

**NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN  
PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ  
2020 — 2030**

LEDEN 2020



# NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020 — 2030

LEDEN 2020

Úřad vlády České republiky



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

# OBSAH

<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>6</b>
<b>PREAMBULE</b> .....	<b>7</b>
Realizační tým v abecedním pořadí .....	8
<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
Co je NAPDZ? .....	9
Na jaký vývoj NAPDZ reaguje? .....	10
Proč byla zvolena forma akčního plánu? .....	11
Jaká je vazba NAPDZ k jiným strategiím? .....	11
Jak se NAPDZ připravoval? .....	13
Odkud směřujeme? .....	13
Vize do roku 2030. ....	17
<b>NÁVRHOVÁ ČÁST</b> .....	<b>21</b>
<b>STRATEGICKÝ CÍL 1:</b>	
<b>Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.</b> .....	<b>21</b>
Specifický cíl 1.1	
Zajistit koordinaci mezirezortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadrezortního koordinačního systému. ....	21
Specifický cíl 1.2	
Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni. . .	23
Specifický cíl 1.3	
Vytvořit nástroje koordinovaného poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví a přechodu od institucionální péče ke komunitní. ....	24
Specifický cíl 1.4	
Zavést kvalitu péče jako důležitý aspekt v řízení sítě služeb v oblasti duševního zdraví. ....	26
Specifický cíl 1.5	
Zavést metodiku pro výzkum a hodnocení politiky a služeb v oblasti duševního zdraví. ....	27
Specifický cíl 1.6	
Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví. ....	29
<b>STRATEGICKÝ CÍL 2:</b>	
<b>Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.</b> .....	<b>32</b>
Specifický cíl 2.1	
Zvýšit podíl financí plynoucích do oblasti péče o duševní zdraví s cílem rozvoje komunitního systému péče a prevence chudoby lidí s duševním onemocněním .....	32
Specifický cíl 2.2	
Vytvořit funkční systém primární prevence a včasné intervence v oblasti duševního zdraví pokrývající celý životní cyklus od narození až do seniorského věku. ....	35
Specifický cíl 2.3	
Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému. ....	37
Specifický cíl 2.4	
Realizovat celostátní destigmatizační iniciativu. ....	40

**STRATEGICKÝ CÍL 3:**

<b>Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována. ....</b>	<b>41</b>
Specifický cíl 3.1	
Systematicky upravit společenské prostředí tak, aby byla možná implementace závazků plynoucích pro ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv.....	41
Specifický cíl 3.2	
Zavést oblast lidských práv jako integrální součást hodnocení kvality poskytované péče o duševní zdraví. ....	42
Specifický cíl 3.3	
Zohlednit rovné příležitosti mužů a ženy v oblasti duševního zdraví. ....	43

**STRATEGICKÝ CÍL 4:**

<b>Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby. ....</b>	<b>45</b>
Specifický cíl 4.1	
Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.....	45
Specifický cíl 4.2	
Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k péči komunitní, zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic. ....	47
Specifický cíl 4.3	
Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci. ....	50
Specifický cíl 4.4	
Zavést systém pro zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví. ....	52

**STRATEGICKÝ CÍL 5:**

<b>Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví. ....</b>	<b>54</b>
Specifický cíl 5.1	
Systémově (mezirezortně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní) .....	54
Specifický cíl 5.2	
Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví. ....	56
Specifický cíl 5.3	
Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví. ....	58

<b>VYSVĚTLIVKY K ROZPOČTU .....</b>	<b>59</b>
-------------------------------------	-----------

<b>REFERENCE .....</b>	<b>60</b>
------------------------	-----------

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1:** Výčet konkrétních oblastí a cílů relevantních mezinárodních a národních strategických materiálů, které NAPDZ zahrnuje.

**Příloha 2:** Analytická část NAPDZ

**Příloha 3:** Analýza obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním a variantní popis možných cílových stavů a kritických bodů předpokládaných organizačně právních postupů pro jejich dosažení

**Příloha 4:** Modelace nákladů k NAPDZ – invalidní důchody

**Příloha 5:** Modelace nákladů k NAPDZ – příspěvek na péči

**Příloha 6:** Omezovací prostředky v psychiatrii – souhrnná zpráva

**6a:** Právní pohled na používání omezovacích prostředků

**6b:** Zpráva z kvalitativního výzkumu

**6c:** Rešerše kvalitativního výzkumu omezovacích prostředků

**6d:** Shrnutí dat z evidence omezovacích opatření

**Příloha 7:** Náklady na zdravotní péči v oblasti duševního zdraví

**Příloha 9:** Analýza stávající právní úpravy systému péče o duševní zdraví v ČR

**Příloha 10:** Analýza současného stavu financování psychiatrické péče v ČR

**Příloha 11:** Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení

**Příloha 12:** Zpráva o současné situaci ve vzdělávání psychiatrů a doporučení pro systémová opatření

Přílohy 3 až 12 jsou podpůrnými materiály zpracované odborníky předkládané k lepšímu porozumění problematice a také návrhy modelů financování. Nejde o závazné dokumenty, jsou vládě ČR předkládány pouze pro informaci a jejich účelem není sloužit jako základ změn v zákonech či prováděcích právních předpisech. K tomuto budou sloužit analýzy zpracované na mezirezortní úrovni a schválené vládou ČR či subjektem v jehož gesci je naplňování daného opatření. Příloha č. 8 byla v rámci mezirezortního připomínkového řízení odstraněna.

# PREAMBULE

Strategie tu nejsou pro strategie. Jsou nástrojem změny, které chceme dosáhnout, nikoli vlastním účelem. Při jejich naplňování nikdy nesmíme ztratit ze zřetele cíl, který je za nimi. Strategie před nás kladou postupně se rozvíjející dílčí úkoly v kratších časových úsecích, a tím nám pomáhají velké problémy vůbec uchopit. Čas od času však musíme zvednout hlavu a přesvědčit se, zda náš kompas ukazuje stále k severu.

Implementace Strategie reformy psychiatrické péče je v polovině své realizace. To je vhodná doba k tomu zvednout hlavu a přehlédnout celý problém znovu, v úplnosti. Mění se kontext, mění se povaha problémů a jejich chápání, vyvstávají též problémy, které nebylo možno předvídat v době vzniku strategie. Musíme si říci, co to znamená pro Strategii reformy psychiatrické péče a co to znamená pro náš společný velký cíl, kterým je zlepšit duševní zdraví obyvatel České republiky. Výsledkem této rozvahy je Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030.



Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA  
Ministr zdravotnictví ČR

## REALIZAČNÍ TÝM v abecedním pořadí

**Doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.**

Psychiatrická společnost ČLS JEP

**Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.**

Ústav zdravotnických informací a statistiky

**PhDr. Ivan Duškov**

předseda Výkonného výboru reformy psychiatrie

**Ing. Jakub Haas**

Ministerstvo financí, odbor rozpočtové politiky  
společensky významných odvětví

**MUDr. Martin Hollý, MBA**

Psychiatrická společnost ČLS JEP

**Ing. Vanda Horná, MBA**

Ministerstvo zdravotnictví,  
odbor koncepcí a reforem

**RNDr. Dana Chrtková, CSc.**

Národní ústav duševního zdraví

**PhDr. Lenka Krbcová Mašínová**

Ministerstvo zdravotnictví, projekt  
Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

**Ing. Jiří Mrázek, MBA**

Všeobecná zdravotní pojišťovna,  
odbor úhrad zdravotní péče

**Mgr. Tereza Palánová**

Ministerstvo zdravotnictví, projekt  
Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

**MUDr. Simona Papežová**

Ministerstvo zdravotnictví, projekt  
Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

**Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.**

Psychiatrická sekce České asociace sester

**MUDr. Jan Pfeiffer**

Ministerstvo zdravotnictví, gestor projektu  
Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II

**MUDr. Dita Protopopová, Ph.D.**

Ministerstvo zdravotnictví, gestorka projektu  
Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné

**Mgr. Klára Šimáčková Laurenčíková**

Ministerstvo zdravotnictví, gestorka projektu  
Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné

**PhDr. Petr Winkler**

Národní ústav duševního zdraví, gestor projektů  
MERRPS a Včasná detekce a včasná intervence  
a Destigmatizace lidí s duševním onemocněním



# ÚVOD

## CO JE NAPDZ?

Národní akční plán pro duševní zdraví do roku 2030 (dále též NAPDZ) je implementačním dokumentem hned tří strategických dokumentů. Stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie reformy psychiatrické péče 2013—2023 (MZd, 2013), u kterých existují zjevné implementační deficity. Je jedním z implementačních dokumentů vládou ČR schváleného Strategického rámce Česká republika 2030 (MŽp, 2017) a v neposlední řadě rozpracovává konkrétní oblast paralelně vznikajícího Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 „Zdraví 2030“ (t. č. v přípravě k předložení vládě ČR ke schválení) vč. implementačního plánu (Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče – část za reformu péče o duševní zdraví).

NAPDZ stanovuje finanční nároky na dosažení cílů a mechanismy, kterým se bude realizace opatření promítat do rozpočtu (státního rozpočtu a rozpočtu ostatních veřejných rozpočtů, resp. rozpočtů ostatních zúčastněných rezortů a institucí), a v relevantních případech identifikuje alternativní zdroje financování (EU fondy apod.).

V rámci NAPDZ je u všech opatření jasně určena zodpovědnost za jejich naplňování. Jsou stanoveny indikátory pro měření úspěšnosti v naplňování cílů. Efektivita opatření a postup implementace budou průběžně vyhodnocovány; k tomu účelu jsou vytvořeny příslušné mechanismy.

Řešená agenda je průřezová, vyžaduje intenzivní spolupráci více orgánů veřejné správy. Akční plán má svého nositele – vlastníka, jímž je, vzhledem k nadřazenosti řešené problematiky, premiér České republiky. Zřízená Rada vlády pro duševní zdraví, s premiérem České republiky jako předsedou, má koordinační roli při implementaci tohoto dokumentu. V návaznosti na tento institut bude před započátkem implementace NAPDZ vytvořen efektivní řídicí mechanismus, který bude postaven na existující metodice řízení projektů reformy psychiatrické péče a bude využívat tento funkční model řízení, včetně existujících lidských zdrojů. Přes zachování dominantní role Ministerstva zdravotnictví bude přesunem koordinace na vládní úroveň zajištěna potřebná součinnost ostatních rezortů.

NAPDZ vychází z nadřazených strategických dokumentů a mezinárodních úmluv, respektuje rovněž sektorové či průřezové strategické dokumenty téže úrovně.

NAPDZ je tvořen ve stejné době jako další dva souběžně vznikající akční plány: Národní akční plán pro Alzheimerovu demenci a obdobná onemocnění (NAPAN+) a Národní akční plán prevence sebevražd (NAPPS). Aby nedocházelo k nežádoucí dvoukolejnosti a duplicitám ve vládou zadaných úkolech, tak NAPDZ problematiku řešenou v těchto dvou národních dokumentech neošetřuje, ale ve svých cílech a opatřeních na tyto plány navazuje a na relevantních místech na ně odkazuje.

Akční plán odpovídá doporučením Světové zdravotnické organizace (WHO, 2009).

## NA JAKÝ VÝVOJ NAPDZ REAGUJE?

K vytvoření akčního plánu existují tři hlavní věcné důvody.

V první řadě se proměnil myšlenkový rámec, ve kterém je třeba o problémech duševního zdraví a psychiatrické péče uvažovat. Postupem doby se stále víc etabluje koncept bio-psycho-sociálního modelu. Mění se společenské vnímání duševního zdraví. A začíná být docenován význam prostředí (např. zaměstnání, vzdělávací systém), které může být zdrojem rizik duševní zdraví ohrožujících, či přímo příčinou duševního onemocnění, ale právě proto se v něm také může účinně zasáhnout a rizika mírnit. V tomto kontextu již není postačující zajišťovat kvalitní péči o lidi s duševním onemocněním v podobě, v jaké ji řeší Strategie reformy psychiatrické péče. Je nutné zaměřit se na udržení duševního zdraví celé populace, tedy doplnit k dosavadnímu přístupu významný aspekt prevence a časné intervence.

Dále se ukázalo, že klíč k realizaci některých záměrů Strategie reformy psychiatrické péče spočívá v rukou jiných ministerstev než Ministerstva zdravotnictví. Pokud se nezdaří aktivní mezirezortní spolupráce, nebude možné dosáhnout ani původních cílů této strategie, o reakci na další změny ani nemluvě. Selhání by přitom mohlo mít závažný dopad na celou Českou republiku. Dopad nejen v oblasti duševního zdraví, ale též v oblasti finanční, potažmo mezinárodněpolitické. Strategie reformy psychiatrické péče je totiž ve své první fázi implementována formou projektů podpořených z Evropských strukturálních fondů ve výši cca 1 mld. Kč. Prostředky byly poskytnuty na základě schválení tzv. předběžné podmínky. V této předběžné podmínce se ČR zavazuje ke zpracování strategického dokumentu v rezortu zdravotnictví, v oblasti péče o duševní zdraví je předběžná podmínka naplňována Strategií reformy psychiatrické péče.

**V tomto dokumentu jsou definovány následující cíle:**

- přesunout dlouhodobě hospitalizované pacienty / klienty s převahou sociálních potřeb (cca 30 % pacientů / klientů hospitalizovaných u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie do komunity, a tím současně snížit lůžka následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 1200 lůžek do roku 2022;
- zřídit zdravotně sociální terénní týmy, které deinstitucionalizovaným osobám s duševním onemocněním zajistí péči a rehabilitaci – do roku 2022 se jedná o 30 Center duševního zdraví (CDZ);
- zajistit bydlení pro deinstitucionalizované osoby s duševním onemocněním v komunitě (Domov se zvláštním režimem (DZR), chráněné bydlení atd.), tzn., že Ministerstvo zdravotnictví mělo ve spolupráci s Ministerstvem pro místní rozvoj a Ministerstvem práce a sociálních věcí vytvořit plán rozvoje těchto služeb a ten zveřejnit do konce roku 2018;
- představit, jak bude zajištěno rozdělení kompetencí pro zdravotní a sociální služby, včetně kooperace na úrovni Ministerstev sociálních věcí a zdravotnictví a příspěvku na financování reformy ze zdravotního a sociálního rozpočtu. Nakonec by správní orgány měly specifikovat, jak budou regiony, autonomně poskytující sociální služby, zapojeny do procesu.

Při posuzování splnění této podmínky si EK vyžádala doplňující podklady právě ke Strategii reformy a zjišťovala, jakým způsobem chce ČR zajistit naplnění cílů Strategie reformy – zejména snížení počtu lůžek o 1200 lůžek. Následně tzv. předběžnou podmínku schválila, ale podmíněně s požadavkem na aktualizaci Akčního plánu pro oblast duševního zdraví tak, aby obsahovala opatření směřující k zajištění nezávislého života a zajištění dodržování článku 19 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením<sup>1</sup>. Vzhledem k tomu, že pokračování reformy péče o duševní zdraví by mělo být jedním z témat pro podporu z EU fondů i v období 2021–2027, je nutné usilovat o co nejefektivnější naplnění cílů Strategie reformy psychiatrické péče, neboť toto bude jistě předmětem posouzení ze strany EK a může mít v případě neplnění negativní vliv na výši prostředků alokovaných do této oblasti.

<sup>1</sup> Remaining criterion of the thematic ex-ante conditionality 9.3 (Health) „measures foreseen will stimulate efficiency in the health sector through deployment of service delivery models and infrastructure“

Pokud se záměrů v oblasti duševního zdraví nechopí ve větší míře také jiné rezorty než Ministerstvo zdravotnictví, reálně hrozí, že Česká republika nebude schopna dostát uvedené předběžné podmínce se všemi důsledky, které to pro její čerpání z ESIF (Evropské sociální a investiční fondy) znamená. Z uvedeného vyplývá potřeba, aby téma duševního zdraví vzala za své celá vláda ČR, všechny rezorty a mezirezortní spolupráce nabyla daleko intenzivnější podoby. Ministerstvo zdravotnictví může mít a bude mít koordinační roli, ale musí být podpořeno rovnocenným a plnohodnotným zapojením ostatních rezortů a subjektů.

Konečně za třetí, teprve naplňováním Strategie reformy psychiatrické péče začaly vyvstávat nové otázky, na které nemohla být odpověď nalezena předem, dokud se nezhmotnily v konkrétní podobě. Nejdůležitějšími z těchto otázek, respektive problémových oblastí je legislativní a finanční ošetření zdravotně-sociálního pomezí, problematika vysokého rizika chudoby u lidí se závažnými duševními nemocemi, rozvoj a změna systému poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, definice a rozvoj systému péče o potenciálně nebezpečné pacienty/klienty a pacienty/klienty v ochranné léčbě a již zmíněná oblast prevence, která, pokud není adekvátně podpořena, přináší do systému péče nadměrnou zátěž ve formě plně rozvinutých preventabilních nemocí. Všechny výše identifikované oblasti opět vyžadují výrazné zapojení relevantních rezortů (MPSV, MŠMT, MMR, MSp) a krajů.

## PROČ BYLA ZVOLENA FORMA AKČNÍHO PLÁNU?

Je třeba dokončit původní záměry spojené se Strategií reformy psychiatrické péče. Tyto záměry přitom vzhledem k úzkému zaměření podpory z Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) a k určení výlučně Ministerstva zdravotnictví jako nositele této strategie nebylo možno do implementačního plánu explicitně přepsat. Některé aktivity proto vázly. Platnost zmíněné strategie přitom v roce 2023 vyprší. Musí existovat plán, jak vyřešit problémy a dokončit původní a stále žádoucí záměry, nikoli jak pouze formálně provést administraci strategie. Proto nelze plán omezit rokem 2023.

Současně je třeba zohlednit proměny vnímání a uchopení duševního zdraví, stejně jako problémy nové. Bude třeba nového strategického dokumentu, který je postihne a který naváže na Strategii reformy psychiatrické péče. Tímto dokumentem je paralelně připravená koncepce zdravotnictví Zdraví 2030, jejíž jedna část bude poskytovat strategickou oporu právě konkrétním postupům v oblasti duševního zdraví. Analýza, která je přílohou NAPDZ, byla jak podkladem pro další postup ve věci naplnění Strategie reformy psychiatrické péče, tak podkladem pro formulaci strategických cílů výše zmíněného Strategického rámce Zdraví 2030.

## JAKÁ JE VAZBA NAPDZ K JINÝM STRATEGIÍM?

Níže je uveden výčet relevantních nadřazených strategických dokumentů i mezinárodních úmluv, které se Česká republika zavázala dodržovat. NAPDZ rovněž respektuje strategické dokumenty ostatních rezortů. Detailní uvedení konkrétních cílů a oblastí propojených s NAPDZ bylo pro velký rozsah zařazeno do Přílohy č. 1.

### 1.1 MEZINÁRODNÍ:

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Sb. m. s., 2010)
- Úmluva o právech dítěte (Sb. m. s., 2010)
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (Sb.z., 1976)
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Sb.z., 1992)
- WHO Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020 (WHO, 2015)
- European Commission Green Paper: Improving the Mental Health of the Population. Towards A Strategy on Mental health for the European Union (Evropská komise, 2005)
- The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable development (Patel et al., 2018)
- Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj / Cíle udržitelného rozvoje SDGs (MŽp, 2018)
- Country report – Investiční priority k financování politiky soudržnosti v období 2021—2027 pro ČR (příloha D, EK, 2019)
- Obecné nařízení (Škorňa, 2019; MMR, 2019) pro využívání ESIF v programovém období 2021—2027, pět jasně stanovených cílů politiky
- Doporučení Rady OECD k integrovanému přístupu k duševnímu zdraví, dovednostem a práci (dobrovolný závazek v návaznosti na OECD materiály „Sick on the Job?“, 2012, „Making Mental Health Count“, 2014 a „Fit Mind, Fit Job“, 2015), (OECD, 2019)
- VOP. Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Závěrečná doporučení k šesté periodické zprávě České republiky, 6. 6. 2018, VOP, 2018)
- Strategie pro zdravotně postižené 2020+ (připravovaný nástupnický dokument) dle jednání na vysoké úrovni (Paříž, březen 2019)

### 1.2 NÁRODNÍ:

- Listina základních práv a svobod (Sb.z., 1992)
- Strategický rámec Česká republika 2030 (MŽp, 2017)
- Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (MZd, 2013)
- Národní strategie ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“, Akční plán č. 3: Duševní zdraví (MZd, 2015)
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016—2019 (MZd, 2016)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2016—2025 (MPSV, 2015)
- Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 (MPSV, 2013b)
- Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 (aktualizovaná verze k 31. 12. 2014, MPSV, 2013) a Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2018—2022
- Koncepce sociálního bydlení pro 2015—2025 (MPSV, 2015b)
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015—2020 (ÚV, 2015)
- Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2014—2020 (ÚV, 2014)
- Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019—2022 (ÚV, 2014b)
- Strategie sociálního začleňování 2014—2020 a koncept připravované „Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020 (MPSV, 2014)
- Národní strategie ochrany práv dětí (MPSV, 2012)
- Strategie vzdělávání 2020 (MŠMT, 2014)
- Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020 (ÚV, 2016)
- Národní koncepce realizace politiky soudržnosti v ČR po roce 2030 (MMR, Podklad pro dohodu o partnerství pro období 2021—2027, verze před MPŘ 10. 6. 2019)
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019—2027 (ÚV, 2019)
- Akční plán realizace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019—2021
- Návrh základní sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty / klienty (Miovský, Popov, 2019)

## JAK SE NAPDZ PŘIPRAVOVAL?

Tvorba NAPDZ byla předsedou vlády zadána koordinačně relevantnímu rezortu, konkrétně ministru zdravotnictví ČR.

Technická tvorba NAPDZ byla svěřena pracovnímu týmu odborníků, který práci započal na podzim 2018 a od ledna 2019 se pak scházel s týdenní periodicitou.

NAPDZ byl připravován transparentně a nestranně. Do jeho tvorby byl zahrnut co možná nejširší okruh zainteresovaných stran (stakeholderů). Pro tento účel posloužil jako základní koordinační těleso tzv. Výkonný výbor pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče, ve kterém je zastoupena většina klíčových zájmových stran, kterých se politika duševního zdraví dotýká<sup>2</sup>. Setkání Výkonného výboru jsou pravidelná, v měsíčních intervalech. Zástupci jednotlivých projektů se spolu s vedením Psychiatrické společnosti ČSL JEP navíc setkávají 1x týdně k projednání aktuálních potřeb implementace Strategie reformy psychiatrické péče, a tyto porady sloužily rovněž ke sběru podnětů jednotlivých stakeholderů pro účely tvorby NAPDZ.

Přípravné práce začaly v některých směrech již dříve, vyhodnocováním řady aspektů Strategie reformy psychiatrické péče. Ke specifické otázce kvality péče byl během roku 2018 uspořádán kulatý stůl v každém kraji ČR, kde byly sbírány podněty zástupců zdravotních a sociálních odborů krajů, uživatelů i poskytovatelů, a to za obecnou psychiatrii, dětskou psychiatrii, gerontopsychiatrii i adiktologii.

K NAPDZ byly všem zájmovým skupinám (uživatelům, poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb, odborným společnostem, zástupcům ostatních ministerstev a krajům) rozeslány dotazníky, prostřednictvím kterých se stakeholderi vyjádřili ke všem doménám NAPDZ. Tyto vstupy byly v Národním ústavu duševního zdraví (NÚDZ) zpracovány a posloužily pracovnímu týmu jako jeden ze vstupů.

31. 1. a 19. 2. 2019 proběhlo na platformě MERRPS (Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb) setkání odborníků za účelem sběru podnětů k již rozpracovanému materiálu.

28. 2. a 1. 3. 2019 proběhly dvě odborné konference pro všechny zainteresované skupiny, včetně zástupců ostatních ministerstev, kde byl již představen a připomínkovan návrh NAPDZ.

Konkrétní cíle a opatření byly diskutovány na individuálních jednáních s relevantními rezorty.

Při tvorbě akčního plánu byly respektovány základní atributy tvorby strategických dokumentů, které jsou obsaženy a zdůrazněny mj. v Metodice přípravy veřejných strategií (MMR, 2019) a v doporučeních Světové zdravotnické organizace (WHO, 2009).

## ODKUD SMĚŘUJEME?

Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody (WHO, 2014).

<sup>2</sup> <http://www.reformapsychiatrie.cz/category/vykonnivybor/>

Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě (Vigo, Thornicroft, Atun, 2016). Pokud použijeme ukazatel DALY<sup>3</sup> (Disability Adjusted Life Years), zde duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 %, což je srovnatelné s onemocněními onkologickými.

Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu, více než 7 % u úzkostných poruch, přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese), téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % u psychotických poruch (Winkler et al., 2018). Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé.

Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace (Kondratová et al., 2018; Krupchanka et al., 2018). Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese (Elbogen, Johnson, 2009). Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Přibývá dětí s poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častěji se vyskytují poruchy chování a úzkostné poruchy u dětí a jako nový a alarmující trend pozorujeme zvyšování frekvence sebepoškození a suicidálních pokusů mezi adolescenty (informace z mapování zajištěného Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČLS JEP). Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení, což je hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí s cílem žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení daná duševní nemocí (Anthony, 1993).

Ekonomické náklady související se špatným duševním zdravím jsou enormní. Dopadají jak na lidi s duševním onemocněním samotné (skrze vysokou míru nezaměstnanosti), tak na zaměstnavatele a stát. Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. eur a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s ušlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady (Ehler et al., 2013). Duševní onemocnění jsou nejrychleji rostoucí příčinou přiznání invalidních důchodů a příspěvků na péči (Janoušková et al., 2001; Janoušková et al., 2014).

Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním (Höschl et al., 2012; Winkler et al., 2017; Winkler et al., 2018; Winkler et al., 2018b; Winkler et al., 2016). Pojem komunitní péče je v kontextu reformy péče o duševní zdraví používán v souladu s mezinárodní definicí, kdy označuje péči ve vlastním sociálním prostředí, ne jednotlivé služby. Ze služeb obvykle zahrnuje multidisciplinární terénní týmy, psychiatrické ambulance, ambulance klinických psychologů, akutní lůžkovou péči poskytovanou ve všeobecných nemocnicích, denní stacionáře, podporované bydlení a apod. Dlouhodobé hospitalizace jsou spojeny s nenaplňováním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (WHO, 2018), ale také se zvýšeným rizikem sebevražd po propuštění z péče (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská et al., 2015). Síť lůžkových zařízení jak akutní, tak následné péče je rozmístěna velmi nerovnoměrně, počty lůžek akutní péče jsou neadekvátně nízké a nejsou integrovány do všeobecných nemocnic a napojeny na komplement somatické medicíny. Je nízká dostupnost psychoterapie. V oblasti péče o duševní zdraví dětí, je nedostatečná síť ambulantních služeb, což vede k neúnosně dlouhým čekacím dobám. Dále chybí pokrytí akutní lůžkovou péčí. Pedopsychiatrická lůžková oddělení u poskytovatelů následné lůžkové péče v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie jsou často personálně dimenzována na následnou péči, a nepřijímají akutní

<sup>3</sup> Spojením všech roků prožitých s disabilitou v důsledku onemocnění (YLD – Years Lived with Disability) se všemi roky ztracenými v důsledku předčasných úmrtí spojených s onemocněními (YLL – Years Life Lost) vzniká globální ukazatel roků poznamenaných onemocněními (DALY – Disability Adjusted Life Years).

pacienty. Pouze malá část lůžkových zařízení tak splňuje nároky na akreditaci pro vzdělávání v předatestační přípravě což omezuje navýšení personálních kapacit v oboru. Dále, děti a dospívající bývají hospitalizováni relativně daleko od svého bydliště a rodiče je nemohou často navštěvovat a účastnit se rodinných terapií. Tímto jsou postiženy zejména rodiny s nižším socioekonomickým statusem, ve kterých je zároveň vyšší riziko duševních onemocnění. V naprosté většině nemocnic není na pediatrických lůžkách dostupná konziliární péče a pacienti se zjevnými problémy v oblasti duševního zdraví jsou tak propouštěni bez potřebného návrhu další péče. Služby pro děti a dorost jsou rezortně oddělené a spolupráce ministerstev na jejich integrované práci není efektivní. Rodiny jsou tak odkázány na samostatné vyhledávání odborné péče, v rámci které ovšem vážně vzájemná komunikace (informace zpracovaná Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČSL JEP). Komunitní péče je nedostatečně rozvinutá, selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života (včetně bydlení a zaměstnání). Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Multidisciplinární způsob práce jakožto neefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče, komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů. Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce s lidskými zdroji. Uživatelé péče jsou pouze v roli konzumentů péče, bez možnosti zasahovat do jejího řízení, kontroly či poskytování.

Stigmatizace je vysoká nejen v české obecné populaci, ale také mezi lékaři (Winkler, Csémy et al., 2015; Winkler, Mladá et al., 2016). Malá pozornost je věnována problematice duševního zdraví u dětí a mladistvých, a to jak v oblasti prevence, tak léčebné péče. Podobná situace je u seniorů. Stejně tak je nedostupná i komplexní péče a podpora pro rodiny, které jsou neúměrně dlouhou dobu vystaveny vysoké emoční zátěži s nadměrnou mírou stresu, která může vyústit v chronické duševní onemocnění.

Řízení systému péče o duševní zdraví je rozděleno dle gescí jednotlivých ministerstev, kde největší podíl nese MZd a MPSV, následované MŠMT a MSp. Navíc i v rámci MZd je zodpovědnost za síť služeb přenesena na zdravotní pojišťovny a z MPSV na kraje. V tomto prostředí je efektivní řízení jen velmi obtížně realizovatelné a spolu s roztržitou legislativou a nepropojeným financováním zakládá na nekoordinovaný, fragmentovaný systém péče s nedostatečnou efektivitou a benefitem pro její příjemce. I rozhodování v rámci jednotlivých segmentů péče je často netransparentní, financování nepodporuje žádoucí chování poskytovatelů, což je dáno nejen nízkou mírou dostupné evidence, ale také sociokulturními faktory (Winkler, Krupchanka et al., 2017; WHO, 2018b). Podrobná situační analýza je rozpracovaná v Příloze č. 2.

Systémové změny reagující na výše popsanou situaci spustila reforma péče o duševní zdraví, jejíž základní rámec byl popsán ve Strategii reformy psychiatrické péče vydané Ministerstvem zdravotnictví v roce 2013 (MZd, 2013) a v Národní strategii ochrany a podpory zdraví „Zdraví 2020“ (v Akčním plánu č. 3: Duševní zdraví, MZd, 2015). Nosnou myšlenkou těchto dokumentů je podpora kvalitních, v blízkosti domovů lidí dostupných služeb, které respektují lidská práva a funkčnost zajišťují skrze multidisciplinární týmy v dobře vymezených regionech.

K implementaci první etapy reformy byla dojednána výrazná podpora v podobě Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF), a to programu OPZ (Operační program zaměstnanost) a IROP (Integrovaný regionální operační program). Rok 2017 byl reálně prvním rokem, kdy byly schváleny a započala se realizace projektů reformy financovaných z programu OPZ (výzva č. 39 s alokací cca 1 mld. Kč pro období let 2017–2021). Program OPZ je určen na tzv. měkké projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. Příjemci dotace jsou Ministerstvo zdravotnictví (MZd), Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) a Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

**Tabulka 1. Projekty Reformy psychiatrické péče podpořené z OPZ.**

NÁZEV PROJEKTU	PŘÍJEMCE
Podpora vzniku Center duševního zdraví I (CDZ I)	MZD
Podpora vzniku Center duševního zdraví II (CDZ II)	
Podpora vzniku Center duševního zdraví III (CDZ III)	
Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné (Deinstitucionalizace)	
Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné (Nové služby)	
Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným (Multidisciplinarita)	
Analytická a datová podpora reformy psychiatrické péče (Analytická a datová podpora)	ÚZIS
Včasná detekce a včasná intervence (Včasná intervence)	NÚDZ
Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče (Destigmatizace)	
Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb (MERRPS)	

Zdroj: MZd

V rámci těchto projektů postupně vzniká do roku 2022 30 center duševního zdraví rovnoměrně rozmístěných po celé ČR, jako páteře budoucí sítě cca 100 CDZ. CDZ neboli zdravotně-sociální multidisciplinární týmy pro závažně duševně nemocné jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním. Podobně bude pilotována konkrétní podoba komunitní péče ve formě multidisciplinárních týmů pro pedopsychiatrické pacienty/klienty, gerontopsychiatrické pacienty/klienty, pacienty/klienty s problematikou závislosti na návykových látkách a pro pacienty/klienty s nařízeným ochranným léčením, vždy na 2-3 týmech pro každou cílovou skupinu. Na 6 provozech budou ověřeny standardy ambulance s rozšířenou péčí, tj. ambulantní péče s rozšířeným spektrem služeb (služby psychiatra, psychiatrické sestry, psychoterapie atd.) a úzkou spoluprací s primární péčí. Dvě z těchto ambulancí v pilotním provozu budou specializované adiktologické ambulance dle Návrhu základní sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty, zpracovaného Společností pro návykové nemoci ČSL JEP (materiál v připomínkovém řízení). Další podpořenou aktivitou reformy je standardizovat multidisciplinární přístup v péči o duševně nemocné a zavést ho do praxe zdravotních a sociálních poskytovatelů služeb prostřednictvím podpory metodiků a sdílení dobré praxe.

Velká část aktivit v projektech reformy se zaměřuje na snížení následných lůžek u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie integrací závažně duševně nemocných do běžné komunity. K tomuto účelu je u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie vytvořen transformační plán a je navázána spolupráce s kraji a MPSV. K účelu rozvoje akutní lůžkové péče je pilotována změna jejího financování ve vazbě na naplnění definovaných kritérií kvality. V projektech nechybí část zaměřená na naplňování Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením v institucionální péči a obecně zvýšení kvality poskytované péče, včetně iniciálního mapování stávajícího stavu, implementace změn a návrhu systému hodnocení kvality. Ve všech krajích ČR jsou iniciovány destigmatizační aktivity a pracuje se i na nastavení sběru dat nutného k evaluaci celého procesu reformy. Na podporu realizace Strategie reformy psychiatrické péče byly také alokovány investiční zdroje (výzvy IROP – cca 2 mld. Kč), které jsou využívány k rekonstrukci oddělení akutní péče a zajištění zázemí pro komunitní služby.



## VIZE DO ROKU 2030

Chápeme-li zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody“, nikoliv jen jako „nepřítomnost nemoci či vady“, je cílem NAPDZ zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. Současně by měl být do roku 2030 dokončen systémový proces reformy psychiatrie do takové míry, aby bylo lidem s duševním onemocněním umožněno prožít, i přes hendikep duševního onemocnění, maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Cíle a opatření níže specifikovaná a rozvedená nevycházejí pouze z od stolu provedených analýz. Jsou výsledkem empirických zkušeností řady lidí zapojených do projektů, jež v první fázi nastartovaly velkou systémovou změnu v oblasti duševního zdraví. Právě problémy a obtíže při jejich řešení v této fázi identifikovaly potřebné změny v oblasti financování, legislativy, řízení apod., které je nutné upravit do takové míry, aby se dříve velice rozdílné části jednoho celku sladily a fungovaly společně pro synergické efekty.

Jak bude vypadat oblast duševního zdraví v roce 2030? Celek je poskládán ze vzájemně propojených oblastí – koordinace a řízení poskytované péče, síť služeb v komunitě, lidské zdroje a odborná příprava, legislativa, ochrana práv a zplnomocnění osob s duševním onemocněním, financování, destigmatizace, systém kvality péče, výzkum a informační systémy.

Řízení je zajištěno koordinací veřejné politiky duševního zdraví ve dvou základních vzájemně harmonizovaných úrovních.

### HORIZONTÁLNÍ KOORDINACE

je zajišťována harmonizací postupů jednotlivých zúčastněných ministerstev v souladu s úkoly vyplývajícími z NAPDZ. Tento institut s sebou přináší zřízení nové nadrezortní platformy v podobě Rady vlády pro duševní zdraví (dále jen Rada vlády) jako koordinačního a poradního orgánu na úrovni ministrů, který úzce spolupracuje s relevantními poradními orgány vlády ČR a je propojen s již existujícími pracovními skupinami a výbory reformy psychiatrické péče.

### VERTIKÁLNÍ KOORDINACE

je pak zajišťována harmonizací jednotlivých aktivit na politiky duševního zdraví na lokální úrovni (krajská a obecní úroveň) s tím, že zohledňuje místní kontext, podmínky a potřeby.

Funkční řízení na nadrezortní úrovni je pro hladký průběh reformy péče o duševní zdraví zcela esenciální, proto v roce 2020 bude implementováno horizontální řízení procesu. Vertikální řízení bude formou pilotních projektů na 3 krajích ČR do roku 2030 nastavováno a po roce 2030 plošně implementováno tak, aby nastavené změny systému poskytování péče byly v rámci jednotlivých krajů dále rozvíjeny, průběžně evaluovány a upravovány na základě dat a funkčně koordinovány.

V roce 2030 komunitní služby duševního zdraví fungují ve prospěch zdraví všech občanů v jejich regionu bez omezení. Slouží těm, kteří jsou registrovaní jako pacienti/klienti, ale také těm, kteří se pacienty/klienty mohou potenciálně stát, a zároveň jsou k dispozici těm, kteří potřebují péči, ale je pro ně těžké si o ni říct, nebo se jakkoliv vyjádřit. Spektrum služeb je k dispozici i těm občanům ČR, kteří nepotřebují specializovanou péči o duševní zdraví, ale čerpají z přítomnosti služeb duševního zdraví v dalších oblastech mimo zdravotní oblast.

Komunitní péče o duševní zdraví funguje na multidisciplinárním přístupu, jehož jádro tvoří multidisciplinární týmy nejenom pro závažně duševně nemocné, ale i pro další cílové skupiny, jakými jsou děti, dospívající, osoby trpící demencí, osoby se závislostí a pacienti / klienti s nařízenou ochrannou léčbou.

Změnové procesy iniciovaly vznik vyváženého modelu péče zvaného BALANCED CARE, který reflektuje priority uživatelů péče a specificky odpovídá na jejich potřeby. Tento systém má vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními (konvenčními) službami, mezi stacionárními a mobilními službami, s důrazem na jejich poskytování blízko bydliště uživatelů.

**Obsahuje následující komponenty:**

- **primární zdravotní péči** coby silnou integrální součást podpory duševního zdraví;
- **ambulance**, jež jsou provozovány jak v podobě samostatných odborností, tak transformovány do podoby malých týmů zdravotní péče o duševní zdraví v intenzivním propojení s primární péčí somatickou zahrnující psychoterapie, skupiny, stacionární programy;
- **multidisciplinární týmy** pro všechny cílové skupiny, které působí někdy samostatně, jindy propojeně (např. v periferních oblastech) s akcentací jejich postupného rozvoje;
- **terénní týmy**, tj. týmy složené ze sociálních a zdravotnických pracovníků;
- **psychiatrická lůžka** určena pro krátkodobější péči a specializovanou léčbu s definovanou sítí lůžek pro ochranné léčení s rozdělením dle rizikovitosti (vysoce rizikové, střední úroveň rizika, nízká úroveň rizika);
- **akutní lůžka** na menších odděleních všeobecných nemocnic naplňující standardy kvality a personálně napojená na komunitní týmy;
- **centra denních služeb;**
- **denní stacionáře;**
- **psychoterapii a služby psychosociální podpory**
- **aktivizační služby;**
- **terapeutické komunity;**
- **bydlení**, které je dostupné, s různou intenzitou podpory dle potřeb uživatelů, co nejvíce se blíží běžnému způsobu života v přirozené komunitě;
- **služby v oblasti zaměstnávání** ve všech jejich potřebných formách co nejbližší otevřenému trhu;
- **pomoc při realizaci práv** v oblasti duševního zdraví;
- **svépomoc;**
- **podpora pečujících rodin.**

**V roce 2030 je profesní příprava u všech odborností v péči o duševní zdraví zahrnuta již v pregraduální fázi s následujícími tématy a dovednostmi:**

- multidisciplinární přístup;
- měkké dovednosti (práce se vztahem, respektující komunikace apod.);
- znalost principu zotavení (recovery)
- znalost lidských práv a jejich uplatňování v praxi;
- osvojení si práce s krizí a s rizikem chování;
- znalost konceptu péče orientované na pacienta / klienta (patient-centered care) apod.

Součástí specializační přípravy lékařů, psychologů ve zdravotnictví i nelékařského zdravotnického personálu je povinná praxe v komunitních službách, což současně zvyšuje atraktivitu všech zmíněných oborů.

V oblasti psychoterapie je jednotný systém odborné přípravy pro klinické psychology a lékaře, který při respektu ke specifikům jednotlivých psychoterapeutických směrů zajišťuje jasná pravidla pro získání kvalifikace k samostatnému provádění systematické psychoterapie. Mimo to jsou definovány požadavky na vytvoření sebezkušenostního výcviku specifického pro sestry a vytvořen certifikovaný kurz. Ucelené vzdělávání obsahuje kombinaci teorie, sebezkušenosti a supervize. Absolvovali sestru připravuje na provádění celé řady psychoterapeutických činností pod supervizí erudovaného psychoterapeuta, díky čemuž je sestra významnou a nezastupitelnou osobností při zajišťování terapeutické péče.

V otázce právní úpravy ochrany duševního zdraví byly do roku 2030 na základě provedených analýz implementovány úpravy v zákoně č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen zákon č. 372) a prováděcích předpisech, zákoně č. 48/1997 Sb., zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen zákon č. 48) a zákoně č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách (dále jen zákon č. 108/2006 Sb.). V roce 2030 je díky tomu již legislativně ošetřeno společné poskytování zdravotních a sociálních služeb, jako i jejich financování, včetně jednotného hodnocení kvality těchto služeb a průběžného sběru a vyhodnocování indikátorů nákladové efektivity tak, aby cílovým výstupem fungování těchto služeb bylo zvyšování kvality života a zlepšování plnohodnotného zapojení do společnosti. Současně je v právních předpisech zajištěn ošetření specifik duševních onemocnění při posuzování dávek sociálního zabezpečení (invalidita, příspěvky na péči atp.).

Jsou sjednoceny právní předpisy MPSV, MZd a MSp k ochrannému léčení, definovány kompetence a legislativně upraveno sdílené financování této oblasti.

Jasně právně ukotvena je i role peer konzultantů, tj. lidí se zkušeností s duševním onemocněním, zapojených v péči o duševní zdraví jako pomáhající profese, jejich zaměstnávání v systému péče o duševní zdraví je běžné, a tak mohou být peer konzultanti řádnými zaměstnanci zařízení, která poskytují péči lidem s duševním onemocněním.

Ve stávajících právních předpisech týkajících se právní ochrany dětí ve školském systému je ošetřena oblast institucionalizace dětí, informovaných souhlasů a dalších identifikovaných oblastí, díky čemuž je zajištěna maximální podpora zdravého duševního rozvoje dětí, časný záchyt a péče o duševní onemocnění u dětí v jejich přirozené komunitě.

Tranzitní fáze systémové změny poskytování péče v oblasti duševního zdraví je ošetřena v oblasti financování i legislativně.

Oblast duševního zdraví je v roce 2030 financována srovnatelně se západní Evropou a na financování se podílejí všechny relevantní rezorty (MZd, MPSV, MŠMT, MSp). Financování není zaměřeno pouze na provoz služeb, ale pokrývá i prevenci. Změny ve financování péče o duševní zdraví (proběhlé i probíhající) stimuluje změnu chování celého systému ve prospěch reformy od institucionální péče směrem ke komunitnímu systému péče. Způsob financování je dostatečně flexibilní, spravedlivý k poskytovatelům, založený na evaluaci nákladové efektivity a kvality a je možno jej měnit dle získaných dat nebo fáze systémových změn.

Financování uživatelských a rodičovských organizací je nastaveno tak, aby tyto organizace mohly efektivněji plánovat svůj rozvoj, čímž mohou být jedním ze silných aktérů na poli budovaného uživatelského hnutí.

V roce 2030 Česká republika kromě realizovaných změn v oblasti poskytování služeb občanům s duševním onemocněním i nadále pokračuje v destigmatizačních aktivitách založených na evidenci tak, aby mohly probíhat i u cílových skupin, které doposud nebyly podchyceny (např. systematická práce s novináři, policií a pedagogickými pracovníky atp.). Všechny destigmatizační aktivity jsou průběžně evaluovány a zlepšovány.

V ČR v roce 2030 existuje program psychosociální výchovy na základních školách, který je implementován ve stovkách škol po celé zemi.

Jsou vytvořeny a implementovány postupy zlepšující kvalitu psychiatrické péče v návaznosti na lidská práva a principy zotavení, a vedou tak ke zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním, jejich aktivního zapojení se do společnosti a snížení psychosociální zátěže u jejich rodin a blízkých osob.

Při zajišťování kvalitní péče je důraz kladen na spolupráci s rodinou a sociální sítí či dalšími pečujícími osobami, k nimž je také nutné směřovat finanční, metodickou, odbornou i psychosociální podporu.

Práva lidí s duševním onemocněním daná Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením jsou v roce 2030 plně respektována a naplňována. Lidé s duševním onemocněním hrají zásadní roli v uplatňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v životě společnosti. Povědomí o právech lidí s duševním onemocněním ve společnosti je vysoké a nadále roste.

Lidé s duševním onemocněním jsou aktivně účastni na hodnocení služeb, které pro svoje duševní onemocnění využívají, a současně jsou efektivně zapojeni do řízení systému péče o duševní zdraví na všech úrovních.

Informační potenciál NZIS (Národní zdravotnický informační systém) začíná být v současnosti intenzivně využíván ve smyslu produkce ukazatelů zdravotního stavu obyvatel. V oblasti poskytování informací je v roce 2030 vybudován systém s rozumnou mírou automatizace výstupů, tedy reportingu formou online pracujícího analytického portálu. V České republice existuje jasná metodika pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví. Tato metodika staví na využívání existujících datových zdrojů, tedy registrů z rutinně sbíraných dat. Metodika dále stanoví, jaká data je třeba sbírat mimořádně tak, aby mohly být politiky a služby v oblasti duševního zdraví efektivně hodnoceny; mimořádně sbíraná data přitom zahrnují hodnocení služeb uživateli. V roce 2030 je stanoven nepodkročitelný objem financí, který musí být alokován na výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

Pro oblast řešenou Národním akčním plánem pro Alzheimerovu demenci a obdobná onemocnění platí, že v roce 2030 je demence včas diagnostikována a léčena podle jednotných doporučených postupů. Existuje postdiagnostická podpora a péče. Lidé s demencí i jejich rodiny jsou informováni o dostupných službách zdravotního i sociálního charakteru. Je dotvořena síť služeb, jejíž rozvoj je založen na faktech včetně kvalitních epidemiologických údajů. Fungují multidisciplinární týmy a další opatření, která pomáhají nemocným setrvat déle v domácím prostředí. Neformální pečující se mohou spolehnout na dostupné odlehčovací služby. Personál ambulantních i pobytových služeb je dostatečně vzdělán ohledně specifik péče o člověka s demencí. Povědomí společnosti o problematice demence vede k preventivnímu chování a zároveň napomáhá vytvořit prostředí, které je k lidem s demencí vstřícné. Práva lidí žijících s demencí jsou respektována.

Cíle a opatření obsažené v Národním plánu prevence sebevražd upravují specifické oblasti tak, že v roce 2030 jsou preventivní intervence a opatření prevence sebevražd a sebepoškození běžnou komponentou v rámci péče o veřejné zdraví. Služby v oblasti péče o duševní zdraví a služby sociální péče určené pro poskytnutí pomoci člověku procházejícímu krizí jsou v souladu s NAPDZ dostupné časem, místem, kapacitou i cenou a jsou k dispozici v komunitě dle potřeby. Je také ustanovena dobrá praxe předávání pacientů/klientů mezi těmito službami a služby samotné poskytují péči založenou na důkazech. Problematika sebevražednosti a sebepoškození a možnosti prevence jsou součástí vzdělávání relevantních profesí a běžným prvkem osvětových kampaní. Konečně, prevence sebevražd a sebepoškození a koordinace aktivit v této oblasti je vedena spolehlivými informacemi a vědomostmi.

# NÁVRHOVÁ ČÁST

V návrhové části dokumentu je vize NAPDZ shrnuta do pěti strategických cílů (priorit) a rozpracována do specifických cílů a opatření. Jedná se o:

- 1/ Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.
- 2/ Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.
- 3/ Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.
- 4/ Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.
- 5/ Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

## STRATEGICKÝ CÍL 1: Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

Tento cíl se vztahuje jednak k efektivnímu řízení systému pro duševní zdraví na úrovni vlády a zainteresovaných ministerstev, ale současně na úrovni jednotlivých krajů. Pokrývá zabezpečení dostupnosti dostatečného množství relevantních dat pro účely evaluace a nastavení změn, a také možnost pilotování a zavádění inovativních metod pro tuto oblast.

### SPECIFICKÝ CÍL 1.1

Zajistit koordinaci mezirezortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadrezortního koordinačního systému.

#### Opatření 1.1.1

Zajistit mezirezortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR. Zřídit orgány a vytvořit institucionální, finanční mechanismy a vytvoření právního základu k naplnění Národního akčního plánu péče o duševní zdraví 2030 na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení uživatelů péče do procesu řízení.

**Důvod zařazení opatření:** Jedním z hlavních problémů systémové změny v oblasti péče o duševní zdraví (ale současně i v rámci komplexního zajištění integrovaných služeb v rámci zdravotně-sociálního pomezí) je zcela rozdílná organizace práce, financování, právní předpisy apod. zdravotních, sociálních a ostatních relevantních služeb. Koordinace vedoucí k harmonizaci všech složek systému se ukázala jako naprosto esenciální, neboť systematická mezirezortní koordinace vedoucí k postupnému odstraňování bariér změnového procesu nemůže být, z celé řady důvodů, na bedrech pouze jedné z mnoha zainteresovaných stran.

**Způsob plnění:** Zřízení Rady vlády pro duševní zdraví na ÚV, v rámci kterého budou zapojeni ministři relevantních rezortů (MZd, MPSV, MŠMT, MSp, MV, MMR a MF), s jasně určenými zodpovědnostmi za jednotlivé oblasti NAPDZ a další relevantní stakeholderi. Propojení se stávajícími strukturami v rámci reformy psychiatrické péče (Výkonný výbor pro implementaci reformy psychiatrické péče, Odborná Rada pro implementaci reformy psychiatrické péče, 14 krajských koordinátorů) a dalšími poradními orgány vlády ČR. Zapojení zástupců uživatelů péče a neformálních pečovatелů do rozhodovacích procesů formou zastoupení v Radě vlády, Odborné Radě i Výkonném výboru. Vypracování plánu udržitelnosti řídicího aparátu po ukončení projektů reformy psychiatrické péče (zodpovědnost Rady vlády pro duševní zdraví) a jeho implementace.

**Zodpovědnost:** ÚV

**Spolupracující subjekt:** MZd, MPSV, MŠMT, MMR, MSp, MV, MF

**Termín splnění:** Ustavení Rady vlády do 1/2020, vypracování plánu udržitelnosti 1/2022, existence Rady vlády trvale.

**Rozpočet:** 1 681 552 Kč/rok na administrativní zajištění Rady vlády ze státního rozpočtu.

**Indikátor:** Existence Rady vlády pro duševní zdraví, existence plánu udržitelnosti řízení implementace Akčního plánu pro duševní zdraví.

### Opatření 1.1.2

Zajistit implementační jednotky na jednotlivých rezortech formou zřízení mezirezortního koordinačního týmu.

**Důvod zařazení opatření:** K úspěšné implementaci opatření schválených Radou vlády či vyplývajících z jednotlivých opatření NAPDZ je nutná koordinace v rámci zapojených rezortů.

**Způsob plnění:** Ustavení konkrétních zaměstnanců jednotlivých ministerstev, kteří budou v rámci části svého úvazku spolupracovat na implementaci rozhodnutí a schválených opatření Rady vlády a zajištění vstupů/výstupů v kompetenci daného rezortu. Tato mezirezortní koordinační skupina bude koordinovaná tajemníkem Rady vlády a bude v týdenním kontaktu s pracovní skupinou Výkonného výboru pro implementaci Reformy psychiatrické péče na MZd.

**Zodpovědnost:** ÚV

**Spolupracující subjekt:** MZd, MPSV, MŠMT, MMR, MSp, MV, MF

**Termín splnění:** Ustavení mezirezortního koordinačního týmu 1/2020, udržitelnost trvale.

**Rozpočet:** N/A, pozice v mezirezortním koordinačním týmu bude provázána se související agendou zaměstnanců relevantních ministerstev.

**Indikátor:** Zápisy z jednání mezirezortního koordinačního týmu s Pracovní skupinou Výkonného výboru pro implementaci Reformy psychiatrické péče.

## SPECIFICKÝ CÍL 1.2

Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.

### Opatření 1.2.1

Pilotovat model řízení péče v oblasti péče o duševní zdraví na regionální úrovni s cílem propojit zdravotně-sociální pomezí.

**Důvod zařazení opatření:** V současné době v zásadě neexistují pro poskytování péče lidem s duševním onemocněním sítě, které by reagovaly na potřeby svých uživatelů a bylo je možno efektivně řídit, a neexistují ani nástroje pro takové řízení použitelné. Na základě již realizovaných projektů reformy psychiatrie bylo prokázáno, že řešení takto komplexního problému, jakým je efektivní řízení sítě služeb, je v kontextu celé ČR nesmírně náročné na omezené zdroje. Proto je vhodnější celý systém, za souhlasu hejtmanů a dalších příslušných zájmových stran odpilotovat a harmonizovat ve vybraných (dle připravenosti) regionech. Výstupy budou následně použity při formulaci opatření zahrnujících i další kraje ČR a připravit další projekty s modely adaptovanými s přihlédnutím k rozdílným specifikům jednotlivých regionů.

**Způsob plnění:** Zajištění pokračování již rozpracovaných kroků o doplnění existující Analýzy obecných ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním (viz Příloha č. 3) o strukturalizaci poskytovatelů a jejich funkcionalit. Nutné je zároveň rozpracování funkčního zapojení uživatelů péče do struktury řízení i evaluace. Poté v rámci mezirezortní pracovní skupiny (vč. uživatelů péče) bude zpracováno mapování potřeb, navrženy variantní modely řízení péče a tyto se předloží Radě vlády pro duševní zdraví ke schválení. Samotné tři pilotní projekty řízení zdravotně-sociálních služeb v oblasti duševního zdraví se zrealizují prostřednictvím veřejné zakázky. Na základě provozu pilotů i jejich vyhodnocení budou formulovány postupy a modely pro další regiony.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** MMR, kraje, MŠMT

**Termín plnění:** Dopracování analýzy 3/2020, předložení návrhů modelů řízení péče vládě 1/2021, realizace pilotních projektů do 6/2024.

**Rozpočet:** analýza 160 tis. Kč, zdroj ESF, 3 pilotní projekty á 3 mil. Kč/pilot + 1 mil. Kč na svodné práce = cca 10 mil. Kč, zdroj ESF +

**Indikátor:** Existence evaluační zprávy ze 3 pilotních projektů modelů řízení a financování sítě zdravotně-sociálních služeb pro oblast duševního zdraví. Evaluační zprávy obsahují samostatnou kapitolu k zapojení uživatelů péče a neformálních pečovatелů do řízení na úrovni krajů.

### Opatření 1.2.2

Zpracovat organizační, finanční i změny v právních předpisech, které budou reflektovat poznatky z pilotních projektů a implementovat je do praxe.

**Důvod zařazení opatření:** V návaznosti na realizované pilotní projekty a další podněty z praxe, jako i z ex post evaluace proběhnuvších projektů bude nutné zpracovat organizační, finanční i legislativní změny, které budou reflektovat poznatky z pilotních projektů a implementovat je zpět do praxe.

**Způsob plnění:** Za koordinace Rady vlády pro duševní zdraví zpracování návrhu právního základu pro zavedení systému a návrhu změn v organizaci a financování péče. Po schválení Radou vlády předložení návrhu vládě a implementace schválených opatření.

**Zodpovědnost:** ÚV, MZd, MPSV, MŠMT

**Spolupracující subjekt:** kraje, zdravotní pojišťovny

**Termín plnění:** Návrh změn předložen vládě 6/2025, ostatní průběžně.

**Rozpočet:** Zpracování návrhu 120 tis. Kč, zdroj ESF+, implementace N/A.

**Indikátor:** Vládou schválený materiál definující potřebné úpravy v legislativě, organizaci a financování péče o duševní zdraví na krajské úrovni. V materiálu existuje samostatná kapitola věnovaná zapojení uživatelů péče. Schválená změna legislativy vyplývající z materiálu.

### SPECIFICKÝ CÍL 1.3

Vytvořit nástroje koordinovaného poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví a přechodu od institucionální péče ke komunitní.

#### Opatření 1.3.1

Zajistit financování přechodné fáze reformy s plánovaným úbytkem následných lůžek v u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie. Modelovat a vyčlenit náklady potřebné na transformační fázi. Rozdělit tyto náklady dle jejich povahy mezi náklady ze státního rozpočtu a náklady z veřejného zdravotního pojištění (v.z.p).

**Důvod zařazení opatření:** Specifickou oblastí, která není v rámci procesu deinstitutionalizace lidí s duševním onemocněním ošetřena, je financování tzv. transformačního období. Transformační období je perioda v trvání obvykle cca pěti let (dle kapacity systému k rozvoji komunitní péče), kdy je po dobu postupného zřizování nových služeb pro lidi s duševním onemocněním nezbytně nutné paralelní udržení chodu, rozšíření a financování sítě služeb stávajících. V obou oblastech jde jak o provozní náklady, tak o udržení infrastruktury. Další nezbytnou komponentou je využívání finančních motivačních mechanismů k postupnému přesunu maxima současných lidských zdrojů do potřebných forem péče. Urychlení či podhodnocení tohoto období má dle zahraničních zkušeností dopad na přechodný pokles kvality poskytované péče a zvýšený výskyt negativních sociálních konsekvencí a jevů ve společnosti.

**Způsob plnění:** Rozpracování existujícího ekonomického modelu bezpečného přesunu péče z psychiatrických nemocnic do komunity, včetně ekonomické situace psychiatrických nemocnic při redukci následných lůžek, investičních nákladů na nutnou humanizaci péče v jednotlivých zařízeních, navýšení personálních nákladů při zřizování akutní péče a implementaci nástroje WHO QualityRights toolkit. Implementace ekonomického modelu v procesu transformace zavedením funkční formy financování transformovaných psychiatrických nemocnic ze strany zdravotních pojišťoven a alokování definované částky investičních prostředků ze státního rozpočtu.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** MF, VZP, SZP

**Termín plnění:** Průběžně do 1/2025

**Rozpočet:** Zpracování analýzy 90 tis. Kč, ostatní dle výsledku analýzy, zdroj ESF+

**Indikátor:** Existence analytického materiálu s modelací nákladů potřebných v rámci fáze transformace poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, přidělení identifikovaných nákladů v relevantní kapitole státního rozpočtu MZd a financování relevantních nákladů z v.z.p. Změna v úhradové vyhlášce a v Seznamu zdravotních výkonů.



### Opatření 1.3.2

Ve vzdělávání lékařů a nelékařského zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví revidovat náplň všech stupňů vzdělávání (pregraduální, specializační, postgraduální, celoživotní) tak, aby umožňovala efektivní práci v komunitě, práci v multidisciplinárním týmu, práci s nemocnými se zvýšeným rizikem (ochranná léčeni), práci zaměřenou na zotavení (recovery) a naplňování lidských práv u lidí s duševním onemocněním nebo v riziku jeho rozvoje a jejich zplnomocňování při zachování vysoké kompetence ve své odbornosti. Systematická podpora zapojení peer lektorů do vzdělávacích programů.

**Důvod zařazení opatření:** Má-li být dosaženo hlavního reformního cíle, tedy poskytovat péči, která vede k zotavení, je třeba určit nové profesní kompetence pracovníků podílejících se na přímé péči o pacienta/klienta a v této souvislosti přehodnotit stávající systém odborné přípravy. Změna vzdělávání se může týkat všech stupňů vzdělávání (pregraduální, specializační, postgraduální, celoživotní) u všech pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Cílem je reflektovat poznatky z uskutečněných pilotních projektů (práce v multidisciplinárním týmu), práce zaměřená na zotavení a naplňování lidských práv u lidí s duševním onemocněním a jejich zplnomocňování) a implementovat je do praxe a při zachování vysoké kompetentnosti v rámci jednotlivých odborností. Podpora zapojení peer lektorů do vzdělávacích programů. Nezbytnost znalosti nástrojů hodnocení rizika je nutná k zajištění odborné a bezpečné péče na všech úrovních systému péče. Existují specifika uplatnění principů zotavení u nemocných s nařízeným ochranným léčením ve všech jeho složkách (ústavní, ambulantní, FMT).

**Způsob plnění:** Revize vzdělávání jednotlivých odborností a provedení případných úprav, včetně úpravy relevantních právních předpisů.

**Zodpovědnost:** MZd, MŠMT, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2024

**Rozpočet:** N/A (dopracování analýz je pokryto z ESF 2017—2022)

**Indikátor:** Témata multidisciplinární spolupráce, zotavení (recovery) a naplňování lidských práv jsou obsaženy v kurikulech v pregraduálním vzdělávání a ve specializačním, postgraduálním i celoživotním vzdělávání lékařů, nelékařského zdravotnického personálu, sociálních pracovníků a klinických psychologů a psychologů ve zdravotnictví. Je novelizován zákon č. 95/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. (dále jen zákon č. 95/2004 Sb.) a zákon č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (dále jen zákon č. 96/2004 Sb) a prováděcí právní předpisy. V případě potřeby identifikované analýzou je novelizován zákon č. 561/2004 Sb., zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a zákon č. 111/1998 Sb., zákon o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách).

### OPATŘENÍ 1.3.3

Nastavit efektivní využívání lidských zdrojů v rámci zajištění oblasti péče o duševní zdraví včetně využívání existujících lidských zdrojů, zvyšování kompetencí dostupných skupin pracovníků či přebírání nových rolí, motivace jednotlivých skupin poskytovatelů péče/zaměstnanců v návaznosti na Strategii Zdraví 2030.

**Důvod zařazení opatření:** V rámci péče o duševní zdraví ještě významněji, než v jiných oblastech zdravotnictví limituje dostupnost lidských zdrojů a zejména odborných profesionálů její rozvoj a zvyšování kvality. V této fázi již k efektivnímu řešení situace nebudou postačující pouze standardní opatření

aplikovaná na situace personální nouze (optimalizace úhradových mechanismů, snížení administrativní zátěže například účinnou elektronizací procesů), ale bude nutné hledat inovativní řešení.

**Způsob plnění:** Provedení analýzy současného stavu a vypracování mezirezortního strategického materiálu s částí analytickou a implementačním rámcem pro tuto oblast, včetně využití dobré praxe a zahraničních zkušeností. Implementace úprav zákonných a podzákonných norem, tvorba metodik, doporučení a vzdělávacích programů, úpravy organizace a financování péče v oblasti lidských zdrojů.

**Zodpovědnost:** MZd, MŠMT, MPSV

**Termín plnění:** Vytvoření strategického materiálu do 1 / 2022, ostatní průběžně dle projektového plánu

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Existence analytického materiálu schváleného vládou, včetně implementačního rámce. Úprava vyhlášky č. 55 / 2011 Sb, vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a ostatních relevantních právních předpisů.

## SPECIFICKÝ CÍL 1.4

Zavést kvalitu péče jako důležitý aspekt v řízení sítě služeb v oblasti duševního zdraví.

### Opatření 1.4.1

Nastavit monitorování kvality péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky. Doplnit v rámci projektu MERRPS nastavená kritéria pro makro-úroveň (systém psychiatrické péče) a mikro-úroveň (individuální úroveň, tzn. zdravotně-sociální přínos pro lidi s duševním onemocněním) o mezo-úroveň, tj. kritéria kvality pro zdravotní, zdravotně-sociální a sociální služby pro oblast duševního zdraví (včetně využití procesních map) a zavést systém jejich reportování a monitorování cestou MZd, zdravotní pojišťovny, ÚZIS, MPSV a MSp (za oblast zabezpečovací detence a ochranné léčby).

**Důvod zařazení opatření:** V ČR v oblasti duševního zdraví se podařilo prosadit nastavení monitorování kvality péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky na makro a mikro úrovni, nicméně na úrovni služeb tento systém chybí.

**Způsob plnění:** Definování kritérií kvality služeb a nastavení systému sběru dat, evaluace a mechanismů úprav financování v návaznosti na tato kritéria. Součástí je i implementace kritérií, sběr dat, evaluace a návrh dalších opatření. Výstupy tohoto opatření musí sloužit pro informované rozhodování o rozvoji systému péče o duševní zdraví jako celku, a tedy jako podklad pro řízení systému specifikované v této kapitole.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MSp

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP

**Termín plnění:** 1 / 2026

**Rozpočet:** Zavedení informačního systému viz níže, zbytek N/A.

**Indikátor:** Pravidelné zprávy z monitorování kvality poskytovaných služeb. Úprava Vyhlášky č. 99 / 2012 Sb., vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, vyhlášky č. 92 / 2012 Sb., vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče a dalších relevantních právních předpisů.

## SPECIFICKÝ CÍL 1.5

Zavést metodiku pro výzkum a hodnocení politiky a služeb v oblasti duševního zdraví.

### Opatření 1.5.1

Zavést systém výzkumu a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

**Důvod zařazení opatření:** V současnosti neexistuje systém adekvátního, legálního a transparentního způsobu využívání dat, což do značné míry znemožňuje využívání existujících datových zdrojů pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

**Způsob plnění:** V rámci aktivit daného opatření bude vypracována metodika pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví vč. analýz z rutinně i mimořádně sbíraných dat a také hodnocení služeb uživateli. Současně budou stanoveny indikátory a určeny zdroje dat, zpracování dat, způsob pravidelného vyhodnocování indikátorů a bude zajištěna periodická publikace zpráv o stavu systému péče o duševní zdraví sestavené na základě výše uvedené metodiky.

**Zodpovědnost:** MZd

**Termín plnění:** 12/2020

**Rozpočet:** 1 mil. Kč, zdroj ESF, udržitelnost rozpočet MZd

**Indikátor:** Existence metodiky, implementace metodiky a pravidelné publikace zprávy o stavu systému péče o duševní zdraví (31. 12. 2019 a od té doby každých 5 let, tj. v rámci tohoto akčního plánu ještě k 31. 12. 2024 a 31.12.2029).

### Opatření 1.5.2

Vybudovat a zprovoznit specificky zacílený informační systém sledující oblasti péče (péče o neurodegenerativní onemocnění ve stáří, duševní poruchy dětí a mladistvých, onemocnění schizofrenního okruhu, ochranná léčení apod.) a dokončit rekonstrukci NZIS zejména v napojení dílčích komponent na služby eGovernmentu a posílit ochranu osobních údajů.

**Důvod zařazení opatření:** Stávající publikovaná data nepokrývají celou řadu oblastí péče a parametrů, jež si vyžadují jiné řešení.

**Způsob plnění:** Vytvoření architektury informačního systému, zpracování metodiky sběru dat. Dokončení rekonstrukce NZIS vč. napojení na eGovernment, realizace sběru dat z reálné klinické praxe.

**Zodpovědnost:** MZd

**Termín plnění:** Pro systém péče o lidi se závažným duševním onemocněním do 6/2021, ostatní cílové skupiny do 1/2025.

**Rozpočet:** 2–4 mil. Kč (120 tis. Kč tvorba architektury, 200 tis. Kč metodika, 2 mil. Kč sběr dat z klinické praxe/IS), zdroj ESF.

**Indikátor:** Existence informačního systému.

### Opatření 1.5.3

Vybudovat datovou základnu pro hodnocení nejen zdravotních, ale i komplementárních sociálních služeb.

**Důvod zařazení opatření:** V rámci projektu MERRPS byla vyvinuta metodika pro hodnocení systému péče o duševní zdraví jako celku, včetně nákladové efektivity. Existence propojené datové základny pro zdravotní i sociální služby umožní tyto nástroje využít a hodnotit kvalitu i efektivitu péče v oblasti zdravotně-sociálního pomezí a jejich dynamiku v souvislosti se změnou systému poskytování péče.

**Způsob plnění:** Bude zajištěno sdílení již dostupných agregovaných dat (mapa poskytovatelů, počty klientů, obecné statistické ukazatele) a navržena společná datová základna, a její ICT architektura. Poté bude spuštěn pilotní projekt, který bude posléze vyhodnocen a poznatky promítnuty do následné implementace národní verze.

**Zodpovědnost:** MZd a MPSV

**Termín plnění:** 12 / 2030

**Rozpočet:** Příprava IT infrastruktury 25 mil. Kč, zdroj EU fondy.

**Indikátor:** Existence datové základny.

### Opatření 1.5.4

Vyvinout zcela nový informační systém na sledování nákladů na péči o osoby s duševním onemocněním a pro optimalizaci úhrad na tento segment péče.

**Důvod zařazení opatření:** Účinná koordinace financování je základním předpokladem dobře fungujícího systému péče o duševní zdraví. Je proto nezbytné, aby byl vyvinut informační systém na sledování nákladů na péči o osoby s duševním onemocněním a pro optimalizaci úhrad na tento segment péče.

**Způsob plnění:** V rámci opatření bude vytvořena referenční síť poskytovatelů jakožto primárních poskytovatelů dat, a navržen a vyvinut nový informační systém této referenční sítě. Dále dojde ke sběru a vyhodnocení získaných ekonomických dat na jehož základě bude úhradový model odpilotován, vyhodnocen a implementován do praxe.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** zdravotní pojišťovny, ÚZIS

**Termín plnění:** 12 / 2025

**Rozpočet:** Udržitelnost on-line nástrojů, rozvoj informačních služeb, redaktorské zázemí: 850 tis. Kč ročně; pokrytí nákladů klinických pracovišť zapojených do sběrů dat, do informačních služeb – 4,3 mil. Kč ročně; model nákladovosti péče o duševní zdraví – vývoj informačního systému a referenčního úložiště dat – 1,8 mil. Kč jednorázově; založení referenční sítě klinických pracovišť podílející se na modelaci nákladovosti péče a na hodnocení výsledků – cca 5,5 mil. Kč ročně.

**Zdroj:** zavedení systému ESF+, udržitelnost kapitola MZd.

**Indikátor:** Existence modelu nákladovosti péče o duševní zdraví – metodika oceňování přímých i nepřímých nákladů.

### Opatření 1.5.5

Posílit elektronický informační servis zdravotní gramotnosti v oblasti duševního zdraví zaměřený na širokou veřejnost.

**Důvod zařazení opatření:** Zdravotní gramotnost je spolu s prevencí a destigmatizací jedním ze zásadních předpokladů pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňuje lidem včas rozeznat symptomy duševního onemocnění, vyhledat odbornou pomoc, lépe pracovat s rizikovými faktory duševních onemocnění a přispívá k jejich prevenci.

**Způsob plnění:** Zahrnuje ve spolupráci s organizacemi uživatelů a neformálních pečovatelů, případně jinými NNO vytvoření návrhu komunikační strategie pro zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví, zahrnující sociální sítě, portály (NZIP – Národní zdravotnický informační portál + portál zdravotní gramotnosti) a aplikace.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** NNO

**Termín plnění:** 6 / 2021

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Oblast duševního zdraví je pokryta v portálu NZIP (Národní zdravotnický informační portál). Existence komunikační strategie pro zvýšení zdravotní gramotnosti.

### SPECIFICKÝ CÍL 1.6

Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví.

**Důvod zařazení specifického cíle:** Důchodová nerovnost, sociální vyloučení, dlouhodobá nezaměstnanost, stárnutí, kvalita životního prostředí, kvalita vzdělávání, migrace a řada dalších vyžadují obrovské zdroje, které nejsou k dispozici pro udržení stávající úrovně služeb, natož pro její zvyšování. To bezesporu platí i pro oblast duševních onemocnění. Bez inovačních řešení se kvalita bude zhoršovat v sociální i zdravotní oblasti a bude se snižovat ekonomická výkonnost, protože zdroje budou přerozdělovány do využití bez srovnatelné produktivity. Sociální inovace a další inovativní koncepty péče přináší efektivní řešení problémů, které neopakuje předchozí chyby a přináší úspory zdrojů a zlepšení kvality života. Pro oblast duševního zdraví jako ukázkové komplexní problematiky musí být inovace mezisektorové, propojit všechny zúčastněné aktéry, kteří aktivně a profesionálně usilují o řešení.

### Opatření 1.6.1

Vytvořit variantní návrh hrazení dlouhodobé zdravotní i sociální péče o lidi s duševním onemocněním z integrovaného zdravotně sociálního rozpočtu stojícího nezávisle vedle systému veřejného zdravotního pojištění a stávajícího finančního zabezpečení sociálního systému.

**Způsob plnění:** Sestavení mezirezortní pracovní skupiny a zpracování analýzy popisující nutné změny legislativy, způsobu financování a evaluace pro případ financování dlouhodobé péče o lidi s chronickým duševním onemocněním (nad 2 roky) ze společného rozpočtu mimo veřejné zdravotní pojištění a rozpočet na sociální služby a systém sociálního zabezpečení. Poté budou Radě vlády představeny vybrané varianty, způsob pilotního vyzkoušení, vyhodnocení a návrh dalšího postupu.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2025

**Rozpočet:** 160 tis. Kč, ESF+

**Indikátor:** Existence analytického dokumentu a jeho předložení vládě.

### Opatření 1.6.2

Pilotně otestovat modely služeb v oblasti bydlení s různou mírou podpory zaměřených na dosažení zotavení a zlepšení situace u lidí s duševním onemocněním (například Recovery house, Housing first, Dům na půl cesty) ve vybraných místech ČR. Vytvořit nástroje financování a dle výsledku pilotního provozu implementovat nejlepší kombinaci modelů do systému péče v ČR.

**Způsob plnění:** Rozpracování projektu modelů – což zahrnuje metodiku sociálně zdravotní podpory, zajištění vzdělávání zaměstnanců, pilotní provoz 5 modelů ve vybraných krajích ČR, vyhodnocení pilotních projektů a návrh dalšího postupu.

**Zodpovědnost:** MPSV, MZd, MMR

**Termín plnění:** Pilotní projekt 1 / 2025, zbytek průběžně.

**Rozpočet:** 70 mil. Kč (7 mil. Kč provozní náklady + 7 mil. Kč investiční náklady / 1 model), zdroj ESF +

**Indikátor:** Existence evaluační zprávy z projektu.

**Opatření 1.6.3:** Navrhnout a zrealizovat pilotní vzdělávací program „škola zotavení“ (Recovery College), tj. zahraniční model spolupráce profesionálů, lidí se zkušeností s duševním onemocněním, rodinných příslušníků a ostatních lidí, kteří se zajímají o problematiku duševního zdraví. Do vytvořeného vzdělávacího programu zapojit profesionály, pacientské / klientské i rodičovské organizace.

**Způsob plnění:** Návrh a pilotní projekt vzdělávacího programu s pestrou škálou vzdělávacích kurzů určených pacientům / klientům, rodinným příslušníkům i pracovníkům angažovaných v oblasti péče o duševní zdraví. Evaluace programu po dvou letech a návrh změn a pokračování implementace.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MŠMT

**Termín splnění:** Tvorba 12 / 2021, vzdělávání pak průběžně do 2030.

**Rozpočet:** 3 mil. Kč / 1 Recovery college, zdroj ESF+

**Indikátor:** Zpráva z evaluace pilotního projektu.

#### Opatření 1.6.4

Pilotně ověřit a rozvinout specifickou službu – „Mother and baby unit“ (jednotka pro matku a dítě), tj. pilotáž specifické formy psychiatrické, klinicko-psychologické a psychosociální podpory ve všeobecných nemocnicích s cílem podpory a ochrany zdraví matky a harmonického emocionálního vývoje dítěte.

**Způsob plnění:** Ve spolupráci s gynekologicko-porodnickými klinikami fakultních nemocnic vytvoření modelu screeningu duševních onemocnění, nespecifické prevence, propojení na sociální a specifické služby pro matku a dítě a psychiatrické konziliární spolupráce pro tuto oblast. Dále vytvoření návrhu na sestavení multidisciplinárního týmu a pro výškolení lidských zdrojů. Součástí opatření bude i zřízení 1 pilotního psychiatrického oddělení pro matku a dítě (ve spolupráci porodnicko-gynekologické kliniky s psychiatrickým odd/klinikou vytvořit 1 psychiatrické oddělení pro matku a dítě).

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2023

**Rozpočet:** 15 mil. Kč, zdroj EHP fondy

**Indikátor:** Evaluační zpráva z pilotního projektu.

#### Opatření 1.6.5

Podpořit další inovativní programy, projekty a služby v oblasti duševního zdraví pilotující efektivitu komunitního systému péče, postaveného na principech zotavení a mezisektorové spolupráce v péči o duševní zdraví pro všechny cílové skupiny. Implementovat efektivní pilotní projekty do systému péče o duševní zdraví v ČR.

**Způsob plnění:** Zpracování analýzy potřeb, na jejímž základě budou navrženy programy a projekty k realizaci – vybrané budou pilotně ověřeny, vyhodnoceny a představeny s návrhem dalšího postupu.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MŠMT

**Spolupracující subjekt:** kraje, VZP, SZP

**Termín plnění:** průběžně

**Rozpočet:** 6 mil. Kč, zdroj ESF +

**Indikátor:** Existence minimálně 1 inovativního projektu pro oblast duševního zdraví.

## STRATEGICKÝ CÍL 2: Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.

K zajištění srovnatelných šancí na život v duševním zdraví řeší tato část NAPDZ celou oblast prevence a včasné intervence a zaměřuje se na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. V souvislosti srovnatelných příležitostí (v kontextu vytvoření srovnatelných podmínek) ošetřuje i oblast financí, a to jak na úrovni systému péče, tak úrovně jednotlivce.

### SPECIFICKÝ CÍL 2.1

Zvýšit podíl financí plynoucích do oblasti péče o duševní zdraví s cílem rozvoje komunitního systému péče a prevence chudoby lidí s duševním onemocněním.

#### Opatření 2.1.1

Pokračovat v navyšování finančních prostředků z v.z.p. alokovaných do oblasti psychiatrické péče o cca 1/4 mld. ročně při zajištění zvyšování poměru alokovaných finančních zdrojů v komunitní péči oproti následné lůžkové péči.

**Důvod zařazení opatření:** Celkové náklady na psychiatrickou péči z veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 činily 13,7 miliardy Kč, což představuje cca 4,08 % z rozpočtu na zdravotní péči, což je významně pod evropským průměrem (7 %). Největší podíl nákladů za psychiatrickou péči nese následná lůžková péče, která je nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním.

**Způsob plnění:** Do oblasti psychiatrické péče bude každoročně do roku 2029 alokováno o 250 mil. Kč více oproti předchozímu roku. Tato finanční alokace bude rozvržena do úhrad jednotlivých služeb a oblastí péče na základě opatření popsanych v NAPDZ, projednaných a naplánovaných v rámci existující Pracovní skupiny k udržitelnému financování (projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné) a implementovaných cestou dohodovacích řízení a úhradové vyhlášky tak, aby došlo k dosažení změny poměru financí v lůžkové a komunitní psychiatrické péči.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP

**Termín plnění:** 1 / 2029

**Rozpočet:** Definován v opatřeních NAPDZ, zdroj v.z.p.

**Indikátor:** V roce 2029 je objem financí z v.z.p. pro oblast psychiatrie min. 15 mld. Kč a poměr v komunitní vs. lůžkové péče je 60 : 40.



### Opatření 2.1.2

Zpracovat analýzu k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění.

**Důvod zařazení opatření:** Ze statistik MPSV vyplývá, že skupina diagnóz — duševní poruchy a poruchy chování — se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším věku. Invalidní důchody přiznané v době rané dospělosti jsou kvůli nedostatečné době pojištění často velmi nízké a v praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci osob, které mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období nemají nárok na jeho výplatu.

**Způsob plnění:** Zpracování analýzy současného stavu, včetně rozpracování dopadů změny systému do státního rozpočtu (viz příloha č. 4), a pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, zpracovat návrh právní úpravy a metodiky k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a implementovat ho do praxe.

**Zodpovědnost:** MPSV

**Termín splnění:** Analýza 1 / 2021, schválení případné právní úpravy 1 / 2025 a publikace metodiky 1 / 2026.

**Rozpočet:** Analýza 160 tis. Kč, zdroj EU fondy, zavedení nového mechanismu posuzování N/A, dopad do státního rozpočtu dle dopracování přílohy č. 4.

**Indikátor:** Existence komplexní analýzy a na základě výsledku případně schválená právní úprava v zákoně č. 155 / 1995 Sb., zákon o důchodovém pojištění, zákoně č. 582 / 1991 Sb., zákon České národní rady o organizaci a provádění sociálního zabezpečení a vyhlášce č. 359 / 2009 Sb., vyhláška, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity)

### Opatření 2.1.3

Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.

**Důvod zařazení opatření:** Mechanismus hodnocení příspěvku na péči je ve svých kritériích orientován na somatické postižení a nezohledňuje jak projevy duševních onemocnění a mentálního postižení, tak odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů.

**Způsob plnění:** Zpracování analýzy fungování příspěvku na péči ve vztahu k cílové skupině (právní úprava, její aplikace v praxi). V případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy navrhnout změnu právní úpravy (zákona č. 108 / 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vyhlášky č. 505 / 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) či změnu metodických postupů (aktů řízení). Zavedení časového limitu pro administraci příspěvku na péči.

**Zodpovědnost:** MPSV

**Termín splnění:** 1 / 2023

**Rozpočet:** Analýza 150 tis. Kč, zdroj EU fondy. Změna kritérií N/A, dopady do státního rozpočtu dle dopracování Přílohy č. 5.

**Indikátor:** Existence kritérií pro hodnocení stupně závislosti specifických pro duševní onemocnění a mentální postižení nebo existence zvláštního stupně závislosti se specifickými kritérii k posouzení pro tuto cílovou skupinu. Implementace kritérií do praxe.

### Opatření 2.1.4

Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Zpracovat komplexní analýzu zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support) a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy. Podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném pracovním trhu.

**Důvod zařazení opatření:** Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75%. Cílem je vytvořit systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním, s důrazem na uplatnění na otevřeném pracovním trhu, tj. je nutno posílit metody, které prokazatelně vedou k uplatnění na otevřeném pracovním trhu.

**Způsob plnění:** Zpracování komplexní analýzy zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce, včetně specifik pro tuto cílovou skupinu a efektivitu využívaných nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Rozšíření existující Pracovní skupiny k zaměstnávání lidí s duševním onemocněním v rámci projektu Deinstitutionalizace péče o duševně nemocné o zástupce relevantních odborů MPSV. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak vypracování návrhu legislativních změn a metodických nástrojů a jejich implementace. Sestavení metodických postupů pro postup při práci s člověkem s duševním onemocněním v oblasti zaměstnávání (od mapování, nácviků pracovních a sociálních dovedností přes komunikaci se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, přes pracovní rehabilitaci až po zaškolení a zapracování u zaměstnavatele a postupné ukončování spolupráce). Zajištění pravidelných reprezentativních průzkumů nezaměstnanosti lidí s duševním onemocněním v rámci evaluace dopadu provedených změn.

**Zodpovědnost:** MPSV

**Spolupracující subjekt:** MZd

**Termín splnění:** 1 / 2024

**Rozpočet:** Průzkum N/A, implementace 100 mil. Kč, zdroj ESF+.

**Indikátor:** Do roku 2030 je vytvořen systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním, s důrazem na uplatnění na otevřeném pracovním trhu. U osob se závažným duševním onemocněním je nezaměstnanost v roce 2024 nejméně o 5 % nižší oproti výchozímu stavu v provedeném průzkumu.

## SPECIFICKÝ CÍL 2.2

Vytvořit funkční systém primární prevence a včasné intervence v oblasti duševního zdraví pokrývající celý životní cyklus od narození až do seniorského věku.

### Opatření 2.2.1

Vytvořit a pilotně ověřit systém včasné identifikace/depistáže dětí v psychosociálním ohrožení, zvláštní pozornost přitom věnovat dětem v nejranějším věku. Navrhnout model včasného zachytu žen v období těhotenství a po porodu s psychosociální zátěží, resp. duševním onemocněním. Vytvořit doporučené postupy pro multidisciplinární spolupráci při depistáži a následné podpoře zapojení dítěte v psychosociálním ohrožení a jeho rodiny do vhodné formy intervence ve zdravotním, sociálním a školském segmentu.

**Důvod zařazení opatření:** V rámci podpory oblasti prevence a posílení časné intervence je zásadním předpokladem včasné zachycení dětí, které se ocitnou v psychosociálním ohrožení, pracovníky ve zdravotnictví, sociálních službách a školství, kteří jsou s dítětem a jeho rodinou v kontaktu, směřující k zapojení dítěte a jeho rodiny do vhodných forem podpory.

**Způsob plnění:** Ustavení mezirezortní pracovní skupiny a zpracování návrhu systému depistáže s určením rolí jednotlivých aktérů v oblasti zdravotnictví, vzdělávání a sociálních služeb a zhodnocením dopadu do legislativní úpravy v gesci příslušných rezortů. Schválení návrhu systému včasné identifikace – depistáže dětí v psychosociálním ohrožení v rámci jednotlivých rezortů a vytvoření pilotního projektu zaměřeného na jeho implementaci. Provedení a evaluace pilotního projektu. Implementace systému do právních norem a metodik a vzdělávání pracovníků v rámci příslušných rezortů.

**Zodpovědnost:** MŠMT, MZd, MPSV

**Termín plnění:** Zpracování návrhu pracovní skupinou 6/2021, provedení a evaluace pilotního projektu 12/2023, zpracování návrhu implementace do 12/2024.

**Rozpočet:** 15 mil. Kč, zdroj EHP fondy

**Indikátor:** Existence evaluační zprávy z realizovaného pilotního projektu (včetně pilotního zavedení mechanismu multidisciplinární spolupráce ve školství). Návrh implementace včetně zhodnocení dopadu do právní úpravy příslušných rezortů.

### Opatření 2.2.2

Zavést specializované programy zaměřené na rozvoj rodičovských dovedností – zejména u rodin v psychosociální zátěži (rodiče s mentálním postižením, duševním onemocněním, se závislostmi, mladiství apod.) s cílem snížení rizika traumatizace dětí. Pilotní ověření programu Triple P a následná implementace do působnosti služeb v oblasti podpory rodin s dětmi.

**Důvod zařazení opatření:** Rozvoj koncepce péče o duševní zdraví dětí a naplňování doporučení uvedených ve výstupech projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“.

**Způsob plnění:** Návrh programů rozvoje rodičovských dovedností pro rodiny v psychosociální zátěži v rámci ustavené pracovní skupiny (Opatření 2.2.1). Příprava vzdělávání pracovníků odpovědných za poskytování služeb v oblasti rozvoje rodičovských kompetencí. Pilotní projekt programu Triple P rozvoj rodičovských kompetencí a jeho vyhodnocení, zpracování návrhu způsobu implementace v síti služeb pro ohrožené děti, děti s duševní poruchou a jejich rodiny.

**Zodpovědnost:** MŠMT, MZd, MPSV

**Termín plnění:** 12/2023

**Rozpočet:** Program Triple P 30 mil. Kč, zdroj EHP fondy, ostatní ESF +, udržitelnost rozpočet MPSV

**Indikátor:** Existence programu a evaluační zprávy z realizovaných pilotů včetně zhodnocení dopadu do legislativní úpravy příslušných rezortů. Návrh implementace.

### Opatření 2.2.3

Umožnit v rámci dotačních titulů MŠMT nebo dotačních titulů MZd finanční podporu pro nastavení efektivního systému studijního a psychologického poradenství studentům a pracovníkům veřejných vysokých škol a uchazečům o studium, popř. dalším osobám (např. účastníkům kurzů celoživotního vzdělávání), a to v souladu se zákonnými povinnostmi vysokých škol v oblasti poradenství a podpory studentů se specifickými potřebami. Finanční podpora může být směřována na projekty rozvojového charakteru, které přispějí ke zvýšení kvality a dostupnosti služeb, navrhnou standardy poskytování těchto služeb a zajistí vyšší povědomí o těchto službách v cílových skupinách. Hrazení provozních nákladů zajistí veřejné vysoké školy z finančních prostředků poskytovaných ze státního rozpočtu na činnost vysoké školy.

**Důvod zařazení opatření:** Veřejné vysoké školy jsou povinny v souladu s § 21 odst. zákona č. 111 / 1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, poskytovat poradenské služby a činit všechna dostupná opatření pro vyrovnání příležitostí studovat na vysoké škole. Cílem opatření je z důvodu narůstající poptávky zvýšit kvalitu všech poradenských služeb, vč. poradenství v oblasti psychického stavu studujících. Nejedná se však o poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372 / 2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

**Způsob plnění:** Umožnit finanční podporu v rámci Centralizovaného rozvojového programu nebo výzev Operačního programu Jan Amos Komenský MŠMT nebo v dotačních programech MZd. Případně přijetí standardů služeb formulovaných veřejnými vysokými školami v rámci projektu ze strany MŠMT nebo Národního akreditačního úřadu pro vysoké školství (dále jen „NAÚ“). Aplikace standardů služeb vysokou školou bude monitorována v rámci žádostí o akreditace studijních programů a žádostí o institucionální akreditace pro oblast vzdělávání.

**Zodpovědnost:** MŠMT, MZd, NAÚ

**Termín plnění:** Vyhlášení dotačního programu do 06/2021.

**Rozpočet:** 40—100 mil. Kč na období let 2020—2023 (finanční podpora na nastavení efektivního systému poradenství; provozní náklady budou hrazeny z finančních prostředků poskytovaných ze státního rozpočtu na činnost vysokých škol), dále dle vývoje potřeb v této oblasti, zdroj EU fondy a SR.

**Indikátor:** Dotační program otevřený pro projekty veřejných vysokých škol.

### Opatření 2.2.4

Zajistit péči a podporu duševního zdraví v zaměstnání, kdy všichni zaměstnavatelé mají povinnost zařadit preventivní opatření a vhodné intervence zaměřené zejména na včasnou detekci duševních onemocnění do agendy BOZP (Bezpečnost a ochrana zdraví při práci). Dále mají povinnost pravidelně každé 2 roky provést dopadovou evaluaci zařazených intervencí a preventivních opatření u všech zaměstnanců.

**Důvod zařazení opatření:** V současné době kromě průzkumů, jež potvrzují vysokou míru subjektivně vnímaného negativního vlivu podmínek v zaměstnání na zdraví zaměstnanců, pozorujeme zvyšující se incidenci duševních onemocnění v souvislosti se zaměstnáním, vyšší míru předčasných důchodů a pracovní neschopnosti ve spojitosti se stresovou zátěží. Zaměření se na zlepšení psychosociálních podmínek v zaměstnání je významně nákladově efektivní.

**Způsob plnění:** Ustavení pracovní skupiny ze zástupců MZd, MPSV, poskytovatelů zdravotní péče a zaměstnavatelů v nestátním sektoru. Zpracování projektu, kterého součástí bude mapování současné praxe, zhodnocení dobré praxe ze zahraničí, návrh a implementace pilotního projektu s následnou evaluací. Provedení analýzy cílené na potřebu legislativních změn (na základě evaluace pilotního projektu) a její případná implementace.

**Zodpovědnost:** MPSV, MZd

**Termín plnění:** Zpracování pilotního projektu do 1/2022, provedení a evaluace do 1/2024, případná změna právních předpisů do 1/2029.

**Rozpočet:** 15 mil. Kč/projekt, zdroj: ESF +, zdroje nestátních organizací.

**Indikátor:** Existence evaluační zprávy z pilotního projektu. Samostatná odborná doporučení pro včasnou detekci duševních onemocnění na pracovišti.

### Opatření 2.2.5

Podpořit prevenci a časnou intervenci v oblasti duševního zdraví a komunikační plán na podporu orientace seniorů a jejich neformálních pečovatелů v systému péče o duševní zdraví.

**Důvod zařazení opatření:** Přes nárůst výskytu duševních poruch v seniorském věku, který reflektuje např. počet ošetřených pacientů/klientů s diagnózou Organické poruchy v psychiatrických ambulancích o 100 % za posledních 15 let, není tato oblast ve strategickém dokumentu k problematice stárnutí MPSV adekvátně reflektována.

**Způsob plnění:** V rámci tvorby návazného strategického dokumentu na Strategii přípravy na stárnutí společnosti 2018—2022 ve spolupráci MPSV a MZd zpracování oblasti prevence, časných intervencí a edukace v oblasti duševního zdraví.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Termín splnění:** 12/2021

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Zpracovaná oblast duševního zdraví u seniorů v návazném strategickém dokumentu na Strategii přípravy na stárnutí společnosti 2018—2022.

## SPECIFICKÝ CÍL 2.3

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

### Opatření 2.3.1

Začlenit témata psychosociální výchovy a managementu žákovského chování do společného základu pregraduální přípravy pedagogických pracovníků.

**Důvod zařazení opatření:** Prevence se v ČR soustředí především na sekundární jevy, jako šikana, záškoláctví, drogy atd., nicméně univerzálně cílená prevence soustředěná na duševní zdraví není systematicky dostupná. WHO doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti, aplikovaných učiteli, jako součást prevence patologických jevů. Toto doporučení je třeba zohlednit v rámci profesní přípravy pedagogických pracovníků.

**Způsob plnění:** Vytvoření návrhu vzdělávacího obsahu zaměřeného na podporu dětského duševního zdraví k začlenění do akreditovaných studijních programů v rámci pregraduální přípravy pedagogických pracovníků. Příprava legislativního opatření zavádějícího navržený vzdělávací obsah do pregraduální přípravy pedagogických pracovníků a podpora implementace.

**Zodpovědnost:** MŠMT

**Termín plnění:** 1 / 2022

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Existence legislativního opatření zavádějícího vzdělávací obsah zaměřený na podporu dětského duševního zdraví do studijních programů pregraduálního vzdělávání pedagogických pracovníků.

### Opatření 2.3.2

Rozvinout kompetence pracovníků ve školství (pedagogických pracovníků škol a školských poradenských zařízení, krajských školských koordinátorů) v oblasti prevence a podpory dětského duševního zdraví prostřednictvím dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků (DVPP) a zajištění jejich metodického vedení v této oblasti.

**Důvod zařazení opatření:** WHO doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti aplikovaných učiteli ve školách. K naplnění je třeba zahrnout tuto oblast do DVPP pedagogů působících v praxi a zavést systém jejich regionálně dostupného metodického vedení.

**Způsob plnění:** Ustavení mezirezortní pracovní skupiny, návrh obsahu vzdělávacích programů dle cílové skupiny pedagogických pracovníků, definování obsahu metodických materiálů a způsobu metodického vedení stávajících krajských školských koordinátorů prevence v rámci agendy dětského duševního zdraví a multidisciplinární spolupráce.

**Zodpovědnost:** MŠMT, MZd, MPSV

**Termín plnění:** průběžně

**Rozpočet:** Vzdělávání a metodická podpora 15 mil. Kč, zdroj OPVVV / OPJAK, rozpočet MŠMT.

**Indikátor:** Existence vzdělávacího programu a 14 vyškolených a metodicky podporovaných krajských koordinátorů aktivně pomáhajících integrovat téma duševního zdraví do primární prevence na školách.

### Opatření 2.3.3

Zrevidovat zařazení psychosociální gramotnosti do rámcových vzdělávacích programů pro mateřské, základní a střední školy. Vytvořit a implementovat ověřený program podpory psychosociální výchovy na základních školách.

**Důvod zařazení opatření:** WHO doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti aplikovaných učiteli ve školách. K naplnění doporučení je třeba tuto oblast implementovat do programů profesního rozvoje pedagogů MŠ, ZŠ a SŠ. Opatření je navíc plně v souladu s Národní

strategií primární prevence, která již v této chvíli zahrnuje úroveň všeobecné prevence ve školním prostředí. Opatření tuto strategii naplňuje v jejím základu, kterým je právě rozvoj psychosociálních kompetencí a emoční gramotnosti na úrovni MŠ i ZŠ jakožto důležitou podmínku funkčního sociálního chování dětí a zároveň prevence poruch chování ve vyšší věku. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání zahrnuje koncepční rozpracování psychosociálních témat, psychohygieny, psychosomatiky, duševních změn, duševního rozvoje, duševní hygieny, duševního zdraví a sociálního zdraví, a proto je potřeba především podpořit pedagogy pro práci s těmito tématy ve školách.

**Způsob plnění:** Ustavení mezirezortní pracovní skupiny a zpracování návrhu vzdělávacího obsahu programu psychosociální výchovy pro pedagogy. Návrh a pilotní implementace programu psychosociální výchovy na vzorku pedagogů vybraných MŠ, ZŠ, SŠ. Návrh dalšího postupu implementace na celostátní úrovni. V rámci cyklických revizí kurikula budou zapracovány nové vědecké poznatky z relevantních disciplín dále rozvíjející uvedené problematiky. Ty budou následně promítnuty i do dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

**Zodpovědnost:** MZd, MŠMT

**Spolupracující subjekt:** MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2023

**Rozpočet:** 40 mil. Kč, zdroj OP VVV

**Indikátor:** Revidované rámcové vzdělávací programy v souladu s opatřením.

### Opatření 2.3.4

Navrhnout program cíleného managementu žákovského chování a rozvoje dětského duševního zdraví ve školním prostředí a pilotně ho ověřit v rámci činnosti středisek výchovné péče, pedagogicko-psychologických poraden, speciálně-pedagogických center a školních poradenských pracovišť.

**Důvod zařazení opatření:** WHO doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti aplikovaných učiteli ve školách. K efektivnímu naplnění doporučení je třeba rozšířit kompetence pracovníků ve školských poradenských službách v oblasti intervencí zaměřených na management chování žáků a rozvoj duševního zdraví.

**Způsob plnění:** Ustavení mezirezortní pracovní skupiny a zpracování návrhu vzdělávacího obsahu programu, návržení obsahu metodických materiálů a postupu implementace programu v poradenských službách škol a školských poradenských zařízeních. Pilotní ověření programu ve vybraných školách a poradenských zařízeních ve všech krajích ČR včetně jeho evaluace. Zpracování návrhu implementace programu do systému poradenských služeb ve školství

**Zodpovědnost:** MŠMT

**Termín plnění:** 1 / 2026

**Rozpočet:** 60 mil. Kč, zdroj OP VVV, 60 mil. Kč, zdroj státní rozpočet

**Indikátor:** Existuje ověřený program cílený na management chování a duševní zdraví žáků, který je implementován na 42 školách ve 14 krajích ČR.

## SPECIFICKÝ CÍL 2.4

Realizovat celostátní destigmatizační iniciativu.

### Opatření 2.4.1

Navrhnout plán pokračování celostátní destigmatizační kampaně včetně destigmatizačních programů pro stávající cílové skupiny a rozvinout destigmatizační aktivity pro další cílové skupiny a zajistit jejich udržitelnost.

**Důvod zařazení opatření:** V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi, jako jsou zdravotníci. Destigmatizace je zásadním předpokladem pro snižování zátěže způsobované duševními onemocněními, protože umožňuje lidem bez zábran vyhledat odbornou pomoc a lépe se vypořádat se všemi důsledky duševních onemocnění a zvyšovat kvalitu života, včetně naděje na dožití.

**Způsob plnění:** Vytvoření plánu pokračování destigmatizačních programů pro stávající cílové skupiny – zdravotníky, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, státní správu, lidi s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky a komunity. Návrh, ověření a realizace destigmatizační aktivity pro novináře, policisty, pedagogy, vězeňskou službu, politiky a zaměstnavatele. Zajištění udržitelnosti, včetně financování, účelných destigmatizačních aktivit v letech 2022–2030, které mohou plánovat a realizovat různé organizace v rámci celé ČR a kde Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) bude vystupovat jako odborný garant a bude realizovat evaluaci celého procesu.

**Zodpovědnost:** MZd, MŠMT, MPSV

**Termín plnění:** 12 / 2021–2025

**Rozpočet:** 100 mil. Kč, zdroj ESF +, státní rozpočet a kapitoly jednotlivých ministerstev

**Indikátor:** 3 000 lidí z definovaných cílových skupin absolvuje ověřené destigmatizační programy. Existence zprávy z měření změny vnímání / stigmatu v ČR.

**Opatření 2.4.2:** Pod odborným vedením NÚDZ vyškolit síť ambasadorů, tj. lidí s duševním onemocněním, kteří jsou profesionálně vyškoleni k realizaci destigmatizačních aktivit.

**Důvod zařazení opatření:** Výzkumy ukazují, že existují dvě efektivní komponenty destigmatizačních aktivit. Za prvé destigmatizační aktivity musí být systematické a dlouhodobé (viz Opatření 2.4.1). Za druhé destigmatizačních aktivit se musí účastnit lidé se zkušeností s duševním onemocněním.

**Způsob plnění:** Nastavení metodiky výběru a školení ambasadorů. Vyškolení ambasadorů a jejich zapojení do destigmatizačních aktivit v Opatření 2.4.1.

**Zodpovědnost:** MZd

**Termín plnění:** 2 / 2025–2030

**Rozpočet:** viz opatření 2.4.1

**Indikátor:** 100 certifikovaných ambasadorů z řad lidí s duševním onemocněním.



## STRATEGICKÝ CÍL 3: Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.

Níže uvedené cíle a opatření zajišťují implementaci Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením (CRPD) a ostatních relevantních závazných dokumentů týkajících se lidských práv pro oblast duševního zdraví a integrují problematiku lidských práv do hodnocení kvality péče, jako jejího základního atributu. Posilují partnerskou roli uživatelů péče a jejich vliv na rozvoj systému péče o duševní zdraví zaměřeného na zotavení.

### SPECIFICKÝ CÍL 3.1

Systematicky upravit společenské prostředí tak, aby byla možná implementace závazků plynoucích pro ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv.

#### Opatření 3.1.1

Identifikovat a odstranit překážky (včetně legislativních) v plnění závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním a zajistit efektivní implementaci potřebných opatření.

**Důvod zařazení opatření:** Česká republika ratifikovala celou řadu mezinárodních dokumentů, ze kterých plyne mnoho doposud nezabezpečených závazků v oblasti lidských práv osob s duševním onemocněním a kvality péče. Níže uvedené opatření má ambici zajistit systémové zabezpečení plnění všech mezinárodních závazků v dané oblasti.

**Způsob plnění:** Provedení komplexní legislativní analýzy zaměřené na implementaci závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním (zejména CRPD). Úprava platné zdravotní, školské i sociální legislativy v oblasti kvality a bezpečí s ohledem na nutnou reflexi lidských práv osob s duševním onemocněním a principů zotavení. Revize vnitřních předpisů zdravotnických, školských i sociálních organizací a institucí a zajištění legislativního rámce tak, aby v procesech poskytování zdravotních a sociálních služeb a školských institucí pro osoby s duševním onemocněním byla respektována jejich individuální vůle a mechanismus podporovaného rozhodování. Vytvoření nástroje a metodiky a realizace vzdělávacích programů zaměřených na implementaci závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním a jejich zavedení do praxe.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MSp, MŠMT, MV

**Termín plnění:** 1 / 2026

**Rozpočet:** 120 tis. Kč analýza, 3 mil. Kč doporučené postupy, zdroj ESF +, implementace N/A

**Indikátor:** Existence analýzy zaměřené na implementaci závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním, nástrojů, metodik a vzdělávacích programů a evaluační zprávy k míře implementace změn v identifikovaných oblastech.

### Opatření 3.1.2

Navrhnout a realizovat komplexní strategii prevence a snižování používání omezovacích prostředků s využitím režimových a omezujících opatření respektujících lidskou důstojnost a zajišťujících právní ochranu uživatelů péče.

**Důvod zařazení opatření:** Dle realizovaného mapování (viz Příloha č. 6) mělo zkušenost s nějakou formou omezení v období sledovaných 6 měsíců 2 616 pacientů/klientů, což dokládá, že nejde o marginální téma, ale naopak problematiku, které je potřeba věnovat cílenou a trvalou pozornost.

**Způsob plnění:** Na základě dostupné analýzy provést potřebné dílčí změny v legislativě a vnitřních předpisech konkrétních zařízení, včetně sjednocení evidence používání omezovacích prostředků a jejich pravidelné vyhodnocování na úrovni zařízení i ČR. Zajistit systematickou metodickou podporu opatřením, která povedou k rozvoji preventivních a alternativních scénářů vzhledem k omezovacím prostředkům, včetně oblasti prevence rizikového chování a risk-assessmentu. Podpořit vzdělávání, tuzemské i zahraniční stáže, sdílet dobré praxe v oblasti prevence a vytváření alternativních scénářů ve vztahu k omezovacím prostředkům.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MŠMT

**Termín plnění:** 6 / 2021

**Rozpočet:** 10 mil. Kč / rok, zdroj ESF +, udržitelnost rozpočtová kapitola MZd.

**Indikátor:** Existence vzdělávacích programů k problematice omezovacích prostředků, existence komplexní strategie prevence a snižování používání omezovacích prostředků a pravidelného vyhodnocování používání omezovacích prostředků.

## SPECIFICKÝ CÍL 3.2

Zavést oblast lidských práv jako integrální součást hodnocení kvality poskytované péče o duševní zdraví.

### Opatření 3.2.1

Implementovat oblast lidských práv do systému hodnocení kvality péče ve zdravotním, sociálním i školském systému a zajistit udržitelnost a reálný dopad na zlepšování kvality života uživatelů péče.

**Důvod zařazení opatření:** Na národní úrovni v oblasti péče o duševní zdraví neexistuje jednotná metodika hodnocení kvality služeb ani národní doporučení pro jednotné postupy v oblasti kvality a naplňování lidských práv v oblasti služeb péče o duševní zdraví, ze kterých by poskytovatelé zdravotní a sociální péče mohli vycházet.

**Způsob plnění:** V návaznosti na projekt Deinstitutionalizace reformy psychiatrické péče (kde bude nově oblast lidských práv integrována do stávajícího systému certifikace kvality psychiatrických lůžkových zařízení) zpracování návrhu pokrytí oblasti lidských práv ve stávajícím systému certifikace v sociálním i školském systému. Návrh bude zpracován na základě komplexní analýzy zaměřené na nejefektivnější řešení, možnosti státní kontroly, zohlednění případných překryvů jednotlivých hodnotících systémů a požadavků na poskytovatele služeb v oblasti duševního zdraví a návrhu a dobré praxe vycházející z klíčových mezinárodních a lidskoprávních dokumentů. Implementace návrhů do stávajících mechanismů hodnocení kvality služeb.

**Zodpovědnost:** MZd, MŠMT, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2025

**Rozpočet:** 10 mil. Kč vzdělávání, evaluace, ostatní N/A

**Indikátor:** Existence pravidelných veřejně publikovaných evaluačních zpráv (v roce 2025 a poté á 5 let) o integraci oblasti lidských práv v hodnoceních kvality a dopadu na kvalitu života uživatelů.

### Opatření 3.2.2

Zapojit uživatele a blízké osoby do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.

**Důvod zařazení opatření:** Dle dostupné evidence je pro hodnocení kvality péče důležité, aby se jí aktivně účastnili samotní uživatelé péče a popř. také jejich rodinní příslušníci. Jedním ze způsobů hodnocení kvality je měření nákladové efektivity programů a intervencí založené na používání Quality Adjusted Life Years (QALY). Na základě měření nákladové efektivity pak plátcí poskytované péče mohou informovaně rozhodovat o tom, které programy, intervence a léky financovat a které ne. QALY přitom vycházejí z instrumentů, kdy kvalitu života související se zdravím reportují sami uživatelé péče (např. EQ-5D nebo AQoL). Nicméně měření kvality péče nelze jistě redukovat na používání jednoho určitého nástroje. Proto je nutný vznik metodiky pro hodnocení služeb, jejíž nedílnou součástí bude jeden z nástrojů, který výpočet QALY umožňuje. Zapojení uživatelů péče a případně rodinných příslušníků do přípravy této metodiky je zárukou toho, že měření kvality poskytované péče bude komplexní a bude reflektovat potřeby lidí s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků v oblasti hodnocení kvality péče.

**Způsob plnění:** Návrh a zpracování metodiky aktuálního hodnocení kvality péče pro zdravotní služby (ambulance, denní stacionáře, lůžkovou péči, komunitní péči) a sociální služby s ohledem na zapojení uživatelů péče a jejich blízkých a implementace navržených opatření do existujících systémů hodnocení kvality péče. Pilotní ověření metodiky u 10 poskytovatelů v oblasti péče o duševní zdraví (z různých regionů a u různých typů poskytovatelů). Vyhodnocení, úpravy metodiky. Návrh implementace metodiky do praxe.

**Zodpovědnost:** MPSV, MZd

**Termín plnění:** 1 / 2024

**Rozpočet:** 300 tis. Kč na lidské zdroje v rámci pilotního projektu, zdroj ESF+, udržitelnost kapitoly jednotlivých ministerstev.

**Indikátor:** Počet zapojených uživatelů péče a blízkých osob do systému hodnocení kvality ve všech segmentech péče je 30.

## SPECIFICKÝ CÍL 3.3

Zohlednit rovné příležitosti mužů a ženy v oblasti duševního zdraví.

### Opatření 3.3.1

Zpracování analýzy, která se bude zaměřovat na genderové aspekty duševního zdraví a potřeb znevýhodněných uživatelů a uživatelék péče a jejich přístupu ke službám v oblasti duševního zdraví.

**Důvod zařazení opatření:** Data týkající se duševního zdraví ukazují, že některé aspekty více postihují muže či naopak ženy. Např. počet dokonáných sebevražd je v ČR přibližně 1 400, z čehož 1 100 představují muži. Tento jev prokazuje potřebu citlivého přístupu, který bude zohledňovat potřeby cílové skupiny. Naopak v souvislosti se zdravím žen se hovoří o tzv. poddiagnostikovanosti, tedy jevu, kdy jsou ženy méně často diagnostikovány správně, přičemž zde není souvislost s výskytem daného onemocnění, nýbrž s nedostatečnou modelací diagnostických kritérií u žen. Při diagnostice a léčbě je navíc, z hlediska

rovnosti žen a mužů ve zdraví, nutné brát v potaz hledisko biologické odlišnosti pohlaví a hledisko společností vytvářených rozdílů mezi muži a ženami. Výzkumy dále naznačují, že u osob ze znevýhodněných skupin (rasa/etnikum, náboženské vyznání, sexuální orientace, genderová identita) stoupá riziko vzniku duševních onemocnění, neboť pocit jinakosti a případné s tím související sociální vyčlenění může mít negativní dopad na duševní zdraví jedinců. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že je třeba se tématem hlouběji zabývat a zkoumat jednak specifika duševního zdraví žen a mužů, a dále specifika duševního zdraví u vícečetně znevýhodněných osob.

**Způsob plnění:** Zpracování analýzy genderových aspektů duševního zdraví a potřeb znevýhodněných uživatelů a uživatelék péče a systémových bariér, se kterými se setkávají, včetně formulování doporučení plynoucích z analýzy ke zlepšení přístupu ke zdravotním službám v oblasti duševního zdraví.

**Zodpovědnost:** MZd, ÚV ČR

**Termín plnění:** 6 / 2024

**Rozpočet:** 160 tis Kč, (MZd, ESF, ÚV ČR)

**Indikátor:** Existující analýza včetně doporučení

### Opatření 3.3.2

V návaznosti na doporučení vymezená v Opatření 3. 3. 1 zpracovat metodické nástroje a vzdělávací programy, které budou cílit na odbornou i laickou veřejnost působící v oblasti duševního zdraví. Předmětem metodických nástrojů a vzdělávacích kurzů bude téma rovnosti žen a mužů, genderu a vícečetných znevýhodnění v kontextu duševního zdraví.

**Důvod zařazení opatření:** Jak bylo uvedeno výše, společenské postavení žen a mužů má vliv na způsob, jakým muži a ženy hodnotí své zdraví a jak hodnotí zdraví žen a mužů odborná veřejnost. Obdobně existují specifika v oblasti duševního zdraví u vícečetně znevýhodněných osob (např. z důvodu etnicity, víry, sexuální orientace, genderové identity...) kde je z důvodu „jinakosti“ vyšší riziko vzniku a rozvoje duševního onemocnění. Z těchto důvodů je žádoucí, aby zdravotnický personál přistupoval ke svým klientům a klientkám s respektem vzhledem k jejich sociálnímu kontextu. Je třeba zajistit citlivost odborníků a odbornic působících v této oblasti tak, aby s těmito specifiky dokázali pracovat a přistupovali ke svým klientům a klientkám individuálně a na základě jejich potřeb. Ve všech těchto oblastech by měl být zdravotnický personál vzděláván a metodicky podporován.

**Způsob plnění:** Zpracování metodických nástrojů a vzdělávacích programů pro poskytovatele péče v oblasti duševního zdraví reagujících na specifické potřeby znevýhodněných osob a specifika genderu v kontextu duševního zdraví.

**Zodpovědnost:** MZd, ÚV ČR

**Termín plnění:** 12 / 2025

**Rozpočet:** 1 mil. Kč (MZd, ESF, ÚV ČR)

**Indikátor:** Existující metodika a náplň kurzu. 50 vyškolených pracovníků / pracovnic, 50 distribuovaných metodik.

## STRATEGICKÝ CÍL 4: Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.

Jak je definováno v popisu tohoto cíle, cíle a opatření se zaměřují na proces deinstitucionalizace a rozvoj efektivní komunitní péče a služeb v komunitě pokrývajících všechny potřeby lidí s duševním onemocněním, včetně potřeby silného uživatelského hnutí k podpoře jejich efektivní participace v rámci systému péče o duševní zdraví.

### SPECIFICKÝ CÍL 4.1

Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.

#### Opatření 4.1.1

Ukotvit multidisciplinární týmy pro všechny cílové skupiny (Centra duševního zdraví) v relevantních zákonech (zákon č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb.) a prováděcích právních předpisech, včetně personálního obsazení, sdílení informací, zodpovědnosti jednotlivých zaměstnanců, vzdělávání a úhrad.

**Důvod zařazení opatření:** Psychiatrická péče poskytovaná multidisciplinárními komunitními týmy je kvalitativně odlišná oproti péči poskytované ve stávajícím systému služeb (ambulantní a lůžková péče). Je důležité, aby služby multidisciplinárních týmů představovaly zvláštní druh péče právě s ohledem na přehledy do oblastí mimo zdravotní péči a služby. Z hlediska sdílení informací o pacientech/klientech, vstupu do služby a samotného poskytování péče jde o nezbytné opatření, které umožní propojení zdravotní péče a poskytování registrovaných sociálních služeb do jednoho rehabilitačního plánu.

**Způsob plnění:** Návrh úprav v zákonech č. 372/2011 Sb., 48/1997 Sb., 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb. Plán legislativních prací, předložení návrhu ke schválení vládou ČR. Úprava prováděcích právních předpisů, např. vyhlášky č. 99/2012 Sb. a vyhlášky č. 92/2012 Sb.

**Zodpovědnosti:** MZd, MPSV

**Termín splnění:** Účinnost zákonů k ukotvení CDZ pro závažně duševně nemocné v zákoně č. 372/2011 Sb. a 108/2006 Sb. od 12/2020 a prováděcích předpisů následně do 6/2021, ukotvení ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. v zákonech s účinností od 1/2026.

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Schválení novelizace zákonů č. 372 / 2011 Sb., 48 / 1997 Sb., 108 / 2006 Sb., č. 95 / 2004 Sb., č. 96 / 2004 Sb. včetně prováděcích předpisů.

#### Opatření 4.1.2

Ke stávajícím 30 CDZ pro lidi se závažným duševním onemocněním a 3 týmům pro děti a pacienty/klienty s problematikou závislosti založit dalších 70 Center duševního zdraví rovnoměrně rozložených po celé ČR, upravit standard pro tuto službu tak, aby

zajistil možnost poskytování péče všem dospělým lidem s duševním onemocněním a potřebou vysoce komplexní péče (mimo cílové skupiny uvedeny dále a v opatření 4.1.3) a rozvinout síť CDZ pro děti s duševním onemocněním či s rizikem jeho rozvoje a síť CDZ v oblasti problematiky závislosti.

**Důvod zařazení opatření:** Naplnění priorit moderní psychiatrické péče, jak byly definovány Strategií reformy psychiatrické péče vydané MZd v roce 2013. Jde o zavedení nového druhu služby, která bude doplňovat stávající ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péči o psychiatrické služby poskytované v přirozeném prostředí pacientů/klientů. Cílem je zkvalitnit péči z hlediska naplňování lidských práv pacientů/klientů, snížit počet nezbytných hospitalizací/zkrátit jejich trvání v lůžkových zařízeních a co nejvíce integrovat duševně nemocné do běžného života – minimalizovat sociální dopady nemoci.

**Způsob plnění:** Na základě evaluace projektu 30 CDZ, 3 CDZ pro děti a 3 CDZ pro pacienty/klienty s problematikou závislosti upravit a zveřejnit Standardy a metodiky pro tyto služby. Ve spolupráci s poskytovateli zdravotní a sociální péče, VZP SZP a MPSV rozvinout síť 100 CDZ a zřídit další multidisciplinární týmy pro ostatní cílové skupiny.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MSp

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP, MŠMT, ASZ

**Termín plnění:** průběžně do roku 2030

**Rozpočet:** viz Příloha č. 7 (rozpočet z v.z.p.) a adaptace nákladů z rozpočtu MPSV, zdroj v.z.p., kapitola MPSV

**Indikátor:** Počet pacientů/klientů SMI v péči CDZ v roce 2030 je minimálně 7500, počet dětí s duševním onemocněním a pacientů/klientů s problematikou závislosti v péči multidisciplinárních týmů je minimálně 700 z každé cílové skupiny.

### Opatření 4.1.3

Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů (CDZ) pro oblast pro osoby trpící demencí rozvinout komunitní péči pro tuto cílovou skupinu dle specifikace v NAP Alzheimerovy demence a jiných obdobných onemocnění (včetně pacientů/klientů se získaným onemocněním mozku a různými kognitivními deficity).

**Důvod zařazení opatření:** V dobře fungujících systémech je na regionální úrovni definována síť služeb, v rámci které je dobře zorganizována vzájemná propojenost a spolupráce. Klíčovou službou pro osoby s demencí jsou „geronto-psychiatrické“ komunitní multidisciplinární týmy. Jejich náplní je jednak přímá péče o pacienta/klienta, podpora rodin nemocného, tak i spolupráce s dalšími službami v oblasti péče o stárnoucí osoby od primární péče po zařízení rezidenčního charakteru.

**Způsob plnění:** Zahrnout rozvoj multidisciplinárních týmů pro osoby s demencí do NAPAN+. Předat data z vyhodnocení pilotního provozu 2 CDZ v rámci projektu Nové služby reformy psychiatrické péče týmu zodpovědnému za implementaci NAPAN+.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Termín plnění:** Evaluace pilotního provozu 12/2021, rozvoj služeb průběžně do roku 2030.

**Rozpočet:** viz NAPAN+

**Indikátor:** Zpráva o plnění NAPAN+.

## SPECIFICKÝ CÍL 4.2

Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k péči komunitní, zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic.

### Opatření 4.2.1

Zajistit efektivní využití stávající sítě akutních psychiatrických lůžek a další rozvoj jejich kapacit ve všeobecných nemocnicích a u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k cílovému stavu cca 2800 lůžek pro všechny cílové skupiny (včetně dětské populace) rovnoměrně regionálně rozložených a jejich funkční propojení s multidisciplinárními týmy. Na základě vyhodnocení pilotního projektu zajistit financování akutní psychiatrické péče a nastavit udržitelné financování se sledováním markerů kvality poskytované péče.

**Důvod zařazení opatření:** Dostupnost akutní péče u závažných diagnóz jako schizofrenie je extrémně nízká (27 % přijato na lůžka akutní péče, 73 % pacientů / klientů přijato přímo na lůžka následné péče, zdroj NRHOSP 2007—2015). Deinstitucionalizace psychiatrické péče by měla vést k narovnání tohoto stavu, a to v souvislosti s rozvojem komunitní péče, rozšířením výkonově hrazené ambulantní péče a s restrukturalizační lůžek ve smyslu snížení lůžek následné péče ve prospěch lůžek akutních.

**Způsob plnění:** Evaluace probíhajícího pilotního projektu akutní lůžkové péče v psychiatrii. Po odborné diskuzi s plátcí nastavení vhodného modelu udržitelného financování se sledováním markerů kvality poskytované péče. Úprava a publikování Standardu akutní lůžkové psychiatrické péče, včetně materiálně-technické části. Ve spolupráci s VZP, SZP, MZd a kraji rozvoj akutní lůžkové péče ve všeobecných nemocnicích rovnoměrně po celé ČR.

**Zodpovědnost:** MZd a MPSV

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP, kraje

**Termín plnění:** průběžně do 2030

**Rozpočet:** viz Příloha č. 7

**Indikátor:** Dosažení hodnoty 2800 lůžek akutní psychiatrické péče v roce 2030 v předem vymezených a schválených zařízeních pro dospělé i dětskou a dorostovou psychiatrii.

### Opatření 4.2.2

Vybudovat dostatečnou síť sociálních služeb v přirozené komunitě pro lidi s duševním onemocněním dlouhodobě hospitalizované ve zdravotnických zařízeních následné lůžkové péče v psychiatrii včetně osob s potřebou vysoké míry podpory a s rizikem chování tak, aby vytvořené kapacity reagovaly na proces deinstitucionalizace.

**Důvod zařazení opatření:** Z analýzy provedené v rámci projektu Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné ohledně počtu psychiatrických pacientů / klientů se závažným duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích k 30. 9. 2018 déle než 182 dní vyplývá, že u ¼ je limitujícím faktorem propuštění do domácího prostředí absence bydlení a souvisejících sociálních služeb. Přitom podíl pacientů / klientů se sociální problematikou, pro kterou aktuálně není v přirozené komunitě řešení, je ještě vyšší.

**Způsob plnění:** Na základě mapování potřebných kapacit rozvoje sociálních služeb pro cílovou skupinu SMI na následující 3 roky (viz Příloha č. 8) ve spolupráci s kraji, MPSV a MF vytvoření akčního plánu za každý kraj, kde bude návrh upraven dle dalších parametrů (personální a finanční zdroje), rozšířen na další cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Akční plány budou propojeny na střednědobé plány krajů a komunitní plány obcí a budou nástrojem k realizaci právní odpovědnosti krajů a obcí vůči lidem s duševním onemocněním v souladu s platnou legislativou. Každoroční revize plánů dle reálného pokroku v rozvoji služeb a aktuálních potřeb a jejich prodloužení na období do roku 2030.

**Zodpovědnost:** MPSV, MZd

**Spolupracující subjekt:** MF, kraje, Svaz měst a obcí, obce

**Termín plnění:** Průběžně do 2030

**Rozpočet:** Bude upraveno dle modelací MPSV, odborný odhad na 3 roky cca 500 mil. Kč. / rok, zdroj kapitola MPSV, rozpočty krajů

**Indikátor:** Existence 14 Akčních plánů rozvoje sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním, včetně popisu dostupnosti lidských zdrojů a finančních prostředků na realizaci, které jsou propojené se střednědobými plány krajů a komunitními plány obcí.

### Opatření 4.2.3

V návaznosti na opatření 4.2.2 snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 2/3 oproti stávajícímu stavu 8490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018).

**Důvod zařazení opatření:** Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkých psychiatrických nemocnicích a psychiatrických léčebnách, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Navíc jsou dlouhodobé hospitalizace spojeny s nenaplňováním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, ale také se zvýšeným rizikem sebevražd po propuštění z péče.

**Způsob plnění:** Zapracování cíle do existujících transformačních plánů (včetně rozložení personálních zdrojů, ekonomické kalkulace a materiálně-technického plánu využití budov) u všech poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a ve spolupráci s kraji rozpracování konkrétních krátkodobých cílů.

**Zodpovědnost:** MZd

**Termín plnění:** Průběžně do 2030

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Počet lůžek následné péče v oboru psychiatrie je v roce 2030 nižší než 4100.



#### Opatření 4.2.4

Zajistit rozvoj ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) s regionálně potřebnou specializací, založený na základě evaluace pilotního projektu 6 ambulancí s rozšířenou péčí. V rámci plánovaných 200 ARP zřídit 20 adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty/klienty jako formu specializovaných ARP. Pilotovat služby konziliární psychiatrické péče. Rozvoj psychiatrických ambulancí pro děti a dorost.

**Důvod zařazení opatření:** Dle analýzy VZP v posledních deseti letech rostl počet ambulantních pracovišť, přesto kapacita ambulantní psychiatrické péče nepostačuje pro poskytování kvalitních a individualizovaných služeb pro stále rostoucí počet pacientů/klientů. Chybí péče multidisciplinárního týmu (ve smyslu spolupracujících zdravotnických pracovníků) v případech, kde je potřebná. Často je třeba propojit dovednosti a kompetence jednotlivých odborností, aby bylo možné adekvátní péči poskytnout.

**Způsob plnění:** Evaluace pilotního projektu šesti ARP (z toho dvou ARP specializovaných na adiktologii), úprava a publikace standardu a financování pro tuto službu. Ve spolupráci s VZP a SZP vytvoření pilotního projektu konziliární péče, jako součásti ARP. Vyhodnocení pilotního projektu, nastavení financování, podpora vzniku dalších ARP ze strany MZd i zdravotních pojišťoven. Ve spolupráci s VZP a SZP vytvoření a zavedení financování ambulantní psychiatrické péče pro děti a dorost tak, aby umožňovala efektivní péči o tyto pacienty/klienty a byla motivační pro rozvoj sítě pro tuto cílovou skupinu.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** ÚV, VZP, SZP

**Termín splnění:** Evaluace pilotního projektu ARP 12/2021, evaluace pilotního projektu konziliárních služeb 1/2026, ostatní průběžně.

**Rozpočet:** viz Příloha č. 7

**Indikátor:** Evaluační zpráva z ARP 12/2021, Existence 200 ambulancí s rozšířenou péčí v roce 2029 (z toho 20 adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty/klienty), existence zprávy z pilotního projektu konziliárních služeb 1/2026.

#### Opatření 4.2.5

Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, včetně jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory.

**Důvod zařazení opatření:** V rámci deinstitucionalizace péče o lidi s duševním onemocněním jsou poskytovateli zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie zpracovány transformační plány. Významný počet pacientů/klientů s duševním onemocněním je však umístěn v domovech se zvláštním režimem, kde je aktuálně 14 354 lůžek, ale kde neznáme detailní potřeby a složení skupiny uživatelů, tzn. nevíme, kolik je z těchto lůžek čerpáno lidmi se závažným duševním onemocněním.

**Způsob plnění:** Provedení mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, a to vč. posouzení jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (paragraf 39).

**Zodpovědnost:** MPSV, MZd

**Spolupracující subjekt:** kraje

**Termín plnění:** průběžně do 2030

**Rozpočet:** 130 tis. Kč / zařízení / rok, zdroj ESF +, kapitola MPSV

**Indikátor:** Existence analytického materiálu a individuálních plánů podpory v souladu s vyhláškou č. 505 / 2006 Sb..

### Opatření 4.2.6

Vytvořit mechanismus prevence umístování dětí s duševním onemocněním do zařízení institucionální výchovy a prioritizovat alternativní cesty k identifikaci a naplnění individuálních potřeb dětí v přirozeném sociálním prostředí.

**Důvod zařazení opatření:** K posílení oblasti prevence duševních onemocnění je nutno realizovat opatření v souladu s doporučeními obsaženými ve výstupech projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“ a koncepcí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče.

**Způsob plnění:** Nastavení podmínek pro systematické snižování umístování dětí s duševním onemocněním do zdravotnických, sociálních a školských zařízení ústavní výchovy. Prioritizace alternativní cesty k identifikaci a naplnění individuálních potřeb dětí s duševním onemocněním v přirozeném sociálním prostředí. Pilotáž a následné zavedení inovativních služeb pro děti a rodiny v psychosociálním riziku zaměřených na sanaci potřeb dítěte v jeho biologické rodině do systému služeb pro ohrožené děti a jejich rodiny. Současně je potřeba se zaměřit na pravidelnou a včasnou lékařskou diagnostiku a zdravotní prevenci duševního onemocnění dětí a to tak, aby se stala běžným standardem zdravotnických služeb pro všechny děti bez rozdílu případné ohrožení ústavní výchovou. Zde primární roli sehrává lékařská diagnostika jako nástroj pro odhalování duševní nemoci a to zejména v rámci pravidelných lékařských prohlídek dětí prostřednictvím pediatrů, dorostových a praktických lékařů. Jako komplementárně navazující podpora pak může být zapojení školských poradenských pracovišť a školských poradenských zařízení v oblasti prevence.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV, MŠMT

**Termín plnění:** Průběžně do 2030

**Rozpočet:** Vzdělávání 10 mil. Kč, zdroj EHP fondy; Standardizace 10 mil. Kč, zdroj OP VVV; Pilotáž 40 mil. Kč, zdroj ESIF +. U finančních prostředků požadovaných z ESIF pak záleží na pravidlech, nastavení a možnostech ESIF.

**Indikátor:** Existence kritérií a snížení počtu dětí s duševním onemocněním umístěných do ústavních zařízení.

### SPECIFICKÝ CÍL 4.3

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.

**Důvod zařazení specifického cíle:** Cílem reformy péče o duševní zdraví v oblasti sítě služeb je vznik vyváženého modelu péče zvaného BALANCED CARE, který reflektuje priority uživatelů péče a specificky odpovídá na jejich potřeby. Tento systém má vyvážený poměr mezi komunitními a nemocničními (konvenčními) službami, mezi stacionárními a mobilními službami, s důrazem na jejich poskytování blízko bydliště uživatelů. Součástí takového systému je dostupnost krizové pomoci a různých forem ambulantních a pobytových služeb, včetně denních stacionářů.

### Opatření 4.3.1

Posílit krizová centra a služby, zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a prevence sebevražd. Zřídit specializovaná centra zaměřená na děti s komplexním traumatem.

**Způsob plnění:** V návaznosti na AP genderově motivovaného násilí a ve spolupráci s Asociací denních stacionářů a krizových center (ADSKC) sestavení pracovní skupiny a vypracování návrhu sítě krizových center, zajištění financování a motivace poskytovatelů. Vytvoření pilotního projektu 4 center pro děti s komplexním traumatem, evaluace. Vytvoření minimálně 14 krizových center pro dospělé populaci regionálně rozložených v rámci ČR.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** ÚV, ADSKC

**Termín plnění:** Průběžně do 2030

**Rozpočet:** 22 mil. Kč/rok/1 krizové centrum, zdroj v.z.p., kapitola MPSV, 10 mil. Kč/1 krizové centrum pro děti, zdroj EHP fondy.

**Indikátor:** Počet obslužených osob v krizových centrech min. 18000/rok. Existence evaluační zprávy z pilotního projektu pro děti s komplexním traumatem.

### Opatření 4.3.2

Rozvinout stacionární péči pro dětskou i dospělé populaci osob s duševním onemocněním podle regionálních potřeb a struktury obyvatelstva (zaměřenou také na osoby s mentálním postižením a vývojovými poruchami včetně poruch autistického spektra).

**Způsob plnění:** V rámci existující Pracovní skupiny k udržitelnému financování reformy psychiatrické péče zpracování pilotního projektu otevřeného denního stacionáře, jako prevence či zkrácení hospitalizací. Realizace pilotního projektu u min. 3 poskytovatelů. Evaluace pilotního projektu. Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, ADSKC a Odbornou radou pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče dopracování konceptu stacionární péče pro všechny potřebné cílové skupiny. Zpracování standardu a metodik pro všechny zaváděné typy stacionární péče a její rozvoj.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** ADSKC

**Termín plnění:** Průběžně do 2030

**Rozpočet:** 3,2 mil. Kč/rok/stacionář v pilotním programu, zdroj: v.z.p.

**Indikátor:** V roce 2030 existuje 60 nových stacionárních programů na úrovni všech krajů.

### Opatření 4.3.3

Rozvinout síť ambulancí klinických psychologů, ambulancí dětských klinických psychologů a zajištění dostupnosti široké škály psychoterapie (zajištěné odbornostmi: psychiatrie, klinická psychologie, psychiatrická sestra, adiktologie a další nelékařské profese) a podpůrných psychoterapeutických intervencí, včetně služeb potřebných konzultací pro ostatní služby v systému péče.

**Důvod zařazení opatření:** V současné době je pro lidi s duševním onemocněním závažným problémem praktická nedostupnost psychoterapeutické péče. Dále chybí legislativní ukotvení v psychoterapii pro lékaře. Samostatné ambulance klinických psychologů a dětských klinických psychologů pomáhají udržovat práh pocíťované stigmatizace spojené s nutností vyhledat služby v oblasti péče o duševní zdraví na nejnižší úrovni. Legislativní ukotvení vzdělávání v systematické psychoterapii úpravou zákona č. 95/2004 Sb. Úprava zákona č. 96/2006 Sb. a zákona č. 108/2006 Sb.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP, MPSV, AKP, Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP

**Termín plnění:** 1/2020 legislativní změna vzdělávání v systematické psychoterapii, 1/2021 návrh koncepce sítě psychoterapie a psychosociálních intervencí, zbytek průběžně.

**Rozpočet:** 840 mil. Kč. na 700 ambulancí klinických psychologů, zdroj. v.z.p., další výdaje na navýšení objemu psychoterapie a psychosociálních intervencí dle zpracovaného plánu, zdroj v.z.p., náklady na zavedení podpůrných psychosociálních intervencí v gesci MPSV kapitola MPSV.

**Indikátor:** Schválená změna zákonů č. 95/2004 Sb., č. 96/2006 Sb. a zákona č. 108/2006 Sb. Existence implementačního plánu strategie rozvoje služeb.

## SPECIFICKÝ CÍL 4.4

Zavést systém pro zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.

### Opatření 4.4.1

Zajistit rozvoj a financování uživatelských a rodičovských organizací.

**Důvod zařazení opatření:** Nejisté finanční zabezpečení patientských /klientských organizací je jednou z největších překážek v rovnoprávném postavení zástupců lidí s duševním onemocněním v jednotlivých rozhodovacích uskupeních. Vzájemné informování odborné veřejnosti a zástupců uživatelů psychiatrické péče je přitom považováno za prioritu, protože významně pomáhá zlepšit stav péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním v České republice.

**Způsob plnění:** Pro uživatelské a rodičovské organizace vyčlenění prostředků formou dotačního programu Ministerstva zdravotnictví, který bude každoročně vyhlášován a pokryje metodickou podporu při zabezpečení financí na provoz organizací, nasmlouvání právního a jiného poradenství a vzdělávání a další klíčové činnosti k udržení a rozvoji těchto uskupení s právní subjektivitou a částečně pokryje svépomocné aktivity těchto organizací. Ustavení svépomocné skupiny a neformální platformy pro zapojování uživatelů a rodinných příslušníků ve všech krajích ČR. Na úrovni krajů a obcí ČR vznik dotačních titulů pro zapojování uživatelů a laických pečovateli a financování aktivit uživatelských a rodičovských organizací.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** kraje

**Termín plnění:** 1 / 2020 dotační program MZd, 1 / 2023 dotační tituly na úrovni krajů

**Rozpočet:** Dotační program MZd, 1 mil. Kč / rok, dále variabilní dle možností krajů.

**Indikátor:** Existence dotačních titulů, existence platformy pro zapojování uživatelů a rodinných příslušníků na každém kraji ČR.

#### Opatření 4.4.2

Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování.

**Důvod zařazení opatření:** Přestože pomoc peer konzultantů (lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pomáhající svými zkušenostmi lidem, kteří s duševním onemocněním bojují) lidem se zkušeností s duševním onemocněním má terapeutický účinek, není jejich pracovní postavení legislativně ukotveno, není vymezeno jako typová pozice v Národní soustavě povolání ani v Národní soustavě kvalifikací.

**Způsob plnění:** Ustavení pracovní skupiny ze zástupců existující pracovní skupiny ke vzdělávání na MZd (projekty reformy psychiatrické péče), zástupců uživatelských organizací a organizací neformálních pečovatелů a zástupců relevantních odborů MZd a MPSV. Zpracování návrhu vzdělání peer konzultanta. Zpracování návrhu úpravy zákona č. 108 / 2006 Sb. a č. 372 / 2011 Sb. a zákonů č. 95 / 2004 Sb. a č. 96 / 2004 Sb. a jejich prováděcích právních předpisů ve vztahu k peer konzultantům. Zásadní úprava Vyhlášky č. 271 / 2012 Sb. vyhláška o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka). Zavedení systému vzdělávání peer konzultantů do praxe. Definování typové pozice pracovník v sociálních službách – peer konzultant a typové pozice ošetřovatel – peer konzultant. První typová pozice bude vymezena jako specializace povolání pracovník v sociálních službách, a to s odkazem na definici této nové pracovní pozice v zákoně č. 108 / 2006 Sb. Druhá typová pozice bude vymezena jako specializace povolání ošetřovatel, a to s odkazem na definici této pracovní pozice v zákoně 96 / 2004 Sb.. Obě typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2023

**Rozpočet:** N/A

**Indikátor:** Existence vymezení peer konzultantů jako specifikace povolání pracovník v sociálních službách a ošetřovatel v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací. Specifikace pozice pracovník v sociálních službách – peer konzultant v zákoně č. 108 / 2006 Sb. a specifikace pozice ošetřovatel – peer konzultant v zákoně č. 96 / 2004 Sb. Existence vzdělávání uznávaného v sociálních službách i zdravotnictví, úprava zákonů č. 95 / 2004 Sb. a č. 96 / 2004 Sb a č. 372 / 2011 Sb. a jejich prováděcích právních předpisů, včetně Vyhlášky č. 271 / 2012 Sb. Počet peer konzultantů, kteří absolvují vzdělávání, bude 8 ročně.

## STRATEGICKÝ CÍL 5: Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Cíle a opatření v rámci tohoto cíle zajišťují účinnou vnitrozoborní i mezirezoborní spolupráci, nutnou k efektivnímu fungování služeb v rámci systému péče o duševní zdraví a naplnění všech potřeb lidí s duševním onemocněním, umožňující jejich zotavení a plnohodnotné zapojení do společnosti.

### SPECIFICKÝ CÍL 5.1

Systémově (mezirezoborně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní).

#### Opatření 5.1.1

Vytvořit koncepci následné lůžkové péče, ambulantní a komunitní péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby, včetně implementačního plánu.

**Důvod zařazení opatření:** Nejvýraznějším deficitem systému ochranného léčení v ČR je absentující aplikace principu „Risk-need responsivity“, kdy intenzita léčby by měla odpovídat riziku. Nejnebezpečnější pachatelé by měli být léčeni nejintenzivněji a léčebný program by měl odpovídat těmto rizikům, která budou objektivně zhodnocena a pravidelně přehodnocována. Tato podskupina nemocných navíc nese specifické nároky jak v ústavní, tak i ambulantní péči, které nejsou v rámci platného způsobu financování zohledněny. V současné době systém léčení také nedostatečně respektuje práva nemocných a jejich právo na zotavení a současně ne zcela efektivně zajišťuje efektivní ochranu společnosti jako celku. Chybí také služby pro specifické podskupiny (děti a adolescenty, ženy, osoby s mentálním handicapem) nemocných, kterým je nařízeno ochranné léčení a to na všech úrovních systému. Není dostupná datová základna týkající se této skupiny nemocných, která limituje budování adekvátního systému služeb. Systém péče je financovaný takřka výhradně z prostředků všeobecného zdravotního pojištění, což na základě zahraničních zkušeností limituje jeho funkčnost a možnosti rozvoje.

**Způsob plnění:** Vytvoření a realizace koncepce efektivního systému péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby jak v ústavní léčbě, ambulantní i komunitní péči (Forezních multidisciplinárních týmech). Funkční propojení tohoto systému s Ústavu výkonu zabezpečovací detence a programy realizovanými MSp ve výkonu trestu odnětí svobody. Součástí řešení bude definice standardů léčby, spolupráce zdravotnických složek mezi sebou a nastavení multiagenturní spolupráce (zdravotnická zařízení – mediační a probační služba – úřady práce – sociální zařízení – soudy – policie). Implementace koncepce do praxe. Existence koncepce systému sběru dat týkajících se nemocných s ochranným léčením. Navržení, modelace a zavedení do praxe efektivního modelu financování této oblasti péče

**Zodpovědnost:** MZd, MSp, MPSV

**Termín plnění:** 1 / 2025

**Rozpočet:** Tvorba koncepce 150 tis. Kč, zdroj ESF+, ostatní dle návrhu existujících pracovních skupin na MSp a MZd.

**Indikátor:** Existence koncepce, včetně implementačního plánu.

### Opatření 5.1.2

Analyzovat konkrétní zákony a prováděcí předpisy upravující nařízení, výkon, ukončení a přeměnu ochranného léčení a předpisy související včetně norem upravujících sběr dat a údajů o této skupině nemocných. s cílem zajištění komplexního a efektivního řešení problematiky ochranného léčení jak v oblasti zdravotnické, tak i v zařízeních vězeňské služby a v Ústavech výkonu zabezpečovací detence. Na základě provedené mezirezortní analýzy pak novelizovat zákony a podzákoné normy.

**Důvod zařazení opatření:** Ochranná léčba je upravena ustanoveními Zákona o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. (dále jen zákon č. 373/2011 Sb.), zvláště ve výkonu ústavního ochranného léčení, péče ambulantní je relativně velmi stručně regulována, péče komunitní není zahrnuta.

**Způsob plnění:** Na bázi ustavené mezirezortní pracovní skupiny a věcně příslušných odborů zapojených ministerstev zadání zpracování analytického materiálu. Schválení analytického materiálu Radou vlády pro duševní zdraví a vládou ČR a realizace legislativních změn.

**Zodpovědnost:** MZd, MSp, MPSV

**Termín plnění:** analýza 1 / 2021, platné novely zákonů 1 / 2025

**Rozpočet:** Analýza 100 tis. Kč, zdroj ESF+, ostatní N/A

**Indikátor:** Existence analytického materiálu. Novelizace zákonů identifikovaných vstupní analýzou, včetně prováděcích předpisů. Existence právního zakotvení systému sběru dat týkajících se nemocných s ochranným léčením.

### Opatření 5.1.3

Rozvoj lůžkové, komunitní a ambulantní péče o pacienty/klienty se soudně nařízenou ochrannou léčbou (na základě schválené koncepce).

**Důvod zařazení opatření:** Ústavní forma ochranného léčení je řešena v rámci běžné následné lůžkové péče v psychiatrii, ambulantní forma nepostačuje kapacitou a komunitní multidisciplinární terénní péče chybí. Absentuje systémové uplatnění nástrojů hodnocení rizika a protektivních faktorů a koncepce provázaného systému služeb s adekvátním financováním.

**Způsob plnění:** V návaznosti na opatření 5.1.1 a 5.1.2 restrukturalizace lůžkové péče pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením. Navržení a vybudování sítě oddělení poskytující péči nemocným s vysokou/střední/nízkou mírou rizikovosti s adekvátním technickým vybavením, dostatečnými odbornými i materiálními kapacitami. Vytvoření metodiky hodnocení rizika a protektivních faktorů u nemocných s uloženou ochrannou léčbou, spolupráce lůžkových zařízení s FMT a s ambulantními psychiatry a v rámci ambulancí s rozšířenou péčí. Součástí tohoto systému bude hodnocení průběhu této léčby a definování standardů této léčby včetně uplatnění principů zotavení specificky aplikovaných na skupinu nemocných s ochranným léčením. Systém umožní léčbu dětí a adolescentů, žen, osob s mentálním postižením tak, aby léčba probíhala v souladu s jejich potřebami včetně potřeb vzdělávacích a sociálních. Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením, vytvoření a publikace závazného standardu pro tuto službu a zavedení udržitelného financování. Zřízení jedenácti multidisciplinárních týmů pro tuto cílovou skupinu (nad rámec pilotních provozů). Personální posílení a zlepšení koordinace ambulantní péče o nemocné s ochranným léčením, definování regionální sítě ambulantních služeb. Funkční propojení tohoto systému ochranného léčení s Ústavu výkonu zabezpečovací detence a programy realizovanými MSp ve výkonu trestu odnětí svobody. Implementace systému sběru dat u nemocných s ochranným léčením ve všech jeho složkách.

**Zodpovědnost:** MZd, MPSV

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP, MSp

**Termín plnění:** Evaluace pilotního projektu multidisciplinárních týmů 2022, ostatní průběžně.

**Rozpočet:** 200 mil. Kč rozvoj multidisciplinárních týmů, zdroj v.z.p., rozpočty krajů, ostatní dle opatření 5.1.1.

**Indikátor:** Oblast péče o pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením má do roku 2030 k dispozici cca 1000 lůžek pro ochranné léčení stratifikovaných dle úrovně rizikovosti pacientů/klientů, regionálně rozložených a 13 multidisciplinárních týmů v těsné spolupráci s lůžkovými zařízeními. Oblast má definovanou síť ambulantních služeb. Systém umožňuje specializovanou léčbu dětí a adolescentů, žen i osob s mentálním handicapem. Existuje funkční systém sběru dat týkajících se populace OL umožňující rozvoj systému služeb, uplatnění politik státu v této oblasti a potřeb cílové populace. Existuje definovaný systém finančního zajištění systému OL.

## SPECIFICKÝ CÍL 5.2

Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví.

### Opatření 5.2.1

Na úrovni obcí zavést mechanismus funkčního case managementu (koordinace péče) a multidisciplinární spolupráce.

**Důvod zařazení opatření:** Nutnost nastavení spolupráce na úrovni ORP v oblasti působení CDZ. Zavedením funkce case manažerů na obcích bude položen základ systému případové práce s lidmi s duševním onemocněním a provázání služeb na úrovni zdravotně-sociálního pomezí.

**Způsob plnění:** Vytvořit metodické postupy a systém vzdělávání. Definovat personální obsazení a zavést a realizovat systém školení. Implementovat práci case managerů (koordinátorů péče) na obcích (realizujících multidisciplinární práci třetího typu pro všechny cílové skupiny) do systému práce na obcích v ČR.

**Zodpovědnost:** MMR

**Spolupracující subjekt:** Svaz měst a obcí, kraje, MZd.

**Termín splnění:** Průběžně do roku 2030.

**Rozpočet:** 170 mil. Kč/rok za 300 lidí, zdroj státní rozpočet a rozpočty obcí

**Indikátor:** V ČR je do roku 2029 300 case managerů pro oblast péče o duševní zdraví.

### Opatření 5.2.2

Zavést systém dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě s různou mírou zdravotně-sociální podpory dle individuálních potřeb uživatelů služeb s duševním onemocněním, včetně specializované pobytové sociální služby komunitního typu pro osoby s komplexními potřebami vycházejících z jednotlivých druhů duálních diagnóz a diagnóz typu F00-F03 v rozsahu poskytované celodenní sociální služby. Bydlení musí být domácího charakteru, s nízkým počtem uživatelů v jednotlivých domácnostech a nesmí mít institucionální charakter. Poskytovatel musí systematicky předcházet institucionalizaci těchto osob.



**Důvod zařazení opatření:** Při zmenšování kapacit u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie bude nutné pracovat i s osobami se závažným duševním onemocněním s vyšší komorbiditou a sociálním selháváním, a tedy i potřebou vyšší míry podpory a dohledu a to včetně duálních diagnóz a diagnóz typu F00-F03. V souladu s nezbytností systematické implementace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, v návaznosti na §38 zákona č. 108/2006. Sb. v platném znění a v návaznosti na doporučení WHO by mělo docházet k budování sociálních služeb komunitního typu (bez ohledu na druh registrace či skutečnost, zda jsou pobytové či terénní, nicméně v návaznosti na potřeby konkrétní cílové skupiny), jako prevence trans-institucionalizace vedoucí naopak ke zhoršení duševního zdraví těchto zvláště zranitelných cílových skupin způsobené právě institucionalizací, mj. z ní vycházející depersonifikací a zvýšení míry rizika v chování. Těmito cílovými skupinami jsou např. senioři s diagnózami F00-F03 a lidé s mentálním postižením a přidruženým duševním onemocněním a to včetně diagnóz F70-F79. Celý systém pobytových sociálních služeb, terénních sociálních služeb a dalších typů bydlení je efektivní pouze v případě, pokud je dostupný, flexibilní a upřednostňuje nezávislost člověka s duševním onemocněním.

**Způsob plnění:** Na základě mapování potřeb v u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Ve spolupráci s MMR, MPSV, kraji, obcemi a městy vytvořit a implementovat plány zvyšování kapacit definovaných forem bydlení.

**Zodpovědnost:** MPSV, MMR, MZd

**Spolupracující subjekt:** Svaz měst a obcí, kraje, obce

**Termín plnění:** průběžně

**Rozpočet:** 500 mil. Kč./rok, adaptace dle výsledku mapování a vytvořeného plánu, zdroj: IROP + MAS

**Indikátor:** Evaluace a zpracovaná roční zpráva o rozvoji kapacit a počtu pacientů/klientů, kteří našli dobré místo k bydlení s potřebnou mírou sociálně-zdravotní podpory. Zpráva je zpracována na úrovni krajů. Realizace 1 chráněného bydlení v každém 100 000 regionu v roce 2029, s celkovou kapacitou 800 lůžek.

### Opatření 5.2.3

Vytvořit systém bydlení pro duševně nemocné ve standardní civilní zástavbě. Využít modely sociálního bydlení, housing first, spolupráce s obcemi, realitními makléři aj. Propojit systém na službu terénních komunitních týmů, které realizují podporu a rozvoj kompetencí u člověka s duševním onemocněním.

**Důvod zařazení opatření:** Nedostatek chráněného, podporovaného a sociálního bydlení, vysoké nájemné v nájemných bytech, nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce velmi často neumožňuje nezávislý život člověka s duševním onemocněním, což je v rozporu s Článkem 19 Úmluvy: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti.

**Způsob plnění:** Na základě mapování potřeb v psychiatrických nemocnicích a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit bydlení. S využitím dostupných modelů bydlení ve spolupráci s obcemi a městy vytvoření a realizace plánu zajištění dostatečných kapacit bydlení v civilní zástavbě s propojením na podporu terénních komunitních týmů.

**Zodpovědnost:** MMR, MPSV, MZd

**Spolupracující subjekt:** Svaz měst a obcí, kraje

**Termín plnění:** průběžně do 2030

**Rozpočet:** N/A (využití stávajícího bytového fondu, volný trh s byty), ostatní dle výsledku mapování a vytvořeného plánu, zdroj IROP, MAS, rozpočty měst a obcí.

**Indikátor:** Existence 3 000 míst pro bydlení pro lidi s duševním onemocněním v bytech v civilní zástavbě po celé ČR v roce 2029.

### SPECIFICKÝ CÍL 5.3

Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví.

#### Opatření 5.3.1

Integrovat péči o duševní zdraví do primární péče praktických lékařů a zajistit péči o nemocné s psychosomatickou problematikou a psychologickou a psychiatrickou péči o somaticky nemocné.

**Důvod zařazení opatření:** Lékaři primární péče hrají důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasné detekci psychóz nebo závislostí na alkoholu. V posledních letech stoupá počet duševně nemocných, z nichž valná většina je ve vyšším riziku somatických komorbidit. Tento fakt již předem určuje důležitost úzké spolupráce mezi lékaři primární péče a psychiatry.

**Způsob plnění:** Formou vzdělávání a metodické podpory zvýšení kompetencí praktických lékařů ve screeningu příznaků duševního onemocnění a péči o stabilizované pacienty/klienty. Zajištění propojení praktických lékařů na specializovanou péči a komunitní služby a zvýšení komunikačních dovedností. Zajištění finanční motivace a zrušení indikačních omezení u definovaných farmak v léčbě úzkostných, depresivních poruch a Alzheimerovy demence. Zajištění dostupnosti a provázanosti psychoterapeutických služeb k poskytovatelům zdravotních služeb v oblasti somatického zdraví, zajištění financování konziliárních služeb. Zajištění dostupnosti komplexní péče o psychosomaticky nemocné, včetně fyzioterapie.

**Zodpovědnost:** MZd

**Spolupracující subjekt:** VZP, SZP

**Termín plnění:** Průběžně do roku 2030

**Rozpočet:** Dle rozsahu sdílené péče, zdroj v.z.p.

**Indikátor:** Počet praktických lékařů, kteří absolvovali akreditované vzdělávání v oblasti duševního zdraví je v roce 2030 500.

# VYSVĚTLIVKY K ROZPOČTU

N/A – Non applicable – v dokumentu je zkratka využita ve vztahu k rozpočtu pro činnosti, které odpovídají běžné agendě jednotlivých organizací nebo jsou zajištěny v rámci jiné probíhající aktivity tak, že implementací opatření nevzniknou další náklady .

V případě EHP fondů jako zdroje financování nutno specifikovat, že jde o možný zdroj financování z důvodu, že projekty financované z EHP fondů se vybírají ve volné soutěži o grant, takže není možné zaručit, že projekt se zaměřením v souladu s definicí uvedených opatření bude vybrán a podpořen. Alternativou financování jsou ESF+ (v rámci inovací), OPVVV, dotační tituly krajů, grantové agentury ČR atd.

## SEZNAM ZKRATEK

**AKP:** Asociace klinických psychologů ČR  
**ARP:** Ambulance s rozšířenou péčí  
**ASZ:** Agentura pro sociální začleňování  
**BOZP:** Bezpečnost a ochrana zdraví při práci  
**CDZ:** Centrum duševního zdraví  
**CRPD:** Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (orig. Convention on the Rights of Persons with Disabilities)  
**ČLS JEP:** česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně  
**DOZP:** Domov pro osoby se zdravotním postižením  
**DZR:** Domov se zvláštním režimem  
**ESF:** Evropský sociální fond  
**ESIF:** Evropské strukturální a investiční fondy  
**IROP:** Integrovaný regionální operační program  
**MERRPS:** Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb  
**MF:** Ministerstvo financí  
**MMR:** Ministerstvo pro místní rozvoj ČR  
**MMR:** Ministerstvo pro místní rozvoj ČR  
**MPSV:** Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR  
**MSp:** Ministerstvo spravedlnosti ČR

**MŠMT:** Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR  
**MV:** Ministerstvo vnitra ČR  
**MZd:** Ministerstvo zdravotnictví ČR  
**MŽp:** Ministerstvo životního prostředí ČR  
**NAPAN:** Národní akční plán pro Alzheimerovu demenci a obdobná onemocnění  
**NAPDZ:** Národní akční plán duševního zdraví  
**NAPPS:** Národní akční plán prevence sebevražd  
**NNO:** Nestátní neziskové organizace  
**NÚDZ:** Národní ústav duševního zdraví  
**NZIP:** Národní informační zdravotnický portál  
**NZIS:** Národní zdravotnický informační systém  
**OPZ:** Operační program zaměstnanost  
**PS ČLS JEP:** Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně  
**Sb. m. s.:** Sbírká mezinárodních smluv  
**Sb. z.:** Sbírká zákonů  
**SZP:** Svaz zdravotních pojišťoven  
**ÚZIS:** Ústav zdravotnických informací a statistiky  
**v.z.p.:** Veřejné zdravotní pojištění  
**VZP:** Všeobecná zdravotní pojišťovna  
**WHO:** Světová zdravotnická organizace

# REFERENCE

ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 1993, 1993, 16(4), 11-23 [cit. 2018-07-01]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0095655>. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1993-46756-001>

EHLER E., BEDNAŘÍK J., HÖSCHL C., WINKLER P., SUCHÝ M., PÁTÁ M. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2013. 76/109(3), 289-291. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>

EK. Country Report Czech Republic 2019: 2019 European Semester: Assessment of progress on structural reforms, prevention and correction of macroeconomic imbalances, and results of in-depth reviews under Rebutalation (EU) No 1176/2011. In: *Evropská komise* [online]. Brusel: EK, 2019, 27.2.2019 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/2019-european-semester-country-report-czech-republic\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-czech-republic_en.pdf)

EK. European Commission Green Paper: Improving the Mental Health of the Population: Towards A Strategy on Mental Health for the European Union. In: *Evropská komise: Health and Consumer Protection* [online]. Brusel: Evropská komise, 2005 [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/sum\\_meetings\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/sum_meetings_en.pdf)

EK. Můj region, má Evropa, naše budoucnost: Sedmá zpráva o hospodářské, sociální a územní soudržnosti Evropské komise [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2017. ISBN 978-92-79-71816-8. Dostupné z: [https://ec.europa.eu/regional\\_policy/sources/docoffic/official/reports/cohesion7/7cr\\_cs.pdf](https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/official/reports/cohesion7/7cr_cs.pdf)

EK. Quality of Public Administration: What have we learned, what can we do better. In: *Evropská komise: Zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování* [online]. Brusel: EK, 2018 [cit. 2019-07-26]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=cs&catId=88&eventsId=1308&furtherEvents=yes>

ELBOGEN, EB., JOHNSON, SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2009, 2008, 66(2), 152-161 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188537>

HÖSCHL, C., WINKLER, P., PĚČ, O. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry* [online]. 2012, 24(4), 278-288 [cit. 2019-02-17]. DOI: 10.3109/09540261.2012.688730. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/230803476\\_The\\_state\\_of\\_psychiatry\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic](https://www.researchgate.net/publication/230803476_The_state_of_psychiatry_in_the_Czech_Republic)

Implementační plán Strategického rámce Česká republika 2030. In: *Databáze strategií* [online]. Praha: MMR, 2018, 17. 10. 2018 [cit. 2019-06-02]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzp/strategie/implementacni-plan-cr2030>

JANOUSHKOVÁ M., KÁŽMER L., WINKLER P. Péče o osobu s duševním onemocněním v ČR mezi lety 2001 a 2001. Nepublikovaný manuscript.

JANOUSHKOVÁ, M., WINKLER, P., KÁŽMÉR, L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie* [online]. Praha, 2014, 18(4), 161-165 [cit. 2019-06-17]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2015/1-2015/janouskova.pdf>

KONDRÁTOVÁ L., CHRTKOVÁ D., MLADÁ K., JANOUSHKOVÁ M., ŠTANGLOVÁ A., ROBOCH Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2018; 114(4): 151-158. Dostupné z: <http://www.csppsychiatr.cz/detail.php?stat=1220>

KRUPCHANKA, D., MLADÁ, K., WINKLER, P., KHAZAAL, Y., ALBANESE, E. Mortality in people with mental disorders in the Czech Republic: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet* [online]. 2018, June 01, 2018, 3(6), 289-295 [cit. 2019-06-17]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30077-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30077-X). Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30077-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30077-X/fulltext)

Listina základních práv a svobod, vyhlášena jako součást ústavního pořádku ČR pod č. 2/1993. In: Sb. z. Praha: Vláda ČR, ročník 1992, č. 2, částka 1.

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. In: Sb. z. Praha: Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., ročník 1976, číslo 120, částka 23.

MIOVSKÝ, M. a POPOV, P. Návrh základní sítě adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty a klienty. Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP ve spolupráci s Českou Asociací Adiktologů (ČAA), s Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN. 5.0. Praha, 2019.

MMR. Příprava Dohody o partnerství 2021 - 2027. In: Dotace EU [online]. Praha: MMR, 2019, 2019 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://www.dotaceeu.cz/cs/Evropske-fondy-v-CR/KOHEZNI-POLITIKA-PO-ROCE-2020/s>

MPSV. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: MPSV, 2013b, 28. srpna 2013 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-ceske-republice-do-roku-2020>

MPSV. Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025. In: Databáze strategií [online]. Praha: MPSV, 2015b, 12. října 2015 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/27267/Koncepce\\_socialniho\\_bydleni\\_CR\\_2015-2025.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/27267/Koncepce_socialniho_bydleni_CR_2015-2025.pdf)

MPSV. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. In: Databáze strategií [online]. Praha: MPSV, 2013, 13. února 2013 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III\\_vlada\\_\\_Akcni\\_plan\\_staruti\\_.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf)

MPSV. Národní strategie ochrany práv dětí (2012). In: Databáze strategií [online]. Praha: MPSV, 2012, 4.1.2012 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/14309/NSOPD.pdf>

MPSV. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025. In: MPSV [online]. Praha: MPSV, 2015, 2015 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/29714/NSRSS.pdf>

MPSV. Strategie sociálního začleňování 2014-2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: MPSV, 2014, 8.1.2014 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/19477/Strategie\\_CZ.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/19477/Strategie_CZ.pdf)

MŠMT. Strategie vzdělávací politiky České republiky do roku 2020. In: MŠMT [online]. Praha: MŠMT, 2014, 9. července 2014 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: <http://www.vzdelavani2020.cz/>

MZd. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění 2016-2019. In: Databáze strategií [online]. Praha: MZd, 2016, 3. 2. 2016 [cit. 2018-06-12].

Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/>

narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-a-dalsi-obdobna-onemocneni-na-leta-2016-az-2019

MZd. Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZd. Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZ [online]. Praha: MZd, 2013 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

MZd. Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZd. Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZd [online]. Praha: MZd, 2013 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

MZd. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví. In: MZ ČR [online]. Praha: MZd, 2015, 20. 8. 2015 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf)

MŽP. Implementace Agendy 2030 pro udržitelný rozvoj (Cílů udržitelného rozvoje) v České republice. In: MŽp [online]. Praha: MŽp, 2018 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda\\_2030/\\$FILE/OUR\\_ImplementaceAgendy2030\\_20190121.pdf](https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/agenda_2030/$FILE/OUR_ImplementaceAgendy2030_20190121.pdf)

MŽP. Strategický rámec Česká republika 2030. Strategický rámec Česká republika 2030 [online]. Praha: MŽp, 2017, 19. 4. 2017 [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzp/strategie/strategicky-ramec-ceska-republika-2030>

NICE. National Institute for Health and Care Excellence (2009). Promoting mental wellbeing at work: Business case. London: NICE.

OECD. Government at a Glance 2017 [online]. Paris: OECD, 2017 [cit. 2019-06-12].

Dostupné z: [https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/gov\\_glance-2017-en.pdf?expires=1541664887&id=id&accname=guest&checksum=57E14D92389F3E3A7DBAE3470E1A2CEB](https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/gov_glance-2017-en.pdf?expires=1541664887&id=id&accname=guest&checksum=57E14D92389F3E3A7DBAE3470E1A2CEB)

pdf?expires=1541664887&id=id&accname=guest&checksum=57E14D92389F3E3A7DBAE3470E1A2CEB

OECD. Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy. In: OECD: Legal Instruments [online]. Paris: OECD Legal Instruments, 2019, 2019 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/334/334.en.pdf>

VOP. Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání: Závěrečná doporučení k šesté periodické zprávě České republiky. In: Ombudsman - Veřejný ochránce práv [online]. Brno: VOP, 2018, 6. června 2018 [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ESO/Vybor\\_proti\\_muceni\\_-\\_Zaverecna\\_doporuceni\\_k\\_seste\\_periodicke\\_zprave\\_Ceske\\_republiky.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/Vybor_proti_muceni_-_Zaverecna_doporuceni_k_seste_periodicke_zprave_Ceske_republiky.pdf)

PATEL, V., SAXENA, S., LUND, C., THORNICROFT, G., BAINGANA, F., BOLTON, P. et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet [online]. London: The Lancet, 2018, October 09, 2018, 392(10157), P1553-1598 [cit. 2019-02-11]. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X. Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31612-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31612-X/fulltext)

POLÁŠEK, M. et al. Vládneme si dobře?: Vládnutí v kontextu trvale udržitelného rozvoje. In: Strategický rámec Česká republika 2030 [online]. Praha: ÚV, 2016 [cit. 2019-07-26]. Dostupné z: [https://www.cr2030.cz/strategie/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/ANAL%C3%9DZA\\_Vl%C3%A1dneme-si-dob%C5%99e.docx.pdf](https://www.cr2030.cz/strategie/wp-content/uploads/sites/2/2018/05/ANAL%C3%9DZA_Vl%C3%A1dneme-si-dob%C5%99e.docx.pdf)

ŠKORŇA, D. Programové období EU fondů 2021—2027 a čistá mobilita. In: MŽp [online]. Praha: MŽp, 2019, 9. 5. 2019 [cit. 2019-06-12]. Dostupné z: [https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/cista\\_mobilita\\_seminar/\\$FILE/OPZPUR\\_Skorna-20191705.pdf](https://www.mzp.cz/C1257458002F0DC7/cz/cista_mobilita_seminar/$FILE/OPZPUR_Skorna-20191705.pdf)

Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb. In: Sb. m. s. Praha: Vláda ČR, 1992, ročník 1992, číslo 209.

Úmluva o právech dítěte. In: Sb. m. s. Praha: Vláda ČR, ročník 2010, číslo 104. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/vybory/pro-prava-ditete/Preklady-dokumentu-OSN.pdf>

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: Sb. m. s. Praha: Vláda ČR, ročník 2010, číslo 10, částka 4.

ÚV. Akční plán realizace Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019-2021. In: MŠMT [online]. Praha: ÚV, 2019b [cit. 2019-06-20]. Dostupné z: [http://www.msmt.cz/uploads/akcni\\_plan\\_primarni\\_prevence\\_2019\\_21.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/akcni_plan_primarni_prevence_2019_21.pdf)

ÚV. Akční plán Strategie boje proti sociálnímu vyloučení 2016-2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: ÚV, 2016 [cit. 2018-06-17]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/akcni-plan-strategie-boje-proti-socialnimu-vylouceni-2016-2020>

ÚV. Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2015-2020 [akt. 2018]. In: Databáze strategií [online]. Praha: Úřad vlády, 2015, 25. května 2015 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020\\_2.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020_2.pdf)

ÚV. Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019—2027. In: Vláda České republiky [online]. Praha: ÚV ČR, 2019 [cit. 2019-06-20]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019\\_2027-173695/](https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/strategie-a-plany/narodni-strategie-prevence-a-snizovani-skod-spojenych-se-zavislostnim-chovanim-2019_2027-173695/)

ÚV. Strategie boje proti sociálnímu vyloučení na období 2016—2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: ÚV, 2016 [cit. 2019-06-20]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/urad-vlady/strategie/strategie-boje-proti-socialnimu-vylouceni-2016-2020>

ÚV. Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR 2014-2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: Úřad vlády, 2014, 12. listopadu 2014 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt\\_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf)

ÚV. Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR 2014-2020. In: Databáze strategií [online]. Praha: Úřad vlády, 2014, 12. listopadu 2014 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt\\_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf](https://www.vlada.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Projekt_Optimalizace/Strategie-pro-rovnost-zen-a-muzu-v-CR-na-leta-2014-2020.pdf)

VIGO, D., THORNICROFT, G., ATUN, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171—178.

VIGO, D., THORNICROFT, G., ATUN, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171—178.

WHO. Culture and reform of mental health care in central and eastern Europe. WHO. Culture and reform of mental health care in central and eastern Europe [online]. 1. Copenhagen: WHO, 2018b, s. 31 [cit. 2019-06-24]. ISBN 978 92 890 5307 5. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/culture-and-reform-of-mental-health-care-in-central-and-eastern-europe-2018>

WHO. Improving health systems and services for mental health: Mental health policy and service guidance package [online]. Ženeva: WHO Press, 2009 [cit. 2018-06-11]. ISBN 978 92 4 159877 4. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774\\_eng.pdf;jsessionid=9F916E0B1F9E86F0F1A3EC806B4AF368?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44219/9789241598774_eng.pdf;jsessionid=9F916E0B1F9E86F0F1A3EC806B4AF368?sequence=1)

WHO. Mental Health Action Plan for Europe 2013-2020 [online]. 1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015 [cit. 2018-06-11]. ISBN 978 92 890 5095 1. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf](http://www.euro.who.int/___data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf)

WHO. Mental health, human rights and standards of care. In: WHO [online]. Copenhagen: WHO, 2018 [cit. 2019-06-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/mental-health,-human-rights-and-standards-of-care-2018>

WHO. Mental health: a state of well-being. In: WHO [online]. Copenhagen: WHO, 2014 [cit. 2018-06-17]. Dostupné z: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

WHO. Mental health: a state of well-being. In: WHO [online]. Copenhagen: WHO, 2014 [cit. 2018-06-17]. Dostupné z: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

WINKLER, P., BROULÍKOVÁ, H. M., KONDRÁTOVÁ, L., et al. Value of schizophrenia treatment II: Decision modelling for developing early detection and early intervention services in the Czech Republic. *European Psychiatry* [online]. 2018b, 53, 116-122 [cit. 2019-06-17]. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.008>. ISSN 0924-9338. Dostupné z: [https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(18\)30132-9/fulltext](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(18)30132-9/fulltext)



WINKLER, P., CSÉMY, L., JANOUŠKOVÁ, M., MLADÁ, K., BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., EVANS-LACKO, S. Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry* [online]. 2015, 30.9.2015, 30(6), 801-806 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2015.05.003. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26113172>

WINKLER, P., KOESER, L., KONDRÁTOVÁ, L., BROULÍKOVÁ, H. M., PÁV, M., KALIŠOVÁ, L., Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2018, 5(12), 1023-1031 [cit. 2019-06-17]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30388-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30388-2). Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30388-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30388-2/fulltext)

WINKLER, P., KRUPCHANKA, D., ROBERTS, T., KONDRÁTOVÁ, L., MACHŮ, V., HÖSCHL, C. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2017, 4(8), 634-642 [cit. 2018-06-17]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9). Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30135-9/fulltext)

WINKLER, P., MLADÁ, K., CSÉMY, L., NECHANSKÁ, B., HÖSCHL, C. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2018, 10.1.2018, 36(184), 164-169 [cit. 2019-06-20]. DOI: 10.1016/j.jad.2015.05.039. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093829>

WINKLER, P., MLADÁ, K., D. KRUPCHANKA, M. AGIUS, RAY, M.K., HÖSCHL, C. Long-term hospitalizations for schizophrenia in the Czech Republic 1998-2012. *Schizophrenia Research* [online]. 2016, 175(1-3), 180-185 [cit. 2018-06-17]. DOI: 10.1016/j.schres.2016.04.008. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27094718>

WINKLER, P., MLADÁ, K., JANOUŠKOVÁ, M., WEISSOVÁ, A., TUŠKOVÁ, E., CSÉMY, L. EVANS-LACKO, S. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* [online]. 2016, 2016, 51(9), 1265-73 [cit. 2019-06-24]. DOI: 10.1007/s00127-016-1263-y. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27357820>

WINKLER, P., FORMÁNEK, T., MLADÁ, K., ČERMÁKOVÁ, P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2018, 27(3), „e1728“. ISSN 1049-8931. DOI: 10.1002/mpr.1728. IF 2.500. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mpr.1728>

WINKLER, P., FORMÁNEK, T., MLADÁ, K., ČERMÁKOVÁ, P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2018, 27(3), „e1728“. ISSN 1049-8931. DOI: 10.1002/mpr.1728. IF 2.500. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/mpr.1728>

**Národní akční plán pro duševní zdraví 2020—2030**

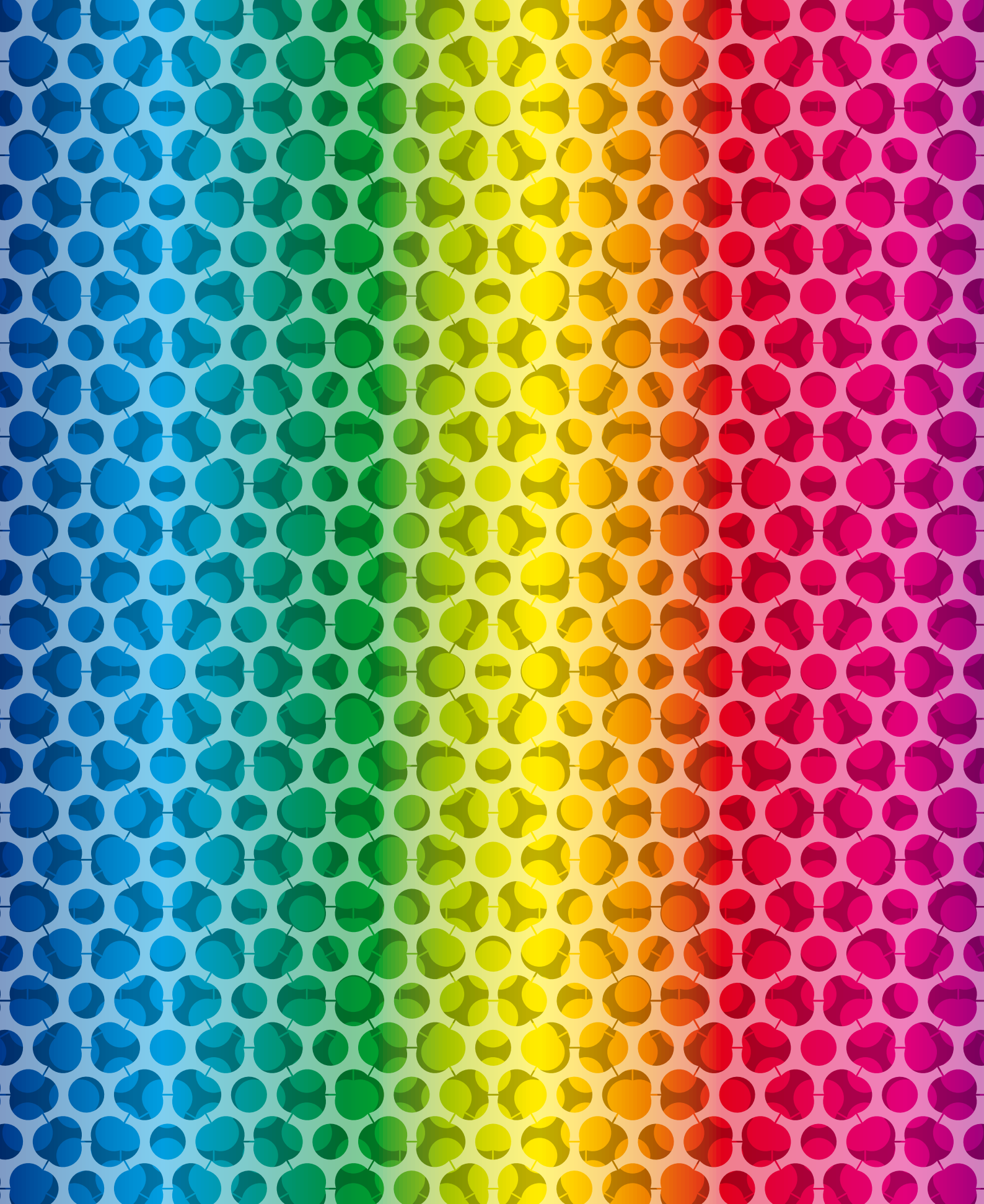
Grafická úprava a sazba: &gt;O&lt; Mowshe

Vydáno: leden 2020

Úřad vlády České republiky

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY





Úřad vlády České republiky



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY