

IMPLEMENTACE
NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU
PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
2020 — 2030

PRO OBDOBÍ 2020 — 2023

**IMPLEMENTACE
NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU
PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
2020 — 2030**

PRO OBDOBÍ 2020 — 2023



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

ÚVOD

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (dále „NAPDZ“) je strategický dokument, který rozpracovává konkrétní oblast duševního zdraví ve Strategickém rámci rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále „Strategický rámec Zdraví 2030“), schváleném usnesením vlády České republiky č. 817 dne 18. listopadu 2019. V rámci Implementačního plánu Strategického rámce Zdraví 2030 je zahrnut ve Specifickém cíli 2.1 „Implementace modelu integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví“. NAPDZ navazuje na schválenou Strategii reformy psychiatrické péče 2013–2023 (dále „Strategie“), kdy nejen definuje pokračování započaté systémové změny poskytování péče a stanovuje konkrétní postupy pro naplňování těch částí Strategie, u kterých existují zjevné implementační deficity, ale zejména Strategii rozšiřuje na všechny cílové skupiny lidí s duševním onemocněním a doplňuje ji o oblast prevence.

Cílem NAPDZ je tedy pokračovat v realizaci systémového procesu reformy péče o duševní zdraví do takové míry, aby byla lidem s duševním onemocněním dostupná komplexní podpora sítě koordinovaných zdravotních, sociálních a dalších služeb v systému péče o duševní zdraví a bylo jim umožněno prožít – i přes handicap duševního onemocnění – maximálně možný kvalitní život. Definovaná síť služeb vychází z 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. NAPDZ definuje duševní zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody“, nikoliv jen jako „nepřítomnost nemoci či vady“ a v rámci oblasti prevence proto navíc stanovuje opatření pro zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. Cíle a opatření specifikované a rozvedené v NAPDZ zohledňují empirické zkušenosti z realizace projektů v rámci reformy psychiatrické péče (OP Zaměstnanost, 2014–2020), na jejichž základě byly identifikovány potřebné změny v oblasti financování, legislativy a řízení a kde byla jako klíčová potřeba k efektivní realizaci změn popsána meziresortní spolupráce.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 byl schválen dne 27. 1. 2020 usnesením vlády České republiky č. 76. Na Radě vlády pro duševní zdraví dne 18. prosince 2019 bylo také usnesením č. 19/3 uloženo výkonnému místopředsedovi Rady vlády pro duševní zdraví vytvořit ve spolupráci s meziresortním koordinačním týmem implementační dokument akčního plánu do roku 2023, obsahující zodpovědnosti, ukazatele plnění a definici zdrojů nutných k realizaci definovaných aktivit. Tento implementační plán je tvořen ve formě implementačních karet, kdy každá karta rozpracovává jedno opatření NAPDZ do jednotlivých kroků realizovaných do konce roku 2023.

ORGANIZACE CÍLŮ NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020–2030

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

Tento cíl se vztahuje 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, ale také možnost pilotáže a zavádění inovativních metod pro tuto oblast.

SPECIFICKÝ CÍL 1.1:

Zajistit koordinaci meziřesortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadresortního koordinačního systému.

SPECIFICKÝ CÍL 1.2:

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

SPECIFICKÝ CÍL 1.3:

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

SPECIFICKÝ CÍL 1.4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 1.5:

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

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti 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 se srovnatelnými příležitostmi (v kontextu vytvoření srovnatelných podmínek) ošetřuje i oblast financí, a to jak na úrovni systému péče, tak na úrovni 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.

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.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3:

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

SPECIFICKÝ CÍL 2.4:

Realizovat celostátní destigmatizační iniciativu.

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.

SPECIFICKÝ CÍL 3.2:

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

SPECIFICKÝ CÍL 3.3:

Zohlednit rovné příležitosti mužů a žen v oblasti duševního zdraví.

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.

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.

SPECIFICKÝ CÍL 4.3:

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.

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.

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 vnitroresortní i meziresortní 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 (meziresortně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní).

SPECIFICKÝ CÍL 5.2:

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

SPECIFICKÝ CÍL 5.3:

Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví.

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.1:

Zajistit koordinaci meziresortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadresortního koordinačního systému.

OPATŘENÍ 1.1.1:

Zajistit meziresortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR. Zřídit orgány a vytvořit institucionální i finanční mechanismy a právní základ k naplnění Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení uživatelů péče do procesu řízení.

Aktivita:

Zřízení Rady vlády pro duševní zdraví (dále „RVDZ“).

Propojení RVDZ se stávajícími strukturami v rámci reformy psychiatrické péče a dalšími poradními orgány vlády ČR.

Zajištění zapojení zástupců uživatelů péče a neformálních pečovatelských do rozhodovacích procesů.

Vypracování plánu udržitelnosti řídicího aparátu po ukončení projektů reformy psychiatrické péče.

Kroky a termíny plnění:

8. 10. 2019 vláda ČR zřídila RVDZ na ÚV, kde jsou zapojeni ministři relevantních resortů (MZ, MPSV, MŠMT, MSp, MV, MMR a MF) s jasně určenými zodpovědnostmi za jednotlivé oblasti NAPDZ a další relevantní stakeholderi. Ve Statutu RVDZ je popsáno propojení se stávajícími strukturami v rámci reformy psychiatrické péče (Výkonný výbor pro implementaci reformy psychiatrické péče, Odborná Rada pro implementaci reformy psychiatrické péče). Výkonný výbor zajišťuje propojení se 14 krajskými koordinátory v projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2021). Členové RVDZ propojují Radu s dalšími poradními orgány vlády ČR. Je zajištěno zapojení zástupců uživatelů péče a neformálních pečovatelských do rozhodovacích procesů formou zastoupení v RVDZ.

Jednání RVDZ se budou konat 4x ročně, organizaci zajišťuje tajemník RVDZ.

Do 1/2022 vypracování plánu udržitelnosti řídicího aparátu v rámci MZ po ukončení projektů reformy psychiatrické péče (resp. udržitelnosti orgánů zajišťujících funkci Výkonného výboru a Odborné rady).

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

ÚV – součinnost s tajemníkem RVDZ při organizaci jednání, zajištění prostor a dalších náležitostí.

MZ (tajemník RVDZ) – organizace jednání, příprava podkladů, zpracování výstupů.

MSp, MMR, MF, MŠMT, MV, MPSV – součinnost při naplňování opatření NAPDZ, účast na jednáních RVDZ, plnění usnesení RVDZ.

MZ – udržitelnost struktur na MZ spolupracujících s RVDZ.

Financování:

1 681 552 Kč/rok na administrativní zajištění Rady vlády, zdroj SR.

Nulová varianta:

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. Absence systematické meziresortní koordinace vedoucí k postupnému odstraňování bariér změnového procesu povede k zastavení reformy péče o duševní zdraví ve smyslu nenaplnění cílů reformy, příp. dopady procesu budou pouze dílčí.

Přínosy:

Funkční nadresortní řízení komplexního procesu systému péče o duševní zdraví je dle zahraničních zkušeností podmínkou úspěšnosti jeho implementace.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, ukončení existence RVDZ při výměně politické reprezentace.

Indikátory splnění:

Počet jednání RVDZ (0/10)

Počet plánů udržitelnosti (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.1:

Zajistit koordinaci meziresortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadresortního koordinačního systému.

OPATŘENÍ 1.1.2:

Zajistit implementační jednotky na jednotlivých resortech formou zřízení meziresortního koordinačního týmu.

Aktivita:

Ustavení konkrétních zaměstnanců jednotlivých ministerstev, kteří budou v rámci části svého úvazku spolupracovat na implementaci rozhodnutí a schválených opatření Rady vlády pro duševní zdraví a zajištění vstupů/výstupů v kompetenci daného resortu.
Koordinace a pravidelné setkávání s členy Výkonného výboru pro implementaci reformy psychiatrické péče na MZ.

Kroky a termíny plnění:

18. 12. 2019 Rada vlády pro duševní zdraví ustanovením schválila vznik meziresortního koordinačního týmu a vyzvala jednotlivá ministerstva ke jmenování zástupců.
30. 1. 2020 již byli jmenováni všichni členové a probíhají jednání v pravidelných intervalech.

Návaznost na jiný cíl: 1.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV, MŠMT, MMR, MSp, MV, MF – jmenování zástupců do meziresortního koordinačního týmu.

MZ (tajemník RVDZ) – svolávání pravidelných jednání, zadávání/kontrola úkolů v gescích jednotlivých resortů v rámci implementace NAPDZ a reportování Radě vlády pro duševní zdraví.

Financování:

N/A, pozice v meziresortním koordinačním týmu je provázána se související agendou zaměstnanců relevantních ministerstev.

Nulová varianta:

Úkoly vyplývající z gesce jednotlivých resortů v rámci NAPDZ nemají v rámci ministerstev osobu pověřenou dohledem nad implementací, dochází tedy k opoždění implementace či k absenci její realizace.

Přínosy:

K úspěšné implementaci opatření schválených RVDZ či vyplývajících z jednotlivých opatření NAPDZ je nutná koordinace v rámci zapojených resortů.

Rizika implementace:

Nespolupráce zapojených resortů.

Indikátory splnění:

Počet vzniklých meziresortních koordinačních týmů (0/1)

Počet společných jednání členů meziresortního koordinačního týmu s Pracovní skupinou Výkonného výboru pro implementaci reformy psychiatrické péče (0/20)

Počet zaměstnanců určených spolupracovat na implementaci rozhodnutí a opatření RVDZ (0/6)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

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.

Aktivita:

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 NAPDZ) o strukturalizaci poskytovatelů a jejich funkcionalit.

Rozpracování funkčního zapojení uživatelů péče do struktury řízení i evaluace.

V rámci meziresortní pracovní skupiny (vč. uživatelů péče) zpracování mapování potřeb, navržený variantní modely řízení péče a tyto se předloží Radě vlády pro duševní zdraví ke schválení.

Příprava a realizace tří pilotních projektů řízení zdravotně-sociálních služeb v oblasti duševního zdraví.

Kroky a termíny plnění:

11/2020 – 12/2021 obnovení a rozšíření pracovní skupiny pro řízení aktivity. Dopracování druhé části analýzy obsahující strukturalizaci poskytovatelů a jejich funkcionalitu v systému řízení a plánování péče o duševní zdraví, včetně systémového zapojení uživatelů a vytvoření kompilace první a druhé části analýzy. Poptání služby + realizace.

1/2022 – 3/2022 projednání se stakeholdery (kraje, relevantní ministerstva, zdravotní pojišťovny, odborové svazy), předvýběr motivovaných pilotních míst v ČR.

Do 5/2022 předložení návrhů modelů řízení péče Radě vlády pro duševní zdraví.

6/2022 – 1/2023 příprava projektu na 30měsíční pilotáž modelu řízení na třech místech v ČR, včetně pracovní skupiny pro řízení pilotního projektu a zpracování způsobu dopadové evaluace.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – zpracování analýzy, příprava projektu, práce v meziresortní pracovní skupině.

Kraje – spolupráce na analýze a projektu, zapojení v pracovní skupině a zásadní role ve schvalovacích procesech.

MPSV, MMR, MŠMT – práce v meziresortní pracovní skupině.

Financování:

Analýza 160 tis. Kč, zdroj OP Zaměstnanost (2014–2020), ostatní N/A.

Nulová varianta:

Plánování bude realizováno nepropojeně dle současného modelu.

Přínosy:

V současné době v zásadě neexistují pro poskytování péče lidem s duševním onemocněním propojené zdravotně-sociální sítě, které by reagovaly na potřeby svých uživatelů a bylo možno je 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 k přípravě dalších projektů s modely adaptovanými s přihlédnutím k rozdílným specifikům jednotlivých regionů.

Rizika implementace:

Absence politické podpory.

Indikátory splnění:

Počet analýz (0/1)

Počet připravených pilotních projektů (0/1)

Počet setkání meziresortní pracovní skupiny (0/8)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.2:

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

OPATŘENÍ 1.2.2:

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

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

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 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.).

Aktivita:

Pokračování pracovní skupiny udržitelného financování na MZ, která navrhne řešení financování systémové změny poskytování psychiatrické péče.

Zpracování ekonomického modelu transformace psychiatrických nemocnic do roku 2023 (rozplánovaný do jednotlivých let) na základě poslední verze schválených transformačních plánů (náklady na péči) a vyhodnocení nastaveného způsobu financování (degresní platba za lůžkoden). Zvláštní analýza nákladů (provozních i investičních) v souvislosti s aktivitami implementace WHO QualityRights Tool Kit v psychiatrických nemocnicích do roku 2023 a plán zajištění finančních prostředků.

Na základě mapování areálů psychiatrických nemocnic zpracování návrhu plánu investic.

Na základě vyhodnocení Memoranda pilotního projektu akutní péče v psychiatrii zpracování plánu rozvoje akutní lůžkové péče v oboru psychiatrie v ČR, včetně personálních a investičních potřeb.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 ekonomický model transformace s evaluací současných návrhů financování transformační fáze.

Do 6/2021 analýza nákladů ve vztahu k WHO QualityRights Tool Kit.

1/2021 – 7/2022 mapování areálů psychiatrických nemocnic formou aktivity Ověření možností nového využití a revitalizace areálů psychiatrických nemocnic.

Do 12/2022 návrh plánů investic do psychiatrických nemocnic.

Do 6/2021 plán rozvoje akutní péče.

Návaznost na jiný cíl: 2.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, VZP, SZP – tvorba ekonomických modelů.

VZP, SZP – plán financování nákladů na péči.

Mapování areálů psychiatrických nemocnic proběhne v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2020, VZ Ověření možností nového využití a revitalizace areálů psychiatrických nemocnic).

MZ, MF – plán investic do psychiatrických nemocnic.

Financování:

Zpracování mapování a analýz 90 tis. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, VZ Ověření možností nového využití a revitalizace areálů psychiatrických nemocnic 16,5 mil. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020. Náklady na zdravotní péči viz opatření 2.2.1, zdroj v.z.p. Investiční náklady dle výsledků modelací a analýz, zdroj SR.

Nulová varianta:

Proces transformace psychiatrických nemocnic již započal a jeho první fáze je podpořená z EU fondů. Nenaplnění tohoto cíle by tedy kromě konzervace nevyhovujícího systému péče o duševní zdraví znamenalo i následky nenaplnění indikátorů podpořených projektů a zablokování vyjednávání v rámci dalšího programového období EU fondů.

Přínosy:

Toto opatření má za cíl zajistit bezpečný proces deinstitutionalizace a pokrýt 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 se jedná 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.

Rizika implementace:

Omezení podpory procesu reformy péče o duševní zdraví ze strany zdravotních pojišťoven. Ztráta politické podpory procesu.

Indikátory splnění:

Počet ekonomických modelů transformace (0/1)

Počet analýz nákladů ve vztahu k WHO QualityRights Tool Kit (0/1)

Počet navržených plánů investic psychiatrických nemocnic (0/1)

Počet navržených plánů rozvoje akutní lůžkové péče (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.3:

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

OPATŘENÍ 1.3.2:

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.

Aktivity:

- Revize vzdělávání jednotlivých odborností.
- Návrh úprav ve vzdělávání.
- Návrh úpravy relevantních právních předpisů.

Kroky a termíny plnění:

- Do 1/2022 dopracování existující analýzy (viz Příloha č. 12 NAPDZ) v otázce, zda jsou témata multidisciplinární spolupráce, zotavení (recovery), hodnocení rizika a naplňování lidských práv obsažena 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. Posílení praxe v komunitních službách v rámci specializační přípravy lékařů a klinických psychologů.
- Do 1/2023 návrh úprav v oblastech vzdělávání.
- Do 12/2023 zpráva k případnému návrhu úpravy právních předpisů.

Návaznost na jiný cíl: 1.3.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

- MZ, MPSV, MŠMT – revize a návrhy úprav ve vzdělávání dle gesce jednotlivých resortů.

Financování:

- N/A (dopracování analýz je pokryto z OP Zaměstnanost 2014–2020).

Nulová varianta:

- Pokud nedojde k začlenění témat jako multidisciplinární způsob práce, zotavení, péče orientované na pacienta do vzdělávání u všech pracovníků v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, bude tím trpět atraktivita tohoto povolání a tím dostupnost lidských zdrojů, ale zejména kvalita poskytované péče a tím i její efektivita.

Přínosy:

- Systém odborné přípravy pracovníků podílejících se na přímé péči o pacienta/klienta, který reflektuje poznatky z uskutečněných pilotních projektů (práce v multidisciplinárním týmu), vede k práci zaměřené na zotavení a naplňování lidských práv u lidí s duševním onemocněním a jejich zplnomocňování při zachování vysoké kompetentnosti v rámci jednotlivých odborností.

Rizika Implementace:

- Rigidita administrativních procesů.

Indikátory splnění:

- Počet analýz odborné přípravy pracovníku v péči o lidi s duševním onemocněním (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.3:

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

OPATŘENÍ 1.3.3:

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.

Aktivity:

- Provedení analýzy současného stavu.
- Vypracování mezíresortního strategického materiálu.
- Zpracování analytického materiálu a předložení ke schválení vládě ČR.
- Vytvoření metodik, doporučení a zpracování vzdělávacích programů a jejich aplikace v rámci opatření 1.3.2.
- Návrhy úprav zákonných a podzákonných norem.

Kroky a termíny plnění:

- 1/2021 – 12/2021 provedení analýzy současného stavu využívání lidských zdrojů, včetně posouzení kompetencí dostupných skupin pracovníků. Analýza potřebnosti nových kompetencí a odpovědností v provázanosti na ustavení nových profesí, multidisciplinárního uspořádání týmů a zvyšování kompetencí uživatelů služeb. Analýza současných vzdělávacích programů ve vztahu k přístupům orientovaným na zotavení, tj. se zaměřením na zvýšení dovedností, zodpovědnosti za své zdraví a zlepšení sebezpojetí lidí s duševním onemocněním.
- 1/2022 – 6/2022 vypracování mezíresortního strategického materiálu s částí analytickou a implementačním rámcem pro tuto oblast, využití dobré praxe a zahraničních zkušeností, včetně úpravy organizace a financování péče v oblasti lidských zdrojů.
- 9/2022 – 11/2022 zpracování analytického materiálu a předložení ke schválení Radě vlády pro duševní zdraví a vládě ČR, včetně implementačního rámce.
- 1/2023 – 7/2023 vytvoření metodik, doporučení a zpracování vzdělávacích programů a jejich aplikace v rámci opatření 1.3.2.
- Doporučení ohledně využití moderních e-metod v oblastech vzdělávání.
- 1/2023 – 12/2023 návrhy úprav zákonných a podzákonných norem.

Návaznost na jiný cíl: 1.3.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MŠMT, MPSV – ve spolupráci s odbornými společnostmi a ČŠI – realizace všech aktivit u pracovníků v oblasti duševního zdraví v rámci svého resortu.

Financování:

Analýzy 150 tis. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, ostatní N/A.

Nulová varianta:

Není posílena kompetence středního managementu ve zdravotních službách, tedy kompetence sester, včetně efektivního využívání jejich potenciálu v celém systému. 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. Vzhledem k nedostatku kvalifikovaného personálu se prohlubuje nedostupnost služeb v oblasti duševního zdraví.

Přínosy:

Zvýšení dostupnosti péče, vyšší atraktivita zaměstnání ve službách v péči o duševní zdraví.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, administrativní překážky v rámci státní správy, odmítání v rámci odborných společností.

Indikátory splnění:

- Počet analytických materiálů schválených vládou, včetně implementačního rámce (0/1)
- Počet metodik/doporučení na úpravu vzdělávacích programů (0/2)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

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 makroúroveň (systém psychiatrické péče) a mikroúroveň (individuální úroveň, tzn. zdravotně-sociální přínos pro lidi s duševním onemocněním) o mezoúroveň, 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 MZ, zdravotní pojišťovny, ÚZIS, MPSV a MSp (za oblast zabezpečovací detence a ochranné léčby).

Aktivita:

- Definování kritérií kvality služeb.
- Nastavení systému sběru dat, evaluace.
- Nastavení mechanismů úprav financování v návaznosti na definovaná kritéria a jejich zavedení.

Kroky a termíny plnění:

- 11/2020 – 1/2022 v rámci aktivity Kvalita v projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2020) ve spolupráci s NÚDZ definování měřitelných kritérií kvality péče pro zdravotní, zdravotně-sociální a sociální služby pro oblast duševního zdraví.
- 6/2021 – 12/2022 ve spolupráci s NÚDZ, ZP a ÚZIS nastavování indikátorů, stanovení způsobu monitorování a evaluace.
- 6/2021 – 12/2023 v rámci pracovní skupiny udržitelného financování v projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2020) ve spolupráci s MPSV, NÚDZ a ÚZIS navržení a pilotáž nových mechanismů financování, které budou reflektovat kvalitu poskytované péče.

Návaznost na jiný cíl: 3.1, 3.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

- MZ – nastavení kritérií kvality, definování finančních mechanismů, nastavení způsobu implementace, souvisejícího financování a práce s jednotlivými poskytovateli.
- MPSV – ve spolupráci s kraji nastavení kritérií kvality v rozsahu své gesce, nastavení sběru dat a mechanismů financování.
- NÚDZ, ÚZIS – definice indikátorů, nastavení sběru dat a evaluace.
- VZP, SZP – spolupráce na nastavení indikátorů kvality, návrh a pilotáž úhradových mechanismů.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

V případě nulové varianty nebude nastaven systém monitorování kvality poskytování služeb v oblasti duševního zdraví na mezoúrovni a s tím souvisí i systematické nenaplnění mezinárodních závazků České republiky. Nadále bude roztržěn systém prošetřování stížností i monitorování úrovně kvality péče a naplňování lidských práv. Samotná oblast kvality nebude mít zajištěnou objektivitu a nebude na základě toho možné hodnotit ani efektivnost využívání finančních zdrojů. Sami pacienti a jejich blízké osoby budou nezbytně vnímat zásadní obtíže při zásahu do svých práv a svobod a dovolání se nápravy. Bude nadále docházet ke stigmatizaci zdravotnických pracovníků v oblasti duševního zdraví a bude silně ovlivňovat zdravotnického personálu do zahraničí. Zdravotníci profesionálové budou nadále vnímat nedostatečnou metodickou podporu v dané oblasti a nebudou jim poskytovány metodické nástroje ani jasné parametry kvality péče v odpovídající míře.

Přínosy:

Garantovaná, kontrolovaná a pravidelně evaluovaná kvalita péče reagující na proměňující se potřeby v systému, která respektuje práva pacientů při zachování odbornosti a bezpečnosti.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, administrativní překážky, nedostatek lidských zdrojů.

Indikátory splnění:

- Počet sad indikátorů kvality pro zdravotní, zdravotně-sociální a sociální služby pro oblast duševního zdraví (0/1)
- Počet sbíraných indikátorů cestou ÚZIS (0/8)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

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.

Aktivity:

Vytvoření a publikace metodiky pro výzkum a hodnocení politiky služeb v oblasti duševního zdraví.
Publikace první zprávy o stavu systému péče o duševní zdraví.

Kroky a termíny plnění:

Metodika je vytvořena a publikována: http://merrps.cz/domains/merrps.cz/wp-content/uploads/2020/04/Metodika_MERRPS-2.pdf.
Do 1/2023 publikace první zprávy o stavu systému péče o duševní zdraví sestavené na základě výše uvedené metodiky.

Návaznost na jiný cíl: 1.4, 1.6

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, NÚDZ – zpracování a publikace metodiky.

Financování:

1 000 000 Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, udržitelnost rozpočet MZ (ÚZIS).

Nulová varianta:

Systém péče o duševní zdraví není monitorován, což vede k vysokému riziku, že vynakládané zdroje jsou investovány neefektivně.

Přínosy:

Bude existovat systém adekvátního, legálního a transparentního způsobu využívání dat, který umožní využívání existujících datových zdrojů pro výzkum a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.

Rizika implementace:

Etické aspekty a ochrana osobních dat.

Indikátory splnění:

Počet zpráv o stavu systému psychiatrické péče v ČR (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.5:

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

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.

Aktivita:

Vytvoření architektury informačního systému v rámci NZIS.
Zpracování metodiky sběru dat včetně automatizace sběru ze stávajících datových zdrojů.
Analýza dat a vizualizace prostřednictvím interaktivního prohlížeče.

Kroky a termíny plnění:

Do 6/2021 IS pro systém péče o lidi se závažným duševním onemocněním v rámci NZIS.
Od 1/2023 dále IS pro ostatní cílové skupiny.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, ÚZIS

Financování:

2–4 mil. Kč (120 tis. Kč tvorba architektury, 200 tis. Kč metodika, 2 mil. Kč sběr dat z klinické praxe/IS), zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, informační systém pro ostatní cílové skupiny, možný zdroj EU fondy (2021–2027).

Nulová varianta:

Informace a data o psychiatrické péči budou dále prezentována pouze formou ročenek.

Přínosy:

Stávající data publikovaná formou ročenek nepokrývají celou řadu oblastí péče a parametrů, jež si vyžadují jiné řešení, které bude tímto opatřením naplněno.

Rizika implementace:

Legislativní riziko – vysoká míra detailu publikovaných informací nebude z důvodu ochrany osobních údajů v některých případech možná.
Časové riziko – data z datových zdrojů NZIS vesměs neobsahují informace o jevech v reálném čase, ale se zpožděním v řádu měsíců, nebude tedy možno zobrazovat informace o jevech v reálném čase.

Indikátory splnění:

Počet nově vytvořených informačních systémů v rámci NZIS (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.5:

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

OPATŘENÍ 1.5.3:

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

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.5:

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

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.

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.5:

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

OPATŘENÍ 1.5.5:

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

Aktivita:

Ve spolupráci s organizacemi uživatelů a neformálních pečovatelských skupin, případně jinými NNO, vytvoření návrhu komunikační strategie pro zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví, který bude zahrnovat sociální síť, portály (NZIP – Národní zdravotnický informační portál + portál zdravotní gramotnosti) a mobilní aplikace.

Kroky a termíny plnění:

Do 6/2021 tvorba obsahu s tematikou duševního zdraví v rámci NZIP ve spolupráci s NÚDZ, PS ČLS JEP a NNO, provázání na web NÚDZ a PS ČLS JEP a MPSV, sociální síť NNO, sdílení mobilních aplikací s ověřeným odborným obsahem.

Návaznost na jiný cíl: 2.4

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV – tvorba odborných obsahů.

NNO – sdílení informací, spolupráce na tvorbě obsahu webu.

Financování:

Obsah s tematikou duševního zdraví v NZIP 30 tis. Kč z OP Zaměstnanost 2014–2020, vývoj aplikace 1 mil. Kč, zdroj EU fondy 2021–2027.

Nulová varianta:

Informační zdroje a komunikace v oblasti duševního zdraví budou roztržštěné, v různé kvalitě.

Nenastanou změny ve společenském povědomí a postoji v oblasti péče o osoby s duševním zdravím a bude se prohlubovat stigmatizace.

Přínosy:

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

Rizika implementace:

Nedostatek kvalitních personálních zdrojů. Krátký čas na realizaci koncepčního a široce akceptovaného řešení.

Indikátory splnění:

Počet vytvořených webových stránek pro oblast duševního zdraví (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

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

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.

Aktivity:

Sestavení mezíresortní pracovní skupiny.
Zpracování analýzy popisující nutné změny legislativy, způsob 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.

Kroky a termíny plnění:

1/2021 sestavení mezíresortní skupiny.
12/2023 předložení analýzy na Radu vlády pro duševní zdraví.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – založení pracovní skupiny.
MPSV – práce v pracovní skupině, sdílení dat a návrhů pro účely analýzy.
VZP, SZP – práce v pracovní skupině, sdílení dat a návrhů pro účely analýzy.

Financování:

Zpracování analýzy 160 tis. Kč z ESF (OP Zaměstnanost 2014–2020).

Nulová varianta:

Bude konzervován současný stav, ve kterém je komplexní péče o chronické duševní onemocnění hrazená a tím i řízená z více zdrojů s rozdílnými pravidly a mechanismy. Důsledkem je nižší nákladová efektivita péče a nedostatečný benefit ve smyslu úzdravy lidí s chronickým duševním onemocněním.

Přínosy:

Změna přinese jeden zdroj financování pro tento specifický typ dlouhodobé péče s výraznými překryvy mezi sociálními a zdravotními intervencemi, což umožní zavést jednotná pravidla poskytování péče, kvalitní evaluaci efektu a řízení změn, vše v reakci na mapování potřeb.

Rizika implementace:

Nedostatečná politická podpora, obtíže s nalezením konsenzu v rámci pracovní skupiny.

Indikátory splnění:

Počet vytvořených analýz (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

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

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.

Aktivity:

Rešerše existujících modelů služeb v oblasti bydlení.
Založení pracovní skupiny.
Zpracování metodiky modelu Recovery House a metodiky pro zapojení cílové skupiny lidí s duševním onemocněním do projektu Housing First.
Vytvoření a realizace vzdělávání.
Tvorba projektu.

Kroky a termíny plnění:

6/2020 – 6/2023 realizace rešerše a založení pracovní skupiny Recovery House se zahraničním tutorem.
11/2020 – 6/2023 rozpracování modelu Recovery House, což zahrnuje metodiku služby, sociálně-zdravotní podpory, mechanismus financování, implementační postupy. Metodika pro zapojení lidí s duševním onemocněním do realizovaných a připravovaných projektů Housing First.
11/2021 – 12/2023 zpracování náplně vzdělávání zaměstnanců, realizace vzdělávání.
11/2022 – 12/2023 projekt na pilotní provoz 5 modelů ve vybraných krajích ČR (včetně konzultací na krajích). Projekt má část provozní a investiční.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV, MZ, MMR – práce v pracovní skupině, realizace vzdělávání.

Financování:

N/A (rešerše a další náklady hrazeny z OP Zaměstnanost 2014–2020).

Nulová varianta:

Lidé prodlévají v psychiatrických nemocnicích z 50 % z důvodu nedostatku bytových kapacit, tradiční modely podporovaného bydlení nedokážou pokrýt všechny potřeby cílové skupiny s následkem selhávání ve službách.

Přínosy:

Sociální inovace a další inovativní koncepty péče přinášejí efektivní řešení problémů, které neopakují předchozí chyby a přinášejí úspory zdrojů a zlepšení kvality života. Pro oblast duševního zdraví jako ukázkové komplexní problematiky musí být inovace mezisektorové, tj. propojit všechny zúčastněné aktéry, kteří aktivně a profesionálně usilují o řešení.

Rizika implementace:

Odborné překážky, politické rozhodnutí, nedostatek finanční podpory.

Indikátory splnění:

Počet rešerší stávajících modelů služeb v oblasti bydlení (0/1)
Počet připravených metodik (0/1)
Počet připravených projektů (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

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

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, patientské/klientské i rodičovské organizace.

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

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

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. Součástí Opatření je i 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.

Aktivity:

Vytvoření pracovní skupiny pro vznik Mother and Baby Unit (odborná podskupina – psychologie, psychiatrie, gynekologie a porodnictví, pediatrie, zdravotní sestry a porodní asistentky, sociální pracovníci; zástupkyně pacientek; zástupci stakeholderů – MZ, MPSV, zdravotní pojišťovny).

Realizace pilotního projektu screeningu duševních poruch u žen po porodu v porodnicích.

Realizace pilotního projektu screeningu duševních poruch u žen v těhotenství a po porodu v prostředí gynekologické ambulance, výškolení lidských zdrojů, realizace celostátních destigmatizačních a informačních aktivit.

Realizace pilotního projektu modelu integrovaného krokového systému péče pro ženy zažívající narušení duševního zdraví a pohody v těhotenství a po porodu (screening – peer podpora – psychologická a sociální podpora – psychiatrická, klinicko-psychologická ambulantní a komunitní péče – hospitalizace na psychiatrickém lůžku).

Realizace pilotního projektu Mother and Baby Unit.

Vypracování plánu implementace a následné udržitelnosti screeningu duševních poruch v těhotenství a po porodu, integrovaného krokového systému péče a Mother and Baby Unit po skončení dotačních programů a ukončení projektů reformy psychiatrické péče.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2020 vytvoření pracovní skupiny – ta do konce roku 2021 připraví podklady pro realizaci pilotního projektu Mother and Baby Unit. Dále do konce roku 2023 vypracuje plán implementace a následné udržitelnosti screeningu, krokového integrovaného systému péče a Mother and Baby Unit.

2/2021 – 12/2023 realizace pilotního projektu screeningu v gynekologických ambulancích a napojení screeningu na integrovaný krokový systém péče, výškolení lidských zdrojů a realizace celostátních destigmatizačních a informačních aktivit.

5/2021 – 12/2023 realizace pilotního projektu screeningu v porodnicích a napojení screeningu na integrovaný krokový systém péče.

6/2022 – 12/2023 realizace pilotního projektu Mother and Baby Unit a jeho napojení na integrovaný krokový systém péče.

Návaznost na jiný cíl: 2.2, 2.4, 4.4

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV, ZP – vytvoření pracovní skupiny.

NÚDZ – realizace pilotních screeningových programů, realizace pilotního projektu integrovaného krokového systému péče.

MZ, MPSV – realizace pilotního projektu Mother and Baby Unit.

Financování:

Screening v porodnicích a jeho napojení na systém integrované krokové péče: 6 mil. Kč, zdroj AZV ČR. Screening v ambulancích a jeho napojení na systém integrované krokové péče, výškolení lidských zdrojů a realizace celostátních destigmatizačních a informačních aktivit: 12 mil. Kč, zdroj EHP fondy 2014–2021.

Mother and Baby Unit: možný zdroj z dalšího programového období EU fondů 14,9 mil. Kč.

Nulová varianta:

Neexistence specifických preventivně-intervenčních služeb péče o duševní zdraví s přesahem do sociálního prostoru pro těhotné a ženy po porodu v ČR by znamenala, že nedojde k inovaci stávající péče o ženy v riziku a jejich rodiny. Aktuální péče je v ČR roztržitá a není řešena systematicky a krokově. V ČR neexistuje systém prevence vzniku perinatálních duševních poruch u žen, který zároveň plní i preventivní roli v rozvoji duševních poruch u dětí těchto matek, což se odráží v tom, že v ČR až 75 % žen, které zažívají na mateřské či rodičovské dovolené duševní poruchu, není léčeno (Czech Mental Health Study publikovaná v Archives of Womens Mental Health 20.7.2020, <https://rdcu.be/b5OT6>).

Přínosy:

Dojde ke změně v přístupu k péči o ženy zažívající duševní nepohodu v těhotenství nebo po porodu, která negativně ovlivňuje i psychosociální vývoj jejich dětí. Aktuální pasivní vyčkávání, které může končit až hospitalizací matky na psychiatrickém lůžku a její separací od dítěte, se změní v proaktivní vyhledávání rizikových případů a jejich zapojení do integrovaného krokového systému péče. Díky realizaci v ČR existují inovativní služby, které pozitivně ovlivňují duševní zdraví matek a jejich dětí v nejranějším období jejich vývoje. Díky realizaci existuje v ČR systém časně prevence duševních poruch u dětí, kdy intervenujeme dokonce ještě před jejich narozením.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, ukončení procesů reformy psychiatrické péče při výměně politické reprezentace.

Indikátory splnění:

Počet plánů implementace (0/1)

Počet realizovaných projektů (0/3)

Počet metodik screeningu akreditovaných MZ (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 1:

Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6:

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

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.

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

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.

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 ¼ mld. Kč ročně při zajištění zvyšování poměru alokovaných finančních zdrojů v komunitní péči oproti následné lůžkové péči.

Aktivity:

Navýšení částky na psychiatrickou a klinicko-psychologickou péči ve zdravotně pojistných plánech pojištěných ročně cca o 250 mil. Kč, kromě běžné valorizace.
Definování podpořených oblastí pro každý rok tak, aby byly v souladu s NAPDZ a podporovaly přechod ke komunitní péči.
Určení mechanismu finanční podpory a jeho realizace (vč. tvorby a zpracování nových výkonů).
Přenesení relevantních mechanismů do dohodovacího řízení a úhradové vyhlášky.
Průběžné vyhodnocování efektivity navýšení finančních prostředků.

Kroky a termíny plnění:

V roce 2020 byly zdravotně pojistné plány navýšeny o 250 mil. Kč a finance byly využity na: podporu prvních center duševního zdraví (dále „CDZ“), kterým skončilo financování z projektu, akutní lůžkovou péči, změnu mechanismu financování následné lůžkové péče, psychiatrické a klinicko-psychologické ambulance.
V roce 2021 je počítáno s alokací částky 200 mil. Kč, jež má pokrýt náklady na zdravotní služby v CDZ, která již nebudou financována z Evropského sociálního fondu, a dále na bonifikaci pro poskytovatele lůžkové péče za plnění transformačního plánu, který předpokládá provedení restrukturalizace lůžek, poskytování akutní péče, podporu ambulantních služeb, včetně ambulancí pro děti a dorost, denních stacionářů a krizových center.
Pro rok 2022 je plánováno navýšení oproti roku 2021 o 200 mil. Kč, podpořené oblasti jsou centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy pro další cílové skupiny, ambulance s rozšířenou péčí a ambulantní služby podpořené v roce 2021.
V roce 2023 je plánem navýšení o 250 mil. Kč k dalšímu rozvoji výše uvedených služeb (vč. podpory služeb v oblasti léčby závislostí).

Návaznost na jiný cíl: 1.3.1, 4.1.2, 4.1.3, 4.2.1, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 5.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

ZP – tvorba zdravotně pojistných plánů.
MZ, ZP – definice podpořených oblastí, nastavení mechanismů podpory, dohodovací řízení.
MZ – tvorba úhradové vyhlášky.

Financování:

Kumulativní navyšování nákladů kromě běžné valorizace úhrad a nákladů na recepty: 2021 +200 mil. Kč, 2022 +450 mil. Kč, 2023 +700 mil. Kč, zdroj v.z.p.

Nulová varianta:

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 psychiatrické péče tvoří následná lůžková péče, která je nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Došlo by tedy k dalšímu snižování kvality péče podporováním neefektivních modelů a dlouhodobým podfinancováním této oblasti.

Přínosy:

Podpora kvalitních a efektivních komunitních služeb, včetně akutní péče, zlepšuje funkční stav a kvalitu života lidí s duševním onemocněním a je tak přes iniciační investici do budoucna nákladově efektivní.

Rizika implementace:

Omezení podpory procesu reformy péče o duševní zdraví ze strany zdravotních pojišťoven. Zhoršení personální krize ve zdravotnictví a tím zastavení rozvoje nových služeb z důvodu nedostatku lidských zdrojů.

Indikátory splnění:

Navýšení zdravotně pojistných plánů pojištěných kumulativně v roce 2023 minimálně o 600 mil. Kč kromě běžné valorizace úhrad

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.

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 2.1.2:

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.

Aktivity:

Zpracování analýzy současného stavu, včetně rozpracování dopadů změny systému na státní rozpočet.
Vytvoření pracovní skupiny k opatření 2.1.2 a 2.1.3.
Návrh potřebných změn právní úpravy a metodiky k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2022 zpracování analýzy.
Do 2/2023 zřízení meziresortní pracovní skupiny ze zástupců MZ a MPSV.
Do 6/2023 zpracování věcného záměru změn legislativní i nelegislativní povahy.

Návaznost na jiný cíl: 2.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – zpracování analýzy, vytvoření pracovní skupiny.
MZ – spolupráce v pracovní skupině.

Financování:

Analýza 600 tis. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027, v gesci MPSV.

Nulová varianta:

Bude dále konzervován současný stav, kdy lidé s duševním onemocněním se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišují věkovým složením, resp. mají 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.

Přínosy:

Zamezení negativních společenských jevů v cílové skupině lidí s duševním onemocněním (chudoba, bezdomovectví) a s využitím flexibilní podpory urychlení návratu těchto osob na otevřený trh práce.

Rizika implementace:

Podmínky programu ESF+, které neumožní čerpání financí na analýzu, nedostatek politické podpory.

Indikátory splnění:

Počet komplexních analýz (0/1)
Počet setkání pracovní skupiny k opatření 2.1.2 a 2.1.3 (0/4)
Počet metodik k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním (0/1)

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.

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 2.1.3:

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.

Aktivita:

Zpracování analýzy současného stavu fungování příspěvku na péči, včetně rozpracování dopadů změny systému na státní rozpočet.

Vytvoření pracovní skupiny k opatření 2.1.2 a 2.1.3.

Návrh potřebných změn právní úpravy a metodiky k posuzování příspěvku na péči u lidí s duševním onemocněním, včetně časového limitu pro administraci příspěvku.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2022 zpracování analýzy.

Do 2/2023 zřízení meziresortní pracovní skupiny ze zástupců MZ a MPSV.

Do 6/2023 zpracování věcného záměru změn legislativní i nelegislativní povahy.

Návaznost na jiný cíl: 2.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – zpracování analýzy, vytvoření pracovní skupiny.

MZ – spolupráce v pracovní skupině.

Financování:

Analýza 600 tis. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027, v gesce MPSV.

Nulová varianta:

Konzervace současného stavu, kdy 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.

Přínosy:

Vyšší finanční zabezpečení osob s duševním onemocněním závislých na péči a tím zvýšení dostupnosti služeb pro tuto cílovou skupinu.

Rizika implementace:

Podmínky programu ESF+, které neumožní čerpání financí na analýzu, nedostatek politické podpory.

Indikátory splnění:

Počet analýz současného stavu fungování příspěvku na péči (0/1)

Počet setkání pracovní skupiny k opatření 2.1.2 a 2.1.3 (0/4)

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.

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 2.1.4:

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 modely sociálního podnikání a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy. Podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném trhu práce.

Aktivita:

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 a lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečovateli.

Kroky a termíny plnění:

Do 6/2023 – zpracování analýzy.

Do 12/2023 – zřízení rozšířené pracovní skupiny.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – zpracování analýzy.

MZ – zřízení pracovní skupiny.

Financování:

Analýza 1 mil. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027, v gesci MPSV.

Nulová varianta:

Fixace či zhoršení současného stavu, kdy nezaměstnanost lidí se závažným duševním onemocněním propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %.

Přínosy:

Bude existovat systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním, s důrazem na uplatnění na volném trhu práce.

Rizika implementace:

Podmínky programu ESF+, které neumožní čerpání financí na analýzu.

Indikátory splnění:

Počet komplexních analýz zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce (0/1)

Počet setkání rozšířené pracovní skupiny (0/1)

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.

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.

Aktivita:

Vytvoření meziresortní mezioborové expertní skupiny k vytvoření indikátorů pro identifikaci dítěte v psychosociálním riziku.
Následné navržení metodiky včasné koordinované intervence a návrh profesního vzdělávání v implementaci metodiky do vzdělávání příslušných profesních skupin (policie, dětské praktičtí lékaři, pedagogičtí a sociální pracovníci).
Návrh projektů pro pilotáž navržených nástrojů a metodik ve vybrané ORP, na základě výsledků pilotáže finalizace nástrojů a metodik a jejich zakotvení do systému.

Kroky a termíny plnění:

Průběžně do 2030.
6/2020 – 12/2020 vznik pracovní skupiny, práce na návrhu indikátorů (základní úroveň) a návrh základní struktury metodiky koordinované včasné intervence.
1/2021 – 12/2021 tvorba specializovaných návazných indikátorů, pilotní ověření základní i specializované úrovně indikátorů a metodiky koordinované včasné intervence v praxi na území vybrané ORP, vytvoření modelu profesní podpory pro implementaci metodiky do praxe.
1/2022 – 12/2022 návrh na závazné zakotvení vytvořených a ověřených nástrojů a metodik do legislativy a praxe jednotlivých resortů (MPSV, MŠMT, MZ, MV).

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT, MZ, MPSV – účast na pracovní skupině.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Současný systém péče o děti v psychosociálním riziku není koordinovaný, přístupy a postupy jednotlivých resortů jsou roztržité. Zcela absentuje funkční pilíř prevence, depistáže a včasné koordinované intervence v podpoře dětí a rodin v psychosociální zátěži. Dochází ke krizovým situacím v životech dětí a rodin, které by byly řešitelné, pokud by existovaly nástroje včasné efektivní adresné pomoci a koordinované mezioborové spolupráce všech příslušných aktérů na národní i lokální úrovni.

Přínosy:

Implementace opatření povede k podpoře oblasti prevence a posílení včasné intervence, což je zásadní předpoklad včasného 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.

Rizika implementace:

Nedostatečná politická podpora pro závazné zakotvení příslušných nástrojů a metodik do legislativy příslušných resortů.

Indikátory splnění:

Počet vytvořených sad indikátorů (0/1)
Počet realizovaných pilotních projektů (0/1)
Počet evaluačních zpráv (0/1)

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.

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 2.2.2:

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.

Aktivita:

Výběr a vybavení pěti pilotních center pro program Triple P – Positive Parenting Program (psychiatrické ambulance, centra sociální podpory, střediska výchovné péče).

Vytvoření odborného zázemí pro provedení, adaptaci a evaluaci intervenčních programů pro rodiče dětí a děti s rizikem rozvoje poruch chování nebo duševních poruch (proškolení alespoň třiceti odborných pracovníků, vydání minimálně dvou zahraničních publikací spjatých s touto tematikou, vydání odborných publikací vázaných k implementaci tohoto typu programů ve specificky českém prostředí), a to ve spolupráci s partnerem projektu The Arctic University of Tromsø a australským poskytovatelem programu Triple P.

Destigmatizační aktivity ve vztahu k možnosti požádat o pomoc s rodičovskými obtížemi.

Realizace pilotního běhu programu Triple P ve vybraných pěti centrech.

Evaluace programu na základě pilotního běhu a jeho adaptace pro české prostředí.

Vypracování plánu dalšího strategického šíření parenting programů v ČR a zajištění udržitelnosti a financování centra pro tento typ programů i po skončení pilotního běhu projektu Triple P.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 výběr a vybavení všech pěti center, která se budou účastnit pilotního běhu projektu.

10/2021 – 12/2023 realizace pilotního projektu Triple P v pěti vybraných centrech.

10/2020 – 12/2023 vytvoření odborného zázemí: proškolení pracovníků, překlad a tvorba publikací a evaluačních nástrojů.

1/2022 – 12/2023 evaluace a adaptace programu pro specifika českého prostředí.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – výběr a vybavení pěti pilotních center, realizace pilotních programů, evaluace a adaptace programu, komunikační kampaň.

Financování:

Veškeré finanční prostředky budou hrazeny z EHP/Norských fondů. Celkem se jedná o 27 556 844 Kč: služby 20 612 223 Kč; stavební práce a dodávky 642 500 Kč; management 4 100 536 Kč; publicita 1 107 000 Kč; cestovné 1 094 585 Kč. Z toho připadá na norského partnera UiT The Arctic University of Tromsø 1 402 686 Kč.

Nulová varianta:

Trvající absence na důkazech založených, evaluovaných a adaptovaných programů na cílené intervence v rodinách, kde u dětí hrozí riziko poruch duševních nebo poruch chování. Trvající absence odborného zázemí ve vztahu ke specificky českému prostředí. V současné době není v ČR dostatečně zaveden a integrován komplexní přístup podpory pro rodiny za účelem zajištění spokojeného rodinného života jako nejlepšího základu pro duševní zdraví dětí a dospívajících. Není zde k dispozici žádný na důkazech založený (evidence-based) komplexní program, který by se věnoval prevenci a intervencím v oblasti poruch chování u dětí.

Přínosy:

Zavedení programu, který prací s rodiči předchází rozvoji nebo prohlubování emočních či behaviorálních problémů u dětí. Založení centra, které bude v ČR zajišťovat šíření, evaluaci a adaptaci tohoto typu programů. Zlepšení přístupu k výchově dětí u dětí s rizikem rozvoje duševních nebo behaviorálních poruch. Destigmatizace obtíží prožívaných v rodičovství.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, ukončení procesů reformy psychiatrické péče při výměně politické reprezentace.

Indikátory splnění:

Počet pilotních center (0/5)

Počet vydaných publikací (0/1)

Počet evaluačních zpráv programu Triple P (0/1)

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.

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 2.2.3:

Umožnit v rámci dotačních titulů MŠMT nebo dotačních titulů MZ 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.

Aktivita:

Vyhlášení projektu v rámci Centralizovaného rozvojového programu (nebo Operačního programu Jan Amos Komenský) na metodiku práce poradenských center na VŠ s klienty s duševními obtížemi a osvětovou činností. Do projektu bude přihlášeno více VŠ, přičemž jedna bude mít koordinační roli. Součástí projektu bude i nastavení kapacity vzhledem k počtu studentů. Příprava implementace metodiky vytvořené v rámci projektu. Přijetí standardů služeb formulovaných veřejnými vysokými školami v rámci projektu ze strany MŠMT a Národního akreditačního úřadu pro vysoké školství (dále „NAÚ“). Příprava monitoringu aplikace standardů služeb v rámci žádostí o akreditace studijních programů a žádostí o institucionální akreditace pro oblast vzdělávání. Ve spolupráci se studentskou komorou a rektoráty VŠ zvýšení alokace finančních prostředků rozpočtu jednotlivých VŠ do poradenské podpory studentů – navýšení personálních kapacit poraden, zvýšení kvality a dostupnosti služeb.

Kroky a termíny plnění:

Do 06/2020 vyhlášení dotačního programu, 01/2021 – 12/2021 realizace vybraného projektu.
Do 06/2021 vyhlášení dotačního programu; 01/2022 – 12/2022 realizace vybraného projektu.
Do 12/2023 evaluace projektů a příprava implementace metodiky s ukotvením do systému akreditací.
Navýšení personálních kapacit poradenské podpory na vysokých školách průběžně.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT – vyhlášení dotačního programu.
Vysoké školy – odborná garance, evaluace a implementace projektu.
NAÚ – zanesení do systému akreditací VŠ.

Financování:

40 mil. Kč na období let 2020–2022 – finanční podpora na nastavení efektivního systému poradenství z Centralizovaného rozvojového programu pro veřejné vysoké školy; příprava projektů na finanční podporu implementace výstupů společných projektů VŠ z EU fondů, provozní náklady budou hrazeny z finančních prostředků z rozpočtů vysokých škol.

Nulová varianta:

Vzhledem k tomu, že polovina duševních onemocnění má první projevy před 14. rokem života a dalších 25 % duševních onemocnění se projevuje do 24 let věku, zaznamenáváme nárůst diagnóz v mladém věku a zachování stávajícího stavu bude i nadále mít negativní dopad na studijní výsledky, uplatnění absolventů, dokončení studia (vyšší drop-out rate) a kvalitu života studentů.

Přínosy:

Implementace opatření v rámci narůstající poptávky zvýší kvalitu všech poradenských služeb, vč. poradenství v oblasti psychického stavu studujících. Investice do prevence v této oblasti se mnohonásobně vrátí, duševně zdraví studenti mají prokazatelně lepší akademické výsledky, dokončují školy (nižší drop-out rate) a žijí šťastnější a plnohodnotnější život ve společnosti, mají také lepší uplatnění.

Rizika implementace:

Nízká meziresortní spolupráce a zájem VŠ o oblast duševního zdraví.

Indikátory splnění:

Počet vyhlášených dotačních programů (0/2)

Počet podpořených projektů (0/2)

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.

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 2.2.4:

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.

Aktivita:

Ustavení pracovní skupiny ze zástupců MZ, MPSV, poskytovatelů zdravotní péče a zaměstnavatelů v nestátním sektoru.
Zmapování aktuální situace duševního zdraví zaměstnanců u vzorku zaměstnavatelů.
Zmapování aktuálně ukotvených intervencí a preventivních programů cílených na duševní zdraví v zaměstnání v ČR včetně zjištění úrovně účinnosti v případech, kde je to relevantní.
Zpracování projektu založeného na dobré praxi ze zahraničí s komplexní a dílčí variantou programu pro duševní zdraví a jeho pilotáž na vzorku 5 zaměstnavatelů z různých oblastí (výroba, management, státní správa).
Evaluace pilotního projektu.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2020 ustavení pracovní skupiny a provedení mapování duševního stavu zaměstnanců a praxe v ČR.
Do 6/2021 zpracování návrhu pilotního projektu.
Do 12/2022 provedení pilotního projektu.
Do 3/2023 evaluace pilotního projektu.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, nestátní sektor zaměstnavatelé – ustavení pracovní skupiny, mapování, pilotní projekt.
NÚDZ – návrh pilotního projektu a evaluace.

Financování:

15 mil. Kč projekt, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, zdroje nestátních organizací, další relevantní dostupné zdroje (granty, programy).

Nulová varianta:

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. Pokud na tyto negativní jevy nebudeme reagovat, budou se prohlubovat.

Přínosy:

Zaměření se na zlepšení psychosociálních podmínek v zaměstnání je významně nákladově efektivní. Zároveň v případě zlepšení pracovního prostředí v této oblasti přinese efekt snížení vynakládaných nákladů primárně z MZ a MPSV.

Rizika implementace:

Oslabení zájmu ze strany zaměstnavatelů, obtíže se zajištěním financování pilotního projektu.
Nezapojení dostatečného vzorku zaměstnanců pro realizaci záměru pilotního projektu.

Indikátory splnění:

Počet realizovaných pilotních projektů (0/1)
Počet evaluačních zpráv (0/1)

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.

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 2.2.5:

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.

Aktivita:

V rámci tvorby Akčního plánu ke strategickému dokumentu Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2020–2025 (dále „STRAPS“) ve spolupráci MPSV a MZ zpracování oblasti prevence, časné intervence, podpora neformálních pečovatелů a edukace v oblasti duševního zdraví.

Kroky a termíny plnění:

Do 12 měsíců od schválení STRAPS vládou ČR návrh oblastí z NAPAN, NAPDZ a dalších relevantních témat ohledně duševního zdraví seniorů, které je potřeba zpracovat do Akčního plánu.

Do 18 měsíců od schválení STRAPS vládou ČR zpracování oblastí do plánu, včetně potřebných lidských a finančních zdrojů a termínů plnění.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – zpracování návrhu oblastí.

MPSV – zpracování do Akčního plánu.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Zachování stávajícího stavu, kdy je oblast duševního zdraví v odpovídajícím strategickém dokumentu obsažena pouze částečně.

Přínosy:

Pomocí implementace strategických dokumentů zajištění efektivní prevence duševních onemocnění v seniorském věku.

Rizika implementace:

Omezená spolupráce jednotlivých resortů.

Indikátory splnění:

Počet oblastí v rámci tématu duševního zdraví zpracovaných do STRAPS (0/4)

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.

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.

Aktivity:

Ustavení mezíresortní pracovní skupiny pro opatření 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 a 2.3.4.
V souladu se Strategickou linií 1 Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ vytvoření návrhu vzdělávacího obsahu zaměřeného na podporu dětského duševního zdraví k začlenění do akreditovaných studijních programů v rámci pregraduální přípravy pedagogických pracovníků.
Návrh vzdělávacího obsahu pro profesní přípravu pedagogů bude rámcově zahrnovat:
výzkumně ověřené celoškolské preventivní programy zaměřené na podporu duševního zdraví a management očekávaného chování žáků;
výzkumně ověřené metody a postupy rozvoje psychosociálních dovedností žáků uplatňované v rámci výuky nebo pedagogické intervence u žáků vyžadujících intenzivnější podporu;
metody a postupy psychohygieny a péče o vlastní duševní zdraví pedagogických pracovníků.
Zpracování návrhu způsobu implementace vzdělávacího obsahu do akreditovaných vzdělávacích programů fakult připravujících budoucí pedagogy ve vazbě na změnu kurikula.

Kroky a termíny plnění:

Do 01/2021 ustanovení mezíresortní pracovní skupiny.
Do 01/2022 vznik návrhu vzdělávacího obsahu.
Do 01/2022 vznik návrhu způsobu implementace vzdělávacího obsahu do akreditovaných vzdělávacích programů pro přípravu učitelů 1. a 2. stupně ZŠ, SŠ, speciálních pedagogů a přípravu asistentů pedagoga.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT, MZ, MPSV – účast na pracovní skupině, vytvoření vzdělávacího obsahu.
MŠMT – návrh implementace do akreditovaných vzdělávacích programů.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Bude zachován současný stav, kdy není podpora dětského duševního zdraví ve školách systémově ošetřena a úroveň realizace opatření v rámci primární prevence rizikového chování je velmi různorodá (jedná se většinou o reaktivní opatření na již existující problémy). Neexistuje jednotný systematický přístup k rozvoji emočních a sociálních dovedností žáků.
Analýza dat získaných v rámci studie PISA (Programme for International Student Assessment) dokládá úzký vztah mezi mírou úzkosti žáků a přístupem jejich učitelů. Nízká očekávání učitele a jeho přesvědčení o neschopnosti konkrétního žáka zvyšují pravděpodobnost celkové úzkosti ze školy o 60 %. Šetření TIMSS také ukazuje, že čeští žáci již na prvním stupni základní školy navštěvují nejméně rádi ze všech zemí OECD. Do škol v ČR chodí neradi i samotní učitelé, přičemž každý pátý pedagog je ohrožen syndromem vyhoření, což má zásadní dopad na kvalitu jím poskytovaného vzdělávání a naplňování individuálních potřeb dětí a žáků. Nulová varianta by představovala pokračování tohoto stavu.

Přínosy:

Přínosem opatření bude rozvoj kompetencí odborných pracovníků, kteří mají nejintenzivnější kontakt s dětmi a mladistvými, pedagogických pracovníků v oblasti podpory dětského zdraví a prevence rozvoje obtíží v této oblasti. Budou tím naplňovány základní a vývojové potřeby dětí a mladistvých, mohou být do značné míry kompenzovány negativní vlivy, kterým jsou vystaveni v rodinném prostředí. Pravidelná školní docházka je jedinečnou příležitostí k rozvoji sociálních a emočních dovedností dětí, jejichž deficity jsou častou příčinou obtíží v chování dětí a interakci s učiteli i vrstevníky. Systematický rozvoj těchto dovedností je přitom zásadní nejen pro sociální začlenění dětí a jejich funkční vztahy s druhými, ale i pro jejich vzdělávací úspěch. Metaanalýza, která vyhodnocovala data více než čtvrt milionu dětí a mladistvých, prokazuje, že ti, kteří prošli systematickým sociálně-emočním učením, vykazovali zlepšení nejen v oblasti chování, ale i ve vzdělávacích výsledcích. Navrhovaná opatření začlení relevantní témata do pregraduální přípravy pedagogů, čímž bude dosaženo plošného dopadu u začínajících učitelů.

Rizika implementace:

Absence ochoty k mezíresortní spolupráci. Neochota vysokých škol upravovat vzdělávací obsahy. Malý počet vysokoškolských pedagogů, kteří jsou odborníky v řešené oblasti.

Indikátory splnění:

Počet navržených vzdělávacích obsahů včetně jejich možné implementace do pregraduálního vzdělávání pedagogických pracovníků (0/1)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3:

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

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.

Aktivity:

Ustavení mezíresortní pracovní skupiny pro opatření 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 a 2.3.4.

V souladu se Strategickou linií 1 Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ vytvoření návrhu vzdělávacího obsahu zaměřeného na podporu dětského duševního zdraví k začlenění do vzdělávacích programů dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků: učitelů, poradenských pracovníků školy, pracovníků školských poradenských zařízení, vychovatelů a asistentů pedagoga. Obsahy bude třeba diferencovat podle jednotlivých cílových skupin.

Návrh vzdělávacího obsahu pro další vzdělávání pedagogických pracovníků bude rámcově zahrnovat: výzkumně ověřené celoškolské preventivní programy zaměřené na podporu duševního zdraví a management očekávaného chování žáků;

výzkumně ověřené metody a postupy rozvoje psychosociálních dovedností žáků uplatňované v rámci výuky nebo pedagogické intervence u žáků vyžadujících intenzivnější podporu;

metody a postupy psychohygieny a péče o vlastní duševní zdraví pedagogických pracovníků.

Zpracování návrhů systémového zajištění metodického vedení včetně definování obsahu metodických materiálů.

Zavedení inovovaného způsobu metodického vedení stávajících krajských školských koordinátorů primární prevence rizikového chování v oblasti podpory dětského duševního zdraví a koordinované multidisciplinární spolupráce v podpoře dětí v psychosociální zátěži.

Kroky a termíny plnění:

Do 01/2021 ustanovení mezíresortní pracovní skupiny.

Do 01/2022 vznik návrhu vzdělávacího obsahu DVPP diferencovaného podle potřeb cílových skupin pedagogických pracovníků.

Do 01/2023 zpracování návrhů systémového zajištění metodického vedení pedagogů včetně definování obsahu metodických materiálů.

Do 01/2023 proškolení krajských koordinátorů primární prevence.

Do 12/2023 iniciace zavádění systému průběžného metodického vedení krajských koordinátorů primární prevence rizikového chování.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT, MZ, MPSV – vznik pracovní skupiny, zpracování návrhu vzdělávacího obsahu pro DVPP a obsahu metodických materiálů v oblasti podpory dětského duševního zdraví ve školách

MŠMT – proškolení krajských koordinátorů primární prevence, zavedení systému průběžného metodického vedení krajských koordinátorů primární prevence rizikového chování.

Financování:

Proškolení a zavedení systému metodického vedení 15 mil. Kč, zdroj kapitola MŠMT, další možné zdroje financování: OP JAK, EHP fondy.

Nulová varianta:

Bude zachován současný stav, kdy pedagogičtí pracovníci ve školách a školských poradenských zařízeních nedisponují potřebnými znalostmi a kompetencemi v podpoře dětského zdraví a prevence rozvoje obtíží v této oblasti. Přestože existuje síť krajských koordinátorů primární prevence rizikového chování, dopad jejich činnosti je jen velmi malý a krajově rozdílný. V rámci nově vzniklého Národního pedagogického institutu v současné době není dostatečně intenzivně a systémově ošetřena jejich průběžná metodická podpora.

Přestože je v rámcových vzdělávacích programech jako průřezové téma zahrnuta osobnostně-sociální výchova, neexistuje jednotný systematický přístup k rozvoji emočních a sociálních dovedností žáků. Každá škola k zahrnutí průřezového tématu přistupuje odlišně, většinou nesystematicky zahrnuje dílčí témata do různých vyučovacích předmětů.

Přínosy:

Přínosem opatření bude rozvoj kompetencí odborných pracovníků, kteří mají nejintenzivnější kontakt s dětmi a mladistvými, pedagogických pracovníků působících ve školách a školských poradenských zařízeních, v oblasti podpory dětského zdraví a prevence rozvoje obtíží v této oblasti.

Navrhovaná opatření začlení relevantní témata do dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, čímž bude dosaženo plošného dopadu u učitelů a poradenských pracovníků, kteří již působí v praxi.

Bude zajištěno inovované a sjednocené metodické vedení pedagogických pracovníků prostřednictvím systematického a centrálně řízeného metodického vedení krajských koordinátorů primární prevence rizikového chování.

Rizika implementace:

Absence ochoty k meziresortní spolupráci. Neochota systémově nastavit a financovat metodické vedení krajských koordinátorů primární prevence.

Indikátory splnění:

Počet vzdělávacích programů DVPP (0/1)

Počet vyškolených a metodicky podporovaných krajských koordinátorů aktivně pomáhajících integrovat téma duševního zdraví (0/14)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3:

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

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.

Aktivita:

Ustavení mezíresortní pracovní skupiny pro opatření 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 a 2.3.4.

V souladu se Strategickou linií 1 Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ vytvoření návrhu vzdělávacího obsahu zaměřeného na podporu dětského duševního zdraví k začlenění do rámcových vzdělávacích programů.

Návrh vzdělávacího obsahu bude rámcově zahrnovat vzdělávací obsah zaměřený na rozvoj sociálně-emočních dovedností, podporu duševního zdraví a podporu funkčního sociálního chování, který bude vycházet z výzkumně ověřených programů rozvoje psychosociálních dovedností dětí a žáků.

Pilotáž implementace vzdělávacího obsahu na vybraném vzorku škol a zapracování tohoto vzdělávacího obsahu do rámcových vzdělávacích programů.

Vytvoření metodických materiálů a učebních pomůcek pro děti a žáky diferencovaných podle věku.

Kroky a termíny plnění:

Do 01/2021 ustanovení mezíresortní pracovní skupiny.

Do 12/2021 vznik návrhu vzdělávacího obsahu.

1/2023 zahájení pilotáže vzdělávacího obsahu ve vybraných školách.

1/2023 – 12/2023 vytvoření metodických materiálů a učebních pomůcek pro žáky.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT, MZ, MPSV – vznik vzdělávacího obsahu a jeho pilotáž.

MŠMT – implementace vzdělávacího obsahu do rámcových vzdělávacích programů.

Financování:

25 mil. Kč, zdroj kapitola MŠMT, další možné zdroje financování: OP JAK, EHP fondy.

Nulová varianta:

Bude zachován současný stav, kdy neexistuje jednotný systematický přístup k rozvoji emočních a sociálních dovedností žáků, přestože je v rámcových vzdělávacích programech jako průřezové téma zahrnuta osobnostně-sociální výchova. Každá škola k zahrnutí průřezového tématu přistupuje odlišně, většinou nesystematicky zahrnuje dílčí témata do různých vyučovacích předmětů.

Přínosy:

Přínosem opatření bude vytvoření uceleného vzdělávacího obsahu vycházejícího z výzkumně ověřených programů a zahrnujícího psychosociální témata, oblast psychohygieny, psychosomatiky, duševních změn, duševního rozvoje, duševní hygieny, duševního a sociálního zdraví. Systematický rozvoj psychosociálních kompetencí a emoční gramotnosti ve školách podpoří funkční sociální chování dětí a je klíčovým prvkem prevence poruch chování ve vyšším věku. Implementací opatření dojde také k naplnění doporučení Světové zdravotnické organizace, která doporučuje zařazení školních programů zaměřených na psychosociální dovednosti, aplikovaných učiteli jako součást primární prevence rizikového chování.

Rizika implementace:

Absence ochoty k mezíresortní spolupráci. Nezajištění finančních prostředků na realizaci pilotáže a přípravu metodických a didaktických materiálů.

Indikátory splnění:

Počet vzdělávacích obsahů (0/1)

Počet pilotáží vzdělávacích obsahů (0/1)

Počet dalších metodických a učebních opor (0/4)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3:

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

OPATŘENÍ 2.3.4:

Navrhnout program nebo programy 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.

Aktivity:

Ustavení mezíresortní pracovní skupiny pro opatření 2.3.1, 2.3.2, 2.3.3 a 2.3.4.
Na základě konsenzu členů pracovní skupiny volba výzkumně ověřeného víceúrovňového programu zaměřeného na management chování žáků ve školách a školských zařízeních.
Pilotáž programu ve vybraných školách a poradenských zařízeních ve všech krajích ČR, v jejímž rámci proběhne jeho adaptace na podmínky českých škol a poradenských zařízení a vzniknou nezbytné metodické materiály k jeho implementaci.

Kroky a termíny plnění:

Do 01/2021 ustanovení mezíresortní pracovní skupiny.
Do 1/2022 volba víceúrovňového programu managementu chování žáků a podpory duševního zdraví k pilotáži.
Do 12/2022 pilotáž programu.
Do 12/2023 příprava metodických materiálů k implementaci.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MŠMT, MZ, MPSV – vznik pracovní skupiny, volba víceúrovňového programu managementu chování žáků a podpory duševního zdraví k pilotáži.
MŠMT, MZ – příprava metodických materiálů.

Financování:

Příprava metodických materiálů a pilotáž 120 mil. Kč, zdroj kapitola MŠMT, další možné zdroje financování: OP JAK, EHP fondy.

Nulová varianta:

Zachování současného stavu, kdy školy a školská zařízení intenzivně řeší náročné chování žáků, v České republice nejsou doposud zavedeny výzkumně ověřené víceúrovňové intervence zaměřené na management žákovského chování ve školách a školských zařízeních. Dle zjištění České školní inspekce se náročné chování žáků většinou řeší formou trestů, které však nemají požadovaný efekt a jejich kumulace u jednotlivých žáků naopak jejich náročné chování spíše posiluje. Náročné chování žáků je pro pedagogy velkou zátěží a také výrazně snižuje efektivitu výuky.

Přínosy:

Přínosem opatření bude zavedení výzkumně ověřeného víceúrovňového celoškolního systému managementu chování žáků založeného na pozitivní podpoře očekávaného chování. Jednotlivé úrovně intervencí jsou diferencovány podle četnosti a závažnosti projevů nežádoucího chování žáků. Systém tak zahrnuje plošná opatření cílící na všechny žáky školy i funkční analýzu chování jako dynamický přístup propojující diagnostiku a intervenci u žáků s vysoce náročným chováním. Aby tyto systémy byly skutečně účinné, je třeba sjednotit přístup poradenských pracovníků škol a školských poradenských zařízení, kteří s těmito žáky pracují.

Rizika implementace:

Absence ochoty k mezíresortní spolupráci. Nezajištění finančních prostředků na realizaci pilotáže a přípravu metodických materiálů.

Indikátory splnění:

Počet víceúrovňových programů (0/1)
Počet pilotáží programu (0/1)
Počet metodických materiálů k implementaci (0/1)

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.

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.

Aktivity:

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. Pro cílovou skupinu laická veřejnost bude vystupovat jako koordinátor AKS (Asociace komunitních služeb v oblasti duševního zdraví), koordinace jednotlivých kroků bude na úrovni krajů, kde budou vytvořena regionální sdružení poskytovatelů destigmatizačních aktivit.

Kroky a termíny plnění:

9/2022 – 12/2022 aktualizace existující komunikační strategie (včetně komunikačních nástrojů) iniciativy NA ROVINU, která je zaštiťující platformou odborných destigmatizačních vzdělávacích programů pro definované cílové skupiny stávajícího projektu Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče (OP Zaměstnanost 2014–2020) a komunikační platformou reformy péče o duševní zdraví směrem k širší odborné i laické veřejnosti.

9/2022 – 3/2023 v návaznosti na výsledky evaluace stávajícího projektu Destigmatizace lidí s duševním onemocněním v kontextu reformy psychiatrické péče (OP Zaměstnanost 2014–2020) vytvoření aktualizovaných vzdělávacích programů pro 6 cílových skupin: uživatelé systému sociálně zdravotní péče pro lidi s duševním onemocněním, neformální pečovatelé, veřejná správa, zdravotníci, poskytovatelé sociálních služeb, komunity (okolí CDZ a dalších poskytovatelů sociálně zdravotních služeb pro lidi s duševním onemocněním) a jejich pilotáž.

9/2022 – 12/2022 definice nových cílových skupin a analýza založená na jejich vzdělávacích potřebách vyplývajících ze zkušeností se stigmatizací a diskriminací. Analýza potřeb pro policisty, pedagogy, vězeňskou službu, politiky a zaměstnavatele.

9/2022 – 12/2023 (pokračování do roku 2025) definice cílové skupiny „novináři“ jako specifické skupiny značnou měrou ovlivňující veřejné mínění a obecně míru stigmatizace ve společnosti. Revize a doplnění nástrojů práce s cílovou skupinou novináři (mediaguide, stigmawatch). Tvorba, pilotáž a implementace nových destigmatizačních opatření.

1/2023 – 6/2023 příprava metodiky a tvorba vzdělávacích destigmatizačních opatření pro nové cílové skupiny (5).

9/2022 – 12/2023 (pokračování do roku 2025) evaluace (kvantitativní a kvalitativní): monitorování průběhu realizace a efektivity destigmatizačních programů a komunikačních opatření.

7/2023 – 12/2023 pilotáž vytvořených destigmatizačních opatření pro nové cílové skupiny (5) včetně jejich hodnocení.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ (NÚDZ) – tvorba metodik, evaluace.

Kraje – dle svých možností koordinace aktivit pro laickou veřejnost v rámci svého regionu.

MŠMT, MPSV – odborná spolupráce.

MO – zavedení destigmatizačních aktivit v rámci gesce resortu.

Financování:

Aktualizace strategie NA ROVINU a vzdělávacích programů 1,2 mil. Kč + 4,2 mil. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020. Analýza potřeb nových cílových skupin 2,6 mil. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020. Revize analýzy k cílové skupině „novináři“ 3,4 mil. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027. Metodiky pro nové cílové skupiny 5 mil. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020. Evaluace programů 6 mil. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027. Pilotáž destigmatizačních programů pro nové cílové skupiny 4 mil. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027.

Nulová varianta:

V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi, jako jsou zdravotníci. Tento stav se bude při absenci specifických opatření prohlubovat.

Přínosy:

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.

Rizika implementace:

Obtíže s financováním z EU fondů v programovém období 2021–2027, absence politické podpory.

Indikátory splnění:

Počet proškolených osob ze všech cílových skupin (0/100)

Počet proškolených osob v rámci nově pilotovaných opatření (0/100)

Počet nově připravených metodik/toolkitů (0/5)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 2.4:

Realizovat celostátní destigmatizační iniciativu.

OPATŘENÍ 2.4.2:

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

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

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.

Aktivita:

Ve spolupráci s aktivitou Kvalita v projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2020) na MZ zpracování analýzy pokrytí oblasti dodržování a ochrany lidských práv v oblasti péče o duševní zdraví ve zdravotnickém, sociálním i školském systému, a to včetně identifikace stávajících závazků, jejich aktuálního naplňování a identifikace překážek vedoucích k jejich naplnění. Na základě provedené analýzy zpracování implementačního plánu potřebných změn pro oblast zdravotnictví, sociální i školskou. (Odstranění těchto překážek a vytvoření standardů a metodik hodnocení kvality v rámci oddělení MZ viz bod 3.2.1.)

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 zpracování analýzy pokrytí oblasti lidských práv v oblasti služeb péče o duševní zdraví, a to včetně identifikace stávajících závazků, jejich aktuálního naplňování a identifikace překážek vedoucích k jejich naplnění.
Do 12/2022 zpracování implementačního plánu potřebných změn.
Do 12/2023 implementace prioritních oblastí identifikovaných v analýze.

Návaznost na jiný cíl: 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1, 3.2.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – realizace analýzy a implementačního plánu.
MŠMT, MPSV – spolupráce na analýze a implementačním plánu.
MZ, MŠMT, MPSV – implementace prioritních oblastí dodržování a ochrany lidských práv v rámci své gesce.

Financování:

Analýza 100 000 Kč z OP Zaměstnanost 2014–2020.

Nulová varianta:

Zachování současného stavu, kdy se Česká republika sice formálně hlásí k mezinárodním závazkům v oblasti dodržování a ochrany lidských práv, ale z důvodu nefunkčních mechanismů podpory a kontroly a aktuálně platné legislativy je nemůže reálně naplnit.

Přínosy:

Bude vytvořen podklad pro iniciaci změn současného stavu. Na národní úrovni v oblasti péče o duševní zdraví budou existovat pro oblast zdravotnictví, sociální i školství standardy péče v návaznosti na mezinárodní závazky a bude existovat jednotná metodika hodnocení kvality služeb a její realizace spolu s doporučeními pro jednotné postupy v oblasti kvality a naplňování lidských práv v rámci služeb péče o duševní zdraví, ze kterých poskytovatelé zdravotní a sociální péče budou moct vycházet.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, nedostatek finančních prostředků pro nastavení systému hodnocení kvality a lidských práv.

Indikátory splnění:

Počet analýz (0/1)
Počet implementačních plánů (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

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 3.1.2:

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.

Aktivity:

Zpracovat analýzu režimových opatření.
Pokračovat v pracovních skupinách zabývajících se problematikou omezovacích prostředků a režimových opatření.
Realizovat strategické návštěvy v psychiatrických lůžkových zařízeních s cílem konzultovat možnost rozvolnění konkrétních režimových opatření a vytvoření alternativních scénářů.
Vytvořit tréninkový program v oblasti omezovacích prostředků. Obsahem tréninkových programů budou deeskalační techniky a další metody.
Revidovat data týkající se omezovacích prostředků využívaných v psychiatrických lůžkových zařízeních.
Vytvořit metodiku pro sledování používání omezovacích prostředků v psychiatrických lůžkových zařízeních a zajistit vytvoření vnitřního metodického pokynu pro jednotlivá zařízení.
Vytvořit nástroj sloužící k pravidelnému vyhodnocování používání omezovacích prostředků.
Podpořit zahraniční i tuzemské stáže a sdílení dobré praxe v oblasti prevence používání omezovacích prostředků a nastavování režimových opatření.

Kroky a termíny plnění:

Do 6/2020 – zpracování analýzy režimových opatření.
Od 1/2020 – fungování pracovní skupiny a zajištění výstupů.
Od 9/2020 – zahájení strategických návštěv v jednotlivých zařízeních.
Do 6/2021 – vytvoření tréninkového programu.
Do 12/2023 – realizace implementace tréninkového programu.
Do 12/2021 – vytvoření metodiky pro sledování používání omezovacích prostředků.
Do 1/2023 – vytvoření nástroje sloužícího k pravidelnému vyhodnocování.
Do 12/2023 – realizace zahraničních a tuzemských stáží.

Návaznost na jiný cíl: 3.1.1, 3.2.1, 3.2.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ ve spolupráci s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví – zpracování analýzy režimových opatření, práce pracovní skupiny, realizace strategických návštěv.
MZ, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Kancelář veřejného ochránce práv – vytvoření tréninkového programu.
MZ, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, WHO – vytvoření metodiky.
MZ, ÚZIS – vytvoření nástroje k pravidelnému vyhodnocování.
MZ – tuzemské a zahraniční stáže.

Financování:

10 mil. Kč/rok, možný zdroj EU fondy 2021–2027 a další dotační tituly, udržitelnost rozpočtová kapitola MZ.

Nulová varianta:

Nerealizace dílčích změn v legislativě a konkrétních zařízeních včetně sjednocení evidence používání omezovacích prostředků a zajištění komplexní metodické podpory prevence rizikového chování vede k vysoké míře užití omezovacích prostředků, které by při systematických změnách nebyly nutné ve stávajícím rozsahu. Užití omezovacích prostředků vede v mnoha případech k sekundární traumatizaci pacienta včetně možného vzniku posttraumatického stresového syndromu. Nulová varianta by konzervovala stávající stav, který je kritizován ze strany mnoha lidskoprávních subjektů včetně Evropského výboru pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání. Nezajištění vzdělávacích programů pro pracovníky by vedlo ke konzervaci stavu, kdy rizikové chování pacienta a užití omezovacích prostředků může vést k ohrožení personálu.

Přínosy:

Zpracováním analýzy režimových opatření se doplní znalost problematiky týkající se lidského zacházení s člověkem se zkušeností s duševním onemocněním při jeho pobytu v psychiatrických zařízeních. K zajištění nižší míry používání omezovacích prostředků a režimových opatření dojde díky strategickým návštěvám, vzdělávání a realizaci tréninkových programů pro jednotlivé pracovníky v konkrétních zařízeních. Vytvořením metodiky pro vyhodnocování dat a jejich pravidelným sledováním budou moci být nastavena preventivní opatření, která povedou k nižšímu používání omezovacích prostředků a zavádění nevhodných režimových opatření.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, nedostatek finančních prostředků pro komplexní metodickou podporu včetně vzdělávacích programů, obava jednotlivých zařízení a pracovníků při zavádění nových mechanismů.

Indikátory splnění:

Počet analýz režimových opatření (0/1)
Počet strategických návštěv v zařízeních (0/10)
Počet tréninkových programů zavedených do praxe (0/1)
Počet zahraničních a tuzemských stáží (0/5)

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

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.

Aktivita:

Posílení metodické činnosti MZ k podpoře kvality péče orientované na práva pacientů.
Příprava pravidelných kontrolních mechanismů a metodické podpory poskytovatelů ze strany MZ.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 postupně vytvoření 5 dohod o pracovní činnosti na MZ pro účely metodické činnosti v oblasti kvality péče orientované na práva pacientů.
Do 12/2023 příprava mechanismů hodnocení a metodické podpory, vypracování konkrétního návrhu úprav právních norem ve zdravotnictví.

Návaznost na jiný cíl: 3.1.1, 3.1.2, 3.2.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – zřízení 5 dohod o pracovní činnosti, příprava procesů hodnocení a podpory, návrh úprav právních norem.

Financování:

5 dohod o pracovní činnosti, zdroj MZ.

Nulová varianta:

Zachování současného stavu neexistence funkčního pravidelného kontrolního mechanismu kvality péče ve zdravotnictví, např. ve formě státní kontroly. Zdravotní služby jsou jediné veřejné služby, které v oblasti kvality a dodržování a ochrany lidských práv nepodléhají systému státní kontroly v rozporu např. s doporučením 10. 12. 2004 Výboru ministrů členským státům ve věci ochrany lidských práv a důstojnosti osob s duševní poruchou či Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením. Zároveň v oblasti mechanismu externí certifikace či kontroly v oblasti dalších služeb duševního zdraví neexistuje komplexní mechanismus hodnocení problematiky lidských práv.

Přínosy:

Na národní úrovni v oblasti péče o duševní zdraví bude připraven jednotný systém hodnocení kvality péče ve zdravotním systému, který bude hodnotit i dodržování lidských práv jeho klientů v souladu s mezinárodními závazky.

Rizika implementace:

Absence politické podpory v oblasti legislativních změn, nedostatek finančních prostředků pro nastavení systému hodnocení kvality a lidských práv.

Indikátory splnění:

Počet dohod o pracovní činnosti na MZ (0/5)
Počet připravených metodik (0/3)

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

SPECIFICKÝ CÍL 3.2:

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

OPATŘENÍ 3.2.2:

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

Aktivity:

Návrh a zpracování metodiky aktuálního hodnocení kvality péče pro zdravotní služby (ambulace, 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.

Návrh pilotního ověření metodiky u 10 poskytovatelů v oblasti péče o duševní zdraví (z různých regionů a u různých typů poskytovatelů).

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2022 návrh zapojení uživatelů péče a neformálních pečujících do hodnocení kvality péče.

Do 1/2023 návrh pilotního projektu.

Návaznost na jiný cíl: 3.1.1, 3.1.2, 3.2.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV, MZ – zpracování návrhu metodiky a pilotního projektu.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Zachování současného stavu, kdy při neexistenci mechanismu zapojení uživatelů do hodnocení kvality péče nelze zajistit dostatečnou transparentnost a odbornost mechanismu hodnocení.

Přínosy:

Dle dostupné evidence je pro hodnocení kvality péče důležité, aby se jej 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 (dále „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 vychází 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.

Rizika implementace:

Nedostatek finančních prostředků na tvorbu metodického nástroje a pilotního ověření hodnocení.

Indikátory splnění:

Počet návrhů pilotních projektů (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

SPECIFICKÝ CÍL 3.3:

Zohlednit rovné příležitosti mužů a žen v oblasti duševního zdraví.

OPATŘENÍ 3.3.1:

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

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 3:

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

SPECIFICKÝ CÍL 3.3:

Zohlednit rovné příležitosti mužů a žen v oblasti duševního zdraví.

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.

Tato aktivita není součástí implementačního plánu do roku 2023.

V tomto období budou probíhat pouze přípravné kroky pro účely implementace v dalším období.

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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.

Aktivity:

Úpravy v zákonech č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb.
 Úpravy prováděcích právních předpisů, zejména ve vyhláškách č. 99/2012 Sb. a č. 92/2012 Sb.
 V rámci evaluace CDZ a multidisciplinárních týmů posouzení nutnosti úprav zákona č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb., včetně případného návrhu.

Kroky a termíny plnění:

Od 1/2022 účinnost zákonů k ukotvení CDZ pro závažně duševně nemocné a multidisciplinárních týmů č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb. a č. 108/2006 Sb.
 Od 6/2022 účinnost prováděcích předpisů.
 Do 6/2023 zhodnocení potřeby úprav zákonů č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb.; do 12/2023 případné návrhy úprav.

Návaznost na jiný cíl: 4.1.2, 4.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – zákony č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb.
 MPSV – zákon č. 108/2006 Sb.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Přetrvávání formálních obtíží při zřizování a poskytování péče multidisciplinárními týmy, včetně CDZ.

Přínosy:

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 přesahy 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.

Rizika implementace:

Zbrzdění novelizace dotčených právních norem.

Indikátory splnění:

Počet legislativních změn (0/3)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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 4.1.2:

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 uvedené 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.

Aktivity:

Na základě evaluace projektů Podpora vzniku Center duševního zdraví I, II, III a projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné (Multidisciplinární týmy pro děti a pro pacienty/klienty s problematikou závislosti) (OP Zaměstnanost 2014–2021) úprava a zveřejnění standardů a metodik pro tyto služby, včetně včasných intervencí u závažných duševních onemocnění. Předložení výsledků pilotního projektu adiktologických služeb Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) k projednání.

Nastavení udržitelného financování služeb.

Naplánování dalšího rozvoje CDZ pro všechny cílové skupiny do roku 2026.

Při snižování lůžek následné péče motivační podpora přesunu personálu z následné lůžkové péče do CDZ.

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2022 nastavení udržitelného financování.

Do 6/2022 ukončení projektů.

Do 1/2023 ukončení evaluace projektů.

Do 12/2023 publikace standardů a metodik.

Do 12/2023 plán rozvoje služeb.

Návaznost na jiný cíl: 4.1.1, 2.1.1, 4.2.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – realizace projektů, evaluace, ve spolupráci se ZP nastavení udržitelného financování, úpravy standardů a metodik, plán rozvoje služeb.

MPSV – ve spolupráci s kraji nastavení udržitelného financování, úpravy standardů a metodik.

ÚV (RVKPP) – metodické vedení a podpora rozvoje adiktologických služeb.

Financování:

Zdravotní část služby viz opatření 2.1.1, sociální část viz opatření 4.2.2.

Nulová varianta:

Vzhledem ke klíčovému postavení inovativních služeb zajišťujících komplexní formu podpory a péče by zastavení rozvoje těchto služeb ohrozilo celý proces deinstitucionalizace lidí s duševním onemocněním.

Přínosy:

Naplnění priorit moderní psychiatrické péče, jak byly definovány Strategií reformy psychiatrické péče vydané MZ 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.

Rizika Implementace:

Nedostatek personálu k zajištění rozvoje služeb. Nedostatečná podpora ze strany MZ, ZP, MPSV a krajů. Nedostatečná metodická podpora k zajištění potřebné kvality služeb.

Indikátory splnění:

Počet evaluačních zpráv projektu CDZ (0/1)

Počet založených CDZ (19/30)

Počet upravených standardů/metodik (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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 4.1.3:

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).

Aktivity:

Zahrnutí rozvoje multidisciplinárních týmů pro osoby žijící s demencí do Národního akčního plánu pro Alzheimerovu demenci a obdobná onemocnění (NAPAN) 2020–2030.

Zahájení pilotního provozu dvou multidisciplinárních týmů pro osoby žijící s demencí.

Evaluace pilotního projektu.

Předání dat z vyhodnocení pilotního provozu 2 CDZ v rámci projektu Podpora nových služeb v péči o duševně nemocné (OP Zaměstnanost 2014–2020) expertnímu týmu zodpovědnému za implementaci NAPAN.

Zpracování a vydání standardu péče pro multidisciplinární týmy pro osoby žijící s demencí ve Věstníku MZ.

Nastavení udržitelného financování multidisciplinárních týmů pro osoby žijící s demencí.

Rozvoj dalších multidisciplinárních týmů v jednotlivých krajích ČR.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 evaluace pilotního provozu, rozvoj služeb průběžně do roku 2030.

Do 12/2022 vydání standardu péče pro multidisciplinární týmy pro osoby žijící s demencí ve Věstníku MZ.

Do 12/2022 modelace nastavení udržitelného financování multidisciplinárních týmů pro osoby žijící s demencí.

12/2022 – 12/2023 uskutečnění seminářů pro poskytovatele péče v multidisciplinárních týmech pro osoby žijící s demencí.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV – evaluace pilotního provozu, rozvoj služeb.

MZ – vydání standardu péče pro multidisciplinární týmy pro osoby žijící s demencí ve Věstníku MZ, realizace seminářů.

MZ, ZP – modelace a nastavení udržitelného financování multidisciplinárních týmů pro osoby žijící s demencí.

Financování:

Pilotáž multidisciplinárních týmů 30 mil. Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020; udržitelnost 30 mil. Kč/rok, zdroj v.z.p. (v rámci opatření 2.2.1), kapitola MPSV (v rámci opatření 4.2.2).

Nulová varianta:

Průchod nemocného systémem péče zůstane nepopsaný a nekoordinovaný, a proto neumožní efektivně dosáhnout optimálního výsledku diagnostiky, léčby a péče. Služby pro osoby žijící s demencí zůstanou hůře dostupné či nedostupné.

Přínosy:

V dobře fungujících systémech je na regionální úrovni definována síť služeb, v jejímž rámci je dobře zorganizována vzájemná propojenost a spolupráce. Klíčovou službou pro osoby s demencí jsou „gerontopsychiatrické“ komunitní multidisciplinární týmy. Jejich náplní je nejen přímá péče o pacienta/klienta, podpora rodin nemocného, ale i spolupráce s dalšími službami v oblasti péče o stárnoucí osoby od primární péče po zařízení rezidenčního charakteru.

Rizika implementace:

Negativní hodnocení pilotního projektu. Nedostatečná podpora MPSV a ZP.

Indikátory splnění:

Počet umístěných klientů/pacientů do služeb CDZ (0/20)

Počet standardů péče pro multidisciplinární týmy pro osoby žijící s demencí ve Věstníku MZ (0/1)

Počet seminářů pro poskytovatele péče v multidisciplinárních týmech (0/3)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.2:

Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následně 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 2 800 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.

Aktivity:

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

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2021 evaluace pilotního projektu.
Do 1/2021 zhodnocení dostupnosti a návaznosti akutní psychiatrické péče, detailní analýza nákladů akutních oddělení v rámci všeobecných nemocnic.
Do 1/2022 tvorba ekonomických modelů balancovaného financování akutní péče a zajištění její dostupnosti včetně revize dosavadního režimu financování, plán financování nákladů na péči.
Do 12/2022 revize standardů akutní psychiatrické péče na základě analýz.
Od 1/2021 průběžně spolupráce s lékařskými fakultami na zvýšení zájmu o obor pro zajištění personálního obsazení.
Od 12/2021 průběžně reflexe dosavadních zkušeností s rekonstruovanými nebo nově vybudovanými kapacitami pro akutní péči, a to po stránce bezpečnosti.

Návaznost na jiný cíl: 2.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – standardy péče, spolupráce s lékařskými fakultami, nastavení kritérií kvality, spolupráce na nastavení úhrad.
MZ, ZP – tvorba modelů financování.
ÚZIS – sběr a vyhodnocování dat.
ZP – nastavení motivačních úhradových mechanismů reflektujících kritéria kvality.
Kraje – motivace poskytovatelů k rozvoji sítě akutní lůžkové psychiatrické péče.

Financování:

Viz opatření 2.1.1.

Nulová varianta:

Při současném stavu, kdy je akutní péče rozložena nerovnoměrně, jsou v některých oblastech pacienti hospitalizováni přímo na lůžkách následné péče, není snaha si zřídit akutní oddělení, protože při současném stavu financování jsou tato oddělení ztrátová. Současný stav neumožňuje průchod pacientům akutním diagnostickým procesem, podporuje institucionalizaci nemocných v zařízeních zaměřených na následnou péči.

Přínosy:

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 restrukturalizací lůžek ve smyslu snížení lůžek následné péče ve prospěch lůžek akutních.

Rizika implementace:

Nedostatek personálu pro akutní oddělení zajišťující 24/7 provoz, nedostatek propojitelných multidisciplinárních týmů ve specifických regionech.

Indikátory splnění:

Počet revidovaných standardů akutní lůžkové péče v psychiatrii (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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 4.2.2:

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.

Aktivita:

Vytvoření jednotného informačního prostředí spojením podkladů MZ a MPSV.
Rozšíření jednotné komunikační platformy na každém kraji, zřízené v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče, o zástupce MPSV a další relevantní stakeholdery.
Financování sítě služeb zřízených a plánovaných v rámci implementace Strategie reformy psychiatrické péče.
Vytvoření návrhů Akčního plánu za každý kraj na bázi existujícího komunitního plánu, který bude již reálně zahrnovat finanční a personální zdroje a bude vytvořen pro všechny cílové skupiny lidí s duševním onemocněním.
Schválení plánů jednotlivými zastupitelstvy krajů a jejich propojení na střednědobé plány krajů a komunitní plány obcí.

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2021 zpracování rešerše současného stavu na základě dat od krajských koordinátorů v projektu Deinstitucionalizace na MZ a statistik z vykazování služeb na MPSV.
Od 1/2020 průběžně financování sítě služeb (CDZ, multidisciplinární týmy, služby bydlení a zaměstnávání).
Do 6/2021 rozšíření jednotné komunikační platformy na každém kraji, zadání zpracování návrhu akčních plánů a vytvoření časového harmonogramu jednání s jednotlivými kraji na základě jejich potřeb v souvislosti s termíny ukončování individuálních projektů
Do 2/2022 jednání nad návrhy akčních plánů na krajích.
Do 12/2023 schvalování akčních plánů zastupitelstvy krajů.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – zpracování rešerše, rozšíření komunikační platformy na krajích, iniciace jednání, zajištění finančních prostředků pro financování sítě služeb na krajích.
MZ – jednání na krajích.
ZP – financování sítě zdravotních služeb.
Kraje – financování sítě služeb, vytvoření návrhu akčních plánů, schválení zastupitelstvem.

Financování:

Zdravotní služby viz opatření 2.1.1, sociální služby 1 800 mil. Kč ze SR (kapitola MPSV).

Nulová varianta:

Bude zásadním způsobem zbrzděn proces deinstitucionalizace služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Přínosy:

Zacílené zastřešení procesu deinstitucionalizace služeb v jednotlivých krajích pro skupinu osob s duševním onemocněním.

Rizika implementace:

Nedostatečná spolupráce ze strany krajů.

Indikátory splnění:

Počet akčních plánů rozvoje sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním (0/10)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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 4.2.3:

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 8 490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018).

Aktivita:

Provázání transformačních plánů (TP) se střednědobými a komunitními plány krajů tak, aby bylo možné plánovat v souladu s plánovaným rozvojem diferencovaných sociálních služeb (s převahou služeb ve vlastním sociálním prostředí s různou mírou podpory odpovídající tíži problematiky, včetně rozvoje služeb poskytovaných 24/7) redukcí lůžek následné péče.

Zpracování 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.

Dořešení transformace následných lůžek v lůžka specializovaná dle účelu, kterému slouží a mají sloužit (forenzní lůžka pro ochranné léčení v ústavní formě, specializovaná lůžka pro léčbu závislostí, pro pacienty s poruchou příjmu potravy), zmapování, zda je pro tuto péči adekvátně nastaveno financování. Na základě výstupů z analýz v transformačních plánech a dat ÚZISu popis možnosti poskytování specializovaných služeb mimo stávající psychiatrické nemocnice.

V návaznosti na plnění NAPAN vytvořit plán péče o pacienty s demencí.

Kroky a termíny plnění:

6/2020 – 12/2021 provázání TP se střednědobými a komunitními plány, zpracování cíle do existujících transformačních plánů.

6/2020 – 12/2021 plán transformace následných lůžek v lůžka specializovaná.

6/2021 – 12/2022 plán péče o pacienty s demencí, plán zajištění specializované péče v komunitě.

Návaznost na jiný cíl: 4.2.2, 4.2.4, 4.3.2, 5.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – práce s PN, tvorba transformačních plánů a jejich implementace.

ÚZIS – analýzy transformačních plánů.

ZP – mechanismy financování.

MPSV, MZ – tvorba odpovídajících služeb pro duševně nemocné v komunitě.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Pokud nedojde k plnění opatření týkajících se rozvoje krizové péče, stacionární zdravotní i sociální péče, rozvoji akutní péče, specializované péče a rozvoji zdravotně-sociálních komunitních služeb (CDZ pro SMI, pro děti, seniory, osoby s problematikou závislostí atd.) a především k rozvoji diferencovaných sociálních služeb (s převahou služeb ve vlastním sociálním prostředí s různou mírou podpory odpovídající tíži problematiky, včetně rozvoje služeb poskytovaných 24/7), k řešení problematiky bydlení a finančního zajištění duševně nemocných, není možné toto opatření plnit a nadále bude potřebná dostatečná lůžková kapacita v oblasti lůžek následné péče. Tato péče je nedostatečně nákladově efektivní, odčerpává zdroje z veřejného zdravotního pojištění, kdy často (až u 20–25 % dlouhodobě hospitalizovaných pacientů) supluje nerozvinutou péči sociální. Současně by ČR neplnila své závazky vyplývající z mezinárodních úmluv (především Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a další) v oblasti rozvoje služeb ve vlastním sociálním prostředí a ponechala by nadále systém péče založený na dlouhodobé institucionální péči ve zdravotnických zařízeních s vysokým počtem lůžek.

Přínosy:

Nastavení systému péče tak, aby péče byla individualizovaná a odpovídala potřebám pacientů s duševním onemocněním. Zvýšení kvality a nákladové efektivity poskytované péče v psychiatrických nemocnicích i celkově napříč službami. Naplňování principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením.

Rizika implementace:

Pokud by došlo k realizaci tohoto opatření bez souběžného plnění souvisejících cílů, největším rizikem je dehospitalizace, nárůst bezdomovectví duševně nemocných, zvýšení rizika sebevražd při neposkytování adekvátní péče, chronifikace neléčených psychických obtíží s výraznými celospolečenskými finančními náklady na řešení neuváženými a nekoordinovanými kroky snížené lůžkové kapacity.

Nezajištění transformačních nákladů pro psychiatrické nemocnice, ohrožení ekonomické stability psychiatrických nemocnic při plnění výše uvedených opatření.

Riziko nárůstu nezaměstnanosti v regionech, kde psychiatrická nemocnice je významným a někdy i jediným zaměstnavatelem.

Indikátory splnění:

Počet lůžek následné péče oproti stávajícímu stavu 8 490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018) je 7 200

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.2:

Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následně 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 4.2.4:

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

Aktivita:

Evaluace pilotního projektu šesti ARP (z toho dvou ARP specializovaných na adiktologii), úprava a publikace standardu a financování pro tuto službu. Předložení výsledků pilotního projektu adiktologických služeb Radě vlády pro koordinaci protidrogové politiky (RVKPP) k projednání. Průběžné vyhodnocování pilotního projektu, nastavení financování, podpora vzniku dalších ARP ze strany MZ i zdravotních pojišťoven. Ve spolupráci Sekce dětské a dorostové psychiatrie ČLS JEP s MZ, VZP a SZP vytvoření a zavedení financování ambulantní psychiatrické péče pro děti a dorost tak, aby umožňovala efektivní péči o tyto pacienty/klienty (příprava nových výkonů, zvážení úpravy režie dětských psychiatrických ambulantní) a byla motivační pro rozvoj sítě pro tuto cílovou skupinu.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2021 evaluace pilotního projektu ARP, zhodnocení a nastavení udržitelného financování ARP.
Do 12/2020 návrh změn ve financování odbornosti 306.
Do 1/2022 nastavení změn v úhradové vyhlášce pro rok 2022.

Návaznost na jiný cíl: 1.3.2, 2.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – rozvoj ARP, metodické vedení, spolupráce na nastavení úhrad.
ÚV (RVKPP) – metodické vedení a podpora rozvoje adiktologických ARP.
ZP – zajištění financování zdravotních služeb.

Financování:

Viz opatření 2.1.1.

Nulová varianta:

Zachování stávající sítě psychiatrických ambulantní pro dospělé a pro děti a dorost s duševním onemocněním, jejíž kapacita nepostačuje na 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. V návaznosti na další očekávaný nárůst pacientů s duševním onemocněním a nedostatkem vysoce kvalifikovaného personálu z řad lékařů a psychologů nebude možné ve stávající síti ambulantních zařízení, kde většina kompetencí je přiřazena pouze plně kvalifikovaným psychiatrům a psychologům, poskytnout péči všem, kdo ji potřebují, péče se stane časově i místně nedostupnou. V důsledku je možné očekávat nárůst pacientů s těžším průběhem onemocnění, chronifikaci obtíží pacientů, jejichž péče bude nákladnější. Lze očekávat také nárůst nákladů v oblasti sociální, kdy se nepodaří včasnou léčbou udržet pracovní schopnost pacientů. Hrozí také výrazný nárůst počtu sebevražd při pozdním zachytu léčby především depresivních poruch a poruch osobnosti.

Přínosy:

Zvýšení dostupnosti péče pro pacienty všech diagnostických skupin. Zvýšení dostupnosti vysoce kvalifikované péče psychiatrické, psychologické i psychoterapeutické.

Rizika implementace:

Nedostatek kvalifikovaných pracovníků. Neadekvátně nastavené financování.

Indikátory splnění:

Počet podpořených klientů/pacientů (0/560)
Počet standardů (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.2:

Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následně 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 4.2.5:

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

Aktivita:

- Dotazníkovou metodou zhodnocení počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP.
- Pilotáž multidisciplinární práce a integrace do komunity ve 3 zařízeních.
- Vytvoření metodiky a nástrojů pro mapování potřeb dlouhodobě umístěných lidí s duševním onemocněním.
- Proškolení personálu.
- Pilotní projekt mapování.

Kroky a termíny plnění:

- 6/2020 – 2/2022 pilotáž multidisciplinární práce a integrace do komunity ve 3 zařízeních.
- Do 1/2021 vytvoření dotazníku.
- Do 3/2021 projednání s kraji a dalšími zřizovateli pobytových sociálních služeb.
- Do 6/2022 distribuce dotazníkového šetření cestou krajů, sběr dotazníků.
- Do 8/2022 dodatečný sběr nezaslaných dat.
- Do 6/2023 vytvoření nástroje k mapování potřeb, školení.
- Do 12/2023 pilotní mapování ve 3 zařízeních DZR a DOZP a vyhodnocení.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

- MPSV – ve spolupráci s kraji a NÚDZ navrzení a distribuce dotazníků, školení lidí a pilotní projekt.
- MZ – ve spolupráci s NÚDZ návrh metodiky hodnocení potřeb.

Financování:

- Pilotáž multidisciplinární práce v rámci realizovaných projektů MZ, OP Zaměstnanost 2014–2020.
- Vytvoření a distribuce dotazníků 500 tis. Kč, zdroj EU fondy 2021–2027, gesce MPSV. Metodika a školení 500 tis. Kč, zdroj EU fondy 2021–2027, gesce MPSV.

Nulová varianta:

- Zachování současného stavu, kdy je významný počet pacientů/klientů s duševním onemocněním 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.

Přínosy:

- Zacílení procesu deinstitucionalizace na saturaci potřeb lidí s duševním onemocněním, a to v celém systému péče.

Rizika implementace:

- Nepochopení přínosu procesu deinstitucionalizace a nespolupráce ze strany poskytovatelů či zaměstnanců pobytových sociálních služeb.

Indikátory splnění:

- Počet zpráv z dotazníkového šetření (0/1)
- Počet pilotních mapování (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.2:

Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následně 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 4.2.6:

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.

Aktivity:

Vytvoření meziresortní pracovní skupiny ve složení: MPSV, MŠMT, MZ, NÚDZ.

Provedení analýzy stávajícího stavu.

Návrh opatření a pilotáž, vč. definice role pediatrik, dorostových a praktických lékařů, zapojení školských poradenských pracovišť a školských poradenských zařízení v oblasti prevence.

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2021 ustanovení pracovní skupiny.

Do 12/2021 analýza faktického stavu umístování dětí s duševním onemocněním do zdravotnických, sociálních a školských služeb – příčiny, délka pobytu, evaluace poskytování takových služeb, dopady na dítě, systém.

Do 6/2022 definování problematických míst systému.

Do 12/2022 návrh opatření.

12/2022 – 6/2023 pilotáž realizace opatření na vybraném vzorku (např. 2 kraje).

12/2023 vyhodnocení pilotáže a návrh dalšího postupu.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – koordinace realizace cíle a jeho opatření.

MŠMT – svolání pracovní skupiny.

MZ, MPSV, MŠMT – vyhodnocování účinnosti realizovaných opatření a implementace návrhů do praxe.

Financování:

Vzdělávání 10 mil. Kč, zdroj EHP fondy; standardizace 10 mil. Kč, zdroj OP VVV; pilotáž 40 mil. Kč, možný zdroj EU fondy 2021–2027.

Nulová varianta:

Bude ponechán stávající stav, kdy dětem nemůže být poskytována adekvátní péče, neboť děti s problémy s duševním onemocněním jsou umístovány do zařízení, která nejsou schopna svou povahou a svými kompetencemi poskytovat relevantní péči.

Přínosy:

Systematické snižování umístování dětí s duševním onemocněním do zdravotnických, sociálních a školských zařízení ústavní výchovy zajistí naplnění individuálních potřeb dětí s duševním onemocněním v přirozeném sociálním prostředí.

Rizika implementace:

Nedostatek dostupných služeb, které budou schopny potřebnou péči poskytovat, nedostatek finančních prostředků nezbytných pro účinné nastavení efektivního propojeného a transparentního systému péče o děti s duševním onemocněním.

Indikátory splnění:

Počet realizovaných pilotáží (0/2)

Počet evaluačních zpráv z pilotáží (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.3:

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.

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.

Aktivity:

V návaznosti na opatření č. 13 Akčního plánu domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2019–2022 a ve spolupráci s Asociací denních stacionářů a krizových center (dále „ADSKC“) sestavení pracovní skupiny a vypracování návrhu sítě zdravotních krizových center (vč. její návaznosti na síť sociálních pobytových služeb krizové pomoci): práce na návrhu sítě, na podkladech pro standardy poskytování krizové péče (rozdělení úkolů při řešení krizové péče za resort zdravotnictví a provázání s existujícími sociálními službami krizové pomoci, nezbytné nepodkročitelné minimum poskytovaných služeb, vč. personálního a materiálně technického vybavení). Publikace standardu zdravotní krizové péče (krizového centra) ve Věstníku MZ a posouzení nutnosti změny legislativy. Nastavení úhradových mechanismů pro tuto formu péče.

Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, MZ a kraji fázovaný rozvoj zdravotních krizových center navázaných na urgentní příjmy tak, aby bylo možné v následujícím období realizovat postupně vznik plně funkční páteří sítě krizových center do celkového plánovaného počtu 14 center regionálně rozložených po celé republice.

Vytvoření základních kritérií sítě krizových služeb a principů spolupráce jednotlivých prvků v rámci komplexního systému krizové podpory. Vytvoření principů a motivací (incentivů) k zakotvení dovednosti (kompetence) poskytování krizové podpory a intervence u dalších poskytovatelů služeb (CDZ, psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková péče, sociální služby atd.). Vytvoření regionálně propojené sítě krizových služeb (CDZ, krizová lůžka, akutní lůžka v nemocnici, akutní lůžka mimo nemocnici, sociální služby, adiktologické služby atd.).

V rámci Pracovní skupiny dětské a dorostové psychiatrie na MZ navrhnout koncept pro pilotní projekt center pro děti s komplexním traumatem. Zpracování pilotního projektu a jeho zařazení mezi projekty podpořené EHP fondy. Realizace pilotního projektu 4 center.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2020 vznik pracovní skupiny, práce na návrhu sítě ve zdravotnictví a standardu poskytování krizové péče, zpracování návrhu financování, příprava pro realizaci ověřování nastaveného financování.
1/2021 – 12/2023 zavedení nástrojů k financování krizové péče do číselníků ZP, fázovaný rozvoj krizových center navázaných na urgentní příjmy, definování komplexní sítě krizových služeb a její implementace.
12/2020 – 12/2021 příprava podkladů pro vytvoření pilotního projektu center pro děti s komplexním traumatem.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, ÚV, ADSKC, ZP – vznik pracovní skupiny, zpracování standardu a modelu financování.
MPSV, MZ, ÚV, ADSKC – vytvoření návrhu a postupná tvorba komplexní sítě krizových služeb.

Financování:

Páteří sítě krizových center – dle finančního modelu a fáze rozvoje krizových center, zdroj v.z.p.
Komplexní síť krizové podpory – dle definovaného modelu, zdroj v.z.p., SR, MPSV, ÚV.
10 mil. Kč na 1 krizové centrum pro děti, zdroj EHP fondy.

Nulová varianta:

Jak se jednoznačně ukázalo v období pandemie COVID-19, není naše společnost připravena na podporu obyvatel v krizových situacích. V období nouzového stavu se proto narychlo zřizovaly krizové linky (včetně linky první psychické pomoci pod linkou 1212 MZ), pro zřízení krizové péče v krátkém čase nebyl z pochopitelných důvodů dostatek času a zorganizovat kvalifikovanou a funkční krizovou péči nebylo proto ani možné. Mimo jiné se ukázalo, že nemáme ani dostatek erudovaného proškoleného personálu pro poskytování této péče. Následky uvedeného již nyní dopadají na systém zdravotních služeb a budou zcela jistě vynaloženy nemalé finanční prostředky na nárůst jak duševních poruch ve vlastním slova smyslu, tak souvisejících somatických obtíží, na důsledky nárůstu násilí ve vztazích a důsledky sebevražedného jednání. Stávajících 5 center poskytujících krizovou péči pro dospělé není schopno zajistit ani kapacitně, ani místně dostupnou péči pro všechny občany ČR. Krizová péče pro děti je poskytována minimálně, neřízeně a je zcela nedostačující.

Přínosy:

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.

Pokud dojde k plánovanému nastavení, a posléze rozvoji krizových služeb, lze přes vyčíslené náklady očekávat úspory v jiných oblastech poskytování zdravotních i sociálních služeb (udržení průběžnosti obyvatel, předcházení duševním i tělesným postižením, ke kterým jinak dochází při neposkytnutí adekvátní krizové péče a progresi nepříznivého vývoje – např. rozvojem posttraumatické stresové poruchy s trvalými následky a dopady jak v oblasti zdravotní, tak sociální).

Rizika implementace:

Nedostatečná politická podpora pro systémový vznik krizových služeb. Nevyhovující mechanismy financování. Absence podpory a realizace pilotních projektů.

Indikátory splnění:

Počet vzniklých standardů krizového centra ve Věstníku MZ (0/1)

Počet klientů/pacientů ošetřených v krizových centrech (0/260)

Počet projektů pro děti s komplexním traumatem (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.3:

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.

OPATŘENÍ 4.3.2:

Rozvinout stacionární péči pro dětskou i dospělou 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).

Aktivity:

V rámci existující Pracovní skupiny k udržitelnému financování reformy psychiatrické péče zpracování pilotního projektu otevřeného denního stacionáře jako prevence či zkrácení hospitalizací (s využitím již definovaného výkonu).

Pilotní ověření provozu otevřeného stacionáře s psychiatrickou péčí u minimálně 3 poskytovatelů.

Evaluace pilotního projektu.

Podpora nových psychoterapeutických stacionářů v místech, kde jsou dostatečné personální kapacity a zájem tuto službu poskytovat, a facilitace jejich vstupu do sítě zdravotnických služeb.

Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, ADSKC a Odbornou radou pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče dopracování konceptu stacionární péče pro všechny potřebné cílové skupiny. Návrh standardu a metodik pro všechny zaváděné typy stacionární péče (otevřený DS, psychoterapeutický DS, sociální stacionář) a průběžná podpora rozvoje tohoto segmentu péče.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2020 ověření nastavení krycího listu dle zkušeností poskytovatelů otevřeného DS; nastavení kritérií pro pilotní ověření.

Do 12/2021 realizace pilotního projektu u minimálně 3 poskytovatelů.

Do 12/2022 evaluace pilotního projektu ve spolupráci se ZP.

Od 6/2021 iniciace práce na konceptu stacionární péče, včetně napojení na ostatní typy péče.

Návaznost na jiný cíl: 2.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – ve spolupráci se ZP a ADSKC nastavení standardu a úhradových mechanismů pro denní stacionáře.

Financování:

3,2 mil. Kč/rok na otevřený stacionář v pilotním programu, zdroj viz 2.1.1.

Nulová varianta:

Při zachování stávajícího stavu (existuje pouze několik psychoterapeutických stacionářů ve velkých městech, tato zařízení poskytují péči pro některé diagnostické skupiny, první otevřené stacionáře s psychiatrickou péčí teprve vstupují do systému zdravotních služeb, sociální stacionáře nejsou tvořeny systémově v síti služeb, ale spíše náhodně dle zájmů poskytovatelů, kteří se zaměřují na jimi vybrané cílové skupiny) nebude plněno zadání deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné s poskytováním péče ve vlastním sociálním prostředí a bude nutné zachovat (a nejspíše navýšit) počet lůžek v pobytových sociálních službách a zachovat počet následných lůžek v psychiatrických nemocnicích i pro cílové skupiny, které by pobytový typ služeb nepotřebovaly, ale které potřebují denní péči.

Přínosy:

Sít zdravotních otevřených denních stacionářů s psychiatrickou péčí povede k prevenci hospitalizací, zkracování délky hospitalizací. Rozvoj psychoterapeutických stacionářů i mimo velké městské aglomerace povede k možnosti snížit počty lůžek na psychoterapeutických odděleních v psychiatrických nemocnicích. Tyto trendy jsou patrné tam, kde tato péče existuje, už v současnosti.

Pokud dojde k rozvoji sociální stacionární péče, bude možné pokračovat v deinstitucionalizaci sociálních pobytových služeb a postupně nastavovat péči tak, aby lidé s potřebou sociální denní péče žili doma a stacionární péče pomohla pečovateli v denní péči o jejich blízké. Důležité je také zabezpečit specifické služby pro skupiny pacientů (diagnostické nebo problémové okruhy), které nejsou plošně zajištěny (např. pacienti s hraniční poruchou osobnosti, pacienti s obsedantně kompulzivní poruchou).

Rizika implementace:

Nedostatek personálních kapacit (psychiatrů, klinických psychologů), zvláště s úplným psychoterapeutickým vzděláním. Nedostatečně zajištěné financování. Absence politické podpory, nedostatečná spolupráce ze strany krajů.

Indikátory splnění:

Počet pacientů v pilotním stacionárním programu (0/120)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.3:

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci.

OPATŘENÍ 4.3.3:

Rozvinout síť ambulančí klinických psychologů, ambulančí dětských klinických psychologů a zajistit dostupnost 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

Aktivita:

Ukotvení vzdělávání v psychoterapii dle zákona č. 95/2004 Sb.
Pilotní ověření a pokračování ve vzdělávání zdravotních sester v psychoterapeutických intervencích.
Vytvoření vzdělávacích standardů pro další nelékařská povolání ve zdravotnictví a jejich pilotní ověření.
Zmapování společných zásad, hranic a indikačních vodítek mezi poskytováním psychoterapie v rámci zdravotnictví a vytvoření vzdělávacích standardů a pravidel pro uplatňování psychoterapeutického vzdělání mimo zdravotnický systém, a to jak pracující v jiných resortech (školství, sociální věci, spravedlnost), tak samostatně.

Kroky a termíny plnění:

12/2020 – 12/2023 definice, vymezení a návrh koncepce sítě a vymezení psychoterapie a psychosociálních intervencí v segmentu zdravotnictví, nastavení hranic pro uplatňování psychoterapeutického vzdělání mimo tento segment. Definice a vymezení psychoterapie v rámci a vně zdravotnictví, zajištění podmínek pro otevření a další rozšiřování ambulančí nabízejících psychoterapeutickou péči pro děti i dospělé, další podpora psychoterapie jako základního léčebného nástroje do existujících a vznikajících typů péče o duševní zdraví. Zaměření na regionální podporu.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – ve spolupráci s odborníky v rámci pracovní skupiny nastavení standardů péče.
VZP, SZP – financování péče v rámci zdravotnictví.
MPSV, MŠMT – zajištění pravidel a organizace uplatňování psychoterapeutického vzdělání v rámci svých gescí.

Financování:

Financování péče ve zdravotnictví viz 2.1.1, náklady na postupné zavedení podpůrných psychosociálních intervencí v gesci MPSV, kapitola MPSV.

Nulová varianta:

Současná situace na poli psychoterapie jako zásadní léčebné metody v péči o duševní zdraví je v posledních více než 5 letech kritická. Více než 5 let nemohou přibývat noví kvalifikovaní psychoterapeutové z řad psychiatrů a dalších lékařských odborností, poslední 2 roky to nebylo možné ani z řad klinických psychologů. Systém samotného systematického vzdělávání v psychoterapii se přesto udržel na dobré úrovni s požadavky nastavenými evropskými standardy, nicméně chybí jeho státem garantované ukončení. To s sebou nese řadu rizik, zejména snížení nabídky léčby psychoterapeutickými prostředky v systému zdravotnictví, což má za následek například zvýšení užívání farmakoterapie u hraničních případů nebo naopak odklon od zdravotnictví směrem k alternativním, nejasně kontrolovaným příbuzným profesím.

Přínosy:

Zajištění vzdělávání pro psychoterapeuty a podpora jejich vstupu do systému. Dále příprava podkladů pro legislativní vymezení a zřehlednění na poli psychoterapie, zvýšení dostupnosti psychoterapie v rámci zdravotnictví, celkové zvýšení kvality péče psychoterapeutickými prostředky. To celé povede mimo jiné ke snížení stigmatizace a zvýšení povědomí veřejnosti o tématu duševního zdraví, v neposlední řadě k úbytku sekundárních zdravotních potíží či zmírnění jejich průběhu díky včasným indikovaným psychoterapeutickým intervencím.

Rizika implementace:

Absence politické podpory, ukončení existence skupiny při výměně politické reprezentace.

Indikátory splnění:

Počet implementačních plánů strategie rozvoje služeb (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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.

Aktivita:

Pro uživatelské a rodičovské organizace vyčlenění prostředků formou dotačního programu Ministerstva zdravotnictví, který bude každoročně vyhlašován 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 pečovatelských a financování aktivit uživatelských a rodičovských organizací.

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2020 integrace opatření do dotačního programu MZ.
Do 10/2020 setkání zástupců patientských/rodičovských organizací a aktivních lidí s duševním onemocněním z regionů.
Do 3/2021 zpracování analýzy současné situace – v jakých krajích funguje setkávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním, kde fungují patientské a rodičovské organizace, jaký způsob financování těchto aktivit v jednotlivých krajích funguje (jaké existují dotační tituly), finanční odhad pro pravidelná setkávání lidí s duševním onemocněním, rodinných příslušníků a pro fungování regionálních kanceláří patientských a rodičovských organizací.
Průběžně do 4/2022 uspořádání kulatých stolů lidí s duševním onemocněním, jejich rodinných příslušníků a zástupců krajů a obcí ve všech 14 krajích na téma „Potřeba a možnosti financování uživatelského hnutí v regionu“ s cílem návrhu způsobu financování patientských/rodičovských organizací a uživatelského hnutí (platformy pro zapojování uživatelů a rodinných příslušníků) v daném regionu, návrh způsobu zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a rodinných příslušníků do rozhodování o systému péče o duševní zdraví v daném regionu. Kulaté stoly budou organizované vždy pro dva kraje.
Do 8/2022 diskuse nad dotačními tituly v jednotlivých krajích.
Od 1/2023 zřizování dotačních titulů na úrovni krajů; finanční podpora fungování a vzniku svépomocných skupin a neformálních platform a finanční podpora fungování a vzniku patientských organizací a rodičovských organizací působících v daném regionu.

Návaznost na jiný cíl: 1.6, 3.2, 4.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ – nastavení dotačních titulů.
MPSV, kraje – dotační tituly, podpora organizace kulatých stolů.

Financování:

Dotační program MZ 1 mil. Kč/rok. Variabilní dotační tituly dle možností krajů (dotační tituly v rozpětí 300 tis. až 1 050 tis. Kč/rok/kraj), které hradí: nájemné potřebných prostor, cestovné pro lidi s duševním onemocněním na setkání, finanční odměny pro lidi s duševním onemocněním, kteří setkávání organizují. V případě finanční podpory vzniku či fungování patientské/rodičovské organizace je započítána potřebná kancelářská technika, potřebné SW vybavení pro práci patientské/rodičovské organizace, potřebný spotřební materiál, náklady na lidské zdroje a potřebnou týmovou supervizi.

Nulová varianta:

Nebude možnost financování rozvoje a činnosti uživatelského hnutí a patientských/rodičovských organizací, nebude možné financovat účast lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků na rozhodování o systému péče o duševní zdraví. Efektivní zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků nelze dlouhodobě zakládat na jejich entuziasmu. Bez financování rozvoje uživatelského hnutí nebudou lidé s duševním onemocněním dlouhodobě motivováni k aktivnímu zapojení se, nebudou vybaveni dostatečnými znalostmi, dovednostmi a kompetencemi a jejich zapojení do rozhodování na partnerském principu bude pomalejší, než by být mohlo.

Přínosy:

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. Přitom účast lidí s duševním onemocněním v rozhodovacích procesech přináší benefity v podobě efektivnějších služeb a lépe fungujícího systému péče o duševní zdraví.

Rizika implementace:

Nemožnost uspořádání kulatých stolů ve všech krajích v daných termínech. Kraje nebudou moci ve svých rozpočtech alokovat finanční prostředky v plné výši, stejně tak jednotlivé obce.

Indikátory splnění:

Počet podpořených uživatelských a rodičovských organizací a platforem (0/2)

Počet členů zapojených do svépomocné skupiny a neformální platformy (0/10)

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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 4.4.2:

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

Aktivity:

Ustavení pracovní skupiny ze zástupců existující pracovní skupiny ke vzdělávání na MZ (zřízené v rámci projektů reformy psychiatrické péče, OP Zaměstnanost 2014–2020), zástupců uživatelských organizací a organizací neformálních pečovatelských a zástupců relevantních odborů MZ a MPSV. Zpracování návrhu vzdělání peer konzultantů.

Zavedení systému vzdělávání peer konzultantů do praxe.

Definování typové pozice pracovníků v sociálních službách – peer konzultant a typové pozice pracovní terapeut – peer konzultant a ošetřovatel – peer konzultant. První typová pozice bude vymezena jako specializace povolání pracovníků v sociálních službách, a to s odkazem na definici této nové pracovní pozice v zákoně č. 108/2006 Sb. Druhá a třetí typová pozice bude vymezena jako nastavbový modul ke vzdělání pracovní terapeut a/nebo ošetřovatel. Tento nastavbový vzdělávací modul bude garantován odbornou společností. Metodický pokyn MZ pak upraví způsob zaměstnávání peer konzultantů u poskytovatelů zdravotních služeb a způsob dosažení vzdělání peer konzultanta u jiných pracovníků s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb. nebo č. 95/2004 Sb. Všechny typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání, v Národní soustavě kvalifikací a Katalogu prací ve veřejných službách a správě.

Revize vyhlášky č. 271/2012 Sb., 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 náležitostí lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka), a v případě odborného posouzení, že je pro implementaci opatření nutná její úprava, realizace změny.

Kroky a termíny plnění:

Do 11/2020 příprava podkladů v rámci Pracovní skupiny k uživatelům péče pro jednání Pracovní skupiny k peerské problematice – na základě diskuse se zástupci peer konzultantů: analýza zahraničních zkušeností v zaměstnávání peer konzultantů, návrh obsahu vzdělávání peer konzultantů, návrh metodického pokynu MZ.

Do 12/2020 ustavující setkání Pracovní skupiny k peerské problematice.

Do 9/2021 pravidelná setkání Pracovní skupiny k peerské problematice – 1x měsíčně.

Do 11/2021 předložení výstupů Pracovní skupiny k peerské problematice:

návrh konkrétních změn ve smyslu ukotvení pozice peer konzultantů v sociálních a sociálně zdravotních službách a ve zdravotnictví, včetně revize vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka;

definice pozice peer konzultanta do Katalogu prací ve veřejných službách a správě, do Národní soustavy povolání a Národní soustavy kvalifikací;

návrh metodického pokynu MZ;

návrh obsahu nastavbového vzdělávacího modulu pro peer konzultanty.

Do 12/2022 zanesení pozice peer konzultanta do Katalogu prací ve veřejných službách a správě, do Národní soustavy povolání a Národní soustavy kvalifikací

Do 12/2022 vytvoření jednotného nastavbového vzdělávacího modulu pro peer konzultanty.

Návaznost na jiný cíl: 1.4, 3.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV – práce v pracovní skupině, příprava podkladů definovaných v opatření.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

V případě, že se nepodaří zákonné vymezení pozice peer konzultanta, bude zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na pozici peer konzultant nadále nesystémové, a to jak v komunitních, tak zdravotních službách. Bez ukotvení této pozice budou peer konzultanti v různých zařízeních systému péče o duševní zdraví zaměstnáváni na základě rozdílných pravidel, a to i v zařízeních velmi podobných (např. psychiatrické nemocnice), což nebude přispívat ke spravedlivému finančnímu odměňování peer konzultantů a současně toto povede hlavně k neudržitelnosti pozice a degradování jejího potenciálu v rámci celého systému péče o duševní zdraví, kdy pozici peer konzultanta může chtít vykonávat stále méně a méně lidí s duševním onemocněním, protože nedefinování této pozice povede k nízké míře společenské prestiže tohoto povolání.

Přínosy:

Pomoc peer konzultantů (lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pomáhající svými zkušenostmi lidem, kteří s duševním onemocněním bojují) má terapeutický účinek, přesto není jejich pracovní postavení legislativně ukotveno, není vymezeno jako typová pozice v Národní soustavě povolání ani v Národní soustavě kvalifikací. Peer konzultant hraje velmi důležitou roli v celém týmu, který pacienta/klienta podporuje, a může doplňovat do mozaiky problémů člověka s duševním onemocněním velmi podstatné informace, jejichž sdílení celým týmem vede k efektivnější péči a může urychlit zotavení člověka s duševním onemocněním. Návrat člověka s duševním onemocněním k běžnému životu snižuje čerpání nejrůznějších sociálních dávek a naopak podporuje přispívání člověka s duševním onemocněním formou daní do státního rozpočtu, do sociálního a zdravotního pojištění.

Rizika implementace:

Administrativní překážky, obtíže v meziresortní a mezioborové spolupráci.

Indikátory splnění:

Počet nově vzniklých modulů vzdělávání (0/1)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 5.1:

Systémově (meziresortně) 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.

Aktivita:

Vytvoření koncepce efektivního systému péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby jak v ústavní, tak ambulantní formě.

Funkční propojení tohoto systému s ústavu výkonu zabezpečovací detence a programy realizovanými Vězeňskou službou ČR ve výkonu trestu odnětí svobody.

Implementace koncepce do praxe.

Existence koncepce systému sběru dat týkajících se osob s uloženým ochranným léčením. Navržení, modelace a pilotáž efektivního modelu financování této oblasti péče.

Kroky a termíny plnění:

12/2020 – 12/2021 v rámci pracovní skupiny na MZ a MSp vytvoření rámcové koncepce a definice cílového stavu. Základní oblasti koncepce:

Definice principů a východisek a žádoucího cílového stavu.

Lůžková péče, ambulantní péče, péče ve vlastním sociálním prostředí poskytovaná pacientům s nařízeným ochranným léčením (zdravotní a sociální služby).

Ochranné léčení vykonávané formou ambulantní a ústavní vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody v podmínkách zdravotnických zařízení Vězeňské služby ČR.

Vytvoření koncepce vzdělávání ve forenzní problematice, nastavení systému vzdělávání v oblasti, definice standardů léčby ve spolupráci s PS ČLS JEP a ČPřS ČLS JEP.

Systém evidence – vyřešení propojení datových zdrojů různých resortů, spolupráce s ÚZIS.

Koncepce finančního zajištění.

Multiagenturní spolupráce.

Definice pilotních projektů služeb a sběru dat (nad rámec současného pilotního projektu multidisciplinárních týmů pro pacienty s uloženým ochranným léčením).

Poté, co budou splněny uvedené úkoly, Pracovní skupina udržitelného financování MZ + zdravotní pojišťovny vypracují model financování.

Od 12/2021 na základě dalších kroků rozšiřování jednotlivých oblastí koncepce a její aktualizace minimálně 1x ročně.

Návaznost na jiný cíl: 5.1.2, 5.1.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MSp, MPSV – práce v pracovních skupinách.

Financování:

Tvorba koncepce 150 000 Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, ostatní dle návrhu existujících pracovních skupin na MSp a MZ.

Nulová varianta:

Konzervace nevyhovujícího stávajícího stavu; soudem uložené a nařízené ochranné léčení ne vždy reflektuje závažný stav pacienta (pachatele trestného činu nebo činu jinak trestného) a nebezpečnost spáchaného trestného činu. Upřednostňováno je ukládání ochranného léčení formou ústavní, která v některých případech navíc trvá neúměrně dlouhou dobu. Přechod mezi ústavní léčbou (vysoká míra dohledu) a ambulantní léčbou (nízká až žádná míra dohledu – pouze ambulantní kontroly psychiatrem) není plynulý, není možné ověřit a kontrolovat míru spolupráce po propuštění z ústavního ochranného léčení. 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. V současné době tak často dochází z důvodu obav o zajištění bezpečnosti občanů k prodlužování ochranného léčení v ústavní formě. Současně je také zjevná neochota ambulantních psychiatrů ujmout se pacientů s nařízeným ochranným léčením z obavy, zda tito již opravdu nejsou nebezpeční, a také z důvodu naplnění kapacity psychiatrických ambulancí.

Systém péče je financovaný takřka výhradně z prostředků veřejného zdravotního pojištění, což na základě zahraničních zkušeností limituje jeho funkčnost a možnosti rozvoje.

V současné době systém léčení také nedostatečně respektuje práva nemocných a jejich právo na zotavení a současně ne zcela efektivně zajišťuje ochranu společnosti jako celku. Chybí také služby pro specifické podskupiny (děti a adolescenty, ženy, osoby s mentálním handicapem), osoby (pacienti), 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.

Přínosy:

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 vyhodnocena a pravidelně přehodnocována.

Specifické nároky jak na ústavní, tak i ambulantní péči (včetně multidisciplinárních forenzních týmů, které poskytují péči ve vlastním sociálním prostředí) jsou v rámci platného způsobu financování zohledněny (zajištění vícezdrojového/meziresortního financování odpovídajícího účelu ochranného léčení).

Respektování práva nemocných a jejich právo na zotavení a současně zajištění efektivní ochrany společnosti jako celku.

Koncepce bude obsahovat služby pro specifické podskupiny (děti a adolescenty, ženy, osoby s mentálním handicapem), osoby (pacienti), kterým je nařízeno ochranné léčení, a to na všech úrovních systému.

Bude dostupná datová základna týkající se této skupiny nemocných, jejíž absence limituje budování adekvátního systému služeb.

Rizika implementace:

Neudržení chodu pracovních skupin. Nedosažení shody mezi resorty v pohledu na řešení dílčích problémů. Nekoordinovanost provedení legislativních změn, které následně neumožní realizaci koncepce. Nastavení podfinancovaného systému služeb, který nebude moci být plně funkční. Nezajištění funkčního systému sběru dat, který neumožní nastavení systému péče dle potřeb cílové skupiny.

Indikátory splnění:

Počet vzniklých koncepcí efektivního systému péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby včetně implementačního plánu (0/1)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 5.1:

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

OPATŘENÍ 5.1.2:

Analyzovat příslušné zákony a související prováděcí předpisy upravující podmínky, za kterých lze ochranné opatření (ochranné léčení, zabezpečovací detenci) uložit, podmínky pro nařízení výkonu ochranného opatření, dále podmínky týkající se způsobu rozhodování soudu o propuštění z výkonu ochranného opatření, o změně formy ochranného léčení, event. přeměně ochranného léčení na zabezpečovací detenci či naopak, a rozhodování soudu o ukončení ochranného léčení v případě, že to zákon připouští a nelze objektivně dosáhnout účelu ochranného léčení. Totéž platí také o právních normách upravujících sběr dat a údajů o této skupině pacientů (pachatelů trestných činů či činů jinak trestných) s cílem dosáhnout komplexního a efektivního řešení problematiky spojené s výkonem ochranného léčení nejen v oblasti zdravotní. Zvláštní pozornost je pak třeba věnovat výkonu ochranného léčení v obou jeho formách ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby ČR včetně výkonu zabezpečovací detence v ústavech pro výkon zabezpečovací detence. S ohledem na výsledky provedené meziresortní analýzy případně novelizovat příslušné zákony a podzákoné normy.

Aktivita:

Na bázi ustavené meziresortní pracovní skupiny a věcně příslušných odborů zapojených ministerstev zpracování analytického materiálu, který bude následně schválen Radou vlády pro duševní zdraví a vládou ČR a dojde k realizaci nutných legislativních změn.

Kroky a termíny plnění:

Do 6/2021 zpracování analýzy.

Do 6/2022 na základě analýzy jasné definování oblastí – zákonných norem a prováděcích předpisů, kde je nutné činit změny. V závislosti na provedené analýze z bodu 5.1.1 pak změna příslušných zákonů v určených oblastech napříč resorty.

Návaznost na jiný cíl: 5.1.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MSp, MPSV – práce v pracovní skupině.

Financování:

Analýza 100 000 Kč, zdroj OP Zaměstnanost 2014–2020, ostatní N/A.

Nulová varianta:

Nyní platná legislativa nedostatečně ošetřuje problematiku ochranného léčení. Pokud nedojde k analýze, nebude možné následně odstranit nedostatky v současném systému, zejména co se týká výkonu ochranného léčení v obou jeho formách, v důsledku čehož nebude zajištěna státem důsledná ochrana společnosti před pachateli trestných činů a pachateli činů jinak trestných, kteří se dopouštějí závažné trestné činnosti pod vlivem duševních chorob a závislostí.

Přínosy:

Existence legislativního rámce umožňujícího efektivní řízení systému ochranného léčení.

Rizika implementace:

Absence politické podpory při výměně politické reprezentace.

Indikátory splnění:

Počet vypracovaných analýz (0/1)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 5.1:

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

OPATŘENÍ 5.1.3:

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

Aktivita:

V návaznosti na opatření 5.1.1 a 5.1.2 zajistit restrukturalizaci lůžkové péče pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením ve formě ústavní.

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 forenzním multidisciplinárním týmem a s ambulantními psychiatry včetně ambulantí s rozšířenou péčí. Součástí tohoto systému bude hodnocení průběhu indikované léčby a definování standardů této léčby včetně uplatnění principů zotavení specificky aplikovaných na skupinu nemocných s ochranným léčením.

Integrace léčby dětí a adolescentů, žen, osob s mentálním postižením tak, aby léčba probíhala v souladu s jejich potřebami včetně případných vzdělávacích a sociálních aktivit.

Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních forenzních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením vytvoření a publikace závazného standardu pro tuto službu a zavedení udržitelného financování.

Funkční propojení tohoto systému ochranného léčení s programy realizovanými Vězeňskou službou ČR v podmínkách výkonu trestu odnětí svobody včetně ústavů pro výkon zabezpečovací detence.

Implementace systému sběru dat u osob, kterým bylo uloženo ochranné léčení, ve všech jeho složkách.

Kroky a termíny plnění:

Do 12/2022 evaluace pilotního projektu multidisciplinárních forenzních týmů, započít práce na tvorbě standardu služby.

12/2021 – 12/2022 na základě vyhodnocení pilotního projektu (části týkající se hodnocení rizikového chování) zvážit diferenciaci lůžek následné lůžkové péče – vznik samostatných forenzních lůžek transformací lůžek následné péče.

Do 12/2021 návrh řešení meziresortního financování lůžkové i ambulantní péče (vyšší míra zabezpečení v oblasti materiálně technické i personální (zapojení zdravotníků i nezdravotnických profesí)).

Postup plnění bude kontrolován pracovními skupinami MZ a MSp.

Návaznost na jiný cíl: 4.2, 5.1

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MZ, MPSV, MSp – práce v pracovních skupinách.

VZP, SZP – definice, modelace a zavedení úhradových mechanismů.

Financování:

200 mil. Kč rozvoj multidisciplinárních forenzních týmů, zdroj v.z.p. (viz 2.1.1), rozpočty krajů (viz 4.2.2), ostatní dle opatření 5.1.1.

Nulová varianta:

Konzervace nevyhovujícího stávajícího stavu.

Ústavní forma ochranného léčení je řešena v rámci běžné následné lůžkové péče v psychiatrii, ambulantní forma naprosto nepostačuje svojí kapacitou, přičemž multidisciplinární forenzní péče jakožto péče terénní zahrnující péči komunitní se složkou sociální chybí. Absentuje systémové uplatnění nástrojů hodnocení rizika a protektivních faktorů a koncepce provázaného systému služeb s adekvátním financováním.

Přínosy:

Realizace specifického cíle 5.1 pomocí výše popsáných opatření zajistí koordinovanou a všemi směry přístupnou péči o pacienty/klienty, kteří spáchali trestný čin nebo čin jinak trestný v souvislosti s duševní poruchou či poruchou chování. Pacient/klient bude v zájmu ochrany společnosti umístěn do zařízení, které bude odpovídat jeho zdravotnímu stavu, možnosti léčby, míře rizika a potřebnosti zabezpečení.

Rizika implementace:

Neudržení chodu pracovních skupin. Nedosažení shody mezi resorty v pohledu na řešení dílčích problémů. Nekoordinovanost provedení legislativních změn, které následně neumožní realizaci koncepce. Nastavení podfinancovaného systému služeb, který nebude moci být plně funkční. Nezajištění funkčního systému sběru dat, který by umožnil nastavení systému péče dle potřeb cílové skupiny.

Indikátory splnění:

Počet evaluačních zpráv pilotního projektu (0/1)

Počet publikovaných standardů (0/1)

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.

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.

Aktivita:

Vytvoření pracovní skupiny.

Definice potřebných kroků pro zavedení case managementu na obcích.

Analýza a návrh případných úprav zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to v oblasti právního statusu sociálního pracovníka obecního úřadu v kontextu funkce case managera na obci.

Příprava pilotních projektů.

Kroky a termíny plnění:

1/2021 – 1/2022 vytvořit pracovní skupinu a zpracovat metodické postupy, provést analýzu zákona, definovat personální obsazení a zavést a realizovat systém školení a vzdělávání.

1/2023 – 12/2023 definovat pilotní projekty.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV, MMR, MZ, MV, kraje, SMO ČR – práce v pracovní skupině, příprava pilotních projektů.

Financování:

N/A

Nulová varianta:

Současní pracovníci integrují case management do své náplně práce, pokud nebudou proškoleni, nezvýší se jim kompetence a kvalita a rozsah poskytované podpory nepokryje potřeby lidí s duševním onemocněním.

Přínosy:

Zavedením funkce case managerů na obcích bude položen základ systému případové práce s lidmi s duševním onemocněním a provázání služeb na úrovni zdravotně-sociálního pomezí.

Rizika implementace:

Nedostatečná politická podpora a spolupráce zodpovědných subjektů.

Indikátory splnění:

Počet analýz (0/1)

Počet navržených pilotních projektů (0/1)

STRATEGICKÝ CÍL 5:

Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči osomatické zdraví.

SPECIFICKÝ CÍL 5.2:

Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace efektivní sítě 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 vycházejícími 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.

Aktivita:

Na základě mapování potřeb 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 tvorba a implementace plánů zvyšování kapacit definovaných forem bydlení.

Kroky a termíny plnění:

Do 1/2021 zahrnutí oblasti bydlení pro lidi s duševním onemocněním mezi podpořené oblasti v rámci dalšího programového období EU fondů (2021–2027).

Do 1/2022 příprava projektů kapacit bydlení.

Návaznost na jiný cíl: 4.2.2, 5.2.3

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – vyjednat výzvy v oblasti bydlení, zahrnout tento cíl do navýšení kapacity sociální infrastruktury; ve spolupráci s kraji zpracování potřeb v oblasti chráněného bydlení, DZR a DOZP komunitního typu a jejich rozvoj.

MMR – zahrnout cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním do národních i EU projektů v oblasti bydlení a nastavení parametrů v projektech tak, aby byly v současných podmínkách co nejvíce využitelné (tj. nastavení podmínek spoluúčasti, kofinancování apod.).

MZ – spolupráce s MPSV i MMR a kraji a obcemi, předávání dat o potřebách lidí s duševním onemocněním.

Financování:

Finanční alokace budou vázány na identifikace potřeb. Z hlediska IROP se bude MMR v oblasti psychiatrie zaměřovat na financování výstavby, rekonstrukce a modernizace zařízení psychiatrické péče komunitního typu v rámci deinstitucionalizace („tvrdé“ investiční projekty). MPSV alokuje zdroje na oblast bydlení v pobytových zařízeních sociálních služeb péče komunitního charakteru a financování služeb bydlení. Odhadovaná alokace je 1 mld. Kč, zdroj IROP (2021–2027).

Nulová varianta:

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. Pokud nedojde k budování komunitních forem bydlení s variabilní mírou podpory, bude docházet k tzv. transinstitucionalizaci, spojené se zhoršením duševního zdraví těchto zvláště zranitelných cílových skupin. 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. Obecně je absence dostatečných kapacit bydlení v komunitě rizikem pro zastavení procesu deinstitucionalizace.

Přínosy:

Celý systém pobytových sociálních služeb, terénních sociálních služeb a dalších typů bydlení bude dostupný, flexibilní a bude přispívat k efektivní rehabilitaci a zotavení lidí s duševním onemocněním.

Rizika implementace:

Absence politické podpory a omezení spolupráce dotčených resortů a subjektů.

Indikátory splnění:

Sběr dat a závěrečná analýza (0/1)

Počet umístěných osob v dostupných pobytových službách (0 / 20 % z počtu dlouhodobě nemocných propuštěných osob)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 5.2:

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

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.

Aktivity:

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.

Kroky a termíny plnění:

Ve spolupráci MMR, MPSV, MZ, krajů, měst a obcí a na základě mapování potřeb zpracování realistického plánu navyšování kapacit bydlení pro každý kraj, včetně využití stávajícího bytového fondu, nájemných bytů apod.

1/2021 využití Programu Výstavba administrovaného Státním fondem rozvoje bydlení, především v jeho části Dostupné byty, kde kritéria pro výběr jsou plně v kompetenci obcí pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním.

Do 1/2022 v rámci přípravy nové programové dokumentace Programu podpora bydlení pro období let 2022–2026 vytvoření pilotního programu zacíleného na podporu výstavby nájemních (obecních) bytů v bytových domech, které by byly částečně určeny také pro bydlení duševně nemocných osob ve standardní civilní zástavbě.

Návaznost na jiný cíl: 4.2.2, 5.2.2

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

MPSV – podpora a rozvoj služeb bydlení.

MMR – zahrnout cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním do národních i EU projektů v oblasti bydlení, ve spolupráci s městy a obcemi podpora využití stávajícího bytového fondu pro tuto cílovou skupinu.

MZ – spolupráce s MPSV i MMR a kraji a obcemi a SMO ČR, předávání dat o potřebách lidí s duševním onemocněním.

Financování:

Využití stávajícího bytového fondu a volného trhu s byty, ostatní dle výsledku mapování a vytvořeného plánu, zdroj IROP, ESF, MAS, rozpočty měst a obcí.

MMR předpokládá využití IROP pro výstavbu sociálních bytů („tvrdé“ investiční projekty).

Nulová varianta:

Nedostatek standardního cenově dostupného bydlení, chráněného, podporovaného a sociálního bydlení, vysoké nájemné v nájemních bytech, nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce velmi často neumožňuje nezávislý život člověka s duševním onemocněním. Absence dostatečných kapacit bydlení zakonzervuje současný stav institucionální péče a bude vést k dalším společensky negativním jevům jako bezdomovectví nebo závislost lidí s duševním onemocněním na neformálních pečujících.

Přínosy:

Navržené aktivity povedou k implementaci čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti.

Rizika implementace:

Absence politické podpory a omezení spolupráce dotčených resortů a subjektů.

Indikátory splnění:

Sběr dat a závěrečná analýza (0/1)

Počet umístěných osob v dostupných modelech bydlení do roku 2023 (0 / 10 % z počtu dlouhodobě nemocných propuštěných osob)

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.

SPECIFICKÝ CÍL 5.3:

Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví.

OPATŘENÍ 5.3.1:

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

Aktivity:

Formou vzdělávání a metodické podpory zvýšení kompetencí praktických lékařů ve screeningu příznaků duševního onemocnění a v 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.

Kroky a termíny plnění:

Do 3/2021 analýza počtu nemocných trpících duševními poruchami navštěvujících PL, průchod duševně nemocných systémem primární péče a návaznost na specializovanou péči.
Do 12/2021 evaluace vstupní úrovně vzdělání v oblasti duševních poruch, zjištění potřeb PL v této oblasti; analýza dostupnosti konziliárních služeb.
Do 12/2022 vytvoření a pilotáž vzdělávacích modulů; výběr a analýza nástrojů pro detekci duševních poruch.
Do 1/2023 implementace základních informací do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání PL.
Od 1/2023 tvorba úhradových mechanismů v rámci hrazených služeb PL pro detekční nástroje a péči o duševně nemocné, úprava indikačních omezení.
Do 12/2022 mapování dostupnosti psychoterapeutické a psychiatrické péče v rámci specializovaných zdravotních služeb a jejich provázanost s PL.

Návaznost na jiný cíl: 0

Zodpovědnost za jednotlivé kroky:

ÚZIS – spolupráce na analýzách.
MZ – realizace analýz, mapování, tvorba metodik, spolupráce na tvorbě úhradových mechanismů.
MZ, odborné společnosti PS ČLS JEP (SVL a SPL), SPM ČLS – příprava a realizace vzdělávání, spolupráce na analýzách a odborných podkladech.
SÚKL – úprava indikačních omezení.
ZP – nastavení financování.

Financování:

Dle rozsahu sdílené péče, zdroj v.z.p.

Nulová varianta:

Postupné narůstání počtu pacientů v psychiatrických ambulancích, nárůst časové nedostupnosti a nedostatečnosti poskytované péče; zvýšené náklady na ošetřování nemocných trpících léčitelnými psychickými komorbiditami, které prodlužují dobu léčení a celkové zdravotní náklady, ale také morbiditu a mortalitu nemocných.

Přínosy:

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.

Rizika implementace:

Zvýšení nákladů na specializovanou zdravotní péči, nedostatek finanční motivace a zahlcení řadou dalších povinností při poskytování zdravotní péče ze strany PL.

Indikátory splnění:

Počet připravených analýz (0/2)
Počet vytvořených a pilotovaných vzdělávacích modulů (0/1)

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADSKC: Asociace denních stacionářů a krizových center	NNO: Nestátní nezisková organizace
AQoL: Dotazník kvality života (The Assessment of Quality of Life)	NRHOSP: Národní registr hospitalizovaných
ARP: Ambulance s rozšířenou péčí o osoby s duševním onemocněním	NÚDZ: Národní ústav duševního zdraví
AZV ČR: Agentura pro zdravotnický výzkum České republiky	NZIP: Národní zdravotnický informační portál
BOZP: Bezpečnost a ochrana zdraví při práci	NZIS: Národní zdravotnický informační systém
CDZ: Centrum duševního zdraví	OECD: Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development)
CRPD: Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením (Convention on the Rights of Persons with Disabilities)	OP JAK: Operační program Jan Amos Komenský (2021–2027)
ČLS JEP: Česká lékařská společnosti Jana Evangelisty Purkyně	OP: Operační program
ČR: Česká republika	OP VVV: Operační program věda, výzkum, vzdělávání
DOZP: Domov pro osoby se zdravotním postižením	ORP: Obec s rozšířenou působností
DPP: Dohoda o provedení práce	PL: Praktický lékař
DS: Denní stacionář	PS ČLS JEP: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
DVPP: Další vzdělávání pedagogických pracovníků	QALY: Nástroj k ekonomické evaluaci zdravotnických intervencí (Quality Adjusted Life Year)
DZR: Domov se zvláštním režimem	RVDZ: Rada vlády pro duševní zdraví
EHP: Fondy EHP a Norska (Evropský hospodářský prostor)	RVKPP: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky
EQ-5D: Dotazník kvality života (Quality of Life), zpracovaný skupinou EuroQuol	SMI: Závažná duševní nemoc (Severe Mental Illness)
ESF: Evropský sociální fond (2014–2020)	SMO ČR: Svaz měst a obcí České republiky
ESF+: Evropský sociální fond plus (2021–2027)	SPL: Sdružení praktických lékařů
EU: Evropská unie	SPM: Společnost psychosomatické medicíny
F00-F03: Demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10	SR: Státní rozpočet
IROP: Integrovaný regionální operační program	STRAPS: Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti
IS: Informační systém	SÚKL: Státní ústav pro kontrolu léčiv
MAS: Místní akční skupiny	SVL: Společnost všeobecného lékařství
MERRPS: Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb	SZP: Svaz zdravotních pojišťoven
MF: Ministerstvo financí	TP: Transformační plán
MMR: Ministerstvo pro místní rozvoj	ÚV: Úřad vlády
MO: Ministerstvo obrany	ÚZIS: Ústav zdravotnických informací a statistiky
MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí	v.z.p.: Veřejné zdravotní pojištění
MSp: Ministerstvo spravedlnosti	VŠ: Vysoká škola
MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	VZ: Veřejná zakázka
MV: Ministerstvo vnitra	VZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna
MZ: Ministerstvo zdravotnictví	ZP: Zdravotní pojišťovna
N/A: Není aplikovatelné	WHO: Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
NAPAN: Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění	
NAPDZ: Národní akční plán pro duševní zdraví	
NAÚ: Národní akreditační ústav	

PLNÉ ZNĚNÍ ZÁKONŮ A VYHLÁŠEK

Zákon č. 372/2011 Sb. zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 95/2004 Sb. zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb. zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 99/2012 vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 92/2012 vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění vyhlášky č. 284/2017 Sb.

Vyhláška č. 271/2012 vyhláška č. 271/2012 Sb., 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)

Vyhláška č. 284/2017 vyhláška č. 284/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče

Úhradová vyhláška vyhláška č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020

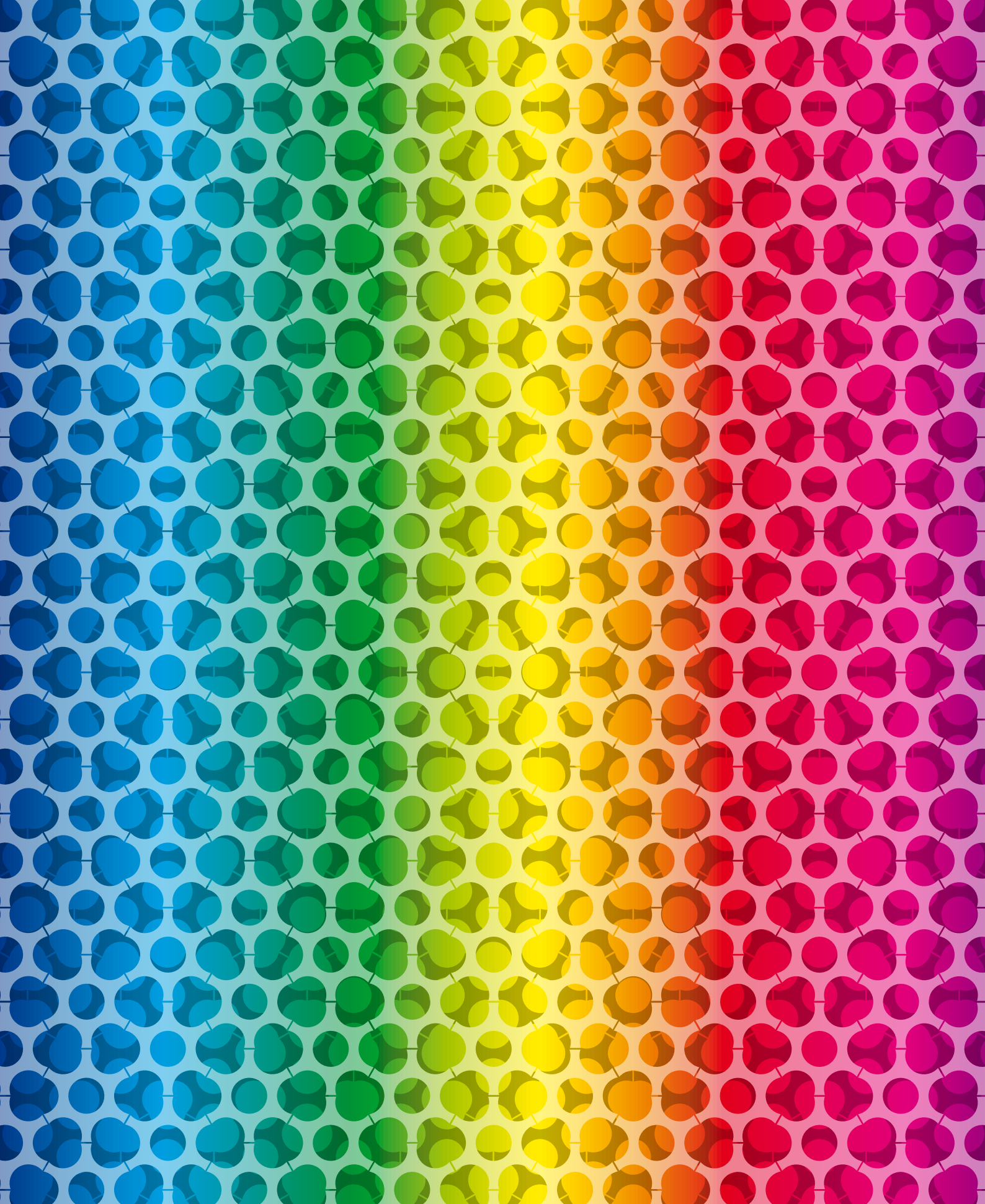
**Implementace Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020—2030
pro období 2020—2023**

Grafická úprava a sazba: >O< Mowshe

Vydáno: únor 2021



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY