k velké části ambulantních psychiatrů:**
 - V Chebu, Opavě a v Mladé Boleslavi je spolupráce s ambulantními psychiatry hodnocena příznivě, zejména s ambulantními psychiatry napojenými na nemocnice.
 - V Praze je problém s tím, že klienti mají své psychiatry v různých částech Prahy, ne nutně ve spádové oblasti CDZ¹⁴
 - U CDZ PN Brno probíhá má Práh dlouhodobou spolupráce s řadou ambulantních psychiatrů i mimo PN, nicméně dle vyjádření dalších pracovníků CDZ by spolupráce mohla být intenzivnější.

¹⁴ Obtížnější situace je v tomto směru v regionu hlavního města Prahy. CDZ pro Prahu 6 má sice určenou spádovou oblast, ale jeho pacienti/klienti mohou mít jako svého ambulantního psychiatra lékaře, který působí mimo tuto spádovou oblast. (Jejich ošetřující lékař může mít ambulanci kdekoli v Praze a teoreticky i mimo území hlavního města.) v Praze je tedy komplikovanější vymezit, kteří ze zde působících ambulantních psychiatrů jsou ti relevantní pro spolupráci s daným CDZ. z tohoto důvodu také pracovníci CDZ pro Prahu 6 podporují, aby šíření povědomí o roli CDZ v systému péče o osoby s duševním onemocněním bylo intenzivněji prováděno centrálně z úrovně MZD a ve spolupráci s Českou lékařskou komorou.



Zjistili jsme, že menší ochotu ambulantních psychiatrů obracet se na CDZ, lze připsat na vrub zejména následujícím:

- Nedůvěra k novému, tendence postupovat tak, jak je lékař zvyklý;
- Obava ze ztráty pacientů, resp. obava o snížení výše úhrad od zdravotních pojišťoven z důvodu, že by ambulance měla méně pacientů či méně výkonů; s tímto souvisí i dosud ne zcela vyjasněná otázka, do jaké míry má být CDZ „průtokové“ a do jaké míry jsou klienti během spolupráce s CDZ v kontaktu se svým ambulantním psychiatrem
- Negativní vztah k Reformě psychiatrické péče, psychiatr nesdílí cíle Reformy spočívající v přenosu péče do komunitního prostředí, proto se také k CDZ jakožto jednomu z pilířů Reformy staví negativně;
- Kromě toho platí, že osoby s SMI v běžné ambulanci představují jen menší část pacientů, proto je pro psychiatry potenciální průnik mezi jejich klientelou a cílovou skupinou CDZ v zásadě malý.

„Tam se to hodně liší podle lidí. Někteří odborníci, psychologové i psychiatři, teď myslím hlavně kliničtí, tak někteří uvítali novou spolupráci a využívají to také jako nástroj, odkážou svoje klienty na CDZ ne kvůli diagnóze, kterou si udělají sami, ale kvůli sociálně-rehabilitačnímu programu, který oni sami nedokáží zajistit. Obecně je ta spolupráce dobrá, já jsem si např. s jedním psychiatrem pravidelně telefonoval, samozřejmě se souhlasem klientů, předáváme si nějaké informace a je to ku prospěchu klienta. Pak jsou nějakí odborníci, kteří se cítili vznikem CDZ ohroženi. Měli jsme pocit, že se snaží soupeřit, dokázat, že ten člověk má jinou diagnózu. Nebo měli někteří psychiatři pocit, že jim můžeme nějaké klienty brát. Takové to soupeření o některé klienty, to se také v náznu objevilo.“

Psycholog CDZ Cheb, rozhovor ze dne 14. 10. 2020.

Další informace, na základě nichž Zpracovatel naformuloval odpověď na evaluační otázku, jsou upřesněny níže v textu.

CDZ pro Prahu 6 (Fokus Praha, z.ú. / ÚVN - VFN Praha)

- Vzhledem ke skutečnosti, že ambulantní psychiatři a praktičtí lékaři nekopírují spádovou oblast CDZ, není v silách samotného centra, aby efektivní spolupráci nastavilo zcela samo, neboť by se jednalo o síťování napříč regiony, v rámci kterého by se efektivněji uplatnil centrální přístup. Momentálně tedy není spolupráce s ambulantními psychiatry (a stejně tak s praktickými lékaři) systémově nastavena. Pokud k jejímu nastavení dochází, jedná se o dílčí kroky v jednotlivých případech.

„Ambulantní psychiatři nám posílají své klienty. Například velká ambulance je přímo pod Vojenskou nemocnicí, tam je ta spolupráce hodně těsná. a máme další psychiatry, se kterými spolupracujeme, ale je to komplikované. Nelze pozvat psychiatry z Prahy 6 a navázat s nimi kontakt...“

Zástupce CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

„A naši klienti, kteří bydlí na Praze 6, mají možná z půlky psychiatra z Prahy 6 a zbytek má svoje psychiatry mimo Prahu 6. To komplikuje navazování spolupráce. Psychiatři by se měli podívat, kde jejich člověk bydlí a najít CDZ, kam ho může poslat.“ Zástupce CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

- V případě lůžkových zařízení probíhá spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Bohnice a s ÚVN. v těchto zařízeních jsou navazovány kontakty s novými klienty CDZ (po ukončení hospitalizace se dostávají do péče CDZ). s dalšími lůžkovými zařízeními CDZ intenzivně nespolupracuje.



CDZ Opava (FOKUS - Opava, z.s. / Psychiatrická nemocnice v Opavě)

- CDZ úzce spolupracuje s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě (jakožto jedním ze svých zřizovatelů). Sociální pracovník a zdravotní sestra docházejí na příjímací oddělení i oddělení následné péče a konzultují potenciální pacienty s pracovníky nemocnice. Pokud nejsou překážky (pokud to stav klienta umožňuje), je konzultaci přítomen i samotný potenciální klient.
- Pracovníci CDZ jsou navázáni i na tým stacionáře "Z" (Denní stacionář pro terapii psychóz) fungujícího při Psychiatrické nemocnici v Opavě. Tento stacionář poskytuje doléčovací ambulantní péči navazující na hospitalizaci. Pokud je v péči stacionáře klient CDZ, jsou předávány informace o jeho situaci tak, aby se maximálně usnadnil přechod klienta mezi hospitalizací a návratem do běžného života.
- O vzniku CDZ byli informováni také ambulantní psychiatři působící ve spádové oblasti. Vzhledem k tomu, že CDZ navazuje na již dříve běžící multidisciplinární práci zajišťovanou Psychiatrickou nemocnicí v Opavě a FOKUS – Opava, z. s., neznamenal vznik CDZ v této oblasti dramatický předěl.

CDZ Cheb (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / FOKUS Mladá Boleslav z.s.)

- CDZ úzce spolupracuje s psychiatrickým a psychoterapeutickým oddělením Nemocnice Ostrov, se kterým je zaveden systém pravidelných porad. Cílem koordinace je, aby klientům byla bezprostředně po jejich propuštění z nemocnice zajištěna dostatečná podpora a snížilo se tak riziko opětovné hospitalizace. s oddělením je nastavena i spolupráce v přijímání klientů k hospitalizacím, case manažeři mohou být přítomni u přijetí a často ho v době krize klienta i zprostředkovávají. Pracovníci CDZ mají možnost bez omezení za hospitalizovanými klienty CDZ do nemocnice docházet.
- Dále je zavedený systém pravidelných návštěv v Psychiatrické nemocnici Dobřany. Spolupráci se podařilo nastavit tak, že jsou do ni zapojena všechna oddělení, na nichž jsou hospitalizováni pacienti z cílové skupiny osob s SMI. Nemocnice pro tým CDZ vytipovává potenciální klienty a domlouvá schůzky mezi pracovníky CDZ a těmito pacienty. Cílem spolupráce je maximálně usnadnit pacientům nemocnice přechod z hospitalizace do běžného života. Klienty CDZ, kteří jsou v Dobřanech hospitalizováni, navštěvuje pracovník CDZ zpravidla 1x za 14 dnů. Pracovníci CDZ s nemocnicí také koordinují sociální intervence během dovolenek či vycházek hospitalizovaných klientů.



CDZ PN Brno (Práh jižní Morava, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Brno)

- Centrum Práh má nastavenou spolupráci s ambulantními psychiatry už dlouhou dobu. Zaznívá nicméně, že ambulantní lékaři občas nemají na spolupráci čas, není tam neochota. Časté je, že ambulantní psychiatři posílají pracovníky CDZ za klienty, kteří nespolupracují nebo se neobjevují v ambulancích.
- Dominantní se spolupráce odehrává na bázi Psychiatrické nemocnice Brno, ačkoliv pracovníci CDZ přiznávají, že někteří odborníci v lůžkových, ale i ambulantních zařízeních odmítají princip CDZ všeobecně, a komplikují tak spolupráci.

„Komplikace? Nepochopení stran kolegů z lůžkových zařízení. Všechno se dá překonat, ale neochota přijmout nové metody, nový trend, nový směr se stala největší překážkou. Konkrétně ze strany odborníků z lůžkových zařízení, ale i z ambulantního sektoru.“ Pracovník CDZ PN Brno, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

CDZ Mladá Boleslav (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / Psychiatrická nemocnice Kosmonosy)

- CDZ o svém vzniku a o službách, které poskytuje, nepotřebovalo zavádět nově intenzivní komunikaci, neboť je hegemonem v oblasti poskytování sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v regionu. s ohledem na úzkou spolupráci s většinou místních ambulantních psychiatrů a Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy byla dostatečná informovanost o vzniku CDZ u poskytovatelů zaměřených na osoby s duševním onemocněním zajištěna.

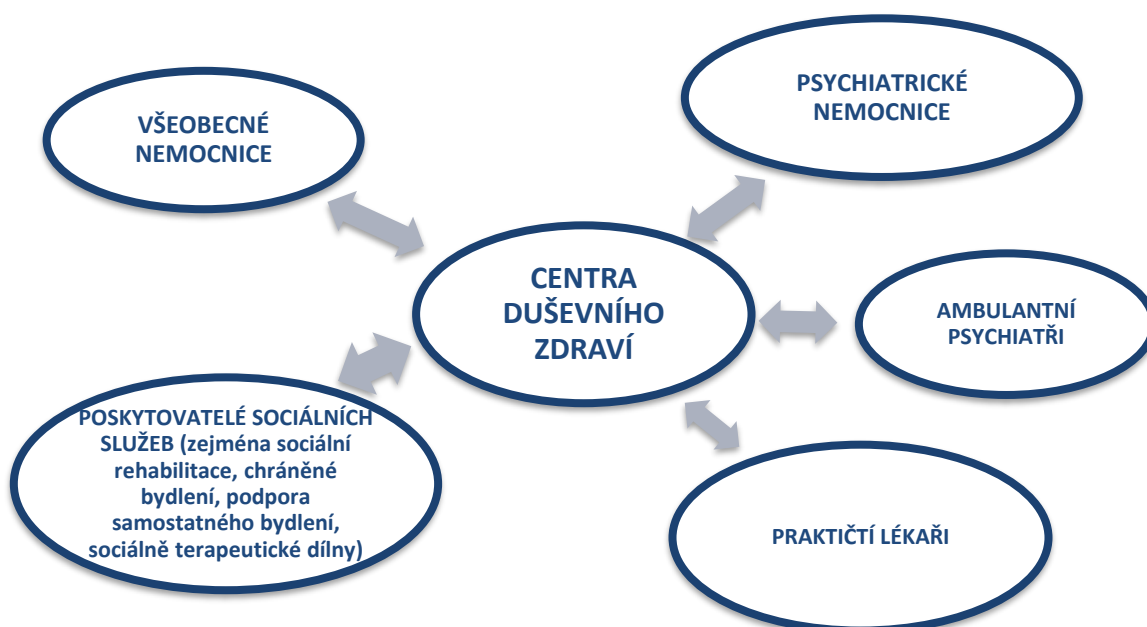


5.6 Evaluační otázka 6: Jak CDZ funguje v rámci regionu, jaká je návaznost, informovanost o vzniklých službách (včetně IZS)?

Odpověď na evaluační otázku

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti vybraných CDZ. Pro všechna CDZ platí, že jsou v kontaktu se širokou paletou organizací. **Základní propojení mají na poskytovatele zdravotních služeb a poskytovatele sociálních služeb, kteří mají mezi svými cílovými skupinami osoby s duševním onemocněním.**

Konkrétní výčet organizace se liší pro každý jednotlivých region působení CDZ, ale obecně se jedná o:



Kromě toho je pro CDZ důležité **být v kontaktu s orgány lokální a regionální samosprávy.**

Kraj je klíčový subjekt pro plánování sociálních služeb v daném území (na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozhoduje o poskytnutí finančních prostředků poskytovatelům sociálních služeb operujících na území kraje. Pro oblast zdravotní péče je odpovědnost krajů menší; krajský úřad rozhoduje o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nicméně toto je krok, který se odehrává pouze na počátku fungování daného zařízení v lokalitě; kraje nejsou zapojeny do přímého financování zdravotních služeb.

Kontakty CDZ s obcemi (včetně měst) se odehrává na více rovinách:

- V některých krajích jsou obce na základě podmínek, které stanovil příslušný kraj, zapojeny do financování sociálních služeb; v těchto případech je tedy spolupráce mezi CDZ a obcí nutná pro zajištění financování sociální složky péče;
- Všechna CDZ zapojená do šetření mají mezi svými klienty osoby, u nichž roli veřejného opatrovníka zajišťuje obec. Spolupráce CDZ a určeného odpovědného pracovníka obecního (městského) úřadu probíhá intenzivně v rámci péče o daného klienta;



- Obce jsou vhodným partnerem pro šíření povědomí o službách, která CDZ poskytují. Mají vybudované komunikační kanály vůči veřejnosti, ale také vůči dalším orgánům územní samosprávy. Dobře nastavená komunikace mezi CDZ a obcí může také napomoci v tom, aby široká veřejnost nevnímala CDZ jakožto potenciální riziko (kvůli charakteru cílové skupiny těchto zařízení).

Pro případy krizových situací osob z cílové skupiny CDZ je relevantní, aby se CDZ navázala na složky IZS, konkrétně nejvíce na zdravotnickou záchrannou službu. z rozhovorů se zástupci CDZ vyplynulo, že spolupráce s IZS, resp. povědomí IZS o tom, že v některých případech, které řeší, je nejlepší se obrátit na CDZ, se stále nepodařilo dostatečně rozšířit. Převládá dosud zaběhnutá praxe, kdy se Zdravotnická záchranná služba obrací v případě zásahu primárně na nemocnici či léčebnu. k tomu je ovšem třeba uvést, že pokud IZS potřebuje jako spolupracující subjekt zařízení, které je k dispozici nonstop, nemohou CDZ zatím tuto roli zastávat. Obdobně pociťují CDZ jisté rezervy v komunikaci (či spolupráci) s Policií ČR. v tomto směru respondenti doporučovali, aby se do komunikace se složkami IZS (resp. k šíření obecného povědomí o CDZ mezi nimi) zapojilo MZd.

„Zklamalo mě, že doposud není dostatečné povědomí o nás u složek integrovaného záchranného systému. Když záchranka nebo policie někde nabere osobu s duševním onemocněním, vůbec je nenapadne ozvat se nám, přitom jsme v řadě případů ta nejlepší volba, protože můžeme pružně reagovat.“ Psychiatrická sestra CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 18. 1. 2021.

Doplňkově **některá CDZ navázala spolupráci s Úřadem práce ČR**, resp. příslušným kontaktním pracovištěm Úřadu práce ČR. Konkrétní příklad umístění klienta CDZ ve spolupráci s Úřadem práce ČR na pracovní trh ovšem během zpracování evaluace zjištěn nebyl.

Z komunikačních opatření (kromě individuálního kontaktování) jsou u všech CDZ zpravidla využívány:

- **webové stránky CDZ, webové stránky zakladatelských organizací CDZ,**
- **články v lokálních či regionálních periodikách,**
- **letáky šířené např. v ordinacích praktických lékařů nebo ambulantních psychiatrů,**
- **dny otevřených dveří,**
- **návštěvy v základních a středních školách v regionu (tj. besedy s žáky či studenty),**
- **konference, semináře, workshopy.**

Platí, že přímé kontaktní akce jako jsou dny otevřených dveří, mají potenciál přitáhnout do CDZ osoby, které už o Centru vědí a vnímají jej pozitivně (příp. příznivě nakloněnou odbornou veřejnost). CDZ jako podstatnou část svých komunikačních opatření vnímají návštěvy ve školách, které nejsou pojímány primárně jako nástroj informování o CDZ jako takovém, ale jakožto posílení povědomí o oblasti duševních onemocnění a také jako nástroj prevence výskytu duševních onemocnění (příklad: projekt "Blázníš? No a.", který realizuje Fokus Praha, z.ú.). Je nutné ovšem zmínit, že návštěvy škol nejsou projektem hrazeny (CDZ si je tedy financují z jiných zdrojů)

U všech CDZ jako **dominantní kanál pro navázání nových pacientů/klientů, funguje spolupráce s psychiatrickou nemocnicí/léčebnou v regionu.** Právě touto cestou se o možnosti využít CDZ dozvídá největší část nových pacientů/klientů. v tomto smyslu tedy šíření povědomí mezi širokou veřejností není nejvýznamnější. Nicméně **jsou i klienti, kteří CDZ kontaktují sami** (nebo to za ně dělají jejich rodinní příslušníci) a pro tuto skupinu už mají opatření na posilování povědomí veřejnosti o službách CDZ již přímý přínos.



5.7 Evaluační otázka 7: Jak vnímají proces zavádění CDZ zástupci zdravotních pojišťoven a jaké podnikají kroky k udržitelnosti týmů CDZ?

Pro zodpovězení této evaluační otázky zpracovatel realizoval několik rozhovorů se zástupci zdravotních pojišťoven. Mezi respondenty byli zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny (tedy největší zdravotní pojišťovny působící v ČR), dále zástupce Svazu zdravotních pojišťoven a také zástupci 5 jednotlivých zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zpracovatel tak měl k dispozici pohled na situaci ze několika stran. Šetření bylo realizováno společně s evaluací CDZ I, obdobné informace se proto nacházejí i u této závěrečné evaluační zprávy.

Důležité je zjištění, že zdravotní pojišťovny se v zásadě shodují v tom, že **nejdůležitějším plánovaným dopadem je zvýšení kvality péče**. Ze strany ostatních respondentů zapojených do Reformy je zároveň shodně oceňována spolupráce a vstřícnost většiny zdravotních pojišťoven při jednání nad problematikou Reformy.

Současně ale respondenti za zdravotní pojišťovny ve většině případů uváděli, že **od spuštění CDZ očekávali větší snížení objemu lůžkové péče (hospitalizací), a s tím související snížení nákladů na lůžkovou péči**. To ovšem v praxi dosud nenastalo. Dle základních analýz, které jednotlivé pojišťovny mají k dispozici, se nezměnila vytíženost lůžkové péče, platby směřující od těchto zařízení se vlivem působení CDZ nemění nebo dokonce rostou. Zástupci pojišťoven ale zároveň vnímají, že dosáhnout tohoto efektu je časově náročné a že bude třeba delší časové období na vyhodnocení. Ze strany expertů na problematiku psychiatrické péče se tato slova potvrzují. v současné době totiž vedle vzniku CDZ probíhá řada dalších dějů, které mají vliv na velikost lůžkové péče a které tak poněkud zesložitují situaci:

- na jedné straně je zde pandemie COVID-19, která vedla u některých zařízení k významnému snížení obloženosti a tedy propouštění zdravotnického personálu.
- na druhé straně byl dosud systém psychiatrické péče podle řady odborníků, s nimiž jsme během evaluace hovořili, značně podfinancovaný a současné navýšení nákladů prostě jen souvisí s tím, že se kvalita péče začíná dostávat na požadovanou úroveň.
- dochází tak např. k redukci následných lůžek v zařízeních v regionu, kde je zavedeno CDZ. Toto probíhá postupně, dle odhadu odborníků je to cca 20 lůžek na 1 CDZ. Dochází ale k postupnému zvyšování důrazu na zajištění lůžek akutní péče, které jsou ale finančně náročnější než lůžka následná.

„Zdravotní pojišťovny ve shodě s deklarovanou Strategii psychiatrické reformy počítaly se zvýšením podílu pojištěnců s duševním onemocněním, kteří budou moci být léčeni ve vlastním sociálním prostředí, dále s efektivnějším poskytováním zdravotní péče a pozitivním dopadem na vlastní financování.“

Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2.

„Očekávali jsme masivnější přísun klientů a naplnění personálních kapacit, to se nám zatím nedaří. Počet klientů je přímo úměrný počtu personálu. Pokud dojde k uvolnění personálu z lůžkové péče, sekundárně se zvýší počet klientů.“

Zástupce VZP, rozhovor ze dne 6. 8. 2020.



„Zdravotní pojišťovny předpokládaly, že současně se vznikem CDZ dojde ke snížení počtu lůžek následné péče v psychiatrických nemocnicích, zkrátí se doby hospitalizace, rozvine se akutní péče alepší organizace péče o duševně nemocné. k naplnění zatím nedošlo. k úbytku lůžek dochází postupně, ne podle transformačních plánů, všechno je zpomaleno. Nedochází k rozvoji lůžkové akutní psychiatrické péče.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

- dlouhodobě přibývá podíl gerontopsychiatrických pacientů (kteří nejsou cílovou skupinou CDZ), přičemž strategie týkající se péče o klienty s demencí v budoucích letech není ještě zcela finalizována
- je navíc nutné brát v potaz fakt, že úkolem CDZ je také zachycovat skrytou nemocnost. Tedy osoby s duševním onemocněním, kteří ale služeb psychiatrické péče dosud nevyžívaly, a až díky CDZ ano (a tedy za ně pojišťovny proplácí výkony nově).

• některé regiony nedisponují návaznými službami v oblasti bydlení, které by umožnily dokončit proces deinstitucionalizace. v praxi to znamená, že někteří klienti nemohou být deinstitucionalizováni, protože nemají jinou možnost trvalého, nebo dočasného bydlení. Často pak dochází pouze k trans-institucionalizaci, tedy k přesunutí klientů z jedné instituce do jiné, tj. ze zdravotního do sociálního ústavu (například z psychiatrické nemocnice do ústavu sociální péče – domovů se zvláštním režimem apod.), popřípadě k jejich ponechání v psychiatrickém lůžkovém zařízení.

„V současné době pozorujeme v psychiatrii nárůst nákladů v ambulantní sféře, neklesající tedy přímo rostoucí náklady v lůžkové sféře – úspora v systému neexistuje žádná, hodnotit efektivitu bude možné po delším časovém sledu. Hodnocení by mělo ovšem probíhat nad systémem (s daty všech ZP) nikoliv jednotlivě.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

Výše uvedené faktory tedy v současnosti komplikují to, aby bylo možné zjednodušeně říci, že „vznik CDZ povede ke snížení finanční náročnosti lůžkové péče“. Dodáváme opět, že těchto skutečností jsou si zástupci pojišťoven vědomi.

Je důležité zmínit, že snížení rozsahu lůžkové péče zdravotní pojišťovny totiž **vnímají jako podmínku pro to, aby se zvýšil počet odborníků**, kteří by mohli v nově vznikajících CDZ pracovat. Ze strany pojišťoven je tato podmínka vnímána jako důležitá pro další – dlouhodobou – podporu rozvoje terénní psychiatrické péče.

Do problematiky financování psychiatrické péče vstupuje i díky CDZ další faktor: úzká provázanost zdravotní a sociální péče. v případě zástupců pojišťoven je proto relevantní pokládat si v současné době otázku, jak nastavit systém tak, aby **zdravotní péče i sociální péče byla financovaná z těch zdrojů, které jsou pro ně určené**.

„Vadí nám neostrá hranice mezi zdravotní a sociální péčí, kdy často není jasné, kdo bude jakou péči hradit. Pokud by financování probíhalo z jednoho balíku peněz, nedocházelo by k tomu. Je tam dvojí registrace, rozdílné zákonné regulace, nastávají problémy.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

Ze strany několika zdravotních pojišťoven totiž zazněla obava, že současné nastavení vede k tomu, že je ze zdravotní péče hrazená i činnost, která by správně měla být hrazena z jiných prostředků.

jako výkon zdravotní. Situace může teoreticky nastávat tehdy, zastupuje-li v některých situacích např. psychiatrická sestra či jiný zdravotnický pracovník roli sociálního pracovníka při péči o klienta.

Naráží tak na případy, kdy se sociální výkon vykazuje

„Jednoznačně podporujeme multidisciplinaritu. Máme ale pocit, že hranice mezi sociální a zdravotní péčí jsou nejasné a obáváme se, že z fondů zdravotního pojištění jsou kryty i náklady sociální části péče.“ Zástupce ZPMV ČR, rozhovor ze dne 18. 1. 2021.



Vzhledem k úzké spolupráci všech pracovníků multidisciplinárního týmu tato skutečnost může nastávat. z výše uvedeného tedy vyplývají dvě skutečnosti:

- některé pojišťovny nevnímají dosavadní nastavení zdravotních výkonů jako vhodné, protože vede k tomu, že sociální výkony jsou uváděny jako zdravotní
- některé pojišťovny aktuálně nevnímají zapojení sociální sféry (tj. těch, kteří sociální sféru financují – MPSV, kraje a obce) do financování CDZ jako dostatečné, což vede k tomu, že zdravotní sféra reálně hradí více, než by měla

„Brzdou je také dvojitá financování, jinak sociální a jinak zdravotní část. Zdravotní část z pohledu financování funguje, sociální drhne na ochotě a přístupu některých krajů.“
Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

Vůbec si nemyslím, že by se to pojišťovně naší velikosti vyplatilo. Náročnost na naší straně je poměrně veliká (...), ale s ohledem na počet klientů kolem desítky se to absolutně nevyplácí. (...) Důležitá je i ta efektivita spojená například s eliminací lůžek a tu já tady zatím nevidím. Na druhou stranu je ze zdravotního pojištění často hrazena péče, která má spíše charakter sociální služby a to by se tímto dalo přesně vymezit.“ Zástupce VOZP ČR, rozhovor ze dne 9. 9. 2020.

Zde je vhodné doplnit, že dle vyjádření gestora projektů CDZ MPSV deklarovalo, že pro letošní rok vymezuje na plnění Reformy až 600 mil. Kč. Což lze vnímat jako významný signál pro to, že i ze strany sociální sféry je důležitost Reformy reflektována. Dlouhodobě se také zlepšuje pohled na přijímání role CDZ i na úrovni krajů – v několika z nich došlo k personálním změnám způsobených volbami, a Reforma je tam lépe přijímána.

Výše uvedené poznatky z rozhovorů se zástupci pojišťoven nás tedy nutí se opět podívat na Reformu v nejzákladnější

formě: **Jaký dopad tedy vlastně mají mít Centra duševního zdraví na financování psychiatrické péče? a jak se existence CDZ projevuje na fungování zařízení lůžkové péče?** v tomto smyslu zde stále existuje několik pohledů, přičemž některé z nich jsou si vzájemně v rozporu. Byť některé z těchto názorů zastává její úzká skupina aktérů, považujeme za důležité je reflektovat. **Ve schématu níže** jsou zeleně označeny ty názory, které vnímají či očekávají úsporu v systému, oranžově pak ty, které zdůrazňují kvalitativní dopady Reformy mající vliv na zvýšení nákladů směřujících na psychiatrickou péči. Jde o názory pocházející jak ze strany zástupců zdravotních pojišťoven, tak ze strany zřizovatelů CDZ a odborníků zapojených do Reformy, s nimiž měl respondent možnost hovořit buď v rámci případových studií v regionech, nebo při rozhovorech spojených s procesní evaluací (přehled rozhovorů viz kapitola metodologie).



V zásadě tedy lze zachytit tři hlavní pohledy klíčových aktérů ve zdravotnictví na problematiku nákladovosti psychiatrické péče dle Reformy. Všechny tři pohledy se v zásadě shodují na tom, že Reforma přinese zvýšené náklady na systém psychiatrické péče jako celek, liší se ale v tom, v jakých oblastech lze očekávat úsporu:

• nedojde k žádným úsporám ani v dílčích oblastech

- celkově se zvýší podíl nově zachycených osob
- osoby, které doteď byly pravidelně hospitalizovány a nyní využívají CDZ, nově zatíží zejména sociální systém
- v lůžkových zařízeních nedojde k zásadní redukci lůžek, ale ke změně struktury pacientů směrem k jiným cílovým skupinám jako např. gerontopsychiatrickí pacienti.

• k úsporám dojde pouze na úrovni jednotlivců

- a to především těch jednotlivců, kteří byli před Reformou až příliš často hospitalizováni – ti jsou nyní pro systém levnější, protože péče v CDZ je na jednoho klienta levnější než jeho pravidelná hospitalizace.

• zdravotní systém uspoří prostředky v lůžkové péči,

- v něm totiž dojde v dlouhodobém horizontu k zásadní redukci

Díky evaluaci tedy zjišťujeme, že zde existují poměrně rozdílná očekávání od Reformy v tom, jak finančně náročná tato její část bude. z tohoto nám vyplývají tyto klíčové závěry:



- **Nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria**, podle nichž se efektivita a nákladovost systému psychiatrické péče bude měřit, a to napříč zdravotním i sociálním systémem
- **Je nutné co nejdříve a co nejkomplexněji vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti.** Dokud je provoz CDZ hrazen z projektu ESF, jsou výsledky zavádějící. Jakmile ale bude k dispozici dostatečný časový horizont, kdy především zdravotní složka CDZ funguje bez dotace ESF, je reálné vyhodnotit dopad:
 - na výši souhrnných nákladů na zdravotní systém psychiatrické péče
 - na výši nákladů na systém lůžkové péče s regionálním rozlišením (tam, kde CDZ jsou a tam, kde CDZ nejsou)
 - na výši nákladů na jednotlivé klienty, kteří služeb CDZ využili či využívajíDůležité přitom je, aby takové vyhodnocení proběhlo na úrovni všech zdravotních pojišťoven.
- **Vyhodnotit dopad Reformy na sociální systém**, a to v tom, jak velkému navýšení nákladů na sociální systém skutečně došlo, ale také v tom, zda a do jaké míry sociální systém přebíral část výkonů doteď spadajících pod zdravotní systém (např. u klientů, kteří díky CDZ již nejsou hospitalizováni, ale na druhou stranu vyžadují dohled sociálního pracovníka). Je ale také možné, že se děje přesný opak, tedy že zdravotní systém financuje to, co doteď zůstávalo v sociální části (viz výše zmíněné obavy některých respondentů). Aby bylo vyhodnocení dopadů skutečně komplexní, je nutné také zmapovat počet klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP – domovem pro osoby se zdravotním postižením, což mj. koresponduje s Národním akčním plánem pro duševní zdraví (NAPDZ) 4.2, opatření 4.2.5.
- Jakmile bude znám finanční dopad na zdravotní a případně i na sociální systém, **zasadit se o sjednocení pohledu na finanční dopady Reformy.** Jako zpracovatelé evaluace totiž vnímáme, že zde existuje riziko budoucích neshod na společném postupu jen proto, že existují odlišná očekávání od Reformy.

„Provádět analýzu kvalitativních ukazatelů má smysl jedině ve chvíli, kdy budou společně odsouhlasena měřitelná kritéria, která bude možné z dat ZP sledovat, a to optimálně nad systémem. Prozatím nevíme o tom, že by k podobné dohodě mezi zástupci odborných společností, poskytovatelů zdravotních služeb, MZd ČR, případně dalších účastníků z řad krajských samospráv a pojišťoven došlo.“ Zástupce ČZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„Posuzujeme ekonomicko-medicínské dopady. Cítil jsem, že při změně organizace péče musíme očekávat nárůst nákladů a vznik rizika, že ekonomické dopady převáží nad medicínským přínosem. Bohulibé záměry často končí růstem nákladů bez zlepšení.“ Zástupce ZPMV ČR, rozhovor ze dne 18. 1. 2021.

Kromě výše uvedených klíčových závěrů evaluace umožnila formulovat i několik dalších záležitostí týkajících se role zdravotních pojišťoven v systému péče o duševní zdraví.

- Jako potřebné pro další realizaci uváděli respondenti také:
 - zaměřit se více na transformační plány následné lůžkové péče
 - věnovat se systému vzdělávání a ztraktivnit obor psychiatrie
 - zlepšit propagaci běžného života osob s duševním onemocněním
 - klást důraz na mezioborovou spolupráci



„(...) Zaměřit se více na transformační plány následné lůžkové péče. Poněkud nám brzdí uvolnění personálu do terénní péče.“ Zástupce VZP, rozhovor ze dne 6. 8. 2020.

„Největším problémem je personál. Věnovat se systému vzdělávání a zatraktivnit obor psychiatrie pro lékaře i sestry, aby do něj měli ochotu vstupovat.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

„Veřejnost se dozvídá o duševně nemocných pouze, když se něco stane. Nejlépe by bylo komunikaci vést prostřednictvím pacientů, ukázat, že jsou schopni zapojit se do normálního života. Působit více prostřednictvím pacientských organizací, propagovat život reálných osob ve společnosti mimo psychiatrickou nemocnici.“ Zástupce RBP ZP, rozhovor ze dne 7. 9. 2020.

- Respondenti ze strany pojišťoven opakovaně jako komplikaci pro CDZ vnímají nejistotu zdrojů na sociální složku služeb v CDZ a také nedostatečné navazující (související) sociální služby, konkrétně možnosti bydlení pro pacienty/klienty, kteří by mohli být propouštěni z lůžkové péče.
- V případě jedné pojišťovny bylo uvedeno, že se podařilo zaznamenat, že CDZ mají vliv na snížení podílů tzv. sociálních hospitalizací – tedy hospitalizací způsobených neexistencí sociálního zázemí pro dané klienty

„Pro důslednou realizaci psychiatrické reformy je potřeba intenzivní mezirezortní spolupráce. Pokud má být většímu podílu pacientů poskytována kvalitní péče v jejich vlastním sociálním prostředí, je potřeba, aby občan (zde pacient) měl v tomto prostředí přijatelné podmínky k životu (nikoliv pouze odbornou péči psychiatrického týmu). Tzn., že důležitá je spolupráce s MPSV, s krajskou samosprávou a dalšími složkami mimo rezort zdravotnictví. (...) Na vznik je vázána i vlastní sociální péče (zajištění bydlení).“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„V dané chvíli ČPZP zaznamenala spíše nárůst péče. Pokles v psychiatrických nemocnicích předpokládá ČPZP následně, kdy se CDZ v daném regionu stabilizuje. z pohledu spektra diagnóz jednotlivých hospitalizovaných případů, dochází ke změně podílu jednotlivých diagnóz. Snižuje se podíl, tzv. sociálních hospitalizací.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.

„Pokud bude celá finanční tíha připravovaných řešení pouze na bedrech rezortu zdravotnictví, občan – pacient nebude mít z jakéhokoliv CDZ ve svém okolí reálný benefit. Jak bylo zmíněno výše, mnohdy je pacient s psychiatrickou diagnózou léčen institucionálně nikoliv kvůli závažnosti svého onemocnění, ale proto, že je to jediné přijatelné sociální prostředí, kterého se mu dostává.“ Zástupce ČPZP, rozhovor ze dne 2. 2. 2021.



5.8 Evaluační otázka 8: Jak vnímají proces vzniku CDZ krajské samosprávy? Jak zajišťují udržitelnost vzniklých služeb?

Odpověď vychází z výstupů získaných při případových studiích u pěti vybraných CDZ. Kraj je **klíčový subjekt pro plánování sociálních služeb v daném území**. Na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozhoduje o poskytnutí financí subjektům, které tyto služby na území kraje zajišťují. Pro oblast zdravotní péče je odpovědnost krajů menší; krajský úřad rozhoduje o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nicméně toto je krok, který se odehrává pouze na počátku fungování daného zařízení v lokalitě; **kraje nejsou zapojeny do přímého financování zdravotních služeb**.

U všech Center ve skupině CDZ II, která byla ve vzorku této evaluace, je **podpora ze strany kraje deklarována**. Kraje Reformu psychiatrické péče podporují a mají zájem na tom, aby se služby pro osoby s duševním onemocněním rozšiřovaly směrem do komunitních forem. Otázkou ovšem jsou prostředky na financování sociální složky péče. Dominantním zdrojem pro kraje na financování sociálních služeb jsou zdroje, které jim za tímto účelem poskytuje státní rozpočet (z kapitoly MPSV), a státní rozpočet stanovuje disponibilní zdroje ad hoc vždy jednotlivě na každý kalendářní rok (přičemž v průběhu jednotlivých roků ještě obvykle probíhají jednání mezi kraji a MPSV, která mohou vyústit k uvolnění dalších prostředků). Jedná se tedy o proces, který je průběžný, neexistuje záruka jisté výše disponibilních zdrojů a kraje se ve svém rozhodování o podpoře sociálních sítí musí operativně přizpůsobovat realitě. Lze tedy konstatovat, že deklarovaná podpora CDZ ze strany krajů existuje, ale **nejsou záruky, že kraje budou schopny poskytnout prostředky dostatečné prostředky na financování sociální části péče v CDZ**.

Doplňkově některé kraje místo prostředků ze státního rozpočtu na financování dotčených služeb **využívají také zdroje z Evropského sociálního fondu** (na tzv. individuální projekty krajů zaměřené na sociální služby). Jde např. o financování CDZ v Opavě. Ale i u těchto financí panuje v současné době nejistota, protože dotačním zdrojem je Operační program Zaměstnanost, který financuje projekty realizované jen do roku 2023. Pro navazující období je připravován Operační program Zaměstnanost+, nicméně dosud nejsou stanoveny žádné podrobnosti o tom, jaká částka bude krajům z tohoto nového programu na financování sociálních služeb k dispozici a za jakých podmínek.

Kromě toho při zpracování případových studií vyvstalo, že některé kraje (např. kraj Karlovarský) vnímají

„Do našeho kraje těžké natáhnout odborníky, jak ze sociální sféry, tak zdravotní, takže to většinou ztroskotá tady na tom. (...) chtěli jsme mít 3 centra, ale nakonec máme 2, za která jsme rádi, ale kdyby vyšlo třetí, tak bychom byli ještě radši.“ Zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje, rozhovor ze dne 12. 10. 2020

jako bariéru pro další rozvoj CDZ na svém území nedostatečné kapacity na obsazení týmů CDZ. Skutečnost, že nahlíží na záměr vybudovat v horizontu následujících let cca 100 CDZ na území ČR jako v praxi nereálný, na jejich straně vyvolává pochybnosti o tom, že Reforma psychiatrické péče bude v tomto aspektu úspěšná, a to sekundárně do jisté míry snižuje jejich přesvědčení o tom, že je třeba udělat maximum pro rozvoj CDZ (těch, která už vznikla, ale i těch, která jsou zatím plánována).

Nicméně skepse není společná všem krajům. Např. hlavní město Praha je připraveno se do rozvoje služeb pro osoby s duševním onemocněním ještě více angažovat, a to včetně poskytnutí financí, a vnímá i potřebu posílení navazujících sociálních služeb, konkrétně zajištění bydlení pro klienty (ať už v podobě chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení).



Do financování CDZ jsou zapojeny také obce:

- V některých krajích jsou obce na základě podmínek, které stanovil příslušný kraj, zapojeny do financování sociálních služeb; v těchto případech je tedy spolupráce mezi CDZ a obcí nutná pro zajištění financování sociální složky péče;
- Některé obce sice neposkytují přímo finanční prostředky na provoz CDZ, nicméně jsou nápomocny jinými nástroji (např. v Chebu probíhají jednání, zda by město nemohlo za zvýhodněných podmínek poskytnout lékaři na pozici psychiatra CDZ městský byt, což by zvýšilo atraktivitu tohoto pracovního uplatnění pro případné zájemce s potřebnou kvalifikací);

Udržitelnost vzniklých CDZ

Platí, že **zakladatelské organizace jsou přesvědčeny o tom, že budou v dosavadní spolupráci (a tedy v zajišťování provozu CDZ) pokračovat.** v případě CDZ PN Brno před časem vyjádřily zakládající subjekty jisté pochybnosti o pokračování dosavadního způsobu spolupráce z důvodu nedostatku personálních kapacit pro zdravotnickou složku péče. Ke konci evaluace ale nastala změna – podařilo se dojednat relevantní alokaci finančních prostředků souvisejících s Reformou s MPSV. Dříve vyjádřená obava z nejistoty pokračování CDZ tak poněkud ustoupila.

U všech CDZ šetření ukázalo, že **prozatím není možné konstatovat, zda nastavený systém úhrad výkonů hrazený zdravotními pojišťovnami pokryje náklady CDZ na zajištění zdravotní složky péče.** Obecně mezi CDZ ovšem převládá přesvědčení, že prostředky by na provoz postačovat měly (opět s větší mírou pochybností u CDZ PN Brno), že případně určitá menší ztráta, která může nastat v prvním období fungování v ostrém provozu, bude snížena díky optimalizaci v navazujícím období. CDZ PN Brno vnímá financování zdravotní složky jako výrazně podceněné. Žádné CDZ nevyjádřilo názor, že by úhrady od zdravotních pojišťoven představovaly zcela jistý a komfortní zdroj prostředků.

CDZ se také shodují v tom, že velký problém a velký zdroj nejistoty představuje nastavení financování sociálních služeb v ČR. Kraje ve svém rozhodování o tom, které služby budou financovat, zásadně závisejí na tom, jaký objem prostředků na sociální služby jim poskytne státní rozpočet. Pouze hlavní město Praha deklarovalo, že je připraveno prostředky na služby pro osoby s duševním onemocněním navyšovat, i kdyby státní rozpočet jím poskytovanou částku nezvyšoval. Ostatní kraje sice deklarují zájem na tom, aby se CDZ nadále etablovala, ale dlouhodobou jistotu finančních zdrojů nejsou schopny poskytnout.

„Ve spádových oblastech narážejí na to, že samosprávy jim tvrdí, že nemají záruku, že MPSV pošle finance na to, aby bylo služby rozvíjeny dále. Mají strach, že by služby museli brzy zavřít, protože jim na to MPSV nedá peníze. Financování prozatím není srozumitelné.“ Účastník workshopu k evaluaci, ze dne 14. 4. 2021

Další informace, na základě nichž Zpracovatel naformuloval odpověď na evaluační otázku, jsou upřesněny níže v textu.



Vnímání CDZ z úrovně územní samosprávy

CDZ pro Prahu 6 (Fokus Praha, z.ú. / Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha)

Ze strany Magistrátu hl. m Prahy je existence CDZ hodnocena pozitivně, podobně jako další oblasti Reformy. Spolupráce s Magistrátem probíhá na bázi pravidelných setkání. Jednou z oblastí, kterou město aktuálně řeší, je dostupnost bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Stejně tak se dobře vyvíjí spolupráce s Městskou částí Praha 6, která se posunula z výměny klientů na společnou práci v případech společných klientů. Oblast bydlení v současné době CDZ a Městská část Praha 6 společně neřeší, jelikož Městská část služby v této oblasti nenabízí. Řešení se proto posunulo na úroveň Magistrátu.

„V tuhle chvíli máme dohodnutou schůzku, kam chodí naši zástupci, zástupci ze sociálního odboru, pečovatelské služby a veřejní opatrovníci. Tam máme šanci koordinovat péči o ty lidi, kteří jsou pro nás společní. a konečně se nám daří to dostávat do stavu, že nám někoho jen nepředají, ale že je to společná práce.“ Zástupce CDZ pro Prahu 6., rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

„Ano, s CDZ počítáme. To, že kraje to bude stát peníze a nebude to jednoduché, to je jasné. Financování sociálních služeb je složitý dotační systém, který není úplně šťastný. a vždycky má odůvodňování jednotlivých částek své problémy. To se děje každý rok. Kraje zasáhnou, až skončí pilotní projekty a ty budou požadovat od státu, aby to zhodnotil a promítl do financování. Ale my s tím počítáme.“ Zástupce Magistrátu města Prahy, rozhovor ze dne 7. 8. 2020.

CDZ Opava (FOKUS - Opava, z.s. / Psychiatrická nemocnice v Opavě)

Moravskoslezský kraj podporuje Reformu psychiatrické péče a platí, že Reforma se promítá do relevantních strategických dokumentů regionu. v kraji se podařilo vytvořit už celkem 3 CDZ (kromě Opavy jde také o Ostravu a Frýdek-Místek). z úrovně kraje je ovšem vnímáno, že pro další CDZ už v regionu není volná kapacita psychiatrů a klinických psychologů. Podporuje proto spíše zmírnění personálních požadavků na CDZ.

„Problém je, že projekty v rámci Reformy myslí na CDZ v týmech o počtu 7 sociálních a 7 zdravotních pracovníků. Toto je velký problém, zejména co se týče zdravotní složky + navíc psychiatr a psycholog. To není vůbec jednoduché. Podle stávajícího standardu má být v našem kraji až 12 týmů. Navíc je otázka, jestli to je potřeba, protože takové nastavení nereflektuje specifika regionu – městské, venkovské, horské. Nyní ale probíhají práce na úpravě Standardu a věřím, že to bude zohledněno. Myslím si, že je nedostatečně řečeno – a doufám, že se to také bude měnit – že je potřebný postupný rozvoj těchto týmů – aby bylo financováno, i když psychiatr pracuje na menší úvazek, než je žádáno současným Standardem, aby stačil menší úvazek psychiatrické sestry, aby mohla začít působit i zdravotní sestra samozřejmě s garancí psychiatrické sestry. Tady vidím, že je cesta. Nemůžeme čekat, až se připraví personál v těch 14 lidech a až pak říct jo, teď už můžeme spustit CDZ.“ Zástupce Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, rozhovor ze dne 25. 11. 2020.

Město Opava a také město Kravaře mají s CDZ jen pozitivní zkušenosti. Zejména se to týká úředníků, kteří zajišťují roli veřejného opatrovníka.

„Financujeme organizaci Fokus Opava – tu v rámci sociálních služeb podporujeme, respektive její jednotlivé služby. Co se týče dalšího financování CDZ od roku 2022, to je na diskuzi s politickým vedením. Myslím, že se na to dívají tak, že ta služba je potřebná, a je dobré ji financovat. Zároveň je ale spádová, a to pro relativně široký region, předpokládá se, že se bude vyjednávat s ostatními obcemi, ale také s krajem a případně s MZd. Dosud tady financujeme jen ty služby, které působí jen na území města.“ Zástupce Odboru sociálních věcí Magistrátu města Opavy, rozhovor ze dne 25. 11. 2020.



Kraj je nakloněn deinstitucionalizaci a transformaci služeb. Má našlápnuto na podporu služeb v té terénní i ambulantní formě. Je potřeba měnit i paradigma, jaká je úloha psychiatrů, jak se zapojit do té péče, že péče nestojí jen a pouze na psychiatrech.

CDZ Cheb (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / FOKUS Mladá Boleslav z.s.)

Karlovarský kraj věnoval zvýšenou pozornost službám pro osoby s duševním onemocněním už od roku 2010. Respondenti jak z úrovně krajského úřadu, tak z městského úřadu města Cheb vnímají vznik a fungování CDZ pozitivně. Shodují se v tom, že v Karlovarském kraji je nedostatek vysokoškolsky vzdělaných odborníků a že CDZ jsou nástrojem, jak několik velmi potřebných odborníků do území dostat a udržet je zde.

„Máme velké psychiatrické léčebny, kde žijí lidé několik let, kteří by mohli žít běžným životem v domácím prostředí, pokud budou mít v místě bydliště adekvátní podporu. Takže si myslím, že Reforma situaci zlepšuje, protože vznikají nové služby, jako jsou např. CDZ, a tím se alespoň do našeho kraje dostane více odborníků a lepší se péče o lidi s duševním onemocněním. Na straně druhé to vnímám tak, jako metodik sociální práce pro obce, že s návratem lidí vznikají problémy s bydlením. Lidé jsou propuštěni z psychiatrické péče a ti, kteří nemají žádné nebo dostatečné rodinné zázemí, protože byli několik let hospitalizováni v nemocnici, většinou nemají ani bydlení. To se v současné době u nás také řeší.“ Zástupce Krajského úřadu Karlovarského kraje, rozhovor ze dne 12. 10. 2020.

Konkrétní spolupráce města Cheb a CDZ probíhá tam, kde úředníci městského úřadu zajišťují roli veřejných opatrovníků klientů CDZ. v těchto případech je dle respondenta spolupráce velmi dobrá. Do budoucna vnímá městský úřad pro další postup plnění Reformy psychiatrické péče jako potřebné řešit související sociální služby, zejména otázku bydlení.

„Stojí proti sobě dva zákony, zdravotní a zákon o sociálních službách, a mnohdy to nekoreluje. Tzn. u nás nějaká propojenost bohužel zatím úplně nefunguje. Jsou za tím trochu i zákony, tato problematika je vnímána jako trochu rozlišená. Koncepce CDZ se mi líbí, tedy že se snaží tyto neoddělitelné součásti pohledů na tuto problematiku spojit, protože bez toho nelze poskytovat klientům kvalitní péči.“ Zástupce Městského úřadu Cheb, rozhovor ze dne 5. 10. 2020.

CDZ PN Brno (Práh jižní Morava, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Brno)

Pro hodnocení postoje Magistrátu Města Brna a Krajského úřadu Jihomoravského kraje lze zopakovat zkušenost uvedenou již u CDZ podpůrného již z projektu na CDZ I, kde také figuruje organizace Práh. Vzniku CDZ předcházela soustavná, věcná a vstřícná spolupráce zakladatelských subjektů se samosprávnými orgány. Dobře z pohledu města funguje spolupráce CDZ a úředníků, kteří vůči některým klientům Centra za město vykonávají opatrovnickou funkci. Od toho se odvíjí i postoje zástupců města. Oceňovali úlohu CDZ i vztah zakladatelů k dotčeným subjektům péče o lidi s duševním onemocněním. Zástupce Magistrátu města Brna zdůraznil benefit ze schopnosti podchytit a zařadit do péče osoby s duševním onemocněním.

„(...) Rozvoj CDZ má i nadále podporu města Brna, což je zdokumentováno a schváleno v 6. Komunitním plánu soc. služeb města Brna pro období 2020 – 2022.“ Zástupce Magistrátu města Brna, rozhovor ze dne 26. 5. 2020.



„CDZ Psychiatrické nemocnice Brno (PN Brno + Práh jižní Morava) vstoupí do základní sítě služeb během r. 2021.“

Zástupce Krajského úřadu Jihomoravského kraje, rozhovor ze dne 19. 1. 2021.

Krajský úřad nicméně zdůrazňuje nedostatečnou kapacitu sítě psychiatrické péče. v této souvislosti vznik nového poskytovatele služeb a rozvoj nového modelu služeb KÚ vítá. v případě CDZ PN Brno před časem vyjádřily zakládající subjekty jisté pochybnosti o pokračování dosavadního způsobu spolupráce z důvodu

nedostatku personálních kapacit pro zdravotnickou složku péče. Ke konci evaluace ale nastala změna – podařilo se dojednat relevantní alokaci finančních prostředků souvisejících s Reformou s MPSV. Dříve vyjádřená obava z nejistoty pokračování CDZ tak poněkud ustoupila.

CDZ Mladá Boleslav (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / Psychiatrická nemocnice Kosmonosy)

Dlouhodobé působení FOKUS v oblasti péče o duševně nemocné je klíčovým faktorem pro úspěšnou

„Mám i osobní zkušenost v rodině a vím, jak je tahle oblast málo financovaná. Je málo zdravotnických pracovníků a nějaká péče v místě klienta moc není. Takže tohle je velký posun, že se řeší opravdu potřeby klienta. Myslím si, že i s ohledem na růst duševních poruch je to skoro nezbytnost zvyšovat kapacity. No a na druhou stranu to přispěje i k vyšší efektivitě, kdy ta péče v nemocnicích je výrazně dražší.“ Zástupce Městského úřadu Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 19. 1. 2021.

spolupráci. FOKUS je v regionu dominantním poskytovatelem v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním. Spolupráce je nastavena na systémové úrovni a ze strany veřejné správy hodnocena kladně. Zásadním omezením je zejména dostatek zdrojů na sociální služby. Jednou z oblastí, které by FOKUS ocenil, je větší příležitost v oblasti sociálního bydlení (další rozvoj je však podmíněn přijetím zákona o sociálním bydlení). Současné prostředky kraje/obce však tento rozvoj neumožňují.

Dostupnost péče v obdobích, kdy je to třeba nejvíce, a rozsah poskytované péče, která vhodně doplňuje zejména péči Psychiatrické nemocnice Kosmonosy, jsou nejvíce oceňovány na úrovni města. Bezproblémová spolupráce, profesionalita FOKUS v oblasti sociálních služeb a hladký přechod na fungování CDZ jsou klíčovými přínosy projektu a předpoklady pro pokračování CDZ i po skončení podpory z ESF, resp. OPZ.

Udržitelnost vzniklých služeb

CDZ pro Prahu 6 (Fokus Praha, z.ú. / Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha)

Oba zřizovatelé některé dílčí náklady CDZ hradí po skončení pilotního provozu prostřednictvím jiného

„Financování sociální části máme příslibené, ve zdravotní části by to nemělo být problém, klienty máme. Nic nepřekáží tomu, abychom pokračovali. Máme domluveny také nové prostory a už se na ně moc těšíme.“ Zástupce CDZ pro Prahu 6, rozhovor ze dne 27. 7. 2020.

zdroje financování nad rámec standardního financování, popř. CDZ podporují v rámci svých zázemí např. v podobě vzdělávání, ekonomické a administrativní podpory.

CDZ neočekává výrazné problémy s financováním svého provozu. Nepředpokládá tedy, že by se omezily nabízené služby, a plánuje pokračovat v jejich poskytování v plném rozsahu. Zároveň



předpokládá, že také poptávka po službách bude i nadále dostatečná, a to mimo jiné také díky plánovanému rozšíření spádové oblasti i na Prahu 17.

„Teď se řeší otázka, jak bude probíhat přechod na samostatné financování, z čehož vyplynulo podle výpočtů, že to CDZ zvládne a má šanci vlastními prostředky se ufinancovat. Na jednáních byli také zástupci Magistrátu, velmi kvalifikovaní, kteří se zabývají financováním sociální oblasti. Po této stránce, stránce financování, to CDZ zvládne.“ Zástupce Městské části Praha 6, rozhovor ze dne 31. 7. 2020.

CDZ Opava (FOKUS - Opava, z.s. / Psychiatrická nemocnice v Opavě)

Problematická je zejména otázka financování sociální složky péče. Sociální služby v Moravskoslezském kraji mají být dle zde nastavených pravidel z 30 % financovány obcemi, které je využívají, resp. jejichž obyvatelé služby využívají. Město Opava není připraveno poskytnout 30 % potřebných prostředků. Pro rok 2021 jsou krajem prostředky na sociální služby CDZ poskytovány z individuálního projektu kraje financovaného z ESF (z OPZ), pro následující období se řešení teprve bude hledat.

„Jestli ministerstva řeknou, že chceme, aby se udržela CDZ např. ve složení 5:5 nebo 4,5: 4,5 + lékař a psycholog, tak se, myslím, udrží. Pokud to má v dalších letech růst na 8:8 a pokud bude stanoveno, že klienti musí potřebovat péči obou částí souběžně, tak se to myslím neudrží.“ Zástupce města, rozhovor ze dne 31. 7. 2020.

Na otázku, zda úhrady od zdravotních pojišťoven pokryjí potřeby zdravotní složky týmu CDZ, prozatím nelze poskytnout jednoznačnou odpověď (kromě jiného také z důvodu, že fungování CDZ je v roce 2020 poznamenáno epidemií COVID-19), více viz následující citace. Na druhou stranu – vzhledem k dobrým vztahům s nemocnicí – respondenti věří, že bude nemocnice ochotna provoz částečně dotovat, fungování CDZ tak zůstane zachováno.

„Provoz si na sebe zatím nevydělá. Za říjen máme u úhrad dluh 100 tisíc. a v listopadu to bude asi ještě víc, kvůli COVIDu. a kvůli němu se to teď dá těžko přesně počítat, kdo ví, jak by to bylo v běžném provozu. (...) Budeme tedy fungovat do té doby, co PN bude ochotná nás dotovat. Ale podařilo se nám dobře navázat spolupráci s PN, jsou tam dobré vztahy a sune se to dopředu.“ Pracovník CDZ Opava, rozhovor ze dne 23. 11. 2020.

CDZ Cheb (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / FOKUS Mladá Boleslav z.s.)

CDZ dosud nemá jasnou představu, zda úhrady od zdravotních pojišťoven přinesou dostatečný objem prostředků, aby to pokrylo náklady na zdravotní složku. Vedení CDZ na základě informací o CDZ, která již působí mimo pilotní provoz, předpokládá, že by prostředky měly poskytování zdravotnických služeb pokrýt minimálně z velké části.

Pro sociální složku CDZ platí, že s Karlovarským krajem se podařilo dojednat, aby byla tato služba v celém rozsahu zařazena do sítě a sociálních služeb v tomto kraji. To znamená, že kraj je připraven prostředky na financování tohoto provozu (v rozsahu odpovídajícím všem dosavadním pracovním úvazkům) poskytovat (samozřejmě v závislosti na tom, jaký objem prostředků poskytne na sociální služby ze státního rozpočtu MPSV).

Podpora pro další působení CDZ je také na úrovni města Cheb. Město na přímý provoz sociální složky CDZ prostředky neposkytuje (pozn.: Karlovarský kraj prostředky na provoz sítě sociálních služeb od obcí nevyžaduje). Respondent zastupující městský úřad nicméně uvedl, že pokud by CDZ město požádalo



o financování nějakého doplňkového výdaje (nad rámec provozu krytého prostředky poskytovanými krajem), pak bude snahou vyjít CDZ vstříc.

CDZ PN Brno (Práh jižní Morava, z.ú. / Psychiatrická nemocnice Brno)

Zachování CDZ i po skončení pilotního provozu je v současné době velmi pravděpodobné, ještě v polovině roku 2020 panovala určitá nejistota. Poté, co se ale podařilo dojednat prostředky mezi krajem a MPSV, je situace klidnější.

Rozhodujícím faktorem, která se podle názoru člena řídicího výboru projeví na zlepšení finanční situace CDZ, bude ochota zdravotních pojišťoven přiznat odpovídající úroveň plateb a přistupovat ke smluvní politice s CDZ rovně a shodně.

„Sjednotit spolupráci se všemi zdravotními pojišťovnami, ne každá přistupovala k naplnění memoranda podle stanovených pravidel.“ Zástupce CDZ Brno, 3. 2. 2021.

CDZ Mladá Boleslav (FOKUS Mladá Boleslav z.s. / Psychiatrická nemocnice Kosmonosy)

Aktuální nastavení CDZ a vývoj jeho vzniku ukazují, že je možné předpokládat, že CDZ bude pokračovat v současném úspěšném trendu vhodného doplnění stávajících služeb pro občany regionu s duševním onemocněním. CDZ ještě nemá přímo ověřeno, že úhrada ze zdravotního pojištění umožní zajistit stávající rozsah zdravotních služeb, ale je předpoklad, že tomu tak bude.

Ukončení financování z projektu OPZ a potřeba začít extenzivně vykazovat poskytovanou péči vytváří u některých členů týmu obavy z toho, aby nedošlo ke snížení kvality/rozsahu služeb a většímu zaměření se na kvantitu vykazovaných výkonů

„Trochu se obávám, že začneme honit body místo toho, abychom se dále zaměřovali na péči o klienta v potřebné míře.“ Psychiatr CDZ Mladá Boleslav, rozhovor ze dne 20. 1. 2021.



6 Závěry evaluace (hlavní zjištění) a doporučení


6.1 Doporučení formulovaná na základě procesní evaluace

Procesní část evaluace byla prováděna v rámci zpracování Vstupní a Průběžné evaluační zprávy.

V tabulce níže Zpracovatel sumarizoval celkem 22 doporučení, která byla naformulována v rámci evaluačních prací uskutečněných pro procesní evaluaci. z těchto doporučení je 11 obdobných jako pro procesní evaluaci CDZ I, dalších 11 je pak specifických přímo pro evaluaci CDZ II, což vychází z podrobnější analýzy odevzdávané dokumentace, která pro tuto evaluaci proběhla.

Legenda k barevnému vyznačení významnosti doporučení: **zelená**: doporučení malé významnosti; **oranžová**: doporučení střední významnosti; **červená**: doporučení vysoké významnosti. Doporučení jsou seřazena podle prioritizace, začínaje těmi, které zpracovatel považuje za nejvýznamnější.

Tabulka 10: Doporučení identifikovaná v rámci zpracování Průběžné evaluační zprávy

Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
1	Zjednodušené vykazování v případě dotací poskytovaných MZd v rámci projektů <i>Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče</i>	MZd bylo v roli příjemce podpory z OPZ a současně bylo poskytovatelem dotací vůči provozovatelům CDZ. Zjednodušeně řečeno došlo k poskytování dotace v rámci dotace (byť z hlediska právních předpisů MZd není příjemcem dotace z OPZ, vzhledem k tomu, že mezi MZd a ŘO OPZ jakožto dvěma organizačními složkami státu nejde o vztah mezi poskytovatelem dotace a příjemcem dotace). Jednou z významných nevýhod dotačního vztahu vůči provozovatelům CDZ byla skutečnost, že CDZ byla v důsledku něho nucena prokazovat využití dotace v úplnosti na veškeré financované výdaje. Zatímco ŘO OPZ aplikuje v projektech princip, kdy část výdajů hrazených		Zahájit dialog s relevantními řídicími orgány operačních programů v programovém období 2021-2027 s cílem, aby pravidla programů nebyla překážkou pro využívání zjednodušených metod vykazování v případě dotací poskytovaných v rámci projektů realizovaných MZd Pokud bude v programovém období 2021-2027 záměrem MZd realizovat s podporou ESF (či dalších fondů ze skupiny ESIF) projekt, v rámci něhož bude z důvodu nastavení právních předpisů relevantní poskytování dotace z úrovně MZd (v roli příjemce podpory) na další subjekty, bylo by vhodné vyjednat s řídicími orgány relevantních operačních programů takové nastavení pravidel způsobilosti, aby bylo možné i z úrovně MZd využít § 6 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		<p>z dotace je financována tzv. paušálem dle § 6 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), kdy vymezené kategorie výdajů není potřeba prokazovat (týká se to zejména administrativně složitě prokazovaných výdajů, jako jsou náklady na vodné, stočné, drobných výdajů na standardní spotřební materiál jako jsou kancelářské pomůcky apod.), toto zjednodušení administrace nebylo možné v případě CDZ využít. Prokazování toho, jak CDZ dotaci využila, představovalo tedy významnou administrativu na straně provozovatelů CDZ a současně si vyžádalo velmi náročnou a robustní kontrolu ze strany pracovníků MZd.</p>		<p>o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), tj. využít zjednodušeného vykazování výdajů. Ustanovení § 6 zákona č. 218/2000 Sb. umožňuje zjednodušené vykazování pro všechny projekty spolufinancované z rozpočtu Evropské unie, ovšem problematické se ukázalo nastavení pravidel pro tzv. nepřímé náklady na úrovni OPZ. Projekty s „dotací v dotaci“ jsou pro řídicí orgány výjimečnými případy, proto základní model nastavení pravidel paušálu, resp. nepřímých nákladů pro ně nemusí být vždy využitelné (což je příklad projektu CDZ II). Zpracovatel doporučuje zahájit dialog o nastavení zjednodušených metod vykazování v pravidlech budoucích operačních programů bez zbytečného prodlení, protože koncepce využívání zjednodušených metod vykazování má být dle aktuálních návrhu příslušných nařízení obsažena v operačních programech jako takových, které řídicí orgány již nyní zpracovávají. Kromě toho se jedná o složitou problematiku, jejíž zpracování, resp. nalezení adekvátního nastavení pravidel si bezesporu vyžádá delší čas.</p>
2	<p>Příprava projektů <i>Adresát: Osoby připravující obdobné projekty (na OEF)</i></p>	<p>V rámci přípravy projektu nebyla dostatečně analyzována legislativa, v důsledku čehož se původní záměr poskytovat prostředky provozovatelům CDZ na bázi dodavatelsko-odběratelského vztahu ukázal jako neproveditelný (resp. neaplikovatelný na příspěvkové organizace řízené MZ). Hledání a zajištění alternativního řešení (v podobě dotačního řízení) mělo za následek více než 1 rok zpoždění v harmonogramu realizace projektu.</p>	●	<p>Při přípravě projektů analyzovat proveditelnost plánovaných kroků implementace, včetně souladu s legislativou Během příprav projektů, které mají za cíl přinést do systému zdravotních služeb nové prvky, věnovat dostatečný čas plánování konkrétních kroků implementace projektů, a to včetně ověření souladu záměru s legislativními předpisy.</p>
3	<p>Řízení projektu <i>Adresát: Administrátoři obdobných</i></p>	<p>Kapacita realizačního týmu projektu neodpovídá plánu. Chybí kapacity pro vyšší míru koordinace CDZ na úrovni MZd, pro přenášení dobré praxe apod. Realizační tým nemá kapacity na rychlé reakce na vstupy od provozovatelů CDZ (např. kontrola výdajů CDZ před</p>	●	<p>Usilovat o navýšení kapacity realizačního týmu Usilovat o navýšení kapacity realizačního týmu, a to jak ve skupině odborníků, tak v administrativě projektu. Příklad pro odborné pozice: pracovní pozice odborníka pro oblast výkonů v segmentu zdravotních služeb, který by koordinoval</p>



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>projektů (na OEF)</i>	<p>zařazením do žádosti o platbu, kterou MZd předkládá ŘO OPZ, trvá 3 měsíce).</p> <p>Nedostatečná kapacita realizačního týmu je v praxi řešena vysokým pracovním nasazením členů týmu, nicméně nejedná se optimální stav.</p> <p>Kromě toho je pro administrativní úkony využívána kapacita pracovníků jiných útvarů v MZd. Tato spolupráce útvarů je všem dojednávána ad hoc.</p> <p>Prostředky projektu vyhrazené na nepřímé náklady nejsou dostatečné pro odměňování takového množství administrativních pracovních pozic, které si vyžaduje rozsah administrativy projektu. (Pozn.: v OPZ platí pravidlo, že administrativní pozice v realizačním týmu nemohou být financovány z přímých nákladů projektu.)</p>		<p>a zefektivňoval komunikaci mezi zdravotními pojišťovnami a CDZ. (Nastavení výkonů a částek, které za ně pojišťovny uhradí, je fundamentální pro ekonomickou udržitelnost CDZ jako pilíře psychiatrické péče v ČR.</p> <p>Pro pracovní pozice, u nichž je neúspěch v jejich obsazování spojen s nedostatečnou výší ohodnocení zaměstnance, je vhodné vyjednat s ŘO OPZ postup, aby bylo možné nastavit ohodnocení tohoto specialisty/specialistů v částkách převyšující částky obsažené v tabulce obvyklých mezd/platů stanovených pro projekty OPZ. (Tabulka pro OPZ je zpracována s jistou mírou obecnosti, nemůže zohlednit konkrétní standardy pro specifické případy; pro specifické odborné pracovníky ve zdravotnictví mohou být obvyklé/standardní částky mezd/platů dle statistik obsažených v ISPV odlišné. Sazby obvyklých mezd/platů pro lékaře v psychiatrických oborech jsou dle statistik ISPV za rok 2018 vyšší, než jsou částky, které tabulka pro OPZ specifikuje pro metodiky a i pro odborné konzultanty/poradce/experty/specialisty.</p> <p>Pravidla OPZ uvádějí, že v případě, že je vyšší odměňování určitých členů realizačního týmu stanoveno v návaznosti na údajích pro konkrétní pozici dle ISVP, pak je v opodstatněných případech možné postupovat odlišně od tabulky obvyklých mezd/platů v OPZ.</p> <p>I v případě, kdy se kvůli situaci na trhu práce nepodaří obsadit pozice metodiků odborníky pro oblast psychiatrické péče, je na místě provést posílení týmu administrativních pracovníků, kteří – přes nedostatek odbornosti – mají potenciál zajistit minimálně přenos dobré praxe mezi jednotlivými CDZ.</p> <p>Dostatečná kapacita administrativní části realizačního týmu je zároveň podmínkou pro to, aby zpoždění v realizaci projektu</p>



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
				<p>nevznikalo v rámci úkonů na straně MZd (např. kroky poskytovatele dotace v řízení o dotaci, kontroly zpráv o pilotním provozu CDZ a spolu s nimi předkládaných žádostí o platbu, včetně vyúčtování výdajů CDZ).</p> <p>Dále doporučujeme, aby MZd vyhradilo ve svém rozpočtu prostředky na posílení kapacit administrativních pozic v realizačním týmu (tj. zajistilo, aby na projektu byly využívány zdroje kapitoly MZd nad rámec rozpočtu projektu); Reforma psychiatrické péče je natolik strategicky významný projekt, že by její implementace neměla být ohrožena nedostatečným počtem administrativních pracovníků.</p>
4	<p>Podpora provozovatelů CDZ <i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i></p>	<p>Bylo identifikováno, že připravenost jednotlivých provozovatelů CDZ se poměrně výrazně vzájemně liší. Malá míra připravenosti na všechny procesy, které si fungování CDZ vyžaduje, je potenciálním rizikem projektu. Realizační tým projektu ovšem disponuje jen omezenými kapacitami na individuální podporu každého týmu CDZ jednotlivě.</p>	●	<p>Usilovat o to, aby provozovatelé CDZ měli k dispozici metodické pomůcky, soubory využitelné jako šablony apod. Usilovat o to, aby provozovatelé CDZ měli k dispozici metodické pomůcky, soubory využitelné jako šablony apod., díky kterým se sníží riziko nedostatků ve fungování CDZ (včetně rizika v monitorování, financování aj.), a to zejména u těch center, která vykazují menší míru připravenosti na provoz, resp. informují MZd o významnějších problémech v pilotním provozu CDZ. Kromě pomůcek a šablon je vhodné, aby realizační tým měl kapacity konzultovat s CDZ problémy, aby mohl předávat dobrou praxi i případy nevhodného postupu mezi jednotlivými CDZ a celkově kultivovat aktivity (včetně např. měření výstupů a výsledků).</p>
5	<p>Rozpočet pro výdaje identifikované MZd jako způsobilé, ale neschválené</p>	<p>MZd jakožto poskytovatel dotace kontroluje výdaje uskutečněné na úrovni CDZ. Při této kontrole posuzuje způsobilost dle pravidel, která byla pro provozovatele CDZ nastavena z úrovně MZd. Žádost o platbu, kterou zpracovává MZd a která je předkládána na ŘO OPZ, zahrnuje jak výdaje vzniklé provozovatelům CDZ, tak ty, jež vznikly přímo MZd.</p>	●	<p>Upravit (metodicky a rozpočtově, resp. účetně) částky dotací na CDZ, které provozovatelé vynaložili řádně, nicméně u nichž ŘO OPZ identifikoval nezpůsobilost na úrovni projektu jako celku Doporučujeme připravit metodiku MZd, jak bude postupovat v případech, kdy výdaj uskutečněný na úrovni CDZ splňuje podmínky stanovené v rozhodnutí o poskytnutí dotace na CDZ, nicméně je nezpůsobilý z pohledu pravidel OPZ.</p>



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	z úrovně ŘO OPZ <i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>	<p>Způsobilost těchto výdajů (tj. výdajů na úrovni projektu jako celku) posuzuje ŘO OPZ podle pravidel, které byla stanovena pro MZd z úrovně ŘO OPZ.</p> <p>Pravidla způsobilosti stanovená MZd pro CDZ a pravidla způsobilosti stanovená ŘO OPZ pro MZd, nejsou shodná. (Důvodem je například to, že v rozpočtech CDZ nebylo možné využít paušální sazbu na financování administrativních výdajů, tj. to, co se v OPZ označuje jako nepřímé náklady.)</p> <p>Odlišnost pravidel způsobilosti pro projekt jako celek a pro jednotlivá CDZ sebou nese riziko, že výdaj vzniklý na úrovni CDZ bude způsobilý dle pravidel stanovených MZd, ovšem nebude akceptovatelný z pohledu ŘO OPZ. (V dosavadní praxi se tyto případy již objevily, i když se nejedná o velké množství případů, ani o významné částky.)</p> <p>MZd postupuje tak, že v případě neschválení výdaje ze strany ŘO OPZ dodatečně revokuje svoje schválení výdaje a provozovatel CDZ tak musí výdaj financovat z jiného zdroje než z dotace poskytnuté MZd.</p> <p>Dodavatel upozorňuje, že kvůli odlišným pravidlům způsobilosti pro projekt jako celek a pro jednotlivá CDZ nelze automaticky všechny případy neschválení výdaje CDZ přenášet na provozovatele CDZ. MZd je povinno posoudit, zda provozovatel porušil podmínky poskytnutí dotace a pouze a jedině v případech, kdy se v souladu s vydaným rozhodnutím o poskytnutí dotace na CDZ jedná o neoprávněný výdaj, resp. podezření na porušení rozpočtové kázně, je na místě revokace předchozího schválení daného výdaje.</p> <p>Pokud ovšem provozovatel CDZ při uskutečnění výdaje neporušil podmínky, které MZd vymezilo (nedopustil se neoprávněného výdaje, resp. není zde podezření na porušení rozpočtové kázně), neexistuje důvod, aby</p>		<p>MZd nemůže konstatovat nezpůsobilost výdaje CDZ, pokud provozovatel neporušil podmínky, které mu byly stanoveny. Pokud nastane popsaná situace, měla by být řešena k tíži MZd. S ohledem na nastavení finančních toků projektů podpořených z ESIF v ČR, které realizují OSS, má neschválení výdaje na úrovni ŘO OPZ za následek, že do kapitoly MZd státního rozpočtu nebude ze strany MF poukázána celá částka za podíl ESF na financování projektu (tzv. refundace za ESF bude nižší o identifikovaný nezpůsobilý výdaj, resp. podíl ESF na této částce). Ale protože refundované prostředky nemají přímou vazbu na zdroje disponibilní v rozpočtu v daném roce, neohrozí daná situace cash-flow projektu (a není potřeba pro tyto situace rezervovat v rozpočtu MZd nějaké prostředky).</p> <p>Je nicméně nutné v konzultaci s útvary odpovědnými za rozpočtování a účetnictví MZd, nastavit pravidla. (Relevantní může být úprava účetního záznamu na úrovni MZd, prostřednictvím které bude dotčená část výdaje dodatečně zaúčtována jako nezpůsobilý výdaj projektu apod.)</p>






Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		provozovatel nemohl daný výdaj z dotace na CDZ financovat.		
6	Pracovní smlouvy, náplně práce a kopie ověřených osvědčení o nejvyšším dosaženém vzdělání odborných pracovníků <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Častým nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ byla absence dokladů k naplněným úvazkům členů multidisciplinárního týmu (chyběly dokumenty dokládající pracovní právní vztah, jako jsou pracovní smlouvy, dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr včetně dodatků k oběma typům dokumentů, jimiž byly měněny velikosti úvazku, anebo byl vztah s pracovníkem ukončován).	●	Zvážit zjednodušení pravidel pro dokladování kapacit multidisciplinárního týmu Protože pracovní smlouvy a dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr (ani dodatky k těmto dokumentům) a ani doklady o nejvyšším dosaženém vzdělání členů multidisciplinárního týmu a jejich profesní životopisy není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali tuto informaci jen v podobě přehledu v rámci zprávy. v čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o personálním zajištění) je schopen doložit potřebnou dokumentací. Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykázány chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru (ve smyslu chyba v datu zahájení pracovního poměru apod.) a že tedy nepředstavují riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.
7	Monitorovací list podpořené osoby <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující</i>	V textu Monitorovacího listu je zahrnuta pasáž pro záznam vazby cílové skupiny na programovou oblast. Protože ale není třeba podle pravidel územní způsobilosti vazbu cílové skupiny na programovou oblast v případě projektu CDZ II dokladovat, je možné tuto pasáž z formuláře odstranit. V pasáži týkající se situace podpořené osoby po ukončení její účasti v projektu je jako jedna z variant uvedeno: "osoby, podpořené z projektu v rámci investiční priority 1.5 OPZ, které obdržely závaznou nabídku zaměstnání, dalšího vzdělávání, učňovské nebo odborné přípravy". Protože	●	- Upravit formulář Monitorovacího listu podpořené osoby, aby neobsahoval parametry, které dle pravidel OPZ nejsou relevantní Zvážit, zda z Monitorovacího listu podpořené osoby neodstranit parametry, které jsou o pacientech/klientech evidovány v jiných dokumentech/databázích (jako např. pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělávání, situace osoby v pracovní oblasti a informace o tom, zda klient studuje). Je nutné zvážit potenciál snížení administrativní náročnosti při vyplňování Monitorovacího listu



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>obdobné projekty v budoucnu</i>	projekt CDZ II nebyl podpořen v rámci uvedené investiční priority, položka nemusí být vůbec zjišťována. Dále platí, že pravidla OPZ umožňují, aby si realizátoři projektů podpořených z OPZ formulář upravili a nezjišťovali v něm něco, co evidují v podobě nějakého jiného dokumentu/databáze. Položky jako pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání, situace podpořené osoby v pracovní oblasti a stejně tak informace o tom, zda klient studuje, jsou zaznamenávány za účelem evaluace projektu (viz soubor „Evaluace_sběr_nástroj“). Je tedy zřejmé, že nemalá část údajů z Monitorovacího listu se sbírá paralelně ještě v podobě jiného záznamu. k rozhodnutí o tom, zda by nebylo na místě tyto duplicitní části z Monitorovacího listu odstranit, je ovšem třeba zvážit, zda by tato úprava pro budoucí záznam údajů o klientech do IS ESF skutečně představovala snížení administrativní náročnosti (zapisovatel by v takovém případě musel údaje vkládat s využitím více zdrojů, samotný Monitorovací list by nebyl dostatečný).		a případné zvýšení administrativní náročnosti při budoucím záznamu o podpořené osobě do IS ESF
8	Výkaz způsobilých výdajů CDZ <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Častým nedostatkem vyúčtování výdajů bylo, že na základě popisu předmětu výdaje nebylo možné rozhodnout o jeho způsobilosti.		Zvážit posílení komunikace vůči provozovatelům CDZ, aby se snížil počet případů, kdy z popisu předmětu výdaje nebude možné dostatečně posoudit jeho způsobilost Posílení komunikace vůči provozovatelům CDZ, aby se snížil počet případů, kdy z popisu předmětu výdaje nebude možné dostatečně posoudit jeho způsobilost. Cílem této komunikace (může mít např. podobu písemné pomůcky pro zpracování výkazu) by mělo být snížení výskytů a) obecného popisu předmětu výdaje (např. občerstvení, kancelářské potřeby), b) případů, kdy je z názvu sice zřejmé, co bylo nakoupeno, nicméně otazníkem je, zda byl výdaj pro CDZ nezbytný. (Provozovatelé CDZ by např. mohli do soupisky specifikovat důvody pořízení předmětu výdaje.)



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
9	Zapojení dalších stakeholderů <i>Adresát: Metodici současných i obdobných budoucích projektů (na OEF) / Pracovní a Koncepční skupina CDZ</i>	Některé komplikace v realizaci projektu vznikly v okamžicích, kdy byl určitý krok v kompetenci dalšího subjektu jako např. zdravotní pojišťovna, krajský úřad (resp. jeho útvary odpovědné za zdravotní anebo sociální služby).		Posílení centrální komunikace ve věci CDZ vůči zdravotním pojišťovnám a krajským úřadům Doporučujeme, aby MZd zpracovalo pro předvídatelné interakce mezi CDZ a zdravotními pojišťovnami a krajskými úřady (resp. jejich útvary odpovědnými za zdravotní anebo sociální služby) sadu informačních dokumentů a pomůcek, které zajistí, aby všechny subjekty měly dostatečné a správné informace v okamžiku, kdy vznik/provoz CDZ závisí na nějakém jejich úkonu, a aby nedošlo ke zdržení kvůli tomu, že daný subjekt musí nejprve zjišťovat, jaký úkon se od něj očekává a jaký je celkový kontext. Uvedené materiály mohou být součástí metodické pomůcky navržené v doporučení č. 4.
10	Koordinace s dalšími projekty reformy <i>Adresát: Pracovní výbor Reformy psychiatrické péče</i>	Koordinace projektu CDZ II s ostatními projekty realizovanými v rámci Strategie reformy psychiatrické péče na výkonné úrovni, tj. na úrovni realizačních týmů projektů, má v čase proměnlivou intenzitu a odvíjí se pouze od aktuálních potřeb/preferencí těchto realizačních týmů. (Toto neplatí pro koordinaci v rámci skupiny projektů zaměřených na CDZ.)		Standardizovat optimální formu koordinace mezi projekty realizovanými v rámci Strategie reformy psychiatrické péče na úrovni realizačních týmů projektů Určit, jaké formy koordinace a v jakém harmonogramu je optimální využívat. Současně je vhodné ponechat tato pravidla pro koordinaci dostatečně flexibilní, aby bylo možné dle konkrétní fáze realizace projektů formu i frekvenci koordinace přizpůsobit.
11	Vazba na MPSV jako gestora politiky sociálních služeb <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy psychiatrické péče</i>	Sociální služby jsou pro CDZ nezbytná součást provozu (CDZ byla ustavena cíleně jako nástroj propojující zdravotní a sociální služby), ovšem sociální služby jsou v kompetenci MPSV. Vazba projektu na MPSV je zajišťována prostřednictvím členství zástupců MPSV v Pracovní skupině Strategie reformy psychiatrické péče, dále byl zástupce MPSV členem odborných komisí, které posuzovaly žádosti o poskytnutí dotace na CDZ, MPSV se také podílí na přípravě aktualizace Standardu péče poskytované v CDZ		Posílení spolupráce s MPSV při plnění úkolu zajistit finanční udržitelnost sociálních služeb v CDZ MPSV v návaznosti na Strategii reformy psychiatrické péče 2016–2025 vydefinovalo samostatné opatření („Pokračovat ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví při přípravě reformy psychiatrické péče“). Doporučujeme posílit spolupráci mezi MZd a MPSV, a to způsobem, aby i na úrovni projektu CDZ bylo patrné, že jsou podnikány kroky při plnění úkolu zajištění finanční udržitelnosti sociálních služeb.



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		a na nejvyšší úrovni je zapojeno do fungování Rady vlády pro duševní zdraví. MZd v rámci projektu věnuje výraznou pozornost zajištění financování na zdravotní služby v CDZ (viz jednání se zdravotními pojišťovnami), chybí ovšem obdobná iniciativa pro posílení finanční udržitelnosti sociálních služeb v CDZ. (I když platí, že pro sociální služby funguje v ČR zcela jiný systém financování – poskytovatelé sociálních služeb prostředky získávají primárně od krajů), role ústředního orgánu státní správy je nepostradatelná, a bylo by vhodné, aby při plnění úkolu zajištění finanční udržitelnosti sociálních služeb probíhala intenzivní spolupráce mezi MZd a MPSV.		
12	Vykazování indikátorů projektu <i>Adresát: Administrátoři současných i obdobných budoucích projektů (na OEF)</i>	MZd ve zprávách o realizaci projektu nevykazuje průběžné dosažené hodnoty indikátorů (kromě tří případů) a ponechává tento okruh monitorování až do Závěrečné zprávy o realizaci projektu. Údaje o dosažených hodnotách indikátorů MZd ovšem od provozovatelů CDZ sbírá a věnuje se i jejich kontrolám. Pravidla OPZ zavazují příjemce podpory k průběžnému vykazování dosažených hodnot indikátorů.		Zajistit z úrovně MZd vykazování dosažených hodnot indikátorů v průběhu projektu Zajistit z úrovně MZd vykazování dosažených hodnot indikátorů v průběhu projektu.
13	Kontroly na místě u provozovatelů CDZ <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na</i>	Pravidla OPZ zavazují MZd k tomu, aby provádělo u podpořených CDZ kontroly na místě. (Citace z pravidel OPZ: „Příjemce musí u každého ze subjektů, kterým přerozděluje finance projektu prostřednictvím dotačního řízení, provést kontrolu na místě zaměřenou na ověření způsobilosti výdajů alespoň jednou za dobu trvání zapojení subjektu do realizace projektu. Příjemce je povinen na kontrolách na místě zkontrolovat alespoň 5 % vyúčtovaných výdajů za projekt jako celek.“		Pokusit se s ŘO OPZ vyjednat, aby kontrola na místě u provozovatelů CDZ mohla mít podobu monitorovací návštěvy (či obdobnou), která by aplikovala principy veřejnosprávní kontroly obdobně, ovšem zjednodušeně Pravidla OPZ hovoří pouze o povinnosti kontrolovat na místě, formát veřejnosprávní kontroly není explicitně stanoven. I v případě monitorovací návštěvy by byl splněn účel kontroly, tj. ověřit soulad obsahu dokladů předložených MZd se skutečným stavem (s využitím originálních dokumentů).



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	<p>Provádění těchto kontrol standardně probíhá v režimu dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole. Tento právní předpis vymezuje proceduru kontroly na místě (dle terminologie veřejnosprávní kontroly) poměrně složitě. Je rozhodně nezbytný v případech, kdy hrozí, že kontrolovaná osoba nebude s kontrolujícím subjektem spolupracovat, kdy lze očekávat nedostatky, které budou zakládat porušení rozpočtové kázně a kde lze předpokládat, že neoprávněně vynaložené prostředky dotace bude vymáhat příslušný finanční úřad. Ve vztahu MZd a provozovatelů CDZ ovšem funguje spolupráce, které by bylo možné využít za účelem zjednodušení administrativní náročnosti kontrol na místě, a to konkrétně tak, že by kontroly na místě byly prováděny mimo režim zákona č. 320/2001 Sb., a to např. v podobě tzv. monitorovací návštěvy.</p> <p>Navíc v případě CDZ pro Prahu 6, kde zdravotní služby v CDZ zajišťuje Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, která je příspěvkovou organizací Ministerstva obrany, je vykonání veřejnosprávní kontroly z úrovně MZd (na základě zákona č. 218/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)) nemožné. (Poskytovatelem dotace vůči PO OSS je OSS, která ji řídí. MZd bylo nuceno vyjednat s MO, aby MO zajistilo provádění veřejnosprávní kontroly (či kontrol).</p>		<p>Obecné nařízení pro ESIF¹⁵ hovoří o kontrolách na místě. ŘO OPZ do kontrol na místě realizovaných jeho silami zařazuje i kontroly, které se čistě právně neodehrávají v režimu zákona č. 320/2001 Sb. (Jedná se o případy, kdy ŘO OPZ a příjemce podpory jsou oba organizačními složkami státu. Mezi těmito subjekty nemůže nastat vztah poskytovatel dotace – příjemce dotace). Je ovšem třeba zdůraznit, že ŘO OPZ v případě těchto kontrol postupuje zcela obdobně jako by se jednalo o kontrolu dle zákona č. 320/2001 Sb. a nevyužívá formátu monitorovací návštěvy. Pokud by byla zaručena kvalita kontrolních kroků včetně kvality auditní stopy o provedené kontrole, byl by účel povinnosti provádět kontroly na místě splněn.</p>
14	Textový formulář Zprávy o realizaci pilotního	<ul style="list-style-type: none"> Provozovatelé CDZ jsou žádáni k popisu obsluhovaného regionu, ačkoli se jedná o parametr, který je pro CDZ neměnný po celou dobu pilotního 		<ul style="list-style-type: none"> Zvážit vypuštění části i bodu a. ve formuláři Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ Zvážit vypuštění části i bodu d. ve formuláři Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ

¹⁵ Tj. Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1303/2013 ze dne 17. prosince 2013 o společných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti, Evropském zemědělském fondu pro rozvoj venkova a Evropském námořním a rybářském fondu, o obecných ustanoveních o Evropském fondu pro regionální rozvoj, Evropském sociálním fondu, Fondu soudržnosti a Evropském námořním a rybářském fondu a o zrušení nařízení Rady (ES) č. 1083/2006.



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	provozu: Popis realizace <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	provozu. Informace v této části zprávy MZd již k dispozici má, jejich uvádění se tedy jeví redundantní. <ul style="list-style-type: none">Provozovatelé mají v této části zprávy uvádět popis systému vzdělávání a dosažené kvalifikace. Vzdělávání členů týmu CDZ je ovšem paralelně sledováno prostřednictvím Tabulky k vykazování indikátorů, konkrétně v podobě listu „Tabulka vykazování Indikátoru 6.26.00 Indikátor vzdělávání“, ve které jsou souhrnně zaznamenávány veškeré vzdělávací akce, jichž se pracovníci CDZ účastnili. Dosažené kvalifikace jsou tedy duplicitně vyžadovány v textu zprávy i v její příloze. Zpracovatel se domnívá, že pro monitorování by postačoval přehled školení/kurzů v podobě přílohy zprávy.		
15	Textový formulář Zprávy o realizaci pilotního provozu: Změny projektu <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Provozovatelé CDZ uvádějí přehled změn projektu a jejich odůvodnění. Současně ale platí, že provozovatelé jsou rozhodnutími o poskytnutí dotace vázáni povinností oznamovat všechny změny projektu průběžně prostřednictvím formuláře Oznámení o změně. Pokud tedy provozovatel postupuje dle podmínek poskytnutí dotace, MZd se v textu zprávy o změnách nedozví nic nového (změny již byly ohlášeny dříve). Je možné, že tato část zprávy má potenciál podchytit některé změny, které v pilotním provozu nastaly, ale provozovatel je neohlásil formou Oznámení o změně. Negativním dopadem této pasáže je ovšem duplicita v informacích. v praxi se objevují případy, kdy je provozovatel na základě kontroly zprávy o realizaci pilotního provozu vyzván buď a) k doplnění změn do zprávy, anebo b) k dodatečnému zpracování Oznámení o změnách projektu. MZd tedy v daný okamžik v obou případech informací o změně již disponuje (na základě zprávy nebo oznámená), ovšem žádá o její		Zvážit úpravu týkající se ohlašování změn projektu Pokud by provozovatelům odpadla informovat o nepodstatných změnách prostřednictvím Oznámení o změně, formulář zprávy o realizaci pilotního provozu by mohl obsahovat přehled všech nepodstatných změn za monitorovací období. U podstatných změn, u nichž je před jejich provedením nutné získat souhlas MZd, je odložení jejich oznámení až do zprávy v praxi nevyužitelné. Tento typ změn by ovšem ve zprávě nemusel být vůbec uváděn (právě z důvodu, že MZd již o těchto změnách má informaci, protože s nimi už v minulosti vyslovilo souhlas.)




Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		poskytnutí v jiné formě (buď doplnění do zprávy, nebo ve formě samostatného Oznamení o změně).		
16	Textový formulář Zprávy o realizaci pilotního provozu: Indikátory <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Tato část zprávy předpokládá vyplnění dosažených hodnot indikátorů, přičemž detailní přehledy o rozhodných skutečnostech (pro stanovení dosažené hodnoty indikátorů) jsou s výjimkou „Podílu služeb poskytovaných pacientům/klientům služeb CDZ terénní formou“ a „Počet zpráv z jednání Řídící rady“ jsou obsaženy v Tabulkách k vykazování indikátorů. Zpracovatel se domnívá, že pro monitorování by postačoval přehled v podobě přílohy zprávy (za podmínky, že by byl doplněn o součet, resp. pole pro vyznačení dosažené hodnoty indikátoru.	●	Zvážit omezení rozsahu části IV (Indikátory) Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ tak, aby obsahovala pouze informace, které nejsou k dispozici v příloze „Tabulky k vyplnění indikátorů“
17	Textový formulář Zprávy o realizaci pilotního provozu: Přílohy <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné</i>	Seznam klientů s formou a rozsahem podpory je vykazován v rámci Tabulky k vykazování indikátorů. Tato položka ovšem figuruje v přehledu příloh zprávy samostatně.	●	Zvážit úpravu tabulky s přílohami Zprávy o realizaci pilotního provozu CDZ , která je obsažena v části V. zprávy



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>projekty v budoucnu</i>			
18	Doklady ke vzdělávání pracovníků odborného personálu <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Častým nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ bylo nedoložení dokumentace k vzdělávání pracovníků. Další chybou byla absence informace o tom, zda proběhlo formální prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů, a informace o délce trvání vzdělávání (počtu hodin).	●	Zvážit odstranění povinnosti dokládat doklady ke vzdělávání pracovníků Protože dokumenty (certifikáty apod.) o absolvovaném vzdělávání pracovníků CDZ není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali přehled absolvovaného vzdělávání jen v podobě přílohy (což už je takto v praxi nastaveno, viz Tabulka k vykazování indikátorů). v čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o absolvovaném vzdělávání) je schopen doložit potřebnou dokumentací. Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykazány chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru (ve smyslu nedostatečného vyznačení informace o prověření znalostí či délce školení), ovšem tyto údaje je v praxi možné doložit či získat dodatečně a potenciální nedostatek nepředstavuje riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.
19	Doklady k realizaci komunikačních opatření – prezenční listiny, fotografická dokumentace apod.	Opakujícím se nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ bylo nedoložení dokumentace k dodržení pravidel publicity, včetně nepředložení tiskoviny/letáku apod.)	●	Zvážit odstranění povinnosti dokládat doklady k realizaci komunikačních opatření Protože dokumenty (letáky, prezenční listiny účastníků kulatých stolů apod.) není nutné předkládat na ŘO OPZ za účelem další kontroly, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali přehled komunikačních opatření jen v podobě přílohy (což už je takto v praxi nastaveno, viz Tabulka k vykazování indikátorů). v čestném prohlášení na konci zprávy provozovatel potvrzuje, že




Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>			údaje obsažené ve zprávě (včetně údajů o uskutečněných komunikačních opatřeních) je schopen doložit potřebnou dokumentaci. Existuje samozřejmě riziko, že údaje v přehledu budou vykázaný chybně. Nicméně lze předpokládat, že chyby budou dominantně administrativního charakteru, ovšem tyto údaje je v praxi možné doložit či získat dodatečně (případná absence prezenční listiny by mohla být nahrazena záznamem, který by podpisem opatřili pracovníci CDZ, kteří se akce zúčastnili) a potenciální nedostatek nepředstavuje riziko pro způsobilost výdajů ani pro dosažení účelu dotace. Tj. případné odhalení nedostatku až během kontroly na místě by neohrozilo realizaci projektu.
20	Tabulka k vykazování indikátorů <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Tabulka vykazování indikátoru 6.00.00 a Tabulka vykazování indikátoru 6.70.10: obsahují sloupce pro parametry Typologie podpory a Specifikace. Tyto sloupce jsou v přehledu zahrnuty kvůli systému evidence podpořených osob v informačním systému IS ESF, jež je ze strany ŘO OPZ stanoven jako povinný. Číselníky pro obě hodnoty (Typologie podpory a Specifikace) byly stanoveny pro všechny projekty podpořené z OPZ. Aplikace číselníku na projekty CDZ II je ovšem taková, že v obou parametrech (tedy Typologii podpory a Specifikaci) je pro vzdělávané pracovníky CDZ relevantní právě jedna položka a pro pacienty/klienty také právě jedna položka. Záznam těchto hodnot v tabulce se z tohoto důvodu jeví redundantní. Pro vzdělávané se vždy využije jen kombinace „Vzdělávání“ a detail pak „Oborové vzdělávání - zdravotní a sociální péče“. Pro klienty půjde vždy jen o kombinaci „Podpora zdraví, včetně duševního“ a detailu „Využití sociálně zdravotních služeb“. Tabulka vykazování indikátoru 6.70.10: Zpracovatel navrhuje zvážit úpravu tabulky tak, aby měla podobu		<ul style="list-style-type: none"> - Odstranit sloupce Typologie podpory a Specifikace bez náhrady (resp. v tabulce pro indikátor 6.00.00 maximálně s rozlišením, zda jde o pacienta/klienta či pracovníka CDZ). - Zvážit transformaci tabulky vykazování indikátoru 6.70.10 do podoby databáze/tabulky, která by evidovala všechny pacienty/klienty (bez ohledu na to, zda už splnili podmínky pro zařazení mezi účastníky projektu. Pokud by v tabulkách pro indikátory 6.70.10 (resp. pro monitorování využívání služeb klienty) a 6.26.00 (pro evidenci vzdělání pracovníků CDZ) došlo k doplnění informace o tom, zda daná osoba patří mezi účastníky (díky splnění limitu rozsahu podpory a dalších podmínek), pak by nemusela existovat samostatná tabulka pro „celkový počet účastníků“.



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		<p>databáze, ze které by (při doplnění dalších hodnot, resp. sloupců) bylo možné generovat kontingenční tabulky (např. pouze osoby, které nově dosáhly či přesáhly 40 hodin podpory). k doplnění připadají sloupce týkající se informace o tom, zda osoba byla vykázána jako uživatel služeb za 1., 2. nebo 3. monitorovací období, a dále – pokud by se tabulka začala používat jako jeden ze vstupů pro indikátor „Celkový počet účastníků“, také informace o tom, zda osoba byla vykázána jako účastník za 1., 2. nebo 3. monitorovací období.</p> <p>Tabulka vykazování Indikátoru 6.26.00: Zpracovatel navrhuje zvážít úpravu tabulky tak, aby měla podobu databáze, aby (při doplnění dalších hodnot, resp. sloupců) vznikl potenciál generovat kontingenční tabulku (v níž by si uživatel zobrazil souhrnné hodnoty za jím vybraný parametr, např. pouze vyškolené osoby, u nichž v daném monitorovacím období nově došlo ke splnění podmínek pro jejich zařazení mezi osoby rozhodné pro stanovení dosažené hodnoty indikátoru. k doplnění připadají sloupce týkající se informace o tom, zda je k dispozici dokument dokládající formální ověření nabytých znalostí a také délku školení, případně informace o počtu hodin vzdělávání elektronického vzdělávání¹⁶, dále pak informaci, zda byla osoba vykázána jako podpořená osoba se zvýšenou kvalifikací za 1., 2. nebo 3. období.</p>		
21	Pravidla dokladování Řídících rad CDZ	Opakujícím se nedostatkem zpráv o realizaci pilotního provozu CDZ byla absence zápisů z jednání Řídících rad CDZ.		Zvážít zjednodušení pravidel a vypustit povinnost předkládat MZd zápisy z jednání Řídících rad Zpracovatel je na základě dokumentace projektu pravidel OPZ přesvědčen, že zápisy z jednání Řídících rad není nutné předkládat

¹⁶ Toto by bylo ke zvážení v případě, že by MZd přistoupilo k odstranění povinnosti předávat doklady o absolvovaném vzdělávání spolu se zprávou o realizaci pilotního provozu (více viz zjištění a doporučení v kap. 5.1.1 této zprávy).



Č.	Věcná oblast	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>			na ŘO OPZ za účelem další kontroly. MZd nicméně uvedlo, že tyto zápisy jsou předkládány ŘO OPZ v rámci výstupů projektu. Zpracovatel doporučuje prověřit, na základě jakého ustanovení (v právním aktu o přidělení podpory z OPZ na projekt či v pravidlech OPZ) je v současné praxi na zápisy z jednání Řídících rad nahlíženo jako na dokumentaci, kterou je nutné předkládat ŘO OPZ v rámci ZoR projektu. Pokud bude výsledkem prověření zjištění, že předkládání zápisů je sice aktuálně zaběhlou praxí, nicméně není nezbytné dle pravidel OPZ, Zpracovatel doporučuje MZd zvážit, zda by nepostačovalo, aby provozovatelé CDZ posílali s každou zprávou přehled uskutečněných jednání Řídící rady CDZ v podobě tabulky doprovázené čestným prohlášením, že zápisy může provozovatel předložit v případě kontroly na místě.
22	Výkaz způsobilých výdajů CDZ <i>Adresát: Administrátoři obdobných budoucích projektů (na OEF) / osoby připravující obdobné projekty v budoucnu</i>	Pravidla pro dokladování výdajů stanovená MZd jsou přísnější, než je vyžadováno pravidly OPZ. Pravidla OPZ platná pro projekty, v rámci kterých příjemci přerozdělují finance projektu prostřednictvím dotačního řízení na další subjekty, nevyžadují od příjemců podpory těchto projektů (tj. v případě projektu CDZ II od MZd) stejný rozsah kontroly kopií dokumentace, který by – v případě, že by podpora byla poskytnuta provozovateli CDZ přímo ŘO OPZ – probíhala z rovně ŘO OPZ. MZd ovšem u vymezených kategorií účetních dokladů vyžaduje jejich předkládání plošně. Podle pravidel OPZ by postačovalo, pokud by si MZd kopii dokladu vyžádalo ad hoc v případě nejasností či podezření (které vyplynulo z kontroly soupisky dokladů). Důvodem pro tento způsob nastavení pravidel je, že plošná kontrola je velmi administrativně náročná.		Zvážit zjednodušení týkající se dokládání výdajů prostřednictvím kopií dokumentace Doporučeno je odstranění povinnosti dokládat MZd: <ul style="list-style-type: none"> - kopie účetních dokladů, na kterých částka uplatňovaná v rámci způsobilých výdajů převyšuje 10.000 Kč, - objednávky/smlouvy s dodavatelem, předávací protokoly či jiné doklady o převzetí zařízení/vybavení, - výpisy z oddělené účetní evidence a - výpisy z bankovního účtu organizace dokládající provedení platby nad 10.000 Kč.



6.2 Doporučení formulovaná na základě dopadové evaluace



Zpracovatel naformuloval z dopadové evaluace celkem 19 doporučení, ta jsou rozdělena podle jednotlivých evaluačních otázek. v **případě dopadové evaluace jsou doporučení totožná jako pro evaluaci projektu Podpora vzniku CDZ I.**

Legenda k barevnému vyznačení významnosti doporučení: **zelená**: doporučení malé významnosti; **oranžová**: doporučení střední významnosti; **červená**: doporučení vysoké významnosti.

Tabulka 11: Doporučení identifikovaná na základě dopadové evaluace

Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
1	EO1 (klienti) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	Role CDZ dosud není definovaná v parametru, zda by CDZ měla v zásadě poskytovat klientům péči dlouhodobě (protože se předpokládá, že jde o osoby, které potřebují kombinaci sociálních a zdravotních služeb v zásadě kontinuálně), nebo je hlavní rolí CDZ pomoci klientům v době akutní potřeby v podobě intenzivní péče (včetně péče v terénu), a po stabilizaci pak péči o klienta spíše přenechávat ostatním službám, jako je zejména ambulantní psychiatr či případně jiné sociální služby mimo CDZ. U některých klientů není reálné předpokládat, že by jejich situaci postačovalo řešit pouze s využitím ambulantního psychiatra, nicméně těchto osob je dle šetření menšina.		Doporučujeme MZd pro CDZ specifikovat, zda jejich role v systému péče o osoby s duševním onemocněním je spíše charakteru „průtokového“ (kdy klient je v péči CDZ po přechodnou dobu nezbytnou ke zlepšení jeho situace) nebo zda se předpokládá, že většina klientů CDZ zůstane po navázání na Centrum v jeho péči (byť se konkrétní charakter a rozsah klientem využívané péče samozřejmě přizpůsobí aktuálním potřebám klienta. S výše uvedeným souvisí i otázka, zda je záměrem, aby psychiatr CDZ byl pro klienty ošetřujícím lékařem (tj. že klienti nebudou mít žádného ambulantního psychiatra). Různá CDZ přistupují k této otázce různě, koordinace v tomto směru dosud chybí. v každém případě je přístup CDZ ze strany klientů oceňován a je vhodné nadále poskytovat služby, které jsou poskytovány doteď.
2	EO1 (klienti) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční</i>	CDZ mají v pilotních projektech vymezené spádové oblasti. v praxi nastává (byť se jedná o malou skupinu klientů), že se klient přestěhuje do území mimo spádovou oblast CDZ. v situacích, kdy v novém bydlišti klienta existuje jiné CDZ, je v zásadě jednoduché		Doporučujeme MZd do podmínek CDZ specifikovat, že CDZ jsou oprávněna poskytovat své služby i klientům, kteří se na CDZ navázali v jeho spádovém území (např. z důvodu zde probíhající hospitalizace), nicméně následně se přestěhovali mimo spádové území (ale stále jsou ve vzdálenosti od CDZ, která nepředstavuje bariéru využívání služeb daného CDZ).



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	domluvit předání klienta do péče sousedního CDZ, nicméně v ČR dosud není síť CDZ dostatečně rozvinutá.		
3	EO1 (klienti) a EO6 (návazné služby) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	CDZ se odlišují v tom, do jaké míry ve svém spádovém území pro klienty fungují jako „koordinátor“ (tj. do jaké míry klienta nasměrovávají na další pro něj potřebné služby) a do jaké míry pro klienty jednotlivé služby samy zajišťují (týká se to dominantně sociálních služeb). CDZ se v tomto parametru přizpůsobují tomu, jaké služby pro osoby s duševním onemocněním jsou v daném území dostupné. Pokud je ve městě dobře fungující denní stacionář, pak pro CDZ není relevantní, aby tuto službu poskytovalo paralelně. Odlišný rozsah služeb, které jsou v daném území potřeba, dle našich informací doposud nebyl reflektován v nastavení standardu CDZ.		Doporučujeme MZd, aby v závislosti na místní situaci relevantní pro každé jednotlivé CDZ bylo pro CDZ možné zvolit si rozsah návazných ambulantních služeb, které budou v CDZ poskytovány. V tomto ohledu je možné vycházet např. z dat o vybavenosti jednotlivých regionů zdravotními a sociálními službami, a podle toho tak definovat kategorie regionů, v nichž CDZ působí. Doporučení také do jisté míry navazuje na výše uvedené doporučení č. 1 k dopadové evaluaci, protože vymezení, zda má CDZ charakter „průtokové“ či dlouhodobé služby se ve velké míře odvíjí právě od vybavenosti služeb v regionu.
4	EO2 (rodinní příslušníci klientů) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných</i>	CDZ jsou ze strany rodinných příslušníků vnímána bezvýhradně pozitivně. Nejen, že zvyšují kvalitu života jejich blízkých (klientů), ale díky tomu, že pracovníci CDZ komunikují i přímo s rodinami, zvyšují také kvalitu života rodinných příslušníků.		Doporučujeme MZd, aby do pravidel CDZ přidalo doporučení, aby CDZ vytvářela prostor nejen pro svépomocné aktivity klientů samotných (tj. osob s duševním onemocněním), ale aby zvážilo také podporu svépomocných aktivit pro rodinné příslušníky klientů.



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>a obdobných budoucích projektů.</i>			
5	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	Z šetření vyplynulo, že v případě, kdy má CDZ vzniknout jako zařízení provozované společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) je pro úspěšný vznik CDZ velmi přínosná (až zásadní) předcházející spolupráce.	●	Doporučujeme jakožto nástroj/podpůrný proces pro vznik dalších CDZ umožnit, aby nejprve existovala spolupráce poskytovatele zdravotní složky péče a poskytovatele sociálních služeb v podobě „protoCDZ“, které by teprve časem dorostlo do podoby úplného CDZ. Je vhodné pro tyto „zárodky CDZ“ stanovit menší nároky na multidisciplinární tým, co se týče jeho velikosti i odbornosti jeho členů. Např. aby postačovalo, aby klinický psycholog v CDZ byl v předatestační přípravě. Další variantou může být také to, že se fungování CDZ zafinancuje 1-3 měsíce před přijetím prvního klienta, aby mohlo dojít ke sladění týmu a přípravě. V případě tohoto doporučení nicméně reflektujeme, že již byly předběžně učiněny podobné úpravy Standardu péče poskytované CDZ v rámci stále probíhající KA2 u projektu CDZ I.
6	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici</i>	CDZ provozovaná společně 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) se potýkají s významnými administrativními problémy. Některá CDZ se vyjadřují tak, že se jim je podařilo odstranit a vnímají zázemí obou organizací jako přínosné. Jiné subjekty však jako preferovanou variantu vidí model, kdy by CDZ mělo vlastní právní subjektivitu. k tomu jim však v současné době brání nejistota financování a udržitelnosti systému CDZ. CDZ jsou proto raději v područí svých mateřských organizací, které jim do jisté míry poskytují krytí rizik.	●	Usilovat o stabilizaci systémové podpory tak, aby CDZ byla více motivována k tomu vznikat jako subjekt s vlastní právní subjektivitou. Jakmile se systém CDZ podaří ekonomicky stabilizovat, nebude už pro poskytovatele problém zakládat CDZ s vlastní právní subjektivitou, což je v konečném důsledku výhodné jak pro CDZ, tak pro MZd (protože se oběma stranám zjednoduší administrativa, lépe se bude také řešit problém rozdílného odměňování). Je ovšem důležité, aby tento model nebyl pro CDZ povinnost, tj. aby bylo zachováno, že CDZ může být zřízeno v rámci jednoho existujícího právního subjektu nebo ve spolupráci dvou samostatných právních subjektů bez vzniku nové právnické osoby.



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>současných a obdobných budoucích projektů.</i>			
7	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných budoucích projektů.</i>	Významnou komplikaci v práci multidisciplinárního týmu představuje omezení, že sdílet osobní údaje (tj. i údaje o zdravotním stavu) mezi 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotních služeb a poskytovatelem sociálních služeb) je možné pouze s jeho explicitním písemným souhlasem, který navíc může klient kdykoli odvolat.		Doporučujeme usilovat o změnu právního prostředí tak, aby zdravotní složka a sociální složka CDZ mohla sdílet údaje o situaci klienta (jeho osobní údaje) bez jeho explicitního písemného souhlasu. Konkrétně u CDZ by toto šlo upravit v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Netýká se to jen CDZ, ale řady jiných týmů a situací. Diskuse je v této oblasti již zahájena a je třeba ji dořešit ve spolupráci s MPSV.
8	EO3 (propojování zdravotních a sociálních služeb) a EO4 (multidisciplinární tým)	Bariéru sblížení zdravotní a sociální složky CDZ představují rozdíly v odměňování pracovníků působících v těchto 2 částech CDZ (a to i v případě, kdy je CDZ zřizováno pouze jednou organizací). Kromě platů/mezd jako takových je negativně vnímáno i odlišné nastavení zaměstnavatelských benefitů (např. počet dnů dovolené).		Doporučujeme v dlouhodobém horizontu usilovat o sblížení výše odměňování pracovníků CDZ na pozicích, kde je to relevantní (např. sociální pracovník a psychiatrická sestra).






Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>			
9	EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a budoucích projektů.</i>	K prohloubení spolupráce mezi zdravotní a sociální složkou CDZ by prospělo, pokud řízení těchto složek na úrovni managementu CDZ nebylo zajištěno 2 odlišnými manažery. Obecně ze šetření vyplynulo, že komplikací pro CDZ založená 2 organizacemi (poskytovatelem zdravotní péče a poskytovatelem sociálních služeb) je skutečnost, že v rámci Centra není 1 manažer, který by nesl celkovou odpovědnost a zastupoval CDZ.		Doporučujeme, aby v doporučeních pro fungování CDZ bylo stanoveno, že je vhodné, aby CDZ bylo vedeno jednou osobou (společně pro zdravotní a sociální složku péče formou sdílených pracovních úvazků). Současně je relevantní, aby na financování této manažerské pozice byly v rámci rozpočtu CDZ k dispozici zdroje (tj. financování služeb musí počítat s managementem, a to nejen z hlediska odměňování, ale také např. z hlediska vzdělávání). Pokud by CDZ neměla vlastní právní subjektivitu, bude nadále relevantní zapojení statutárních zástupců zřizovatelských organizací, ale toto doporučení směřuje na úroveň CDZ jako takového, tj. management podřazený zřizovatelům, a je tedy relevantní i pro případ, kdy CDZ nedostane vlastní právní subjektivitu.
10	EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a budoucích projektů.</i>	Sžívání kultur zdravotnického personálu a pracovníků v sociální složce CDZ napomáhá společná supervize týmu a také vzdělávací aktivity zaměřené na toto téma.		Doporučujeme ošetřit v pravidlech a v systému financování CDZ, aby Centra měla zdroje na pravidelnou supervizi a na vzdělávání. Není žádoucí, aby ostrý provoz CDZ pro Centra znamenal ztrátu možnosti tyto nástroje financovat.



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
11	EO4 (multidisciplinární tým) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Šetření potvrdilo, že sžívání kultur zdravotnického personálu a pracovníků v sociální složce CDZ je bez výjimky náročné a dlouhodobé. Vzdělávání a profesní praxe formuje odborníky k určitému specifickému pohledu na klienta.		Doporučujeme usilovat ve spolupráci s relevantními partnery o posílení vzdělávacích programů pro zdravotnické pracovníky i sociální pracovníky (resp. pracovníky v sociálních službách) o výuku multidisciplinárního přístupu. Pokud by např. už v rámci studia lékařů i všeobecných sester v psychiatrii a paralelně studia sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách byl aspekt multidisciplinarity zahrnut, přineslo by to lepší připravenost na odlišné pohledy na klienta.
12	EO5 (role psychiatrů) <i>Adresát: Pracovní a koncepční skupina CDZ / Metodici současných a budoucích projektů</i>	Není vymezeno, jaká je role psychiatra CDZ vůči ambulantním psychiatrům ve spádovém území. (Pozn. Viz také doporučení č. 1 k potřebě vymezit, zda CDZ své klienty standardně předávají do péče ambulantních psychiatrů, nebo zda si je standardně ponechávají v péči dlouhodobě). z toho vyplývá, že není jasné, zda se v ideálním případě o klienta stará vždy jen psychiatr v CDZ anebo jen ambulantní psychiatr (a v jednom časovém úseku klient nedochází k oběma, pokud nejde o výjimku jako je nutnost terénního charakteru péče, kterou ambulantní psychiatr obvykle nezajišťuje) anebo je záměrem, aby klient využíval služeb obou paralelně.		Doporučujeme MZd vymezit, jak se bude standardně dělit / doplňovat péče poskytovaná klientovi ze strany psychiatra CDZ a péče poskytovaná ambulantním psychiatrem. (Platí samozřejmě, že pacient je oprávněn si vybrat svého ošetřujícího lékaře a že CDZ fungují jako nízkoprahová zařízení, která pro poskytování péče nepotřebují doporučení od ošetřujícího lékaře. Nicméně v tomto aspektu CDZ panují velké nejasnosti.)
13	EO5 (role psychiatrů) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Povědomí ambulantních lékařů a praktických lékařů o roli CDZ v systému péče o osoby s duševním onemocněním není dostatečné, což má negativní dopady na důvěru lékařů v CDZ. v některých spádových oblastech se CDZ daří informace z jejich úrovně distribuovat, jinde (např. v Praze) má CDZ		Doporučujeme MZd, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty o CDZ z národní úrovně, především mezi psychiatry a praktické lékaře, např. užší spoluprací mezi představiteli Reformy a Českou lékařskou komorou anebo Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně.



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		obtíže identifikovat, kteří lékaři jsou ti, jejich pacienti by mohli z péče CDZ profitovat.		
14	EO6 (návazné služby) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / Ministerstvo vnitra</i>	Šetření ukázalo, že některá CDZ identifikují nedostatečnou spolupráci se složkami IZS.		Doporučujeme, aby docházelo k dalšímu šíření osvěty o CDZ z národní úrovně mezi příslušníky Policie ČR a také pracovníky jednotlivých krajských zdravotních záchranných služeb. (MZd vůči krajským zdravotním záchranným službám zastává roli metodického vedení.)
15	EO6 (návazné služby) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Často identifikovanou bariérou deinstitucionalizace osob s duševním onemocněním jsou nedostatečné kapacity bydlení, které by tito klienti mohli využívat. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 zahrnuje také opatření za účelem zlepšení situace v otázce bydlení.		Doporučujeme realizovat (ve spolupráci s definovanými aktéry) opatření Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 zaměřená na posílení dostupnosti bydlení pro osoby s duševním onemocněním.
16	EO7 (pojišťovny) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Z rozhovorů se zástupci zdravotních pojišťoven vyplynulo, že dosud nejsou k dispozici dostatečná data o tom, jakou změnu do systému péče o osoby s duševním onemocněním CDZ přinášejí. Šetření přineslo také poznatky o tom, že se napříč klíčovými aktéry (do nichž se řadí i zdravotní pojišťovny) odlišují pohledy na to, jak se nový prvek v systému psychiatrické péče v dlouhodobém horizontu projeví na nákladovosti psychiatrické péče či jak výrazná bude změna v kapacitě lůžkových zařízení. Spatřujeme zde proto riziko, že vlivem odlišných očekávání se v některé fázi Reformy může zkomplikovat spolupráce		Doporučujeme komplexně zhodnotit dopady CDZ na náklady péče a na základě toho sjednotit pohled na to, co od Reformy (a existence CDZ) konkrétně očekávat v otázce nákladovosti systému. Doporučujeme proces rozdělit do těchto částí: <ul style="list-style-type: none"> • Nastavit a sjednotit hlavní měřitelná kritéria, podle nichž se efektivita a nákladovost systému psychiatrické péče bude měřit, a to napříč zdravotním i sociálním systémem • Komplexně vyhodnotit dosavadní situaci z hlediska finanční náročnosti. Dokud je provoz CDZ hrazen z projektu ESF, jsou výsledky zavádějící. Jakmile ale bude k dispozici dostatečný časový horizont, kdy především zdravotní složka CDZ funguje bez dotace ESF, je reálné vyhodnotit dopad: <ul style="list-style-type: none"> ○ na výši souhrnných nákladů na zdravotní systém psychiatrické péče



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
		se zdravotními pojišťovnami, které nákladové aspekty Reformy zcela pochopitelně zdůrazňují.		<ul style="list-style-type: none">o na výši nákladů na systém lůžkové péče s regionálním rozlišením (tam, kde CDZ jsou a tam, kde CDZ nejsou)o na výši nákladů na jednotlivé klienty, kteří služeb CDZ využili či využívají Důležité přitom je, aby takové vyhodnocení proběhlo na úrovni všech zdravotních pojišťoven. <ul style="list-style-type: none">• Vyhodnotit dopad Reformy na sociální systém, a to v tom, jak velkému navýšení nákladů na sociální systém skutečně došlo, ale také v tom, zda a do jaké míry sociální systém přebral část výkonů doteď spadajících pod zdravotní systém (např. u klientů, kteří díky CDZ již nejsou hospitalizováni, ale na druhou stranu vyžadují dohled sociálního pracovníka). Je ale také možné, že se děje přesný opak, tedy že zdravotní systém financuje to, co doteď zůstávalo v sociální části (viz výše zmíněné obavy některých respondentů). Aby bylo vyhodnocení dopadů skutečně komplexní, je nutné také zmapovat počet klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, což mj. koresponduje s NAPDZ 4.2, opatření 4.2.5.• Jakmile bude znám finanční dopad na zdravotní a případně i na sociální systém, zasadit se o sjednocení pohledu na finanční dopady Reformy.
17	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Pracovní a Koncepční skupina CDZ / Metodici současných a obdobných</i>	V případě zdravotní složky se financování odvíjí od nastavení zdravotních kódů. Zda je aktuálně nastavený systém úhrad adekvátní, ukáže až čas (a také případný konec pandemie a s ním souvisejících opatření, které mají na provoz CDZ i chování klientů nemalý vliv).		V návaznosti s předchozím doporučením zaměřeným na monitoring nákladů doporučujeme sledovat finanční výsledky zdravotní složky péče CDZ, komunikovat o zjištěních se zdravotními pojišťovnami a adekvátně upravit systém úhrad, pokud se ukáže, že některé žádoucí činnosti CDZ nejsou v systému úhrad podchyceny adekvátně.



Č.	Evaluační otázka	Zjištění	Významnost doporučení	Doporučení
	<i>budoucích projektů</i>			
18	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy / MPSV</i>	Nejistota budoucího udržení CDZ se týká zejména sociální složky, která je odkázána na každoroční zajištění financování z rozpočtu MPSV přerozdělovaného mezi kraje. Vedle konkrétních financí ale několik respondentů – zástupců CDZ či zástupců krajů – uvedlo, že dosud nezachytilo jasné vyjádření ze strany MPSV k podpoře CDZ.		Doporučujeme usilovat jednáním s MPSV o vyšší míru jistoty prostředků na sociální složku péče v CDZ (minimálně v podobě deklarace / memoranda apod.).
19	EO8 (udržitelnost) <i>Adresát: Výkonný výbor Reformy</i>	Stejně tak ze strany územních celků zaznává, že pro to, aby mohly dlouhodobě deklarovat podporu CDZ, musí ze strany MZd vnímat, že Reforma je podporována dlouhodobě, že jsou do ní adekvátně zapojeny všechny relevantní resorty (tedy i MPSV), a že se neodvívají jen od aktuální politické situace (resp. že Reforma nestojí na tom, kdo je aktuálně zodpovědný za resort zdravotnictví).		Doporučujeme komunikovat z úrovně MZd o Reformě tak, aby územně samosprávné celky byly ujistěny, že MZd Reformu kontinuálně podporuje a že platí záměr podporovat další rozvoj CDZ (a to tak, aby se snižovaly bariéry vyplývající z nedostatku odborníků pro práci v týmech CDZ, byly stabilizovány systémy financování těchto služeb atd.). K prohloubení meziresortní spolupráce doporučujeme pro období 2021–2027 zvážit využití Nástroje pro technickou podporu. Jde o program Evropské komise, který nabízí zemím Unie odborné poradenství přizpůsobené jejich konkrétním potřebám tak, aby mohly samy navrhovat a provádět potřebné reformy. Výhodou tohoto programu je nejen relativní jednoduchost oproti standardním strukturálním fondům, ale především to, že lze z programu hradit specifické potřeby pro tvorbu meziresortních strategií, v případě Reformy by mohlo jít např. o zajištění nadresortní platformy, na jehož úrovni by bylo zajištěno adekvátní zastoupení všech důležitých orgánů státní správy. Více viz na: https://ec.europa.eu/info/overview-funding-programmes/technical-support-instrument-tsi_cs