



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Zdraví 2020

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí

Akční plán č. 3: Duševní zdraví

Ministerstvo zdravotnictví

2015

Obsah

1. Shrnutí	1
2. Důvodová zpráva	2
2.1. Současný stav v ČR před reformou a očekávaný stav po realizaci reformy	3
2.2. Prostředí a očekávaný budoucí vývoj	5
2.3. Promítnutí vazby s organizačním (MZ) i se společenským kontextem	13
2.4. Systém péče o duševně nemocné je nadresortní povahy	15
3. Rozsah aktivit	18
3.1 Zachování statusu quo	18
3.2 Vývoj při tzv. nulové variantě.....	18
3.3 Podniknutí nutného minima aktivit.....	20
3.3.1 Tvorba standardů a metodik.....	21
3.3.2 Rozvoj sítě psychiatrické péče.....	22
3.3.3 Prevence	25
3.3.4 Destigmatizace a komunikace.....	25
3.3.5 Vzdělávání a výzkum	26
3.3.6 Legislativní změny	27
3.3.7 Udržitelné financování.....	27
3.3.8 Meziřesortní spolupráce	28
3.4 Podniknutí potřebných aktivit.....	28
4. Soustava indikátorů	29
4.1 Indikátory výstupu.....	29
4.1.1 Kapacita podpořených nových či inovovaných služeb.....	29
4.1.2 Kapacita podpořených neinstitucionálních služeb psychiatrické péče.....	29
4.1.3 Počet nových nebo inovovaných služeb	29
4.1.4 Celkový počet podpořených účastníků	30
4.1.5 Počet nových vytvořených programů informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví.....	30
4.1.6 Kapacita podporovaných zdravotnických služeb.....	30
4.1.7 Počet podporovaných zařízení pro poskytování psychiatrické péče	30
4.2 Indikátory výsledku.....	31

4.2.1	Počet obyvatel s přístupem k podpořeným novým či inovovaným službám	31
4.2.2	Počet obyvatel k podpořeným neinstitucionálním službám psychiatrické péče	31
4.2.3	Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti	31
4.2.4	Snížení počtu osob využívajících dlouhodobou péči v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče.....	31
4.2.5	Kapacita podporovaných zdravotnických služeb	32
4.2.6	Průměrný počet dlouhodobých lůžek v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče	32
4.2.7	Průměrná délka hospitalizace v institucích dlouhodobé psychiatrické péče	32
5.	Časový rámec.....	33
6.	Náklady	34
7.	Hlavní rizika (s vysokým dopadem).....	35
	<ul style="list-style-type: none"> • Výstupy pracovních skupin dle jednotlivých témat (oblastí) reformy psychiatrické péče nebudou k dispozici včas (před zahájením projektu), resp. nebudou v odpovídající kvalitě. 	35
8.	Seznam tabulek a obrázků	36
	Členové pracovní skupiny pro tvorbu AP pro Duševní zdraví.....	37

1. Shrnutí

Akční plán „Duševní zdraví“ koresponduje s apelem definovaným v originální verzi strategického rámce Health 2020 publikovaného Světovou zdravotnickou organizací a vyplývá z již vypracované a schválené národní Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013).

Tato strategie si klade za svůj globální cíl zvýšit kvalitu života duševně nemocných osob, a to prostřednictvím preventivních aktivit (primární, sekundární a terciární prevence), které významným způsobem napomohou k včasnému zachytu projevů duševních nemocí, dále pak systematickým vybudováním sítě komunitního pilíře péče (tzv. Center duševního zdraví), které skrze multidisciplinární tým budou poskytovat zdravotně-sociální intervence duševně nemocným v jejich přirozeném prostředí. Mezi další systémové aktivity je možné zařadit nové a inovované typy péče (rozšířené ambulance, stacionáře apod.).

Další komponentou je rozvoj akutních oddělení psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích a destigmatizační a edukační aktivity, které z výše naznačeným procesem úzce souvisí a navzájem se podmiňují.

Na tranzitní fázi budou alokovány finanční zdroje z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) v celkové výši cca 1,8 mld. Kč, a to konkrétně z Operačního programu zaměstnanost a z Integrovaného regionálního operačního programu.

Implementační fáze probíhá od roku 2014 (tvorba nutných standardů a metodik), přičemž od roku 2015 budou pilotovány nové a inovované služby. Implementace tohoto akčního plánu je plánována do roku 2020, resp. 2023 (v souladu s programovým obdobím EU 2014-2020).

2. Důvodová zpráva

ČR patří mezi menšinové země v Evropské unii, které doposud neměly vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče.¹

Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5-10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP)². Podhodnocen je i ve srovnání s tuzemskými somatickými medicínskými obory. Mimo jiné i proto, že z principu věci psychiatrie nevykazuje množství drahých instrumentálních výkonů a diagnostická i léčebná vysoce specializovaná a psychicky náročná práce v psychiatrii je podceněná. Toto zanedbání oboru se projevuje ve všech jeho hlavních složkách – ambulantní, komunitní a lůžkové.³

V rámci vymezení mezi ostatními medicínskými obory se psychiatrii nedostává dlouhodobě potřebného zájmu.

Při pohledu na chronologický vývoj psychiatrické péče od devadesátých let dvacátého století do dnešní doby je zřejmé, že struktura ambulantní, ale zvláště lůžkové péče, neprošla zásadní restrukturalizací zohledňující soudobý společenský vývoj.⁴ Psychiatrickou péči poskytuje 29 psychiatrických oddělení nemocnic. Síť psychiatrických oddělení v nemocnicích je nedostatečná svým rozsahem i funkcí, velkou část akutní péče tedy provádějí rovněž psychiatrické nemocnice⁵. V nastalé situaci, kdy se v ČR každoročně zvyšuje počet pacientů vyhledávajících psychiatrickou péči, bylo

¹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 2.

² WINKLER, Petr (ed.). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, s. 29.

³ Tamtéž, s. 2.

⁴ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 4.

⁵ Tamtéž, s. 4.

nutné revidovat současný model péče o duševní zdraví. Koncem roku 2012 bylo v provozu 18 psychiatrických nemocnic pro dospělé s 8 847 lůžky (v nich je vyčleněno pro dětské pacienty 188 lůžek) a 3 nemocnice jen pro dětské pacienty s 250 lůžky.⁶ Oproti roku 2011 tedy v psychiatrických nemocnicích ubylo 157 lůžek. Od roku 1990 klesl lůžkový fond psychiatrických nemocnic o necelých 30 %.⁷

Z 18 léčeben pro dospělé bylo 13 státních, přímo řízených MZČR (8 437 lůžek), 5 nestátních, z toho 2 byly spravovány krajem (220 lůžek) a 3 zřizovány jinou právnickou osobou (190 lůžek). Všechny 3 nemocnice pro děti jsou přímo řízené MZČR.⁸

Při existenci řady strategických dokumentů, které deklarují nutnost změny péče o duševně nemocné, nebyly dosud v systému realizovány potřebné kroky, které by těžiště systému psychiatrické péče posunuly směrem k modelu kvalitativně odpovídajícímu celosvětovým trendům.⁹

2.1. Současný stav v ČR před reformou a očekávaný stav po realizaci reformy

Současný stav systému psychiatrické péče v České republice:

- Velmi **přetížení ambulantní psychiatrii** (podle analýz MZd mají na jednu návštěvu pacienta v průměru 10 min.);
- Materiálně i technicky **zastaralé psychiatrické nemocnice**, charakteristické svou **velikostí** (v průměru 500 lůžek na instituci, např. v pražských Bohnicích je to však 1300 lůžek) a **velkou spádovou oblastí** (nízká časová a teritoriální dostupnost pro uživatele péče);
- Nepříliš početné „ostrůvky pozitivní deviace“ komunitní péče (kombinace zdravotních a sociálních služeb), která je jak efektivní, tak dodržuje lidská práva duševně nemocných;

⁶ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lůžková péče 2012: Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 23.

⁷ Tamtéž, s. 23.

⁸ Tamtéž, s. 23.

⁹ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 4.

- Kapitola sama o osobě je **podfinancovanost péče o duševně nemocné** – do této péče jdou necelá 3 % zdravotního rozpočtu, přičemž ve vyspělých státech EU to je 10 – 15 % (s tím, že zdravotní rozpočet je v těchto státech rovněž vyšší);
- **Několik alarmujících čísel:** za posledních 10 let se zvýšil počet pacientů v psychiatrických ambulancích o 66 % (okolo 600 000 lidí/rok navštíví ambulantního psychiatra), v institucích se léčí okolo 60 000 lidí a v ústavech sociální péče je 4 500 duševně nemocných; kvalifikovaný odhad tzv. skryté psychiatrické nemocnosti je okolo 1 000 000 – 1,5 mil. lidí – ergo, **každý pátý člověk v ČR je duševně nemocný** (bez dostatečné zdravotně-sociální sítě);

Co reforma pacientům a systému může přinést?

- Systematicky (s ohledem na regionální potřebnost) zavádí Centra duševního zdraví – **komunitní pilíř péče**, který kombinuje **zdravotně-sociální péči** a napomáhá pacientům jak k integraci zpět do kontextu majoritní společnosti, tak zajišťuje péči v jejich přirozeném prostředí (je i **bezpečnější**, protože terénní tým se duševně nemocnému aktivně věnuje v rámci četných životních událostí, nejen těch, které spadají do domény zdravotní péče);
- Komunitní péče dále snižuje riziko četných **pracovních absencí** u duševně nemocných, **redukuje i přiznání trvalých invalidních důchodů** (za posledních 10 let se opět zvýšilo procento nově přiznaných invalidních důchodů (z 15 % na 20 % podíl z celkového koláče invalidity), přičemž důchody z důvodu novotvarů či somatických poruch stagnují, resp. klesají);
- Dále stírá dluh České republiky, která se několikrát zavázala plnit **mezinárodní úmluvy o zajištění lidských práv duševně nemocných**;
- Zvedá možnost zavedení samostatného zákona o duševním zdraví (ČR je jednou z cca 10 zemí evropského kontinentu, která tuto právní normu nemá);
- Zavádí dlouhodobé **preventivní programy**, které v ČR téměř dosud neexistovaly;
- Aktivity obsažené ve strategii mají ambici stírat vysokou míru **stigmatizace** duševně nemocných a psychiatrie jako lékařského oboru obecně. Současný mediální diskurz stigmatizaci duševně nemocných prohlubuje, duševně nemocná osoba je pak veřejností vnímána *a priori* negativně, jako osoba potenciálně vysoce nebezpečná, před kterou musíme „majoritní“ společnost

chránit tím, že duševně nemocné zavřeme, izolujeme a z majoritní společnosti ostrakizujeme;

- Výzvou a v podstatě i nutností je rozvíjet komunitní typ služeb i pro ostatní cílové skupiny, nejen pro osoby s diagnostickým okruhem SMI (Severe Mental Illnesses). Tím máme na mysli jak neurodegenerativní poruchy mozku (zejména Alzheimerova demence), tak adiktologické diagnózy (zde je nutné zdůraznit, že osoby trpící SMI mají cca v 51 % taktéž nějakou závislost – duální diagnózy, komorbidity), ale i děti a dorost.

2.2. Prostředí a očekávaný budoucí vývoj

Přestože jsou klady stávajícího systému nesporné (např. vyšší dostupnost psychofarmak, zlepšující se odborná úroveň pracovníků), lze v něm najít i četné nedostatky.

V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče. Dle dat ÚZIS (ÚZIS, 2013) bylo v psychiatrických ambulancích provedeno 2 834 000 vyšetření. Proti předchozímu roku došlo k nárůstu o více než 1 % (o 34 745 vyšetření více) a od roku 2000 jejich počet vzrostl o téměř 38 %, tj. o 775 992 vyšetření. Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 578 413 pacientů a proti předešlému roku došlo k jejich nárůstu, a to o téměř 4 % (o 21 957 pacientů). Při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 60 % a rychleji rostl počet žen než mužů, počet pacientů ve věkové skupině 0–19 let stoupl o necelou pětinu¹⁰. V ČR je 733,69 ambulantních psychiatrů¹¹. Jsou financováni převážně z veřejného zdravotního pojištění formou plateb za zdravotní výkony a nemají pevněji definované spádové oblasti. Ze statistik ÚZIS vyplývá, že nárůst počtu pacientů s duševním onemocněním vyhledávajících ambulantní psychiatrickou péči je mnohonásobně vyšší než nárůst počtu lékařů – psychiatrů, kteří by jim tuto péči měli poskytovat. Tento trend je dlouhodobě patrný.

¹⁰ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 2.

¹¹ Tamtéž, s. 2.

Zatímco hospitalizace zachycují určitou krátkou, i když významnou, část onemocnění, kontakt i vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu pacientovy psychiatrické problematiky. Významným faktorem je pak obeznámenost ambulantního psychiatra s pacientovým sociálním a vztahovým prostředím, možnost kontaktu s ním a intervence v něm.¹² Petrifikovaný systém úhrad nutí ambulantního psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které se mu zákonitě nedostává potřebný čas. Nemá dostatečný prostor pro komunikaci s pacientem, pro sociálně-psychiatrické intervence a pro psychoterapii. Stávající systém tedy stimuluje kvantitu péče a působí proti zvyšování jeho kvality.¹³ Rizikem systému je vysoká skrytá nemocnost, která také potenciálně zvýší tlak na kvantitu péče na úkor její kvality. Podobný trend může způsobit případná redukce lůžek a přesun péče do ambulancí bez jejich výrazného posílení a rozvinutí intermediární péče. Ve většině regionů (mimo některá velká města) chybí dostatečná nabídka psychoterapie poskytovaná psychoterapeuticky kvalifikovanými psychiatry a klinickými psychology, je zde patrný nedostatek sociálně-psychiatrických služeb. Podstata péče tak spočívá v psychofarmakologii, která je sice na kvalitní úrovni, zůstává však jednostranná – biologická, nikoliv bio-psycho-sociální, jak postulují standardy moderní psychiatrické péče.¹⁴

Nejsou dostatečně rozvinuty specializované ambulance. Nemá dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. Rovněž existuje nedostatek specialistů na problematiku dětské psychiatrie a dětské klinické psychologie. Provázanost péče není dostatečná, a to jak z hlediska spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak v oblasti kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology apod.¹⁵ Existuje nedostatek specialistů na klinickou psychologii a zejména dětskou klinickou psychologii.

¹² RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 17.

¹³ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 17.

¹⁴ Tamtéž, s. 18.

¹⁵ Tamtéž, s. 18.

Z hlediska lůžkové psychiatrické péče je cca 80 % všech finančních a personálních kapacit soustředěno v psychiatrických nemocnicích.

Kapacita psychiatrických nemocnic v ČR se zhruba z jedné třetiny skládá z lůžek akutní péče a ze dvou třetin z lůžek pro dlouhodobě nemocné, dohromady je v psychiatrických nemocnicích 8 847 lůžek.¹⁶ Také je možné říci, že cca polovina lůžek v těchto zařízeních jsou lůžka gerontopsychiatrická, lůžka pro dětskou a dorostovou psychiatrii, lůžka forenzní a pro léčbu návykových nemocí. Psychiatrické nemocnice jsou financovány v závislosti na počtu obsazených lůžek (což je v souladu s úhradovou vyhláškou MZČR, je zde uplatňován princip paušální sazby za ošetrovací den ve vazbě na kategorii pacienta) a to bez ohledu na to, zdali se jedná o dlouhodobou či akutní hospitalizaci pacienta. Velká část hospitalizací probíhá v psychiatrických nemocnicích. Zařízení pro dospělé v průběhu roku 2012 hospitalizovala 39 615 pacientů, dětská zařízení 1 040 pacientů. Skutečná lůžková kapacita psychiatrických léčeben pro dospělé byla využita z 93,3 %, dětských psychiatrických nemocnic z 87,7 %¹⁷. Akutní příjmy obsazují v psychiatrických nemocnicích zhruba 30 % lůžkové kapacity, ostatní lůžková kapacita připadá na péči specializovanou a následnou.

Stávající struktura psychiatrických lůžek – poměr mezi akutními lůžky a lůžky následné a dlouhodobé péče (tj. jak v psychiatrických nemocnicích, tak v rámci psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic) není v současné době optimální, jelikož významnou měrou formálně převažují lůžka následné a dlouhodobé péče, kdežto akutních lůžek ve všeobecných nemocnicích je s ohledem na jejich potřebnost nedostatek. Potřebnost rozvoje akutních lůžek ve všeobecných nemocnicích je dále dána nutností zajistit pacientům konsiliární péči.

Problémem psychiatrických nemocnic jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně-technické opotřebení v důsledku nedostatečného financování a nedostatku investičních zdrojů, a také nedostatečné

¹⁶ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 48.

¹⁷ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Lůžková péče 2012: Zdravotnická statistika*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 23.

personální vybavení vyplývající jednak z nedostatku finančních prostředků, ale také nedostatku kvalifikovaných zdravotníků na trhu práce.¹⁸

V psychiatrických odděleních nemocnic je celková kapacita 1 268 lůžek.¹⁹ Část psychiatrických oddělení v nemocnicích neposkytuje péči pacientům s vážnější duševní poruchou z důvodu nedostatečné personální a technické kapacity. Psychiatrická oddělení nemocnic disponují 14,4 % z celkového počtu psychiatrických lůžek a poskytují akutní lůžkovou péči, která je vzhledem k nedostatečné kapacitě lůžek psychiatrických oddělení poskytována také v psychiatrických nemocnicích.

Lze tedy konstatovat, že z celkového počtu psychiatrických lůžek – 9 254 (z toho 260 pedopsychiatrických) - jich pro akutní péči v psychiatrických nemocnicích a psychiatrických oddělení nemocnic slouží cca 3 000, tj. přibližně 30 %.

Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli akutní lůžkové péče. Existují oddělení, která skutečně poskytují akutní lůžkovou péči, tedy jsou schopna nepřetržitě přijímat pacienty v akutním stavu z celého spektra psychiatrických diagnóz (jsou k tomu vybaveny jak personálně, tak věcně a technicky), ale existuje také řada oddělení, která mají sice nasmlouvanu akutní péči, ale vzhledem ke svému personálnímu a materiálně-technickému vybavení tento typ péče nemohou reálně provozovat. Tato zařízení neposkytují péči akutní a komplexní, jde spíše o poskytování psychoterapeutických služeb pacientům z některých vybraných diagnostických skupin a jejich metoda léčby je převážně psychoterapeutická. Tyto nesrovnatelnosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.

K otázce budoucího vývoje je nutno poznamenat, že rozložení lůžkové péče je v ČR velmi nerovnoměrné a regionálně se velmi liší, v českých krajích je situace výrazně horší oproti krajům moravským. V některých krajích se nachází jak psychiatrické nemocnice, tak lůžkové psychiatrické oddělení v nemocnici, v jiných je pouze jeden lůžkový subjekt, přičemž tam, kde není nemocnice, se nachází úplné minimum lůžek (např. kraj

¹⁸ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 19.

¹⁹ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnictví České republiky 2012 ve statistických údajích*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 56.

Karlovarský disponuje pouhými 45 lůžky, Liberecký pak 51 lůžky). Dostupnost lůžkové péče navíc zhoršuje skutečnost, že zákonem byla zrušena spádovost zdravotnických zařízení a v praxi se dodržuje v různé formě pouze zvykově.²⁰ Současný stav pak ústí v absenci motivace poskytovat psychoterapeutické intervence.

V ČR je relativně dobře rozvinut systém péče o drogově závislé (včetně závislých na alkoholu), každý kraj má k dispozici svého koordinátora, na vládní úrovni působí hlavní koordinátor. Je provozováno 20–30 terapeutických komunit. Léčení osob závislých na alkoholu je zpravidla koncentrováno do psychiatrických nemocnic/léčeben, v tomto smyslu není patrná podpora od komunitních center, jelikož tyto nejsou pro tuto skupinu specializovaná. Současný systém ambulantních služeb v tomto smyslu funguje nedostatečně.²¹

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má tudíž z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče.²²

V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v ČR 21 denních stacionářů spadajících pod resort zdravotnictví. Méně než polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště (např. mobilní krizový tým DPS Ondřejov, Praha 4). Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuty.²³ Mírné rozšíření stacionářů a psychoterapeutické péče je stále velmi nedostačující.

²⁰ Tamtéž, s. 19.

²¹ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

²² RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 20.

²³ Tamtéž, s. 20.

Dále je v ČR etablováno cca 10 mobilních týmů, registrovaných jako sociální služby, které pracují v terénu s klienty s vícečetnými potřebami dlouhodobého charakteru. Péči zde poskytují převážně sociální pracovníci, spíše výjimečně jsou zastoupeni zdravotničtí pracovníci. Aktivní vyhledávání těch, kteří potřebují odbornou pomoc, poskytují pouze 2 týmy. Specializované psychiatrické sestry zde jsou k dispozici pouze na 3 místech.²⁴

Sociální programy, podpora bydlení, zaměstnávání apod. jsou zajišťovány zhruba třemi desítkami neziskových organizací specializovaných na vážně duševně nemocné, tyto organizace jsou zpravidla financovány dotacemi na poskytování sociálních služeb ze státního rozpočtu prostřednictvím MPSV, dále z rozpočtů krajů, obcí a specifických grantových titulů. Nutno upozornit na to, že stávající způsob financování je velmi nestabilní a objem prostředků limitovaný, což neumožňuje NNO (nestátní neziskové organizace) systémově rozvíjet síť služeb a uvažovat v dlouhodobějších perspektivách.²⁵

Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním je nutno taktéž zahrnout lůžka v domovech sociální péče a zvláště pak lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. Počty klientů s duševním onemocněním zde umístěných je možno odhadnout na několik tisíc.

Odhadem nejméně 80 % finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševním onemocněním je vázáno na pobyťová sociální zařízení institucionálního typu, MPSV však v posledních letech realizovalo pilotní projekt deinstitucionalizace sociálních pobyťových služeb²⁶, podobný projekt pro oblast psychiatrické péče dosud chybí.²⁷

²⁴ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

²⁵ Tamtéž, s. 6.

²⁶ Pilotní projekt MPSV (Podpora transformace sociálních služeb) byl ukončen 31. března 2013. Projekt navazoval na vládou schválenou Koncepti podpory transformace pobyťových sociálních služeb z roku 2007. Na pilotní projekt (Podpora transformace sociálních služeb) v současnosti navazuje další projekt v gesci MPSV, a to Transformace sociálních služeb.

²⁷ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012, s. 6.

Současný systém financování psychiatrické péče bývá velmi často odbornou komunitou napadán, je mimo jiné poukazováno na celkové podfinancování tohoto sektoru zdravotní péče.²⁸

Tyto všechny výše uvedené odborné prohlášení vycházejí z výsledků provedených analýz a jsou tak významné pro budoucí vývoj psychiatrie v ČR.

Koncepce oboru psychiatrie byla prvně publikována v roce 2000. Tento dokument měl poskytovat podklad pro politická rozhodování, která měla vést k nezbytnému zlepšení systému psychiatrické péče v ČR.

Výbor Psychiatrické společnosti ČLS JEP vyhlásil v roce 2007 ve spolupráci s regionální kanceláří WHO ČR "Národní psychiatrický program 2007" (NPP 2007) na podporu reformy psychiatrické péče v ČR. NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o důležité dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie (Výzva evropské ministerské konference WHO v Helsinkách roku 2005, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Zelená kniha Evropské komise, usnesení Evropského parlamentu o zlepšení duševního zdraví obyvatelstva z roku 2006). Přes důležitost a vážnost obou výše zmiňovaných dokumentů k významnému posunu v poskytování psychiatrické péče nedošlo. Hlavní cíle NPP 2007 jsou:

- Zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami – zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory, důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci.
- Zajištění dostupnosti psychiatrické péče – se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemoci.
- Redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění – suicidia, závažná psychická i tělesná poškození, sociální izolace, invalidizace.
- Podpora primární psychiatrické péče.
- Rozvoj komunitní péče.
- Modernizace lůžkového fondu.

Konkrétní úkoly Národního psychiatrického programu 2007 spočívají v zajištění:

²⁸ Tamtéž, s. 6.

- Zvýšené péče o rizikové skupiny psychicky nemocných (schizofrenie, afektivní poruchy, závislosti, demence, poruchy příjmu potravy, závažné poruchy osobnosti, posttraumatické poruchy a další).
- Doplnění a zkvalitnění sítě ambulantní psychiatrické péče včetně obnovení sítě ordinací pro léčbu závislostí.
- Rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení.
- Diferenciaci akutní a následné lůžkové péče s dopadem na kvalitu a restrukturalizaci lůžkového fondu a rozvoj komunitní rezidenční péče.
- Redukci skryté psychiatrické nemocnosti ve spolupráci s praktickými lékaři.
- Boji proti stigmatizaci a izolaci duševně nemocných především šířením pravdivých informací o psychiatrických poruchách i o stavu psychiatrické péče v ČR.
- Dosažení spravedlivého, v Evropě obvyklého financování psychiatrické péče přiměřené jejímu zdravotnímu, společenskému i ekonomickému významu.
- Rozvoji krizových psychiatrických služeb.
- Úpravě legislativy týkající se péče o osoby trpící duševní poruchou s důrazem na jejich práva a při respektování doporučení od orgánů EU.
- Podpoře psychiatrického výzkumu a vzdělávání v psychiatrii.²⁹

První Revize proběhla v červnu 2008 a je periodickou aktualizací „Koncepte oboru psychiatrie“ (KOP), která byla přijata na sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve Špindlerově mlýně v roce 2000 a Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002.

Cílem Revize konceptu oboru psychiatrie je vyhodnocení stávající sítě psychiatrických služeb a stanovení potřeb jejich dalšího rozvoje. V komplexu psychiatrických služeb se vyžaduje definovat služby zdravotnické a služby sociální.

Pro přípravu Revize konceptu psychiatrické péče jmenovala PS ČLS JEP speciální pracovní skupinu³⁰. Před zahájením činnosti této pracovní skupiny byly jejím

²⁹ RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 22.

³⁰ Třinácti členná pracovní skupina byla v následujícím složení: MUDr. Zdeněk Bašný (koordinátor pracovní skupiny), MUDr. František Čihák (dětská a dorostová psychiatrie), MUDr. Petr Jeřábek Ph.D.

koordinátorem osobně vyzvány všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče ke spolupráci na Revizi koncepce psychiatrické péče s tím, že pro jejich náměty a připomínky jsou k dispozici veřejně dostupné webové stránky Psychiatrické společnosti ČLS JEP, aby byla kontrola nad tím, jaké podněty a návrhy byly pracovní skupině k dispozici, a s jakým výsledkem byly zapracovány do Revize koncepce psychiatrické péče.

Revize koncepce psychiatrické péče měla být konsensuálním materiálem přijatelným pro všechny skupiny poskytovatelů psychiatrické péče, o který by se mohly opřít při prosazování svých potřeb ve prospěch zkvalitnění péče o osoby trpící duševní poruchou.³¹

2.3. Promítnutí vazby s organizačním (MZ) i se společenským kontextem

Strategie reformy psychiatrické péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2013) byla vytvářena a následně je stále rozvíjena na půdě resortu zdravotnictví, nicméně do procesu tvorby byli přizváni i ostatní klíčoví aktéři, kterých se téma duševního zdraví obecně týká. Je evidentní, že pro skutečnou reformu péče o duševní zdraví nepostačuje zapojení pouze resortu zdravotnictví a sociálních věcí, nýbrž i dalších, stejně jako územně samosprávných celků (kraje, obce). Níže je předložen taxativní výčet spolupracujících subjektů a aktérů, kteří na tvorbě a implementaci Strategie reformy psychiatrické péče spolupracovali a dále spolupracují, resp. spolupracovat budou:

Tým pro tvorbu strategie (v abecedním pořadí):

- MUDr. Marta Holanová – Ambulantní psychiatrička,
- Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – Česká Alzheimerovská společnost,

(adiktologie), MUDr. Erik Herman, Ph.D. (ambulantní psychiatrie), MUDr. Martin Hollý (sexuologie, ochranné léčení), PhDr. Karel Koblic (psychologie), MUDr. Jiří Konrád (gerontopsychiatrie), MUDr. Petr Možný (lůžková péče), MUDr. Ondřej Pěč (komunitní péče), MUDr. Juraj Rektor (ambulantní péče), MUDr. Ivan Tůma, CSc. (lůžková péče), MUDr. Irena Zrzavecká (lůžková péče), MUDr. Vladislav Žižka (lůžková péče).

³¹ Psychiatrická společnost ČLS JEP. Koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2008. In.: RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012, s. 3.

- Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych. – Psychiatrické centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví,
- Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. – Česká lékařská komora,
- MUDr. Erik Herman, Ph.D. – Sekce ambulantních psychiatrů PS ČLS JEP,
- MUDr. Petr Hříbňák – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR,
- Mgr. Hana Jahnova – Asociace klinických psychologů ČR,
- Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc. – Gerontopsychiatrická společnost,
- Doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D. – přednosta Psychiatrické kliniky FN Brno,
- PhDr. Karel Koblic – Asociace klinických psychologů ČR,
- Ing. Dana Kolařová, MBA – zástupkyně psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben),
- Bc. Blanka Novotná – zástupkyně Psychiatrické sekce České asociace sester,
- Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc. – Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP,
- Prof. MUDr. Hana Papežova, CSc. – Sekce pro poruchy příjmu potravy PS ČLS JEP,
- MUDr. Ondřej Pěč – Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET,
- MUDr. Petr Popov MHA – Společnost pro návykové nemoci PS ČLS JEP,
- Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. – PS ČLS JEP, Psychiatrická klinika VFN, Praha,
- Mgr. Pavel Říčan – FOKUS Vysočina, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (od 2014),
- MUDr. Simona Papežová – Odborná konzultantka MZČR,
- MUDr. Jan Tuček, Ph.D. – Sekce lůžkové psychiatrie PS ČLS JEP, Asociace krajů ČR,
- Mgr. Barbora Wenigová – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,
- PhDr. Petr Winkler, Psychiatrické centrum Praha, Národní ústav duševního zdraví,
- Ing. Josef Závišek – Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR,
- MUDr. Vladislav Žižka – zástupce psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben).

Členové Pracovní skupiny:

- PS ČLS JEP – Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.,
- zástupce psychiatrických nemocnic/léčeben – MUDr. Martin Hollý,
- zástupce ambulantní psychiatrické péče – MUDr. Juraj Rektor,

- zástupkyně dětské a dorostové psychiatrie – MUDr. Iva Hodková,
- zástupce NNO – Pavel Novák,
- zástupce uživatelů psychiatrické péče – Jan Jaroš,
- zástupkyně MPSV (Odbor posudkové služby) – Doc. MUDr. Libuše Čeledova, Ph.D.,
- zástupkyně MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce) – Bc. Andrea Dvořáková,
- zástupkyně VZP – JUDr. Lenka Havlasová,
- zástupkyně Svazu pojišťoven – MUDr. Irena Vágnerová, MBA,
- zástupce České asociace sester – Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.,
- zástupce Asociace krajů ČR – MUDr. Jan Tuček, Ph.D.,
- zástupci Ministerstva zdravotnictví:
 - ředitel Odboru evropských fondů,
 - vrchní ředitel pro ekonomiku/finanční ředitel,
 - ředitel Odboru zdravotních služeb,
 - náměstek pro zdravotní péči,
 - náměstek pro zdravotní pojištění,
 - vedoucí Strategické projektové kanceláře.

2.4. Systém péče o duševně nemocné je nadresortní povahy

Jelikož je tedy téma duševního zdraví významnou měrou nadresortní, je nutné, aby další aktivity byly zastřešeny vládou České republiky (tak, jako tomu bylo v zemích, kde reforma péče o duševní zdraví úspěšně proběhla či probíhá, např. v Norsku či ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska).

Konkrétně, do reformy péče o duševní zdraví je nutné zahrnout níže uvedené resorty, které budou dále rozvíjet veřejné politiky týkajících se životních situací duševně nemocných:

- **Ministerstvo práce a sociálních věcí**
 - Posuzování invalidity, příspěvků na péči apod.
 - Evidence na úřadech práce
 - Sociální podnikání
 - Podpora zaměstnání

- Sociální služby
- **Ministerstvo pro místní rozvoj**
 - Problematika dostupného bydlení pro duševně nemocné
 - Koncept „prostupného bydlení“ či sociálního bydlení
- **Asociace krajů ČR, Svaz měst a obcí**
 - Disponují rozpočtem na sociální služby
 - Zodpovědnost za síť sociálních služeb navazujících na zdravotní péči o duševně nemocné a případně za síť „CDZ“
 - Problematika dostupného bydlení pro duševně nemocné
- **Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy**
 - Úprava stávajícího znění školského zákona v oblasti znevýhodnění dětí (rovnoprávné zařazení dětí s úzkostnými, afektivními a schizofrenními poruchami)
 - Zvážit podporu zájmových činností dětí z rodin s vážným duševním onemocněním
 - Destigmatizační aktivity na školách
 - Úprava kurikula pedagogických fakult VŠ
- **Ministerstvo financí**
 - Daňové zvýhodnění při zaměstnávání duševně nemocných, podpora sociálního podnikání
- **Ministerstvo kultury**
 - Osvěta, destigmatizace (Rada veřejnoprávních médií)
 - Tiskový zákon (stigmatizace v tištěných médiích)
- **Rada vlády pro rovné příležitosti**
- **Institut ministra pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu**
 - Úprava a následná vymahatelnost Antidiskriminačního zákona
- **Vládní výbor pro zdravotně postižené občany**
- **Ministerstvo spravedlnosti**
 - Problematika detenčního řízení, svéprávnosti, opatrovnictví

- Analýza stávající praxe ohledně tzv. ochranné léčby (kde za jakých podmínek, podíl na financování)
- Edukace soudců, státních zástupců apod. v problematice duševně nemocných osob

- **Ministerstvo vnitra**

- Vzdělávání policie a dalších složek Integrovaného záchranného systému
 - Nyní: agresivní chování vůči duševně nemocným (dokládáno konkrétními kazuistikami patientských a rodičovských sdružení)
 - Neadekvátní zásahy
 - Zapojení policie do širšího týmu CDZ v komunitě

Samostatnou záležitostí je vznik samostatného zákona o duševním zdraví (*Mental Health Act*). V evropských státech se Česká republika řadí mezi minoritní podíl zemí, které touto legislativní úpravou nedisponuje. Nyní je problematika vážící se ke kontextům duševního zdraví rozptýlena mezi několik zákonů. Samostatný zákon o duševním zdraví by pak všechna ustanovení koncentroval v jedné právní úpravě, významnou měrou by legislativně podpořil vymahatelnost lidských práv duševně nemocných osob (uplatnění či reálná aplikace Úmluvy OSN o lidských právech a biomedicíně apod.) a rovněž by jasně stanovil zodpovědnosti a povinnosti v systému péče o duševně nemocné napříč ministerstvy, územní samosprávou a dalšími zainteresovanými institucemi a subjekty. Inicie této aktivity musí pocházet od vlády České republiky, Ministerstvo zdravotnictví by mělo z pozice věcného gestora přípravu tohoto zákona koordinovat.

Členy této meziresortní pracovní skupiny by měly být výše definovaná ministerstva, dále pak Asociace krajů ČR, zástupci NNO, zástupci uživatelů péče, Liga na ochranu lidských práv, Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Národní ústav duševního zdraví.

Strategie reformy psychiatrické péče, stejně jako tento akční plán, který je z ní odvozen, koresponduje a vychází z těchto relevantních veřejně politických dokumentů:

- Health 2020 (WHO, 2013)
- Comprehensive Mental Health Action Plan (WHO, 2013)
- European Mental Health Action Plan 2013-2020 (WHO, 2013)

3. Rozsah aktivit

3.1 Zachování statusu quo

Zachování stávajícího stavu bez nutnosti reformovat stávající systém psychiatrické péče byl na základě tzv. Vstupní zprávy ke Strategii reformy psychiatrické péče, na základě publikace „Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)³² a konečně publikace Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení³³, zamítnut³⁴, resp. odborné podklady hovoří ve smyslu výrazného doporučení systém péče o duševně nemocné reformovat. Pro důslednější argumentaci je níže předložena predikce formou popsání tzv. nulové varianty.

3.2 Vývoj při tzv. nulové variantě

Z hlediska přijetí tzv. nulové varianty vývoje, lze předpokládat, že dojde k poklesu kvality poskytované péče ve všech segmentech (pilířích péče).

Z hlediska činnosti ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012 dle aktuálních informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2012 provedeno 2 834 tisíc vyšetření-ošetření.³⁵ Jak již bylo zmíněno výše, při porovnání s rokem 2000 dochází u dospělé populace k nárůstu počtu pacientů o téměř 60 %.³⁶

Vycházíme-li z výše uvedených dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky týkajících se činnosti ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012, je vývoj při tzv. nulové variantě při zachování stávajícího systému ambulantní psychiatrické péče alarmující.

³² RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s., 2012.

³³ WINKLER, Petr, CSÉMY, Ladislav, JANOUŠKOVÁ, Miroslava, KREJNÍKOVÁ, Linda. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013.

³⁴ *Vstupní zpráva*. Praha: Strategická projektová kancelář Ministerstva zdravotnictví ČR, 2012.

³⁵ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2012*. Praha: ÚZIS ČR, 2013, s. 2.

³⁶ Tamtéž, s. 2.

Zakonzervování aktuálního stavu v psychiatrických ambulancích, v ambulancích dětské klinické psychologie a dětské a dorostové psychiatrie a ambulancích klinické psychologie předpokládá prodlužující se čekací doby, snižování úrovně péče, možné prohlubování potíží a jejich intenzity, eventuálně zvyšování komorbidit s dalšími poruchami.

Výhledově lze očekávat další zvýraznění potřeby péče v dospělém věku kvůli nedostatečně poskytované péči osobám s duševními poruchami v dětství. Tato situace může gradovat v následnou zátěž pro veřejné rozpočty jak v rámci resortu zdravotnictví, tak i v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (větší riziko nezaměstnanosti a závislosti na podpoře státu), eventuálně i Ministerstva spravedlnosti ČR (zvýšené kriminalita jedinců s některými typy psychiatrických diagnóz).

Zároveň při nízké podpoře těchto odborností lze předpokládat snížení kvality péče vzhledem ke snížení zájmu ve vzdělávání v oboru psychiatrie.

Při stop stavu na nové úvazky psychiatrů, dětských a dorostových psychiatrů, klinických psychologů a dětských klinických psychologů bude docházet k dalšímu prodlužování délky objednání (resp. přijetí) v ambulancích pracovištích. Tím bude docházet často k chronifikaci problému a k zvyšování nákladů na následnou léčbu, jelikož bude čerpána nákladnější péče poskytovaná v lůžkových zařízeních.

Při omezené kapacitě kvalitního vstupu do systému a zachycení nových pacientů bude docházet k postupnému navyšování počtu nezachycené, skryté populace s duševními potížemi a s duševním onemocněním.

Z důvodu neexistence návaznosti na komunitní péči a komunitní sociální služby bude docházet k postupné akumulaci pacientů v nákladných zdravotních službách.

Zaniknou nestandardní a dle aktuálního stavu nesystémová zařízení – krizová centra a snahy o komunitní sociálně zdravotní služby, protože dojde k vyčerpání lidského potenciálu a k vyčerpání nesystémových finančních prostředků, které jsou doposud financovány z jiných – dočasných nebo nestabilních zdrojů (dotací EU, krajských úřadů, obcí, apod.).

Mnohá oddělení nemocnic neposkytují akutní péči, v ČR se vyskytují regiony, které nemají žádné oddělení splňující standardy pro poskytování akutní péče. Pokud má být

akutní psychiatrická péče dostupná a má být poskytována v souladu se současnými standardy odborné společnosti, není zachování statusu quo udržitelné.

Při nulové variantě v psychiatrických nemocnicích bude vzhledem k technické zanedbanosti docházet k dalšímu zhoršování podmínek léčby. Mírný pokrok, kterého bylo dosaženo směrem k humanizaci a zlepšení komfortu prostředí, jehož psychiatrické nemocnice s krajním úsilím dosahovaly, se zastaví.

3.3 Podniknutí nutného minima aktivit

Jak je definováno v doporučení struktury akčních plánů vyplývajících z „Národní strategie Zdraví 2020“, podniknutí rozsahu všech intervencí je závislé na zdrojích (nejen finančních) – za předpokladu, že se prokáže, že zdroje nejsou na rozsáhlejší aktivity dostupné (a to jak personální, tak finanční), rozhodovatel (decizor) dá svolení k realizaci nejnutnějších aktivit, které jsou s ohledem na vnější kontext dosažitelné a přiměřené.

Toto je klíčové právě pro Strategii reformy psychiatrické péče. Jak je zřejmé právě z této strategie, jednou ze zásadních intervencí je budování komunitní sítě tzv. Center duševního zdraví (CDZ). Strategie určuje, že do roku 2023 by měla vzniknout síť CDZ o celkovém počtu 100 (1 CDZ obhospodařuje region čítající 100 000 obyvatel).

Na základě diskusí jak na odborné, tak na politické úrovni však došlo k závěru, že v první fázi implementace Strategie reformy psychiatrické péče bude dosažitelné a přiměřené, aby vznikla síť 30 CDZ. Redukce hodnoty tohoto klíčového indikátoru souvisí jak s finální výší Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF), tak s počtem odborného personálu, který je nyní v České republice uplatnitelný v rámci CDZ.

Strategie reformy psychiatrické péče dekomponovala základní ideové cíle na celkem 8 tematických oblastí (obr. č. 1) s tím, že oblast práce „Humanizace psychiatrické péče“ byla po detailní diskusi zrušena a nahrazena tematickou oblastí „Prevence“. Humanizace psychiatrické péče byla původně zamýšlena jako sada aktivit vedoucí ke zvyšování komfortu ve stávajících lůžkových zařízeních (v psychiatrických nemocnicích), ale tyto investice nebyly shledány Evropskou komisí jako žádoucí.

Další důvod spočíval v tom, že humanizace péče má být dopadem realizovaných aktivit definovaných ve strategii, tj. zejména v systematickém ukotvení komunitního pilíře péče, tedy CDZ.

Obrázek 1 Tematické oblasti aktivit - Strategie reformy psychiatrické péče



ZDROJ: Strategie reformy psychiatrické péče, MZ, 2013, str. 49.

3.3.1 Tvorba standardů a metodik

První tematická oblast práce logicky předchází všem realizačním aktivitám a zahrnuje závazné metodiky a standardy, podle kterých se budou realizovat konkrétní intervence. Jedná se zejména o standardy:

- Center duševního zdraví
- Akutních oddělení lůžkové psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích
- Prosté a rozšířené psychiatrické ambulance
- Následné a dlouhodobé péče (psychiatrické nemocnice)

Metodiky, které jsou nutné pro monitoring a evaluaci realizovaných aktivit, pokrývají tato témata:

- Kvalita života duševně nemocných
- Ekonomika duševního zdraví (EKODUZ)³⁷
- Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče (SKVP)³⁸(součástí jsou i transformační plány psychiatrických nemocnic)
- Měření míry stigmatizace (a destigmatizace) duševně nemocných, stejně jako oboru psychiatrie
- Vzdělávání odborného personálu (zdravotnické i nezdravotnické, sociální profese)
- Primární, sekundární a případně terciární prevence duševních onemocnění
- Systematické kontroly kvality péče (a dalších atributů, včetně monitoringu používání omezovacích prostředků, nežádoucích událostí apod.) v psychiatrických nemocnicích

³⁷ Projektový záměr včetně projektové dokumentace je připraven k realizaci (od 1/2014).

³⁸ Projektový záměr včetně projektové dokumentace je připraven k realizaci (od 1/2015).

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

3.3.2 Rozvoj sítě psychiatrické péče

Další oblast práce je zaměřena na rozvoj několika pilířů péče o duševně nemocné, a to zejména na systémovou podporu Center duševního zdraví, podporu dalších (k institucím alternativních) typů péče o duševně nemocné a v neposlední řadě rozvoj akutních lůžkových kapacit psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích.

Jak je definováno ve Strategii reformy psychiatrické péče, cílovou skupinou CDZ jsou primárně lidé s diagnostickým okruhem SMI (Severe Mental Illness), proto je nutné paralelně pracovat i s dalšími cílovými skupinami, jako jsou děti a dorost, pacienti s duševními poruchami způsobenými užíváním návykových látek, s afektivními poruchami a v neposlední řadě je třeba věnovat adekvátní péči též pacientům, kteří trpí duševními poruchami ve stáří.

Je proto nutné vytvořit skutečně koordinovaný a komplexní systém péče o duševně nemocné obecně. Vedle komunitních služby obhospodařujících pacienty s diagnostickým okruhem SMI je nutné vytvořit paralelní síť zdravotně-sociálních služeb pro děti a dorost, pro adiktologické diagnózy a konečně pro gerotnopsychiatrická onemocnění (zejména Alzheimerova demence). Právě toto bude pojímáno jako jedna z urgentních aktivit v dalším plánování péče o duševně nemocné. V oblasti práce „Rozvoj sítě psychiatrické péče“ budou realizovány především tyto aktivity:

- **Podpora systému Center duševního zdraví**

Bude podpořen vznik a pilotní provoz systému CDZ ve všech krajích České republiky po dobu nejméně dvou let, přičemž očekávaný počet podpořených CDZ v jednom kraji bude cca 2-3 (dle velikosti kraje a dostupnosti ostatních služeb psychiatrické péče, tedy s maximálním ohledem na regionální potřebnost). Systém a konkrétní typologie podpořených CDZ bude souladná s již existujícím akreditačním standardem CDZ. Aktivity financovány v rámci tohoto projektu budou koordinovány s investičními aktivitami podpořenými v Integrovaném regionálním operačním programu (IROP), přičemž budou v převážné míře spadat pod typologii výdajů ESIF bez nutnosti křížového financování. V rámci této aktivity bude konkrétně podpořena zvláště mzdová složka systému CDZ vždy ve vztahu k nutnosti zajištění pilotní fáze provozu CDZ, tj. před vlastním nasmlouváním příslušných kapacit péče ze systému zdravotních a sociálních

úhrad. Účelnost a efektivita jednotlivých subprojektů CDZ bude podléhat schválení MZČR jakožto realizátorovi projektu, přičemž kontroly a vlastní proces zařazení subprojektu CDZ k podpoře budou probíhat dle předem stanovené metodiky.

- **Podpora alternativních typů péče o duševně nemocné**

Projekt podpoří vznik, resp. rozvoj ke stávajícímu institucionalizovanému těžišti péče (psychiatrické nemocnice) alternativních služeb, které sice typologicky ve stávajícím stavu existují, nicméně nejsou dostatečně kapacitně personálně či metodicky zajištěny. Konkrétně se jedná o cílené programy ambulantního segmentu psychiatrické péče (ambulantní specialisté), zaměřené na metodickou podporu, příp. pilotní odzkoušení služeb komunitního typu (podpora činnosti komunitních sester a programů zacílených do komunity zajištěných ambulantními specialisty v oboru psychiatrie). Dále se jedná o podporu činnosti, resp. rozvoj činnosti stávajících stacionářů pro osoby duševně nemocné (cílené programy dle regionálních potřeb). Poslední aktivitou této subaktivity jsou programy rozvoje komunitních služeb cílených dle konkrétních regionálních potřeb zajišťovaných nemocnicemi všeobecného typu (jedná se zvláště o programy podpory péče ve vztahu k rozšíření kapacit ambulantní péče poskytované těmito poskytovateli péče). V každém kraji se počítá podpora 2-3 programů zajišťovaných ambulantními speciality v oboru psychiatrie, z hlediska rozvoje služeb stacionářů se očekává 10 podpořených stacionářů, počet programů zajišťovaných nemocnicemi všeobecného typu je očekáván v počtu 10 - 15 programů.

V této oblasti bude podporována péče klinických psychologů, dětských klinických psychologů a kvalifikovaná psychoterapeutická péče.

Podpora alternativních typů péče o duševně nemocné bude odvislá též od standardu *rozšířených psychiatrických ambulancí*, který nyní zpracovává Psychiatrická společnost ČLS JEP.

- **Rozvoj sítě akutních oddělení psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích**

Jak doložily zpracované analýzy (Raboch a Wenigová, 2012; Winkler et al., 2013), v České republice neustále klesá kapacita akutních psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích. Tyto investice budou v souladu s již vytvořenými standardy lůžkové péče na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a budou též

v souladu s výstupy projektu „Standardní klasifikace vybudovaného prostředí u poskytovatelů psychiatrické péče (SKVP)“ a taktéž v souladu s výstupy diskusí a analýz potřebnosti, které probíhají či probíhat budou na úrovni krajů ČR.

- **Kompetenční centrum pro podporu implementace Strategie reformy psychiatrické péče**

Součástí všech aktivit pokrývajících oblast „Rozvoj sítě psychiatrické péče“ bude i vytvoření tzv. kompetenčního centra určeného pro podporu implementace Strategie reformy psychiatrické péče.

V projektu bude subaktivitou vytvořena struktura k metodickému řízení odborné části projektu, resp. celkové reformy psychiatrické péče. V rámci této subaktivity vznikne síť koordinačních pracovníků alokovaných na jednotlivých krajích, kteří budou zajišťovat komunikaci mezi jednotlivými složkami péče vždy v daném, kraji tak, aby nově vzniklá CDZ, resp. další nově vzniklé, či projektem rozšířené služby měly dostatečnou návaznost na stávající regionální poskytovatele zdravotních a sociálních služeb pro osoby duševně nemocné. Projektem bude vytvořeno celkem 14 pracovních pozic (ekvivalent 14 FTE – Full Time Equivalent) krajských koordinátorů, jejichž odměňování bude během realizační fáze projektu zajištěno z rozpočtu projektu, přičemž z hlediska udržitelnosti se očekává od krajů převzetí typologické pozice koordinátorů po ukončení financování z projektu. Další aktivitou je metodická podpora a supervize nově vznikajících CDZ, přičemž v projektu vznikne 15, resp. 30 pracovních míst metodiků (ekvivalent 30 FTE), kteří budou ekvivalentem 1 FTE zajišťovat metodickou podporu a supervizi vždy dvěma vzniklým CDZ, resp. dalším službám dle regionálního rozložení daných podpořených služeb. Součástí subaktivity je rovněž externí, resp. interní zajištění analýz, evaluací a metodik ve vztahu k novému systému péče (očekává se vytvoření cca 6 analýz, např. právních aspektů nových služeb a legislativního prostředí, 4 evaluací a 4 metodik dle typů jednotlivých nových či inovovaných služeb). V rámci této subaktivity bude rovněž podpořena realizace odborných stáží pracovníků CDZ a pracovníků dalších služeb, včetně pracovníků MZD a krajů ČR, v službách obdobného typu v zahraničí, v menší míře rovněž odborných stáží v zařízeních poskytujících komunitní služby v ČR (celkový počet podpořených stážistů činí cca 90 osob). Předpokládaná délka trvání subaktivity je 5 let.

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

3.3.3 *Prevence*

V ESIF projektech budou podpořeny aktivity primární, sekundární i terciární prevence. Subaktivita podpoří systém prevence v oblasti duševního zdraví, přičemž realizace subaktivity spočívá v podpoře zvláště primární prevence s následným přesahem do prevence sekundární a terciární. Konkrétní strategie řešení subaktivity je založena na vytvoření funkčního systému osvětových aktivit ve vztahu k možnostem včasného rozpoznání příznaku duševní poruchy u osob ohrožených vznikem duševní poruchy (děti s rodinnými či výchovnými problémy, osoby pod stresem apod.), dále pak u vrstevníků těchto osob a jejich rodinných příslušníků. Specifický přístup pak představuje vzdělávání ve specifice duševních poruch mezi specialisty a osobami, které mají potenciál rozvíjející se duševní poruchu zachytit (lékaři prvního záhytu a pedagogičtí pracovníci). Subaktivita bude realizována pomocí specializovaných kurzů (očekává se podpora cca 900 osob), dále pak specializovaným programem pro dotčené skupiny (vytvoření programu s využitím webového rozhraní a distribuce preventivních materiálů do příslušných pracovišť, ordinací či škol).

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

3.3.4 *Destigmatizace a komunikace*

Jak ukazují nově provedené studie (Winkler et al., 2014), společnost v ČR je vůči duševně nemocným značně stigmatizující. V rámci těchto aktivit proto bude realizována podpora destigmatizačních aktivit se zvláštním důrazem na zavádění nového prvku systému CDZ. Destigmatizační programy v konkrétních lokalitách, kde budou realizovány pilotní provozy CDZ budou probíhat rovněž před spuštěním systému CDZ dle definovaných parametrů tak, aby jednotlivé komunity byly dostatečně informovány o tomto prvku systému, přičemž se očekává, že aktivity tohoto charakteru budou realizovány rovněž s přesahem na další lokality, kde bude systém CDZ v budoucnu zaveden. Druhou aktivitou v rámci subaktivity „podpora destigmatizačních aktivit“ je realizace celostátní vysoce cílené kampaně realizované ve spolupráci s neziskovým sektorem zaměřené na zvýšení povědomí o podstatě duševních poruch s cílem snížení sociální exkluze duševně nemocných. Aktivity tykající se CDZ budou probíhat cílenými lokálními informačními kampaněmi ozřejmujícími funkci CDZ v daném území (jedná se o letákové akce, besedy a přednášky). Co se týče celostátní vysoce cílené kampaně, pak

bude realizována osvětová kampaň zaměřená na duševně nemocné, rodiny duševně nemocných a laickou veřejnost (předpokládá se vytvoření televizních spotů vysílaného v televizi s celostátním dopadem, s následným využitím moderních komunikačních prostředků na sociálních sítích a za asistence dalších elektronických médií, kampaň dále bude doplněna tištěnými edukačními materiály, které budou umístěny na originálně vytvořeném webu projektu).

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

- edukace pacientů, rodin + metodiky jejich provádění
- kampaně, tisk, přednášky
- festivaly, dny otevřených dveří
- týden duševního zdraví

3.3.5 Vzdělávání a výzkum

Realizace vzdělávacích aktivit bude sloužit k zajištění dostatečných kapacit alternativní péče o duševně nemocné. V projektu bude podpořena realizace vzdělávacích akcí pro podporu odborného a personálního zabezpečení funkce CDZ, dále pak podpora specializačního vzdělávání v oblastech, které jsou nutné pro zajištění deinstitucionalizovaného systému péče o duševně nemocné, jedná se zvláště o podporu komunitní péče (specializační kurzy v oblasti komunitní sestra, sociální pracovník), podporu dostatečného odbornostního zajištění v oblastech krizové intervence a psychoterapie. Celková očekávaná délka této subaktivity je 4 roky a to v návaznosti na nutnost vytvoření standardů pro dané typy vzdělávání. Předpokládaný souhrnný počet osob zahrnutý do vzdělávání činí cca 400 podpořených osob. Podpora gramotnosti v oblasti symptomů a prevence duševních chorob bude rovněž zajišťována regionálními centry (Centry podpory zdraví), která budou rovněž podpořena dotačními tituly ESIF.

Dále bude podporováno postgraduální vzdělávání zdravotnických pracovníků v oborech vyznačujících se regionálními rozdíly v dostupnosti.

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

3.3.6 *Legislativní změny*

Oblast legislativních změn bude spočívat především v analýze podmínek a následné tvorbě samostatného zákona o duševním zdraví (*Mental Health Act*). Činnost této oblasti práce bude koordinována etablovaným kompetenčním centrem pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče. Předpokládá se vytvoření široké pracovní skupiny sestávající z relevantních ministerstev a dalších klíčových aktérů.

Konkrétní harmonogram je obsažen v příloze č. 1 „Harmonogram k AP „Prevence stresu a duševní zdraví“.

3.3.7 *Udržitelné financování*

Předpokladem pro efektivní a kvalitativně lepší péči je celkové navýšení finančních toků směřujících do péče o duševně nemocné (v první fázi inkrementální zvyšování objemu financí do roku 2020).

Ministerstvo zdravotnictví ČR vytvořilo k tématu dlouhodobé finanční udržitelnosti nového komunitního pilíře péče (CDZ), stejně jako k ostatním složkám systému péče o duševně nemocné (tj. lůžková a ambulantní péče) pracovní skupinu, kde jsou kromě zástupců MZ, MPSV, odborné obce, Asociace krajů ČR, NNO a uživatelů péče také zástupci VZP a Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Pracovní skupina vytvořila konsensuální návrh (model) financování Center duševního zdraví, nyní bude tento návrh diskutován s vedením VZP a ostatních zdravotních pojišťoven, ale taktéž s Asociací krajů ČR.

Dle výstupů pracovní skupiny budou náklady na roční provoz jednoho Centra duševního zdraví 15 mil. Kč s tím, že 2/3 nákladů budou pokrývat zdravotnické intervence (budou tedy pocházet ze systému veřejného zdravotního pojištění) a zbylá jedna třetina bude pokrývat sociální intervence (tudíž bude placena ze sociálního rozpočtu krajů ČR).

Center duševního zdraví bude do roku 2020, resp. 2023 v ČR celkem 30 (tj. 2-3 na kraj). Centra budou tvořena na základě regionální potřeby a tam, kde to bude vhodné, budou rozvíjet již existující služby (poskytovatele). Dohody s Řídícím orgánem (MMR) a s Evropskou komisí umožňují financování tzv. pilotního provozu těchto Center v celkové délce 18 měsíců. Poté je nutné hradit provoz již z národních zdrojů (tj. veřejné zdravotní pojištění a sociální rozpočet MPSV, resp. krajů ČR). Právě z tohoto důvodu na úrovni jednotlivých krajů již probíhají diskuse jak o designu Center duševního zdraví (stávající

poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb pro duševně nemocné), tak o financování (střednědobé plány sociálních služeb krajů ČR).

Je tedy nutné, aby po ukončení pilotního financování Center duševního zdraví byly zajištěny zdroje pro jejich další dlouhodobou udržitelnost. Jak bylo zmíněno výše, model financování je již pro komunitní pilíř péče o duševně nemocné (CDZ) k dispozici, nyní jej musí jak zdravotní pojišťovny, tak MPSV a kraje ČR schválit a do budoucna s těmito výdaji počítat.

Je nutné zdůraznit, že je třeba řešit financování celého systému komplexně, aby byl propojený a koordinovaný.

Pracovní skupina proto vytvoří *komplexní* návrh modelu financování s ohledem na síť služeb péče o duševně nemocné definovanou ve Strategii reformy psychiatrické péče do **31. 12. 2015.**

3.3.8 Meziresortní spolupráce

Poslední oblast práce je více přiblížena v subkapitole „Systém péče o duševně nemocné je nadresortní povahy“.

3.4 Podniknutí potřebných aktivit

Podniknutí potřebných (v jistém slova smyslu i optimálních) aktivit je možné jednoduše odvodit ze Strategie reformy psychiatrické péče, kde jsou definovány jednotlivé cílové stavy v rámci všech čtyřech pilířů poskytované péče. Není žádoucí se těmito hodnotami nyní zabývat, jsou k dispozici v citované publikaci³⁹ (str. 31-46).

³⁹ *Strategie reformy psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013. K dispozici online: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

4. Soustava indikátorů

4.1 Indikátory výstupu

4.1.1 Kapacita podpořených nových či inovovaných služeb

Definice: „Kapacita“ je maximální počet osob, které může podpořená služba v daném čase obsloužit. Číslo bývá omezeno velikostí personálu nebo fyzickým místem.

„Služba“ je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci.

„Nové či inovované služby“: služby nabízené poskytovatelem zdravotních služeb, který v systému dříve běžně nabízel pouze služby institucionálního charakteru (tj. psychiatrické nemocnice) a v rámci reformy začíná poskytovat rovněž služby komunitního typu.

Cílová hodnota: 150 (předpoklad minimálně 5 léčeben, každá je schopná v jednom konkrétním okamžiku poskytnout službu komunitního typu 30 osobám)

4.1.2 Kapacita podpořených neinstitutcionálních služeb psychiatrické péče

Definice: „Kapacita“ je maximální počet osob, které může podpořená služba v daném čas obsloužit. Číslo bývá omezeno velikostí personálu nebo fyzickým místem.

„Služba“ je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci.

„Neinstitutcionální služby“: služby nabízené zařízením, které poskytuje výhradně komunitní péči nebo pouze akutní péči (CDZ, stacionáře, všeobecné nemocnice).

Cílová hodnota: 6 225 (Předpoklad 30 CDZ a alternativních zařízení s nabídkou 3 služeb s celkovou kapacitou 200 osob. Předpoklad zapojení minimálně 15 všeobecných nemocnic nabízejících novou službu s kapacitou 15 osob.)

4.1.3 Počet nových nebo inovovaných služeb

Definice: „Služba“ je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci.

„Nové či inovované služby“: služby nabízené poskytovatelem zdravotních služeb, který v systému dříve běžně nabízel pouze služby institucionálního charakteru (tj.

psychiatrické nemocnice) a v rámci reformy začíná poskytovat rovněž služby komunitního typu.

Cílová hodnota: 5 (Předpoklad zapojení minimálně 5 psychiatrických nemocnic, přičemž každá nabízí jednu novou službu.)

4.1.4 Celkový počet podpořených účastníků⁴⁰

Definice: „Účastníci“ jsou osoby, které se účastní vzdělávacích akcí nebo využívají nově vytvořené služby. Do cílové hodnoty nejsou započítány osoby zasažené destigmatizačními a informačními kampaněmi.

Cílová hodnota: 7 000 (Předpoklad 3000 osob, které budou zapojeny do některé formy vzdělávání, ať už jako pracovníci poskytovatelů služeb nebo např. policie apod. + 4000 uživatelů péče v centrech duševního zdraví a dalších nově zřízených službách.)

4.1.5 Počet nových vytvořených programů informačních a destigmatizačních programů podpory duševního zdraví⁴¹

Definice: "Program" je aktivita či opatření, případně jejich soubor, s předem definovaným cílem.

Cílová hodnota: 25 (Předpoklad 14 programů realizovaných CDZ, 3 obecné/plošné programy MZd, 8 tematických dle diagnóz/životních situací programů realizovaných pravděpodobně NNO)

4.1.6 Kapacita podporovaných zdravotnických služeb

Cílová hodnota: 6 375

4.1.7 Počet podporovaných zařízení pro poskytování psychiatrické péče

Cílová hodnota: 70 (30 CDZ, minimálně 15 všeobecných nemocnic (s akutními lůžky), 20 stacionářů/ambulancí, 5 psychiatrických nemocnic.)

⁴⁰ Zde ve smyslu počet osob, kterých se realizace projektu přímo dotkla, např. klientů psychiatrické péče.

⁴¹ Zde např. ve smyslu destigmatizačního programu nebo programu prevence.

4.2 Indikátory výsledku

4.2.1 Počet obyvatel s přístupem k podpořeným novým či inovovaným službám

Definice: "Přístup" je počet obyvatel s přístupem dle normativu (počtu) na typ služby uvedeném ve Strategii reformy psychiatrické péče.

"Služba" je poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální či zdravotní situaci.

Cílová hodnota: 2,5 mil. (Předpoklad spádovosti nových služeb léčeben při zapojení 5 léčeben, každé se spádovostí cca 500 tis. obyvatel.)

4.2.2 Počet obyvatel k podpořeným neinstytucionálním službám psychiatrické péče

Definice: "Přístup" je počet obyvatel s přístupem dle normativu (počtu) na typ služby uvedeném ve Strategii reformy psychiatrické péče.

"Neinstytucionální" jsou služby, které jsou poskytované v přirozeném prostředí klienta, bez ohledu na formu poskytovatele.

Cílová hodnota: 3,75 mil. (Předpoklad podpory 30 CDZ (a alternativních poskytovatelů) se spádovostí 100 tis. na jedno centrum a minimálně 15 všeobecných nemocnic se spádovostí cca 50 000.)

4.2.3 Účastníci, kteří získali kvalifikaci po ukončení své účasti

Definice: Účastníci intervence ESF, kteří získali potvrzení o kvalifikaci po ukončení účasti na ESF projektu. Potvrzení o kvalifikaci je uděleno na základě formálního prověření znalostí, které ukázalo, že účastník získal kvalifikaci dle předem nastavených standardů.

„Po ukončení své účasti“ znamená od započetí své účasti do doby jeden měsíc po jejím ukončení.

Cílová hodnota: 2 000

4.2.4 Snížení počtu osob využívajících dlouhodobou péči v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče

Definice: Indikátor je zamýšlen pro užití na podpořená institucionální zařízení dlouhodobé psychiatrické péče. Institucionální zařízení dlouhodobé psychiatrické péče jsou definována v Strategii reformy psychiatrické péče.

Cílová hodnota: 15 %

4.2.5 *Kapacita podporovaných zdravotnických služeb*

4.2.6 *Průměrný počet dlouhodobých lůžek v institucionálních zařízeních dlouhodobé psychiatrické péče*

4.2.7 *Průměrná délka hospitalizace v institucích dlouhodobé psychiatrické péče*

Definice: Pokles průměrné délky hospitalizace v institucích dlouhodobé psychiatrické péče (psychiatrických nemocnicích) u pacientů s diagnózou skupiny F20-F29 - schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.

Cílová hodnota: 10 %

5. Časový rámec

Časový harmonogram jednotlivých aktivit je uveden v příloze č. 1 „Harmonogram AP Duševní zdraví“.

6. Náklady

Definování nákladů zahrnuje jak investice do tvorby, vedení a koordinačních aktivit realizace akčního plánu (maintanance), tak určení zdrojů na dodání samotného předmětu plnění.

Tabulka 1 Náklady podle tematických oblastí

Tematická oblast aktivit	Indikativní rozpočet
Tvorba standardů a metodik	8,6 mil. Kč*
Rozvoj sítě psychiatrické péče	980 mil. Kč*
Destigmatizace a komunikace	34,8 mil. Kč*
Vzdělávání a výzkum	64 mil. Kč*
Legislativní změny	4 mil. Kč
Udržitelné financování	4,8 mil. Kč
Meziresortní spolupráce	5,6 mil. Kč
Suma	1 101,8 mil. Kč

ZDROJ: Pravděpodobně ESIF

Tabulka 2 Náklady na koordinaci

Náklady na koordinaci a metodické vedení	48 mil. Kč*
---	-------------

ZDROJ: Pravděpodobně ESIF

7. Hlavní rizika (s vysokým dopadem)

- **Výstupy pracovních skupin dle jednotlivých témat (oblastí) reformy psychiatrické péče nebudou k dispozici včas (před zahájením projektu), resp. nebudou v odpovídající kvalitě.**

Míra pravděpodobnosti: Střední

Dopad: Vysoký

Opatření k řízení rizika: Zvýšená komunikace odboru EF s oddělením odpovědným za řízení reformy psychiatrické péče, účast zástupce EF na každé podskupině. Eskalace případného zpoždění přípravy na poradu vedení MZd.

- **Riziko politické nestability vzhledem k podpoře tématu reformy psychiatrie.**

Míra pravděpodobnosti: Nízká

Dopad: Vysoký

Opatření k řízení rizika: Dostatečná informovanost o epidemiologických a sociálních faktorech duševních nemocí napříč širokou, resp. odbornou veřejností se zahrnutím politických elit. Řízení rizika již probíhá.

- **Nedostatek prostředků na financování udržitelnosti výstupů projektu.**

Míra pravděpodobnosti: Střední

Dopad: Vysoký

Opatření k řízení rizika: Zvýšená pozornost a získání dohody zvláště s plátcí zdravotní péče ohledně závazku financování nově nastaveného systému. Řízení rizika již probíhá.

- **Nedostatek zájmu cílové skupiny.**

Míra pravděpodobnosti: Nízká

Dopad: Vysoký

Opatření k řízení rizika: Zvýšená pozornost při zvyšování informovanosti o projektu, jeho možnostech a benefitech, které podpora daných aktivit prostřednictvím projektu poskytne. Jedná se zvláště o období v počáteční fázi projektu.

8. Seznam tabulek a obrázků

Tabulky:

Tabulka 1: Náklady podle tematických okruhů

Tabulka 2: Náklady na koordinaci

Obrázky:

Obrázek 1: Tematické oblasti aktivit - Strategie reformy psychiatrické péče

Členové pracovní skupiny pro tvorbu AP pro Duševní zdraví

MUDr. Marta Holanová – Ambulantní psychiatrička,

Doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. – Česká Alzheimerovská společnost,

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRCPsych. – Psychiatrické centrum Praha a Národní ústav duševního zdraví,

Prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. – Česká lékařská komora,

MUDr. Erik Herman, Ph.D. – Sekce ambulantních psychiatrů PS ČLS JEP,

MUDr. Petr Hřibňák – Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR,

Mgr. Hana Jahnova – Asociace klinických psychologů ČR,

Doc. MUDr. Roman Jirák, CSc. – Gerontopsychiatrická společnost,

Doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D. – přednosta Psychiatrické kliniky FN Brno,

PhDr. Karel Koblic – Asociace klinických psychologů ČR,

Ing. Dana Kolařová, MBA – zástupkyně psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben),

Bc. Blanka Novotná – zástupkyně Psychiatrické sekce České asociace sester,

Prof. MUDr. Ivo Paclt, CSc. – Sekce dětské a dorostové psychiatrie PS ČLS JEP,

Prof. MUDr. Hana Papežova, CSc. – Sekce pro poruchy příjmu potravy PS ČLS JEP,

MUDr. Ondřej Pěč – Sekce sociální psychiatrie PS ČLS JEP, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET,

MUDr. Petr Popov MHA – Společnost pro návykové nemoci PS ČLS JEP,

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. – PS ČLS JEP, Psychiatrická klinika VFN, Praha,

Mgr. Pavel Říčan – FOKUS Vysočina, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (od 2014),

MUDr. Simona Papežová – Odborná konzultantka MZČR,

MUDr. Jan Tuček, Ph.D. – Sekce lůžkové psychiatrie PS ČLS JEP, Asociace krajů ČR,

Mgr. Barbora Wenigová – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví,

PhDr. Petr Winkler, Psychiatrické centrum Praha, Národní ústav duševního zdraví,

Ing. Josef Závíšek – Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR,

MUDr. Vladislav Žižka – zástupce psychiatrických léčeben (od 1. 7. 2013 psychiatrických nemocnic/léčeben).

Členové Pracovní skupiny:

PS ČLS JEP – Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.,

zástupce psychiatrických nemocnic/léčeben – MUDr. Martin Hollý,

zástupce ambulantní psychiatrické péče – MUDr. Juraj Rektor,

zástupkyně dětské a dorostové psychiatrie – MUDr. Iva Hodková,

zástupce NNO – Pavel Novák,

zástupce uživatelů psychiatrické péče – Jan Jaroš,

zástupkyně MPSV (Odbor posudkové služby) – Doc. MUDr. Libuše Čeledova, Ph.D.,

zástupkyně MPSV (Odbor sociálních služeb a sociální práce) – Bc. Andrea Dvořáková,

zástupkyně VZP – JUDr. Lenka Havlasová,

zástupkyně Svazu pojišťoven – MUDr. Irena Vágnerová, MBA,

zástupce České asociace sester – Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.,

zástupce Asociace krajů ČR – MUDr. Jan Tuček, Ph.D.,

Zástupci Ministerstva zdravotnictví:

ředitel Odboru evropských fondů,

vrchní ředitel pro ekonomiku/finanční ředitel,

ředitel Odboru zdravotních služeb,

náměstek pro zdravotní péči,

náměstek pro zdravotní pojištění,

vedoucí Strategické projektové kanceláře.