

**NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN
PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
2026–2030**



Úřad vlády
České republiky



Ministerstvo
zdravotnictví

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2026–2030

Aktualizace
Národního akčního plánu pro duševní zdraví
2020–2030

Dokument byl schválen usnesením Vlády České republiky č. 398 ze dne 22. června 2026.



REFORMA PÉČE
O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

OBSAH

ÚVOD	9
NÁVRHOVÁ ČÁST	17
STRATEGICKÝ CÍL 1:	17
<i>Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi.</i>	17
SPECIFICKÝ CÍL 1.1.	17
Zajistit koordinaci mezirezortní veřejné politiky duševního zdraví prostřednictvím funkčního nadresortního koordinačního systému.	17
Opatření 1.1.1.	17
Zajistit nadresortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR. Zřídit orgány a udržovat institucionální, právní a finanční mechanismy k naplňování Národního akčního plánu péče o duševní zdraví do roku 2030 na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení uživatelů péče do procesu řízení.	17
Opatření 1.1.2.	18
Zajistit meziresortní implementační koordinaci prostřednictvím kontaktních osob na jednotlivých ministerstvech a prostřednictvím jmenování členů a činnosti Výkonného výboru Rady vlády pro duševní zdraví.	18
SPECIFICKÝ CÍL 1.2.	18
Zajistit efektivní koordinaci a řízení služeb péče o duševní zdraví na regionální a lokální úrovni.	18
Opatření 1.2.1.	18
Ukotvit model koordinace v oblasti prevence a péče o duševní zdraví na regionální úrovni s cílem propojit zejména zdravotní, sociální a školskou oblast, který bude v souladu s národními prioritami v této oblasti.	18
Opatření 1.2.2.	19
Na úrovni obcí zavést mechanismus funkčního case managementu (koordinace péče) a multidisciplinární spolupráce.	19
SPECIFICKÝ CÍL 1.3.	20
Vytvořit nástroje koordinovaného poskytování služeb v oblasti péče o duševní zdraví a přechodu od institucionální péče ke komunitní.	20
Opatření 1.3.1.	20
Průběžně aktualizovat obsah pregraduálního, specializačního, postgraduálního a celoživotního vzdělávání relevantních zdravotnických, sociálních a pedagogických profesí v mezích působnosti příslušných orgánů a vzdělávacích institucí tak, aby podporoval komunitní práci, multidisciplinární spolupráci, přístup orientovaný na zotavení, respekt k lidským právům a odbornou připravenost pro práci s rizikovými skupinami.	20
Opatření 1.3.2.	21
Rozvíjet nástroje motivace vstupu nových odborníků do oblasti duševního zdraví již na pregraduální úrovni. Udržet a rozvíjet dostatečné kapacity pro vzdělávání.	21
SPECIFICKÝ CÍL 1.4.	22
Zavést metodiku pro výzkum a hodnocení politiky a služeb v oblasti duševního zdraví, včetně kvality péče jako důležitého aspektu v řízení sítě služeb v oblasti duševního zdraví.	22
Opatření 1.4.1.	22
Posílit systematický sběr a vyhodnocování epidemiologických dat v oblasti duševního zdraví a zavést nadresortní monitorování kvality a efektivity systému péče v této oblasti. Vytvořit datovou základnu, nastavit a průběžně evaluovat kritéria systému péče a kvality pro zdravotní, sociální, sociálně-zdravotní služby, služby ministerstva vnitra a spravedlnosti a poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních a návazných segmentů pro oblast duševního zdraví a zavést systém jejich reportování a monitorování.	22

Opatření 1.4.2	23
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.	23
Opatření 1.4.3	23
Zapojit uživatele a neformální pečující do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.	23
Opatření 1.4.4	24
Vytvoření návrhu monitoringu odolnosti a klimatu ve školách a školských zařízeních a jeho pilotní otestování.	24
SPECIFICKÝ CÍL 1.5.	24
Umožnit pilotování inovativních metod v poskytování péče v oblasti duševního zdraví.	24
Opatření 1.5.1	25
Navrhnout a zrealizovat pilotní program cílený na podporu zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním, včetně dětí a adolescentů.	25
Opatření 1.5.2	25
Vyhodnocovat inovativní léčebné metody v oblasti psychiatrie a psychologie a u metod s dostatečnou evidencí účinnosti a bezpečnosti připravovat jejich odbornou standardizaci, vzdělávací zajištění, případné legislativní změny a úhradové mechanismy v souladu s jejich konkrétním právním režimem.	25
Opatření 1.5.3	26
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.	26
SPECIFICKÝ CÍL 1.6.	26
Digitální nástroje a terapeutika (včetně AI) v systému péče o duševní zdraví.	26
Opatření 1.6.1	27
Zajistit koordinaci potřeb duševního zdraví v rámci národní koordinační platformy pro digitální inovace ve zdravotnictví a národního regulačního sandboxu pro AI.	27
Opatření 1.6.2	28
Zpracovat jednotnou transparentní metodiku odborného hodnocení, a zavést systém evidence a zveřejňování digitálních řešení pro duševní zdraví (včetně AI) v souladu s fungováním regulace zdravotnických prostředků i léčiv.	28
Opatření 1.6.3	29
Nastavit metodický rámec pro rozvoj a evaluaci digitálních terapeutik a AI-podpory péče, včetně prevence a sociálních determinantů duševního zdraví.	29
STRATEGICKÝ CÍL 2:	30
<i>Zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku.</i>	30
SPECIFICKÝ CÍL 2.1.	30
Zvýšit podíl financí plynoucích do oblasti péče o duševní zdraví s cílem rozvoje komunitního systému péče a prevence chudoby lidí s duševním onemocněním.	30
Opatření 2.1.1	30
Pokračovat v navyšování finančních prostředků z v. z. p. alokovaných do oblasti psychiatrické péče nejméně o ¼ mld. ročně nad rámec valorizace při zajištění zvyšování poměru alokovaných finančních zdrojů v komunitní péči oproti následné lůžkové péči.	30
Opatření 2.1.2	31
Změnit mechanismus posuzování invalidity a nastavit výši přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním a na provedené změny v systému péče o duševní zdraví, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění.	31
Opatření 2.1.3	31
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. Zkrátit čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.	31

Opatření 2.1.4	31
Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím na evidenci založených postupů.	31
SPECIFICKÝ CÍL 2.2.	32
Vytvořit funkční systém primární prevence a včasné intervence v oblasti duševního zdraví pokrývající celý životní cyklus od narození až do seniorského věku.	32
Opatření 2.2.1	32
Navrhnout a implementovat model včasného zachytu žen v období porodu s psychosociální zátěží nebo duševním onemocněním a zavést specializované služby péče o matky s duševním onemocněním bez nutnosti separace od dítěte („Mother and Baby Unit“ – MBU) v rámci lůžkové i komunitní péče.	32
Opatření 2.2.2	33
Vytvořit a pilotně ověřit systém včasné identifikace/depistáže dětí v psychosociálním ohrožení se zvláštním důrazem na děti ve fázi raného vývoje dítěte a raného dětství.	33
Opatření 2.2.3	34
Pilotně ověřit a naplánovat systémové ukotvení sítě center pro dětské oběti násilí.	34
Opatření 2.2.4	34
Rozvíjet 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.	34
Opatření 2.2.5	35
Rozvinout nezbytný systém studijního a psychologického poradenství pro studenty, pracovníky a uchazeče veřejných vysokých škol s cílem zajistit kvalitní, dostupné a standardizované služby v souladu se zákonnými povinnostmi.	35
Opatření 2.2.6	36
Monitorovat stávající programy a nástroje na podporu duševního zdraví na pracovišti, zajistit osvětu a šíření dobré praxe, včetně v zahraničí ověřených modelů, a podpořit zaměstnavatele při zavádění těchto nástrojů do praxe se zohledněním specifických cílových skupin.	36
Opatření 2.2.7	37
Systémově ukotvit a rozvíjet přístup včasné detekce a intervence u lidí v riziku nebo v rané fázi různých typů duševního onemocnění či specifických rizikových faktorů.	37
SPECIFICKÝ CÍL 2.3.	37
Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.	37
Opatření 2.3.1	37
Zvýšit kompetence učitelů v oblasti snižování rizik a včasnému zachytávání problémů žáků.	37
Opatření 2.3.2	38
Standardizovat práci školních psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pedagogů v mateřských a na středních školách a zajistit jejich dostupnost v mateřských, základních a středních školách a posílit roli školního metodika prevence.	38
Opatření 2.3.3	39
Zpřehlednit a systémově ukotvit vzdělávací moduly, standardizované postupy a nástroje pro podporu duševního zdraví a prevenci rizikového chování v prostředí školy.	39
Opatření 2.3.4	41
Zvýšit kapacity a zefektivnit metodické řízení a podporu školských poradenských zařízení směrem ke školám.	41
Opatření 2.3.5	41
Posílit roli středisek výchovné péče a zajistit redesign jejich služeb.	41
Opatření 2.3.6	42
Zvýšit dostupnost a kvalitu služeb pro děti v nejobtížnějších situacích.	42
Opatření 2.3.7	42
Udržet a posílit kapacity psychosociální podpory pro děti zasažené válkou a děti s jiným mateřským jazykem než češtinou.	42

SPECIFICKÝ CÍL 2.4.	43
Zvyšovat duševní gramotnost populace a snižovat sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním.	43
Opatření 2.4.1	43
Podpořit implementaci ověřených programů na zvyšování populační duševní gramotnosti a programů ke snižování sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním vedených a realizovaných primárně lidmi s vlastní zkušeností.	43
STRATEGICKÝ CÍL 3:	44
Zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována.	44
SPECIFICKÝ CÍL 3.1.	44
Systematicky upravit společenské prostředí tak, aby byla možná implementace závazků plynoucích pro ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv.	44
Opatření 3.1.1	44
Identifikovat a odstranit překážky (včetně legislativních) v plnění závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality péče a lidských práv osob s duševním onemocněním a zajistit efektivní implementaci potřebných opatření.	44
Opatření 3.1.2	45
Realizovat metodická, organizační a investiční opatření mířící k prevenci a snižování používání omezovacích prostředků.	45
Opatření 3.1.3	46
Přijmout legislativní opatření mířící k postupnému snižování použití opatření omezujících pohyb osob a k posílení ochrany osob omezených ve volném pohybu omezovacími prostředky.	46
Opatření 3.1.4	46
Komplexní revize právní úpravy ochrany dospělých a dětí při hospitalizaci bez souhlasu.	46
SPECIFICKÝ CÍL 3.2.	47
Zohlednit rovné příležitosti v oblasti duševního zdraví z genderové perspektivy.	47
Opatření 3.2.1	47
Analyzovat zkušenosti se službami péče o duševní zdraví z genderové perspektivy, včetně zohlednění potřeb vícečetně zranitelných osob.	47
Opatření 3.2.2	48
Zpracovat metodické nástroje a vzdělávací programy v oblasti genderové a intersekcionalní dimenze duševního zdraví, které budou cílit na odbornou veřejnost působící v oblasti duševního zdraví.	48
STRATEGICKÝ CÍL 4:	48
Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby.	48
SPECIFICKÝ CÍL 4.1.	48
Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.	48
Opatření 4.1.1	49
Vytvořit síť 100 Center duševního zdraví pro lidi se závažným duševním onemocněním, děti a adolescenty a pro pacienty/klienty s problematikou závislosti rovnoměrně rozložených po celé ČR.	49
SPECIFICKÝ CÍL 4.2.	49
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.	49
Opatření 4.2.1	49
Zajistit koordinovaný rozvoj a efektivní fungování sítě akutních psychiatrických lůžek pro všechny cílové skupiny, s rovnoměrným regionálním rozložením a provázaností na extramurální systém péče. V návaznosti na nový model upravit strukturu akutní psychiatrické péče, financování, nastavit personální a materiálně technické standardy.	49

Opatření 4.2.2	50
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.	50
Opatření 4.2.3	51
V návaznosti na rozvoj kapacit v komunitních zdravotních a sociálních službách snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru s výjimkou dětské a dorostové psychiatrie.	51
Opatření 4.2.4	51
Zajistit rozvoj ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) s regionálně potřebnou specializací a upravit financování ARP tak, aby bylo motivační pro rozvoj sítě.	51
Opatření 4.2.5	52
Posílit dostupnost, stabilizovat ambulantní péči pro dospělou populaci a rozvíjet týmový model péče.	52
Opatření 4.2.6	53
Rozvoj lůžek akutní a specializované péče a komplexní materiálně-technická modernizace lůžkového fondu dětské a dorostové psychiatrie, včetně péče o adiktologické pacienty a pacienty s duálními diagnózami.	53
Opatření 4.2.7	53
Rozvoj sítě psychiatrických ambulancí pro děti a dorost a modernizace forem péče.	53
Opatření 4.2.8	54
Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, včetně jejich potřeb a kompetencí a existence zpracovaného individuálního plánu podpory. V návaznosti na výsledky mapování zajistit postupné předávání indikovaných klientů do komunitních služeb a rozvíjet specifické sociální služby pro lidi s potřebou vysoké míry podpory.	54
Opatření 4.2.9	54
Zavést systém prevence umísťování dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví do institucionálních forem péče prostřednictvím včasné identifikace jejich individuálních potřeb, podpory rodiny, rozvoje komunitních a inovativních služeb a zajištění návazné zdravotní, sociální a školské podpory v přirozeném prostředí dítěte.	54
SPECIFICKÝ CÍL 4.3.	55
Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci a reagujících na nové společenské potřeby v oblasti duševního zdraví.	55
Opatření 4.3.1	55
Vytvořit komplexní síť služeb pro osoby v krizi, která maximálně využívá existující služby (včetně IZS, sociálních služeb, adiktologických služeb), jež efektivně propojí a doplní chybějící služby. Na základě pilotního ověření ve 3 krajích vytvořit základní architekturu této sítě a adaptovat ji v rámci implementace na potřeby jednotlivých krajů. Zřídit specializovaná krizová centra zaměřená na děti a adolescenty.	55
Opatření 4.3.2	56
Podpořit rozvoj pilotně ověřených ambulantních a terénních služeb v oblasti krizové a akutní péče o děti a adolescenty (případně neautonomní mladé dospělé do 26 let) a jejich rodiny v akutní psychické krizi v regionech.	56
Opatření 4.3.3	57
Rozvinout stacionární péči pro dětskou i dospělou populaci osob s duševním onemocněním podle regionálních potřeb a struktury obyvatelstva.	57
Opatření 4.3.4	57
Nadále rozvíjet síť ambulancí klinických psychologů, ambulancí dětských klinických psychologů a zajištění dostupnosti široké škály psychoterapie a podpůrných psychotherapeutických intervencí.	57
Opatření 4.3.5	58
V návaznosti na Metodické doporučení MZd pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví zajistit legislativní a systémové ukotvení, financování a rozvoj první psychické pomoci a preventivní psychické podpory při výskytu akutních a nadlimitních stresových situacích ve zdravotnictví pro zaměstnance i širší veřejnost.	58

SPECIFICKÝ CÍL 4.4.	59
Zavést systém zapojování lidí se zkušeností s dušením onemocněním a neformálních pečujících včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.	59
Opatření 4.4.1	59
Zajistit rozvoj a financování uživatelských organizací a organizací neformálních pečujících	59
Opatření 4.4.2	60
Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování	60
STRATEGICKÝ CÍL 5:	61
<i>Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.</i>	61
SPECIFICKÝ CÍL 5.1.	61
Systémově (mezirezortně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní).	61
Opatření 5.1.1	61
Vytvořit koncepci péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby, včetně plánu implementace	61
Opatření 5.1.2	62
Vytvořit registr ochranného léčení	62
Opatření 5.1.3	63
V souladu s vytvořenou koncepcí realizovat další rozvoj lůžkové a ambulantní péče o nemocné s nařízeným ochranným léčením, souvisejících služeb a procesů	63
SPECIFICKÝ CÍL 5.2.	64
Řešit problematiku bydlení jako relevantní součást efektivní sítě podpory a péče o duševní zdraví.	64
Opatření 5.2.1	64
Rozvoj komunitně orientovaných pobytových sociálních služeb s diferencovanou podporou pro osoby s duševním onemocněním a komplexními zdravotně sociálními potřebami	64
Opatření 5.2.2	65
Zvýšit kapacity stabilně a dlouhodobě financovaného podporovaného bydlení pro osoby s duševním onemocněním v běžné komunitní zástavbě a zajistit jeho provázání s terénními komunitními týmy	65
Posílit různé formy dostupného bydlení a spolupráci s obcemi a dalšími partnery	65
SPECIFICKÝ CÍL 5.3.	66
Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví.	66
Opatření 5.3.1	66
V rámci uceleného systému prevence, podpory a péče o duševní zdraví účelně ukotvit oblast duševního zdraví v primární péči praktických lékařů, včetně praktických lékařů pro děti a dorost	66
Opatření 5.3.2	67
Ukotvit zohlednění spánku a poruch spánku v prevenci a péči v oblasti duševního zdraví	67
REALIZAČNÍ TÝM NAPDZ 2020–2030 v abecedním pořadí	68
ROZPOČET	69
ZDROJE FINANCOVÁNÍ	70
VYSVĚTLIVKY K ROZPOČTU	70
RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ PLNĚNÍ CÍLŮ NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2026–2030	71
SEZNAM ZKRATEK	72
REFERENCE	73

ÚVODNÍ SLOVO

Statistiky Světové zdravotnické organizace uvádějí, že s duševním onemocněním žije až každý osmý obyvatel naší planety. Mluví se o epidemii duševních nemocí a Česká republika není výjimkou. V období mezi lety 2010 a 2021 jsme zaznamenali 22 % nárůst počtu osob diagnostikovaných s duševním onemocněním. V reakci na tuto situaci a v souladu s moderním vývojem v celé Evropě naše vláda v období 2017–2021 započala takzvanou Reformu péče o duševní zdraví jako komplexní změnový proces garantovaný vládou a řízený Ministerstvem zdravotnictví ČR. Cílem tohoto procesu, který v jiných zemích trval cca 20 let, je vyšší efektivita a kvalita systému preventivních a podpůrných nástrojů a služeb péče pro tuto oblast. Za podpory Evropských fondů a s navýšením národních zdrojů se nám v tomto krátkém časovém období podařilo zásadně doplnit ambulantní síť služeb pro lidi trpící duševním onemocněním, posílit akutní a omezit následnou lůžkovou péči, rozvinout mezirezortní spolupráci a aktivity v oblasti prevence a destigmatizace. K efektivnímu řízení této komplexní změnové agendy byl vládou ČR schválen nadresortní strategický dokument, takzvaný Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030.

I přes úspěšné nastartování procesů v oblasti reformy péče o duševní zdraví a zároveň přetrvávající nárůst incidence duševních onemocnění nedostala oblast duševního zdraví v minulém volebním období významnou podporu pro další rozvoj a národní strategie se stala pouze slovy na papíře. V současnosti však dochází k zásadnímu posunu. Oblast duševního zdraví je opět jednoznačnou prioritou Vlády České republiky, což se promítá i do Programového prohlášení vlády. To s sebou zároveň přináší i potřebu jasně definovat konkrétní aktivity a kroky vedoucí k vybudování provázaného a efektivního systému prevence a péče. Mým cílem je, aby realizované aktivity měly skutečný a dlouhodobý přínos pro lidi, kteří podporu v oblasti duševního zdraví potřebují, a aby vedly ke zlepšení jejich kvality života. Zároveň je důležité, aby kroky všech zapojených aktérů směřovaly ke srozumitelnému, dostupnému a funkčnímu systému péče. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 je stále platný strategický dokument, který nás může v tomto směru podpořit. Zároveň je však nezbytné reflektovat dopad celospolečenských událostí jako epidemie COVID19 a války na Ukrajině a reagovat na akutní nárůst potřeb v určitých specifických oblastech na straně jedné a zohlednit nové možnosti podpory a léčby na druhé straně. Tyto události významně ovlivnily potřeby obyvatel a přinesly nové výzvy, na které musí systém péče pružně reagovat.

Předkládaná aktualizace mnohem více rozvíjí oblast prevence duševních obtíží, akcentuje cílovou skupinu dětí a adolescentů a rozvíjí inovativní přístupy, včetně využití digitálních terapeutik jako podpůrného nástroje při dlouhodobém výrazném nedostatku odborníků v oblasti péče o duševní zdraví. Tento dokument tak představuje konkrétní krok vlády k posílení odolnosti společnosti, zlepšení kvality života obyvatel a zajištění dostupné, moderní a efektivní péče o duševní zdraví pro všechny.



Ing. Andrej Babiš
předseda vlády České republiky

ÚVOD

AKTUALIZACE NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020–2030 NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2026–2030

Aktualizace strategického dokumentu je předkládána na základě usnesení č. 3/2026 Rady vlády pro duševní zdraví ze dne 13. února 2026, kterým bylo uloženo provést **aktualizaci Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030** (dále jen „NAPDZ“ nebo „Plán“) s cílem zajistit jeho věcnou aktuálnost, soulad s novými legislativními a institucionálními podmínkami a reflexi změn ve společenském vývoji. V návaznosti na toto rozhodnutí dochází rovněž ke klíčové úpravě dokumentu, a to ke změně **implementačního období na roky 2026–2030**.

Cílem aktualizace NAPDZ je posílit relevantnost dokumentu, zajistit jeho soulad se současnými vývojovými trendy a v neposlední řadě vytvořit stabilní rámec pro efektivní plánování a koordinaci aktivit v období let 2026–2030. Současně jde o zachování daného strategického rámce, který je definován pěti strategickými cíli:

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

V první fázi aktualizace NAPDZ bylo provedeno vyhodnocení relevance návrhové části Plánu a jeho dílčích opatření se současnými výzvami a změnami v potřebách společnosti. Na základě tohoto posouzení byl Plán upraven tak, aby odpovídal aktuálním podmínkám, potřebám a požadavkům společnosti, odborných institucí a orgánů státní správy. V této fázi aktualizace NAPDZ došlo k úpravám v jejichž rámci byla některá opatření:

- aktualizována či sloučena, ta zůstala v platnosti, avšak mohla být drobně formálně zpřesněna nebo doplněna o nové prvky;
- vložena nová opatření;
- vyřazena, a to z důvodu:
 - naplnění, tzn. že stanovený indikátor nebo cíl, který je uvedený u daného opatření byl naplněn,
 - ztráty relevance vzhledem k aktuálnímu stavu zadání, přičemž takto vyřazená opatření mohla být nahrazena aktuálnějšími opatřeními či sloučena s jinými opatřeními, případně mohla být zrušena bez náhrady.

Druhá fáze aktualizace proběhla v rámci činnosti Výkonného výboru Rady vlády pro duševní zdraví, tedy pracovního orgánu Rady, který provedl odbornou a věcnou aktualizaci dokumentu.

Předkládaná aktualizace vychází ze systematické revize a prioritizace opatření, jejímž cílem bylo posílit strategickou soudržnost dokumentu, odstranit obsahové duplicity a zpřehlednit jeho strukturu. Proces aktualizace byl veden s důrazem na obsahovou relevanci a proveditelnost navrhovaných opatření. Přestože bylo ze 49 nově navržených opatření do materiálu zařazeno pouze 20, si NAPDZ zachovává adekvátní úroveň komplexnosti

a schopnosti reagovat na klíčové výzvy v oblasti duševního zdraví. Výsledná podoba NAPDZ představuje vyvážený kompromis mezi požadavkem na efektivní implementaci, zajištění mezíresortní koordinace a naplnění dlouhodobých strategických cílů. Další redukce opatření by mohla narušit tento komplexní systém vazeb a oslabit jeho funkčnost.

VYHODNOCENÍ REALIZACE NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V OBDOBÍ 2020–2025

V období 2020–2025 byl Národní akční plán duševního zdraví naplňován prostřednictvím souboru legislativních, systémových a implementačních opatření, jejichž cílem bylo posílit dostupnost, kvalitu a koordinaci péče o duševní zdraví napříč sektory. V roce 2019 bylo zřízeno mezíresortní řízení změn v oblasti péče o duševní zdraví prostřednictvím rady vlády pro duševní zdraví. Její činnost byla do konce roku 2025 zajišťována Ministerstvem zdravotnictví. Současně byla podle aktuálních potřeb zabezpečována mezíresortní spolupráce na pracovní úrovni, a to prostřednictvím mezíresortního koordinačního týmu a tematicky zaměřených pracovních skupin zřizovaných radou vlády pro duševní zdraví nebo Ministerstvem zdravotnictví.

Na regionální úrovni byla pilotně ověřena role krajského koordinátora péče o duševní zdraví a krajských platforem; evaluace však ukazuje, že tato pozice nebyla ve všech krajích systémově ukotvena a její dlouhodobá udržitelnost zůstává nerovnoměrná. Současně byl vytvořen datový základ umožňující sledování vývoje systému, zejména prostřednictvím zavedení a zveřejnění indikátorů psychiatrické péče a propojení dat zdravotního a sociálního systému.

Významným výsledkem hodnoceného období je přijetí klíčových právních předpisů, které vytvořily předpoklady pro dlouhodobou udržitelnost změn. Jedná se zejména o zákon č. 468/2024 Sb., o integračním sociálním podniku, zákon č. 175/2025 Sb., o podpoře bydlení, a legislativní ukotvení center duševního zdraví v oblasti zdravotních i sociálních služeb. Současně došlo k odstranění síťových lůžek ze zákona o zdravotních službách a k ukotvení lékařské psychoterapie a třístupňového modelu psychoterapie ve zdravotnictví (účinnost od 1. července 2026).

Rozvoj služeb se nejvýrazněji projevil v oblasti komunitní a ambulantní péče. Na konci roku 2025 činil počet center duševního zdraví pro osoby se závažným duševním onemocněním 39, počet center pro děti se rozšířil na 4 a center pro seniory na 2. Současně došlo k významnému rozšíření ambulancí s rozšířenou péčí, jejichž konečný počet je 27. V oblasti lůžkové péče bylo zaznamenáno navýšení kapacit akutní psychiatrické péče z 1 381 lůžek v roce 2018 na 2 128 lůžek v roce 2025, zatímco počet lůžek následné péče klesl z 8 529 na 7 240, což potvrzuje postupný posun systému směrem k akutní a komunitně orientované péči.

V oblasti prevence a podpory byly posíleny aktivity zaměřené na rodiny a děti. Ministerstvo zdravotnictví rozšířilo implementaci na důkazech založeného programu rozvoje rodičovských kompetencí Triple P, a to z původního zaměření na rodiče dětí do 12 let také na rodiče dospívajících ve věku 13–17 let. Současně došlo k významnému posunu v oblasti podpory duševního zdraví ve vzdělávacím systému, včetně rozšíření preventivních a metodických aktivit a posílení odborných kapacit ve školách. Činnost školních psychologů a školních speciálních pedagogů byla dále rozvíjena a od 1. 1. 2025 je jejich financování systematicky zajištěno ze státního rozpočtu, což přispělo ke stabilizaci těchto profesí v regionálním školství.

V oblasti prevence a podpory zotavení byly rovněž založeny tři školy zotavení (Recovery College) a zpracována metodická příručka podporující jejich další rozvoj. Podporováno bylo i zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním, a to jak na národní úrovni, tak na úrovni krajské, kde započala příprava metodiky pro plánování, přípravu plánů ve 4 krajích a také přímé zapojování na úrovni krajů. Připraveno a již také částečně ověřeno bylo vzdělávání peer pracovníků. Pozitivně hodnocen je také pilotní screening duševního zdraví žen v období před a po porodu realizovaný ve spolupráci s iniciativou Úsměv mámy, který byl do roku 2025 rozšířen do 40 porodnic a přispěl k včasnému zachytu potřeb a navázání podpůrné péče.

Závěrem lze konstatovat, že realizace NAPDZ v letech 2020–2025 vedla k měřitelnému posunu v oblasti dostupnosti služeb, legislativního rámce i orientace systému na prevenci, podporu rodin a zotavení. Přetrvávají

však významné výzvy, zejména v oblasti nerovnoměrné regionální dostupnosti komunitních služeb, nejednotného systémového ukotvení krajské koordinace a dosud plně nezavedeného case managementu na úrovni obcí. Absence funkčního case managementu omezuje kontinuitu péče a efektivní provázání zdravotních a sociálních služeb a představuje jednu z klíčových oblastí pro další rozvoj politiky duševního zdraví v navazujícím období.

KAM SMĚŘUJEME

Duševní zdraví je stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody (WHO, 2014). Duševní zdraví je úzce propojeno s fyzickým zdravím a životním stylem. Vztah mezi duševním zdravím a pohybovou aktivitou je obousměrný (Choi et al., 2019), přičemž studie ukazují že pravidelný pohyb má preventivní i léčebné účinky, vede ke klinicky významnému snížení příznaků deprese a může představovat účinný doplněk standardní léčby, zejména u mírné až střední deprese (Cochrane, 2023). Duševní zdraví je ovlivňováno i dalšími složkami životního stylu, zejména kvalitou stravy, přičemž zdravé stravovací vzorce jsou spojeny s přibližně o 15–20 % nižším rizikem deprese (Shafiei et al., 2023). Tyto poznatky potvrzují význam integrovaného přístupu propojujícího duševní zdraví, pohyb a další determinanty fyzického zdraví.

Digitální determinanty duševního zdraví představují soubor faktorů spojených s digitálním prostředím, které ovlivňují psychickou pohodu jednotlivců i populací. Podle WHO zahrnují například dostupnost internetu a zařízení, digitální gramotnost, ale také způsob fungování online platform, včetně algoritmů či regulace škodlivého obsahu (WHO, 2024). WHO zároveň upozorňuje, že vliv digitálních technologií na duševní zdraví je komplexní a obousměrný – digitální prostředí může přinášet jak pozitivní efekty, například posilování sociálních vazeb či přístup k podpoře, tak i rizika, jako jsou kyberšikana, expozice škodlivému obsahu nebo nadměrné užívání technologií (WHO 2025), (WHO 2026)., zejména u mladých lidí jsou tyto dopady výrazné. WHO uvádí, že problematické užívání sociálních sítí je spojeno s horší psychickou pohodou, poruchami spánku a dalšími zdravotními riziky (WHO 2024b). Digitální determinanty tak dnes zásadně rozšiřují tradiční pojetí determinant zdraví a vyžadují systematickou veřejně-zdravotní reakci i regulaci digitálního prostředí (WHO 2025b).

Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě (Vigo, Thornicroft, Atun, 2016). Pokud použijeme ukazatel DALY (Disability Adjusted Life Years), před-covidové odhady uváděly, že duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 %, což je srovnatelné s onemocněními onkologickými (Vigo, Thornicroft, Atun, 2016). V souvislosti s pandemií však došlo k nárůstu výskytu duševních onemocnění v populaci a tím i celkové zátěže (Santomauro et al., 2021).

Výskyt duševních onemocnění v české populaci během pandemie výrazně vzrostl a následně neklesl na původní úroveň. V roce 2022 celopopulační výzkum zjistil výskyt úzkostných poruch u cca 12 % dospělé populace, poruch nálady u cca 9 %, poruch souvisejících s užíváním alkoholu u cca 11.5 % a rizika sebevraždy u 11 % dospělé populace (Potočár et al., 2024). Další lidé pak žijí s jinými typy duševních onemocnění, jako jsou ADHD, poruchy příjmu potravy, poruchy osobnosti, demence a dalšími. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé (1561 v roce 2024).

Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace (Kondrátová et al., 2018; Krupchanka et al., 2018; Winkler et al, 2024). Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese (Elbogen, Johnson, 2009). Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Přibývá dětí s poruchami autistického spektra a dalšími neurovývojovými poruchami, častěji se vyskytují poruchy chování a úzkostné poruchy u dětí a jako nový a alarmující trend pozorujeme zvyšování frekvence sebepoškozování a suicidálních pokusů mezi adolescenty (informace z mapování zajištěného Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČLS JEP). Nízká populační gramotnost v oblasti duševního zdraví a vysoká stigmatizace vedou ke skrývání nemoci a neochotě vyhledat odbornou pomoc, což v důsledku vede k horší prognóze onemocnění a sníženým šancím na zotavení, což je hluboce osobní, jedineč-

¹ Spojením všech roků prožitých s disabilitou v důsledku onemocnění (YLD – Years Lived with Disability) se všemi roky ztracenými v důsledku předčasných úmrtí spojených s onemocněními (YLL – Years Life Lost) vzniká globální ukazatel roků poznamenaných onemocněními (DALY – Disability Adjusted Life Years) .

ný proces změny postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí s cílem žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení daná duševní nemocí (Anthony, 1993).

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

Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkokapacitních zařízeních zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním (Höschl et al., 2012; Winkler et al., 2017; Winkler et al., 2018; Winkler et al., 2018b; Winkler et al. 2016). Pojem komunitní péče je v kontextu reformy péče o duševní zdraví používán v souladu s mezinárodní definicí, kdy označuje péči ve vlastním sociálním prostředí, ne jednotlivé služby. Ze služeb obvykle zahrnuje Centra duševního zdraví, (popř. multidisciplinární terénní týmy), psychiatrické ambulance, ambulance klinických psychologů, akutní lůžkovou péči poskytovanou ve všeobecných nemocnicích, denní stacionáře, podporované bydlení apod. Dlouhodobé hospitalizace jsou spojeny s nenaplňováním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (WHO, 2018), ale také se zvýšeným rizikem sebevražd po propuštění z péče (Winkler, Mladá, Csémy, Nechanská et al., 2015). Síť lůžkových zařízení jak akutní, tak následné péče je rozmístěna velmi nerovnoměrně, počty lůžek akutní péče jsou neadekvátně nízké a nejsou integrovány do všeobecných nemocnic a napojeny na komplement somatické medicíny. Je nízká dostupnost psychoterapie. V oblasti péče o duševní zdraví dětí, je nedostatečná síť ambulantních služeb, což vede k neúnosně dlouhým čekacím dobám. Dále chybí pokrytí akutní lůžkovou péčí. Pedopsychiatrická lůžková oddělení u poskytovatelů následné lůžkové péče v odbornosti dětské a dorostové psychiatrie jsou často personálně dimenzována na následnou péči, a nepřijímají akutní pacienty. Pouze malá část lůžkových zařízení tak splňuje nároky na akreditaci pro vzdělávání v předatestační přípravě což omezuje navýšení personálních kapacit v oboru. Dále, děti a dospívající bývají hospitalizováni relativně daleko od svého bydliště a rodiče je nemohou často navštěvovat a účastnit se rodinných terapií. Tímto jsou postiženy zejména rodiny s nižším socioekonomickým statutem, ve kterých je zároveň vyšší riziko duševních onemocnění. V naprosté většině nemocnic není na pediatrických lůžkách dostupná konziliární péče a pacienti se zjevnými problémy v oblasti duševního zdraví jsou tak propouštěni bez potřebného návrhu další péče. Služby pro děti a dorost jsou resortně oddělené a spolupráce ministerstev na jejich integrované práci není efektivní. Rodiny jsou tak odkázány na samostatné vyhledávání odborné péče, v rámci, které ovšem vážně vzájemná komunikace (informace zpracovaná Sekcí dětské a dorostové psychiatrie, PS ČSL JEP). Komunitní péče je nedostatečně rozvinutá, selhává zejména v oblasti prevence, rehabilitace a integrace lidí s duševním onemocněním do běžného života (včetně bydlení a zaměstnání). Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb. Systém péče o duševní zdraví nedisponuje dostatkem kompetentních lidských zdrojů, což je dáno strukturou a financováním poskytované péče, systémem vzdělávání profesionálů, ale i nedostatečnou flexibilitou vzhledem k novým možnostem práce s lidskými zdroji, např. zapojováním specializovaných sociálních pracovníků nebo peer-pracovníků. Uživatelé péče jsou často pouze v roli konzumentů péče, bez možnosti zasahovat do jejího řízení, kontroly či poskytování.

Stigmatizace je vysoká nejen v české obecné populaci, ale také mezi lékaři (Winkler, Csémy et al., 2015; Winkler, Mladá et al., 2016; Winkler et al., 2024). Malá pozornost je věnována problematice seniorů. Stejně tak je nedostupná i komplexní péče a podpora pro rodiny, které jsou neúměrně dlouhou dobu vystaveny vysoké emoční zátěží s nadměrnou mírou stresu, která může vyústit v řadu negativních důsledků, včetně chronické duševní onemocnění.

Řízení systému péče o duševní zdraví je rozděleno dle gescí jednotlivých ministerstev, kde největší podíl nese MZd a MPSV, následované MŠMT a MSp. Navíc i v rámci MZd je zodpovědnost za síť služeb přenesena na zdravotní pojišťovny a z MPSV na kraje. V tomto prostředí je efektivní řízení jen velmi obtížně realizovatelné a spolu s roztříštěnou legislativou a nepropojeným financováním zakládá na nekoordinovaný, fragmentovaný

systém péče s nedostatečnou efektivitou a benefitem pro její příjemce. I rozhodování v rámci jednotlivých segmentů péče je často netransparentní, financování nepodporuje žádoucí chování poskytovatelů, což je dáno nejen nízkou mírou dostupné evidence, ale také sociokulturními faktory (Winkler, Krupchanka et al., 2017; WHO, 2018b).

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

Reforma byla koncipována jako systematická transformace směrem od institucionální péče ke komunitnímu modelu, ale její skutečný rozběh byl podmíněn až výraznou finanční podporou z evropských strukturálních a investičních fondů. Pro první etapu implementace byla klíčová kombinace programů OPZ (Operační program Zaměstnanost) a IROP, přičemž samotná realizace reformních projektů začala fakticky až v roce 2017. Například výzva OPZ č. 39 disponovala alokací přibližně 1 miliardy Kč pro období 2017–2021 a byla zaměřena na tzv. „měkké“ projekty, tedy zejména na transformaci služeb, deinstitucionalizaci, nábor a školení pracovníků či zavádění nových modelů péče. Tento objem cílených prostředků umožnil poprvé realizovat reformu ve větším měřítku a překonat předchozí fragmentované a pilotní přístupy.

V implementační fázi mezi lety 2017 a 2022 byly tyto zdroje využity k paralelnímu rozvoji více složek systému. Nejvýznamnějším strukturálním výstupem bylo vytvoření sítě center duševního zdraví, kdy v rámci tří projektů vzniklo 29 center, která poskytují integrovanou zdravotní a sociální péči v multidisciplinárních týmech. Počet klientů těchto služeb vzrostl z 302 osob v roce 2018 na 6 257 v roce 2022, což ukazuje jak na rychlé rozšiřování kapacit, tak na reálnou poptávku po komunitní péči. Současně docházelo k postupné deinstitucionalizaci: mezi lety 2010 a 2020 poklesl počet dlouhodobých psychiatrických lůžek přibližně o 13–14 % a počet dlouhodobých hospitalizací o zhruba 22 %, zatímco akutní péče byla posilována (Winkler et al., 2026).

Dopady reformy se projevily nejen ve struktuře služeb, ale i ve výsledcích péče. Zvýšené využívání komunitních služeb bylo doprovázeno poklesem počtu hospitalizací, například krátkodobé hospitalizace klesly z přibližně 29 500 ročně v roce 2019 na zhruba 24 000 v roce 2020 a následně se stabilizovaly na nižší úrovni. U klientů center duševního zdraví bylo po 12 měsících péče zaznamenáno zlepšení v oblasti psychického stavu, každodenního fungování i kvality života a zároveň vyšší míra zapojení do zaměstnání nebo dobrovolnických aktivit. Reforma byla dále doprovázena rozvojem národní datové infrastruktury, zaváděním rutinního měření výsledků péče a postupným poklesem stigmatizace v populaci mezi lety 2013 a 2019 (Winkler et al., 2026).

Navzdory těmto výsledkům se postupně ukázaly zásadní limity reformy, které se naplno projevily po změně politického vedení kolem roku 2021. Jedním z klíčových problémů byla závislost na časově omezeném projektovém financování. Po ukončení podpory z ESIF v roce 2022 bylo nutné zajistit financování z domácích zdrojů, což vedlo k přechodu na kombinaci úhrad ze zdravotního pojištění pro zdravotní část péče a financování ze strany krajů pro sociální služby. Tento model se ukázal jako fragmentovaný a vedl k výrazným regionálním rozdílům i k celkové finanční nejistotě. Přestože se podařilo udržet existující síť a založit dalších sedm center (celkem 39 do roku 2025), původní cíl přibližně 100 center nebyl naplněn a tempo rozvoje se výrazně zpomalilo (Winkler et al., 2026).

Změna vlády zároveň vedla k oslabení centrálního řízení reformy a poklesu její politické priority. V této situaci se ukázalo, že řada inovací nebyla dostatečně institucionálně ukotvena. Zatímco některé prvky, které byly integrovány do standardních mechanismů financování nebo regulace (např. úhrady zdravotní péče v centrech či datová infrastruktura), přetrvávaly, jiné (například služby časné intervence nebo systematické využívání evidence pro plánování) zůstaly omezené nebo stagnovaly. Reforma tak narazila na strukturální problémy, zejména nedostatečnou koordinaci mezi zdravotním a sociálním sektorem, nedostatek odborného personálu a absenci stabilního legislativního a finančního rámce (Winkler et al., 2026).

Celkově česká zkušenost ukazuje, že cílené externí financování může umožnit rychlé nastartování systémové změny a přinést měřitelné výsledky, včetně snížení institucionalizace a zlepšení výsledků péče. Zároveň ale od-

haluje, že bez včasného a důsledného ukotvení nových služeb do standardních struktur financování, legislativy a řízení zůstává taková reforma křehká a citlivá na změny politického kontextu. Po odeznění externí podpory a oslabení politického vedení se dynamika reformy přirozeně zpomalila, což neznamená její selhání, ale spíše nedokončený proces transformace, který zůstává závislý na dalším institucionálním a politickém ukotvení (Winkler et al., 2026).

VICE DO ROKU 2030

Chápeme-li zdraví jako „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody“, nikoliv jen jako „nepřítomnost nemoci či vady“, je cílem NAPDZ zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. Cíle a opatření níže specifikovaná a rozvedená nevycházejí pouze z od stolu provedených analýz. Jsou výsledkem empirických zkušeností řady lidí zapojených do projektů, jež v první fázi nastartovaly velkou systémovou změnu v oblasti duševního zdraví. Právě problémy a obtíže při jejich řešení v této fázi identifikovaly potřebné změny v oblasti financování, legislativy, řízení apod., které je nutné upravit do takové míry, aby se dříve velice rozdílné části jednoho celku funkčně propojily a společně přinášely synergické efekty vedoucí ke zvyšování dostupnosti a kvality péče.

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

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

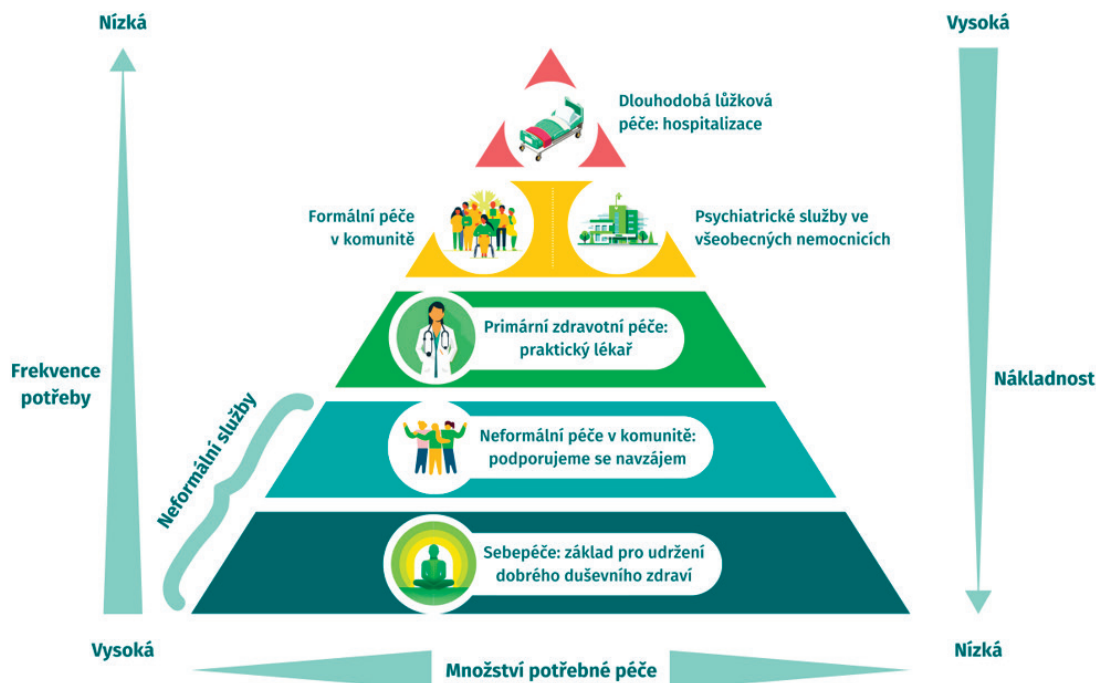
Jedná se o horizontální harmonizaci postupů jednotlivých zúčastněných ministerstev v souladu s úkoly vyplývajícími z NAPDZ. Tento institut s sebou přináší zřízení nové nadresortní platformy v podobě Rady vlády pro duševní zdraví (dále jen Rada vlády) jako koordinačního a poradního orgánu na úrovni ministrů, který úzce spolupracuje s relevantními poradními orgány vlády ČR a je propojen s již existujícími pracovními skupinami a výbory reformy psychiatrické péče a kde předsedou Rady vlády je předseda vlády České republiky. Dalším prvkem horizontální harmonizace bylo jmenování Národního koordinátora politiky duševního zdraví, který zodpovídá za exekutivní část nadresortní koordinace. Vláda sice podle usnesení ze dne 18. 5. 2026 č. 302 a usnesení ze dne 25. 5. 2026 č. 319 přesunula Oddělení duševního zdraví z Úřadu vlády na Ministerstvo zdravotnictví, ale nadresortní koordinační mechanismy zůstaly zachovány, včetně Kanceláře vládních zmocněnců pro duševní zdraví a závislosti na Úřadu vlády. Navíc došlo k efektivnějšímu propojení koordinace politiky duševního zdraví a politiky v oblasti závislostí, co je zcela v souladu s evropským trendem a praxí v zemích s moderním pojetím systému péče o duševní zdraví.

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

Implementace opatření na těchto úrovních klade důraz na dostupnost služeb v přirozeném prostředí, mezioborovou spolupráci a aktivní zapojení samospráv i dalších aktérů, což přispívá k efektivnějšímu fungování celého systému péče o duševní zdraví.

Navrhovaný systém péče o duševní zdraví v NAPDZ vychází z principu provázaného, víceúrovňového modelu, v němž člověk (pacient) plynule prochází jednotlivými segmenty péče podle aktuální potřeby – od prevence, včasné detekce a podpory v přirozeném prostředí až po specializované služby. Základ tvoří intervence v komunitě, včetně neformální podpory, služeb zaměřených na zotavení a návazných oblastí, jako je podpora bydlení a zaměstnávání, které umožňují lidem setrvat v běžném životě a předcházet zhoršení stavu. V případě zhoršení obtíží vstupují do systému akutní (krizové) služby, které zajišťují rychlou, dostupnou a krátkodobou podporu – např. krizové linky, mobilní týmy či krizová lůžka – s cílem stabilizace stavu a návratu do komunitní péče. Na tyto služby navazuje primární péče a poté specializované služby ambulantní i pobytové, poskytující diagnostiku, léčbu a rehabilitaci u osob se středně závažnými až závažnými duševními onemocněními, přičemž hospitali-

zace je chápána jako časově omezený a cílený zásah pro nejnáročnější stavy. Celý systém je koncipován jako propojená síť, kde jednotlivé úrovně na sebe navazují, vzájemně se doplňují a umožňují flexibilní pohyb člověka mezi nimi. Tento přístup odpovídá doporučenému modelu pyramidy služeb dle WHO (WHO, 2003), který zdůrazňuje, že většina potřeb může být řešena na úrovni prevence a komunitní podpory, zatímco specializovaná a lůžková péče tvoří menší, avšak nezbytnou část systému určenou pro nejnáročnější situace a nejtěžší stavy.



Obr. 1 Optimální kombinace služeb v péči o duševní zdraví (Zdroj: NÚDZ, 2024)

VAZBA NAPDZ K JINÝM STRATEGIÍM

Národní akční plán pro duševní zdraví reaguje na relevantní nadřazené strategické dokumenty a mezinárodní úmluvy, k jejichž naplňování se Česká republika zavázala. Současně respektuje strategické dokumenty ostatních rezortů a cíleně neduplikuje jejich obsah. Příkladem je problematika osob s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči, která je zpracovaná v Akčním plánu k realizaci Systémových opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči (ÚV ČR, 2025). Obdobně je problematika omezovacích prostředků řešena obecně v Akčním plánu k realizaci Systémových opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2025–2027, a také v Národním plánu podpory rovných příležitostí osob se zdravotním postižením na období 2026–2030. Problematika center pro dětské oběti násilí je již systematicky řešena ve strategickém dokumentu „Bezpečné dětství: cesta k prevenci násilí ve společnosti, konkrétně v části zaměřené na zajištění dostupnosti mezioborových, dětem přátelských center poskytujících komplexní podporu dětským obětem násilí. NAPDZ bude s řešitelskými týmy těchto a dalších relevantních strategií (viz. výčet níže) spolupracovat a své aktivity v oblasti duševního zdraví v rámci jejich realizace cestou Rady vlády pro duševní zdraví prosazovat.

1.1 MEZINÁRODNÍ:

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (Sb. m. s., 2010)
- Úmluva o právech dítěte (Sb. m. s., 2010)
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech a Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (Sb. z., 1976)
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (Sb. z., 1992)

- Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030 (WHO, akt. 2021)
- EU Comprehensive Approach to Mental Health (EK, 2023)
- The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable development (Patel et al., 2018)
- Agenda 2030 pro udržitelný rozvoj / Cíle udržitelného rozvoje SDGs (MŽp, 2018)
- Country report – Investiční priority k financování politiky soudržnosti v období 2021–2027 pro ČR, příloha D (EK, 2019)
- Obecné nařízení pro využívání ESIF v programovém období 2021–2027, pět jasně stanovených cílů politiky (MMR, 2019)
- Doporučení Rady OECD k integrovanému přístupu k duševnímu zdraví, dovednostem a práci (dobrovolný závazek v návaznosti na OECD materiály „Sick on the Job?“, 2012, „Making Mental Health Count“, 2014 a „Fit Mind, Fit Job“, 2015), (OECD, 2019)
- VOP. Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (Závěrečná doporučení k šesté periodické zprávě České republiky, 6. 6. 2018, VOP, 2018)
- EU Strategie práv osob se zdravotním postižením 2021–2030 (EK, 2021)
- Strategie EU o právech dítěte (EK, 2021)

1.2 NÁRODNÍ:

- Listina základních práv a svobod (Sb.z., 1992)
- Strategický rámec Česká republika 2030 – aktualizovaná verze 2024 s výhledem do roku 2050 (MŽP, 2024)
- Strategie reformy psychiatrické péče 2013 (MZd, 2013)
- Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2035 (MZd, akt. 2025)
- Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020–2030 (MZd, 2020)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2026–2030 (MPSV, 2025)
- Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025 (MPSV, akt. 2021,)
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2026–2030 (ÚV ČR, 2026)
- Vládní strategie pro rovnost žen a mužů v ČR na léta 2021–2030 (ÚV ČR, akt. 2024)
- Akční plán prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2023–2026 (ÚV ČR, 2023)
- Strategie sociálního začleňování 2021–2030 (MPSV, 3. akt. vydání 2026)
- Národní strategie ochrany práv dětí 2021–2029 (MPSV, 2020)
- Strategie vzdělávací politiky ČR do roku 2030+ (MŠMT, 2020)
- Dohoda o partnerství pro programové období 2021–2027 (MMR, 2021)
- Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (ÚV ČR, 2019)
- Národní strategie primární prevence rizikového chování dětí a mládeže na období 2019–2027 (MŠMT, 2019)
- Akční plán deinstitucionalizace 2026-2028 (MPSV, 2025)
- Akční plán k realizaci Systémových opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči (ÚV ČR, 2025)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2026-2030 (MPSV, 2025)
- Koncepce adiktologických služeb pro děti a dorost (ÚV ČR, 2024)
- Vládní program Bezpečné dětství: Cesta k prevenci násilí ve společnosti (MV, 2025)
- Strategie rodinné politiky 2024-2030 (MPSV, 2023)
- Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030 (MZd, 2020)

NÁVRHOVÁ ČÁST

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

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

STRATEGICKÝ CÍL 1:

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

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

SPECIFICKÝ CÍL 1.1

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

Opatření 1.1.1

Zajistit nadresortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR. Zřídit orgány a udržovat institucionální, právní a finanční mechanismy k naplňování Národního akčního plánu péče o duševní zdraví do roku 2030 na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení uživatelů péče do procesu řízení.

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

Způsob plnění: Zajištění trvání existence Rady vlády pro duševní zdraví na ÚV ČR, zřízené usnesením vlády ze dne 12. ledna 2026 č. 21, jako stálého poradního, iniciačního a koordinačního orgánu vlády České republiky,

se zastoupením relevantních resortů a zástupců uživatelů péče a neformálních pečujících v jejich pracovních orgánech s jasně určenými zodpovědnostmi za jednotlivé oblasti NAPDZ. Propojení se stávajícími strukturami v rámci reformy péče o duševní zdraví a dalšími poradními orgány vlády ČR včetně Rady vlády pro sport, prevenci a zdraví a jejich pracovních skupin a Výboru pro práva dítěte Rady vlády pro lidská práva a relevantními zástupci Rady vlády pro rovnost žen a mužů.

Zodpovědnost: ÚV ČR.

Spolupracující subjekt: MZd, MPSV, MŠMT, MMR, MF, MSPZ, MV, MSp, MO, MK, MPO.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: 1 400 000 Kč/rok na administrativní zajištění Rady vlády pro duševní zdraví; zdroj: rozpočtová kapitola MZd. Charakter výdajů: opakující se.

Opatření 1.1.2

Zajistit meziresortní implementační koordinaci prostřednictvím kontaktních osob na jednotlivých ministerstvech a prostřednictvím jmenování členů a činnosti Výkonného výboru Rady vlády pro duševní zdraví.

Důvod zařazení opatření: K úspěšné implementaci opatření schválených Radou vlády či vyplývajících z jednotlivých opatření NAPDZ je nutná koordinace v rámci zapojených resortů a dalších relevantních aktérů.

Způsob plnění: Ustavení a zajištění dlouhodobé spolupráce konkrétních zaměstnanců jednotlivých ministerstev (případně zřízení oddělení či pracovních skupin v resortech s větší mírou agendy duševního zdraví), kteří budou v rámci části svého úvazku spolupracovat na implementaci rozhodnutí a schválených opatření Rady vlády a zajištění vstupů a výstupů v kompetenci daného resortu. Tito pověřeni zaměstnanci budou členy Výkonného výboru RVDZ. Součástí Výkonného výboru jsou i další klíčoví aktéři v rámci reformy péče o duševní zdraví, například zástupci odborných společností, zdravotních pojišťoven, krajů, veřejný ochránce práv atd. Efektivní zapojování Platformy pro uživatele péče o duševní zdraví, jako jediné stálé pracovní skupiny pod Radou vlády pro duševní zdraví. Nastavení zapojení Platformy způsobem, aby nejenom přinášela hlas lidí vč. dětí se zkušeností s duševním onemocněním do řízení politiky v oblasti duševního zdraví, ale byla i aktivně přizývána k implementaci všech opatření NAPDZ, které zmiňují jejich participaci či finanční zajištění. Společně s Platformou pro uživatele péče o duševní zdraví nastavení efektivního zapojení dětí do tohoto koordinačního procesu.

Zodpovědnost: MŠMT, MZd, MPSV, MV.

Spolupracující subjekt: Kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: 2027.

Rozpočet: 1 mil. Kč (dle zvoleného řešení) /kraj/rok, zdroj: rozpočty krajů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence řídicí skupiny a pověřeného pracovníka pro oblast duševního zdraví na každém kraji. Existence plánu pro rozvoj oblasti duševního zdraví v každém kraji, který bude propojený na střednědobé plány krajů v sociálních službách, komunitní plány obcí a plány rozvoje zdravotních služeb a jehož příprava bude probíhat ve spolupráci s osobami se zkušeností s duševním onemocněním, vč. dětí.

SPECIFICKÝ CÍL 1.2

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

Opatření 1.2.1

Ukotvit model koordinace v oblasti prevence a péče o duševní zdraví na regionální úrovni s cílem propojit zejména zdravotní, sociální a školskou oblast, který bude v souladu s národními prioritami v této oblasti.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na první zkušenosti z reformy péče o duševní zdraví, kde se role krajů a problematika koordinace péče napříč zdravotní, sociální a školskou oblastí ukázala jako klíčová pro reálnou implementaci změn. Například současný systém podpory duševního zdraví ve školách není dostatečně koordinovaný na lokální úrovni a nevymezuje odpovědnost zřizovatelů škol (obcí a krajů) za vytváření podmínek pro wellbeing žáků a pedagogů. Opatření reaguje na potřebu posílit lokální úroveň řízení podpory duševního zdraví, zajistit mezioborovou spolupráci a vytvořit stabilní finanční rámec.

Způsob plnění: Posílení odpovědnosti za podporu duševního zdraví na krajské úrovni. Ukotvení pozice místního koordinátora pro duševní zdraví na úrovni kraje, který tuto roli začleňuje do struktury krajského úřadu a zajišťuje její personální i implementační výkon a současně garantuje efektivní propojení všech relevantních agend v rámci standardních řídicích krajských struktur (odbor zdravotní, sociální a školský) do samostatné řídicí skupiny pro oblast duševního zdraví. Zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním, včetně dětí a neformálních pečujících, do procesu řízení. Zpracování plánu pro rozvoj oblasti duševního zdraví v každém kraji, který bude propojený na střednědobé plány krajů v sociálních službách, komunitní plány obcí a plány rozvoje zdravotních služeb. Podpora multidisciplinarity, case managementu a efektivní spolupráce služeb relevantních pro problematiku duševního zdraví na úrovni kraje. U dětí jde zejména o spolupráci školních poradenských pracovišť, pedagogicko-psychologických poraden, orgánů sociálně-právní ochrany dětí, zdravotnických zařízení, adiktologických služeb, policie, komunitních služeb, služeb pro rodiny atd. Zajišťování prevence a včasné a koordinované intervence vůči lidem s duševním onemocněním a riziku jeho rozvoje s cílem předcházet rozvínutím či prohloubením závislostního /rizikového chování a duševních onemocnění. Součástí koordinace péče může být také mechanismus sociální preskripce, zejména ve vazbě na praktické lékaře, sociální služby, komunitní služby, krizové linky, psychoterapeutickou a psychosociální podporu.

Zodpovědnost: MŠMT, MZd, MPSV, MV.

Spolupracující subjekt: Kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: 2027.

Rozpočet: 1 mil. Kč (dle zvoleného řešení) /kraj/rok, zdroj: rozpočty krajů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence řídicí skupiny a pověřeného pracovníka pro oblast duševního zdraví na každém kraji. Existence plánu pro rozvoj oblasti duševního zdraví v každém kraji, který bude propojený na střednědobé plány krajů v sociálních službách, komunitní plány obcí a plány rozvoje zdravotních služeb a jehož příprava bude probíhat ve spolupráci s osobami se zkušeností s duševním onemocněním, včetně dětí.

Opatření 1.2.2

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

Důvod zařazení opatření: Dosavadní zkušenosti z praxe stejně jako dostupná evidence ukazují, že funkční mezioborová koordinace v území, case management, případová setkání, standardy kvality a kapacitní rozvoj jsou přenositelné a mají vysokou systémovou hodnotu. Lokální implementační platforma představuje praktický nástroj, jak zamezit fragmentaci péče, zlepšit návaznost služeb a přenést strategické cíle NAPDZ do každodenní praxe. Zavedením funkce case managerů na obcích bude položen základ systému případové práce s lidmi s duševním onemocněním, včetně dětí a adolescentů. Například u dětí je pouze koordinace na úrovni mikroregionu dostatečně blízko všem školám tak, aby bylo možno působit se znalostí místního kontextu a s mandátem samosprávy, jejímž úkolem je o potřeby svých občanů pečovat (§ 2 odst. 2 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích) a v úzké kooperaci s OSPOD při ORP.

Způsob plnění: Návrh a pilotní ověření práce case managerů (koordinátorů péče) na obcích (realizujících multidisciplinární práci třetího typu pro všechny cílové skupiny) v systému práce na obcích v ČR, nejlépe formou lokální implementační platformy propojující poskytovatele zdravotních služeb, školství, sociální služby, obce a komunitní aktéry. Zpracování minimálního metodického standardu práce, včetně pravidel případových setkání, case managementu, sdílení informací v souladu s právními předpisy, zapojování peer pracovníků a ne-

formálních pečujících. Evaluace pilotního ověření a v případě průkazu efektivity návrh systémového ukotvení do regionální a lokální koordinace péče o duševní zdraví. V realizaci opatření zohlednění výsledků realizace systémového projektu MPSV v letech 2023–2026 s názvem – Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR.

Zodpovědnost: MPSV.

Spolupracující subjekt: Svaz měst a obcí, kraje, MZd, MŠMT, MMR.

Termín plnění: Pilotní provoz od 2029.

Rozpočet: 15 mil. Kč na pilotní ověření, vytvoření metodického standardu a evaluaci, zdroj EU fondy 28+ (ve vyjednávání, viz. Zdroje financování). Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Zpráva z pilotního ověření na úrovni 15 ORP.

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

Průběžně aktualizovat obsah pregraduálního, specializačního, postgraduálního a celoživotního vzdělávání relevantních zdravotnických, sociálních a pedagogických profesí v mezích působnosti příslušných orgánů a vzdělávacích institucí tak, aby podporoval komunitní práci, multidisciplinární spolupráci, přístup orientovaný na zotavení, respekt k lidským právům a odbornou připravenost pro práci s rizikovými skupinami.

Důvod zařazení opatření: Má-li být dosaženo hlavního reformního cíle, tedy poskytovat péči, která vede k zotavení, je třeba určit nové nebo adaptovat stávající profesní kompetence pracovníků podílejících se na přímé péči o pacienta/klienta, a v této souvislosti kontinuálně přehodnocovat stávající systém odborné přípravy. Změnu vzdělávání je nutno posuzovat a adaptovat u všech stupňů vzdělávání (pregraduální, specializační, postgraduální, celoživotní) a u všech pracovníků v oblasti péče o duševní zdraví. Cílem je reflektovat poznatky z rozvíjejících se a inovativních služeb v rámci reformy a implementovat je do praxe při zachování vysoké kompetentnosti v rámci jednotlivých odborností. Podpora zapojení peer lektorů do tvorby vzdělávacích programů a do vzdělávání odborníků v oblasti duševního zdraví může významným způsobem pomoci splnit výtčený cíl. Nezbytnost znalosti nástrojů hodnocení rizika a jeho prevence a managementu je nutná k zajištění odborné a bezpečné péče na všech úrovních systému péče. Existují specifika uplatnění principů zotavení u nemocných s nařízeným ochranným léčením ve všech jeho složkách (ústavní, ambulantní, CDZ-OL).

Způsob plnění: Systematické a průběžné přehodnocování obsahu všech stupňů vzdělávání lékařů, nelékařského zdravotnického personálu, sociálních pracovníků, klinických psychologů, psychologů ve zdravotnictví, pedagogických a nepedagogických pracovníků ve školství. Zaměření aktualizace vzdělávacích programů na rozvoj kompetencí potřebných pro efektivní práci v komunitním prostředí, pro fungování v multidisciplinárním týmu, pro práci s osobami se zvýšeným rizikem (včetně osob v ochranné léčbě) a pro uplatňování principů zotavení a ochrany lidských práv lidí s duševním onemocněním nebo v riziku jeho vzniku. U sociálních pracovníků v sociálních službách půjde ze strany MPSV o kontrolu, zda jsou všechna relevantní témata obsažena v nabízených vzdělávacích programech. Součástí plnění je rozšiřování a prohlubování kompetencí jednotlivých profesí, včetně přebírání nových rolí tam, kde to umožňuje legislativa a potřeby praxe, případně po úpravě legislativního rámce. Pokračování systematické podpory zapojením peer lektorů do vzdělávacích aktivit na všech úrovních vzdělávání. Zařazování dalších inovativních evidence-based konceptů vzdělávání orientovaných na podporu zotavení (např. Školy zotavení, přístupy zaměřené na podporu zdravého životního stylu) do systému vzdělávání odborníků v oblasti péče o duševní zdraví, včetně peer lektorů, a systematické vytváření podmínek pro jejich dostupnost a udržitelnost. Podpora implementačních projektů pro zapojování peer lektorů do výuky (trénink a podpora peer lektorů, implementace u vzdělavatelů, evaluace). Zajištění od-

povídacího finančního ohodnocení peer lektorů jako součást systémového ukotvení peer podpory. V rámci plnění opatření provedení realizace rešerše provedených změn v rámci kurikul a vzdělávacích programů a úprav legislativy.

Zodpovědnost: MZd, MŠMT, MPSVMV.

Spolupracující subjekt: MSp (VS ČR a ZZ MS).

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Témata multidisciplinární spolupráce, zotavení (recovery), prevence a managementu rizikového chování, naplňování lidských práv jsou obsažena v kurikulech pregraduálního vzdělávání a ve specializačním, postgraduálním i celoživotním vzdělávání lékařů, nelékařského zdravotnického personálu, sociálních pracovníků, klinických psychologů, psychologů ve zdravotnictví, pedagogických a nepedagogických pracovníků ve školství. Je novelizován zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů a zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, včetně prováděcích předpisů. Tato témata jsou také obsažena ve vzdělávacích programech pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. V případě potřeby identifikované analýzou je navržena novelizace zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon a zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů. Existence rešerše provedených změn v rámci kurikul a vzdělávacích programů a úprav legislativy.

Opatření 1.3.2

Rozvíjet nástroje motivace vstupu nových odborníků do oblasti duševního zdraví již na pregraduální úrovni. Udržet a rozvíjet dostatečné kapacity pro vzdělávání.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na zkušenosti s implementací Národního akčního plánu pro duševní zdraví v oblasti rozvoje služeb, kde je základním limitujícím faktorem nedostatek lidských zdrojů s potřebným vzděláním a zkušenostmi. Počty absolventů oborů relevantních pro tuto oblast zůstávají vcelku stabilní, přičemž počty lidí s duševním onemocněním narůstají, stejně jako počty odborníků v důchodovém věku.

Způsob plnění: Tvorba a monitoring nových vzdělávacích aktivit, stáží, workshopů, stipendijních programů v oblasti specializačního vzdělávání ve zdravotnictví (příp. úpravy formálních náležitostí rezidenčních míst) a dalších nástrojů motivujících ke vstupu do systému vzdělávání v oblasti duševního zdraví. Zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním vč. dětí do tvorby a realizace těchto aktivit. Zajištění koordinační a metodické podpory a systematické sdílení příkladů dobré praxe mezisektorově. Udržení a rozvoj dostatečných kapacit pro vzdělávání. Skrze nástroj kontraktového financování cílená podpora nárůstu počtu absolventů ve vybraných profesích a regionech s největším nedostatkem (psychologové, speciální pedagogové, sociální pedagogové).

Zodpovědnost: MŠMT, MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Vzdělávací instituce a jejich zřizovatelé, sociální partneři, odborné společnosti a další relevantní aktéři.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: 22 mil. Kč, zdroj: ESF+; udržitelnost: N/A (rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů); Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Zpráva z monitoringu (ročně) navyšování motivačních výstupů. Motivační výstupy: ve formě stipendijních programů, akreditovaných vzdělávacích programů, odborných stáží, počet zapojených vzdělávacích institucí.

SPECIFICKÝ CÍL 1.4

Zavést metodiku pro výzkum a hodnocení politiky a služeb v oblasti duševního zdraví, včetně kvality péče jako důležitého aspektu v řízení sítě služeb v oblasti duševního zdraví.

Opatření 1.4.1

Posílit systematický sběr a vyhodnocování epidemiologických dat v oblasti duševního zdraví a zavést nadresortní monitorování kvality a efektivity systému péče v této oblasti. Vytvořit datovou základnu, nastavit a průběžně evaluovat kritéria systému péče a kvality pro zdravotní, sociální, sociálně-zdravotní služby, služby ministerstva vnitra a spravedlnosti a poradenské služby ve školách a školských poradenských zařízeních a návazných segmentů pro oblast duševního zdraví a zavést systém jejich reportování a monitorování.

Důvod zařazení opatření: V systému péče o duševní zdraví chybí koncept value-based služeb. Na základě zkušeností z projektu MERRPS se ukazuje jako klíčové a prvotní nastavit sledování kvality a efektivity na tzv. makro-úrovni (úroveň systému) i mezo-úrovni (úroveň služeb), a poté ho implementovat do oblasti prevence a péče obecně.

Způsob plnění: Nastavení systematického monitorování kvality a efektivity péče o duševní zdraví prostřednictvím využití existujících informačních a hodnotících systémů jednotlivých resortů, resp. v rámci celého systému péče o duševní zdraví (MZd, zdravotní pojišťovny, ÚZIS, MPSV a MSp za oblast zabezpečovací detence a ochranného léčení vykonávané v průběhu výkonu trestu odnětí svobody atd.), a vytvoření centrální koordinační platformy (tzv. Kolaborativní centrum epidemiologie duševního zdraví) koordinující toto nastavení a vyhodnocování jinak zákonně dostupných dat. Tam, kde stávající právní úprava neumožňuje potřebné sdílení údajů nebo návaznost financování na kritéria kvality, příprava odpovídající legislativní změny. Součástí monitoringu by měly být rovněž i vybrané somatické komorbidity, včetně opakovaných bolestivých stavů, jakožto oblasti, které mají významný dopad na zátěž pacientů s duševními obtížemi, pracovní neschopnost i využívání návazných služeb. Definování kritérií kvality služeb a nastavení systému sběru dat, evaluace a mechanismů úprav financování v návaznosti na tato kritéria. Zapojení uživatelů péče a neformálních pečujících do procesu definování indikátorů kvality. Zapojení neformálních pečujících má zahrnovat také sběr dat o jejich vlastní psychické zátěži, a dostupnosti podpory. V rámci tohoto procesu zohlednění všech aspektů kvality péče, včetně lidskoprávní roviny. Zároveň zohlednění specifík jednotlivých oblastí v systému a nastavení sledování propadů mezi službami. Součástí je i nastavení sběru dat, jejich evaluace a návrh dalších opatření, například zahrnutí indikátorů z oblasti pohybu a wellbeing ke sledování efektivity preventivních aktivit, využití kvalitativních šetření, populačních studií, a nastavení sběru dat od neformálních pečujících, uživatelů péče atd. Výstupy tohoto opatření musí sloužit pro informované rozhodování o rozvoji systému péče o duševní zdraví jako celku, a tedy jako podklad pro řízení systému specifikované v této kapitole. Zavedení indikátorů kvality poskytované péče u konkrétních služeb v oblasti duševního zdraví a jejich pravidelné zveřejňování. Postupné odstraňování bariér souvisejících se zveřejňováním neanonymizovaných (v kontextu poskytovatelů péče) otevřených dat, aniž by byla jakkoli dotčena ochrana osobních údajů o zdravotním stavu fyzických osob jakožto zvláštní kategorie osobních údajů ve smyslu čl. 9 nařízení (EU) 2016/679.“

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

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, ÚZIS, NÚDZ.

Termín plnění: Vznik kolaborativního centra epidemiologie služeb v oblasti duševního zdraví do 1/2027, ostatní průběžně.

Rozpočet: Investice do softwarové infrastruktury cca 60 mil. Kč, zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: investice jednorázový, provoz opakující se.

Indikátor: Vznik kolaborativního centra epidemiologie služeb v oblasti duševního zdraví. Vypracování a publikování pravidelné zprávy z monitorování epidemiologie duševního zdraví a služeb v ČR, včetně návrhů návazných opatření. Dílčí analýzy a doporučení na základě potřeb MZd a dalších složek státní správy. Existence definovaných indikátorů a jejich pravidelné zveřejňování.

Opatření 1.4.2

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

Důvod zařazení opatření: Na národní úrovni v oblasti péče o duševní zdraví neexistuje jednotná metodika hodnocení kvality služeb ani národní doporučení pro jednotné postupy v oblasti kvality a naplňování lidských práv v oblasti služeb péče o duševní zdraví, ze kterých by poskytovatelé zdravotní a sociální péče mohli vycházet. Poskytovatelé sociálně-zdravotních služeb podléhají více rozdílným kontrolním mechanismům, které nezohledňují dostatečně lidskoprávní rovinu na straně jedné a působí nadměrnou administrativní zátěž na poskytovatele na straně druhé.

Způsob plnění: V návaznosti na projekt Deinstitutionalizace reformy péče o duševní zdraví implementace návrhu začlenění oblasti lidských práv do stávajícího systému certifikace ve zdravotním, sociálním i školském systému. Zpracování návrhu na základě komplexní analýzy zaměřené na nejefektivnější řešení, možnosti státní kontroly, zohlednění případných překryvů jednotlivých hodnotících systémů a požadavků na poskytovatele služeb v oblasti duševního zdraví a na dobrou praxi vycházející z klíčových mezinárodních a lidskoprávních dokumentů (inspirace např. WHO Quality Rights Toolkit). Implementace návrhů do stávajících mechanismů hodnocení kvality služeb.

V případě zjištění pochybení v naplňování standardů kvality a lidských práv zavedení mechanismu pro nápravu zjištěného stavu.

Součástí implementace bude vytvoření rámce pro transparentní sdílení informací o výsledcích hodnocení kvality služeb, a to způsobem odpovídajícím platnému právnímu rámci a ochraně práv všech dotčených subjektů.

Zodpovědnost: MZd, MŠMT, MPSV, MSp.

Spolupracující subjekt: ČŠI, kraje.

Termín plnění: 12/2027

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existence definovaných indikátorů a jejich pravidelné zveřejňování. Evidence oblasti lidských práv v nástrojích hodnocení kvality.

Opatření 1.4.3

Zapojit uživatele a neformální pečující do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.

Důvod zařazení opatření: Dle dostupné evidence je pro hodnocení kvality péče důležité, aby se jí aktivně účastnili samotní uživatelé péče a případně také jejich neformální pečující. Měření kvality péče nelze redukovat na používání jednoho určitého nástroje, proto je nutný vznik metodiky pro hodnocení služeb. Zapojení uživatelů péče a případně neformálních pečujících do přípravy této metodiky je zárukou toho, že měření kvality poskytované péče bude komplexní a bude reflektovat potřeby lidí s duševním onemocněním a neformálních pečujících v oblasti hodnocení kvality péče. Uživatelé péče případně neformální pečující budou zapojeni nejen do přípravy metodiky, ale i do pilotního ověřování, hodnotících návštěv, interpretace výsledků a tvorby doporučení pro zlepšení služeb. Jako důležité se jeví také zapojení dětí do tohoto procesu vzhledem k čím dál vyššímu podílu dětských pacientů s ohledem na čerpání zdravotní péče v oblasti duševního zdraví.

Způsob plnění: V návaznosti na opatření 1.4.2 vyhodnocení metodiky hodnocení kvality péče pro zdravotní služby (ambulance, denní stacionáře, lůžkovou péči, komunitní péči), sociální služby a školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo preventivně výchovné péče, s ohledem na zapojení uživatelů péče a jejich blízkých stran implementace. Řešení překážek, včetně návrhu legislativních úprav. Implementace metodiky do praxe. Provedení analýzy možnosti zapojení dětí do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.

Zodpovědnost: MPSV, MZd, MŠMT.

Termín plnění: 12/2027.

Rozpočet: 300 000 Kč na lidské zdroje v rámci pilotního projektu, zdroj: ESF+, udržitelnost: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: 30 zapojených lidí se zkušeností s duševním onemocněním, mladých dospělých se zkušeností s ústavní výchovou, lidí se zdravotním postižením se zkušeností s ústavní výchovou, kteří se účastní přípravy metodiky, pilotního ověřování i samotného hodnocení kvality péče. Existence analýzy možnosti zapojení dětí do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví.

Opatření 1.4.4

Vytvořit návrh monitoringu odolnosti a klimatu ve školách a školských zařízení a pilotně jej otestovat.

Důvod zařazení opatření: Odolnost, wellbeing, podobně jako klima ve třídě, jsou zásadní pro efektivní učení i včasnou detekci problémů. Bez kvalitních dat o stavu systému nemohou jednotliví aktéři (učitelé, podpůrní pracovníci na škole, ředitelé, podpůrní pracovníci kolem škol, lídři systému) efektivně rozhodovat o intervencích a vyhodnocovat jejich dopady. Pravidelný národní monitoring ve školách ovšem neprobíhá a Česko se tak musí spoléhat na ad-hoc mezinárodní šetření. V řadě zahraničních zemí je ale toto měření standardem. Pro zlepšení evidence-informed přístupu je zásadní začít zjišťovat kvalitní informace ze škol. Jednotná metodika NÚDZ a ukazatelů pro monitoring duševního zdraví má potenciál snížit administrativní zátěž škola zároveň umožnit řízení na základě dat – škola i kraj by mohli sledovat, jak se vyvíjí pohoda žáků, klima, absence nebo počet případů předaných k odborné pomoci, a mohli by cílit podporu tam, kde je nejvíce potřeba.

Způsob plnění: Zajištění pravidelného jednotného sběru údajů o duševní pohodě žáků, zdravém životním stylu, školním klimatu, absencích a o předávání dětí do odborné péče, návrh sady indikátorů. Realizace monitoringu a návrh pro pravidelné měření. Zvážení navázání každoročně sbíraných dat na v současné době realizované šetření o wellbeingu českých žáků, které realizuje projekt IPs DATA MŠMT. Zavedení jednotného přehledového panelu (dashboardu) pro školy a kraje s klíčovými ukazateli např.: duševní pohoda žáků (např. WHO 5), ukazatele hlášené žáky, školní klima, absence a kázeňská opatření, předání k odborné pomoci. Tato praxe odpovídá evropským doporučením pro „celou školu“, kde je systematické měření a práce s daty jedním z pilířů zlepšování prostředí školy. Zpracovávání souhrnných krajských a celostátních zpráv s doporučeními pro školy a zřizovatele. Provázání výstupů s tematickými šetřeními České školní inspekce a s výzkumem (např. NÚDZ), za účelem zajištění návazností mezi praxí, hodnocením a vědeckým poznáním, neboť propojení školních dat s nezávislým ověřováním zvyšuje účinnost zavedené podpory.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: NÚDZ.

Termín plnění: Pravidelný jednotný sběr údajů o duševní pohodě žáků, školním klimatu, absencích a o předávání dětí do odborné péče: 2026; návrh sady indikátorů a realizace monitoringu a návrh pro pravidelné měření: 2027. Jednotný přehledový panel (dashboard) pro školy a kraje: 2028.

Rozpočet: Zajištěno v rámci Individuálního projektu systémového Data z OP JAK, udržitelnost: rozpočtová kapitola MŠMT. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Zpráva s výsledky z dotazníkového šetření wellbeingu žáků navržený seznam indikátorů pro sledování a návrh pro pravidelné měření včetně pravidelného zveřejňování výsledků.

SPECIFICKÝ CÍL 1.5

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

Opatření 1.5.1

Navrhnout a zrealizovat pilotní program cílený na podporu zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním, včetně dětí a adolescentů.

Důvod zařazení opatření: Mezi vážné důsledky duševního onemocnění patří sociální izolace lidí, kteří si jím prošli, nebo jím procházejí a u dětí i dlouhodobé přerušení vzdělávání. Zahraniční zkušenosti ukazují, že intenzivní programy v komunitě (např. denní stacionáře nebo modely typu Recovery College adaptované pro mládež) umožňují až 73 % dětí pokračovat ve vzdělávání v běžných školách. Úprava vybraného zahraničního programu na české prostředí a jeho pilotní ověření se zaměřením na snižování sociální izolace lidí se zkušeností s duševním onemocněním a podporu jejich zotavení a zplnomocnění vychází z poznatků ze zahraniční praxe, které potvrzují účinnost komunitně orientovaných, intenzivních programů. Pilotní ověření bude zaměřeno zejména na programy typu Recovery College, Clubhouse, Culture House, Peer run respites (krizové domy) a na vybrané modely založené na nature based interventions (NBI, tzv. „green prescriptions“), které podporují různé oblasti života lidí se zkušeností s duševním onemocněním a mají vysoký potenciál snižovat jejich sociální izolaci.

Způsob plnění: Vypracování projektu/ů s cílem pilotního vyzkoušení fungování programu/ů v českém prostředí, včetně zaměření na věkovou skupinu 12–18 let (např. Recovery College pro dospívající nebo finský Culture House). Systematické zapojení rodinných peerů a mladých dospělých se zkušeností s duševním onemocněním do lektorských týmů těchto programů. Součástí projektu/ů bude analýza zahraničních zdrojů pro zjištění efektivity jednotlivých programů, na jejímž základě dojde k výběru nejefektivnějších typů programů, jejich adaptace na české prostředí a implementace. U dětí vytvoření standardizovaného postupu pro meziresortní spolupráci, k zajištění plynulého návratu dítěte do výuky. Zapojení dětí do přípravy návrhu opatření a projektů. Evaluace programu po dvou letech a návrh změn, vytvoření předpokladů pro začlenění do systému péče o duševní zdraví včetně financování a pokračování v implementaci.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: MŠMT, kraje.

Termín plnění: Tvorba projektů pro skupinu dospělí do 06/2027 a pro skupinu děti do 12/2027; vzdělávání průběžně do 2030.

Rozpočet: Mapování, metodika 3 mil. Kč: zdroj: Fondy EHP a Norska, pilotní ověření 8 mil. Kč/1pilot, zdroj: EU fondy 28+ (ve vyjednávání, viz kapitola Zdroje financování). Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Zpráva z evaluace pilotního projektu.

Opatření 1.5.2

Vyhodnocovat inovativní léčebné metody v oblasti psychiatrie a psychologie a u metod s dostatečnou evidencí účinnosti a bezpečnosti připravovat jejich odbornou standardizaci, vzdělávací zajištění, případné legislativní změny a úhradové mechanismy v souladu s jejich konkrétním právním režimem.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na stále přetrvávající nedostatky v efektivitě současné farmakoterapie a biologických metod v léčbě duševních onemocnění a zároveň na dynamický rozvoj vědeckých poznatků, zejména v oblasti virtuální reality, psychedelicky asistované terapie a dalších inovativních přístupů, i na potřebu systematicky ověřovat nové terapeutické modely, a integrované přístupy kombinující farmakologickou intervenci s psychoterapeutickými modalitami.

Způsob plnění: Podpora vzniku a koordinace výzkumných aktivit v oblasti terapeutického využití psychedelik, nových léčebných molekul, biologických léčebných metod, modelů virtuální reality atd., včetně integrovaných modelů péče. Hodnocení těchto výzkumných aktivit i v kontextu mezinárodních zkušeností ve vědě, výzkumu a léčebné praxi s ohledem na efektivitu a bezpečnost. U vybraných modelů péče s dostatečnou evidencí ve spolupráci s odbornými společnostmi realizace tvorby doporučených postupů, nastavení dlouhodobé evaluace efektivity a bezpečnosti, vytvoření a ukotvení souvisejícího vzdělávání odborníků a informo-

vanosti veřejnosti a provedení odpovídajících legislativních změn pro integraci do systému zdravotní péče v oblasti duševního zdraví. Posuzování modelů odděleně podle toho, zda jde o léčivý přípravek, návykovou látku, zdravotní výkon, psychotherapeutický postup nebo jiný terapeutický model. U modelů v určité fázi zavádění do systému (např. léčebné využití psilocybinu) revize a doplnění chybějících kroků. V kontextu dostupnosti pro stanovenou cílovou skupinu zajištění nastavení úhradových mechanismů z v. z. p. či jiných relevantních zdrojů.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: IPVZ, NÚDZ, zdravotní pojišťovny, sociální partneři

Termín plnění: Průběžně do roku 2030.

Rozpočet: Dle zavedené metody, pilotáž ze zdrojů EU fondů 28+, udržitelnost: 80 mil. Kč ročně – zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: 1 inovativní forma léčby zavedená do praxe, včetně legislativního ukotvení, doporučených postupů, nastavení systému vzdělávání, úhradových mechanismů a zajištění dostupnosti v rámci ČR do roku 2030.

Opatření 1.5.3

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.

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

Způsob plnění: Zpracování analýzy potřeb, na jejímž základě budou navrženy programy a projekty k realizaci, včetně prevence a modelů založených na nature-based interventions (NBI a "green prescriptions"), případně sociálním zemědělstvím a zdravého životního stylu.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Kraje, zdravotní pojišťovny, MŠMT, MŽP, NÚDZ.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: V rámci přípravy programového období EU fondů 28+, ESF+ (2021–2027) - sociální inovace. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existence minimálně 1 inovativního projektu pro oblast duševního zdraví v roce 2030.

SPECIFICKÝ CÍL 1.6

Digitální nástroje a terapeutika (včetně AI) v systému péče o duševní zdraví.

Digitální nástroje budou v oblasti duševního zdraví rozvíjeny jako podpůrný a navigační prvek systému, nikoli

jako náhrada odborného kontaktu. U zranitelných skupin, zejména seniorů a neformálních pečujících, bude zajištěna možnost lidského doprovázení a přijatelné formy podpory za účelem stabilizace a návaznosti na konkrétní služby. Všechna opatření tohoto specifického cíle jsou realizována v souladu s principem participace: lidé se zkušeností s duševním onemocněním (včetně peer pracovníků), neformální pečující a zástupci patientských organizací jsou systematicky zapojováni do fáze návrhu, testování, hodnocení i přehodnocování digitálních řešení. Jejich zapojení je podmínkou věcné správnosti, identifikace rizik a praktické využitelnosti inovací.

Opatření 1.6.1

Zajistit koordinaci potřeb duševního zdraví v rámci národní koordinační platformy pro digitální inovace ve zdravotnictví a národního regulatorního sandboxu pro AI.

Důvod zařazení opatření: Digitální nástroje a intervence využívající AI řešení mohou zvyšovat dostupnost péče, adherenci a včasný záchyt zhoršení stavu, současně však nesou zvýšená klinická a etická rizika a vyžadují řízení odpovědnosti, bezpečnosti a transparentnosti. Oblast duševního zdraví musí být aktivně zastoupena v národních strukturách pro rozvoj a regulaci digitálních řešení ve zdravotnictví, aby nedošlo k jejímu marginalizování v rámci průřezových procesů.

Způsob plnění: MZd ve spolupráci s vládním zmocněncem pro AI a ČAS zajistí, aby potřeby a specifika oblasti duševního zdraví byly systematicky promítnuty do: národního regulatorního sandboxu pro AI zřizovaného Českou agenturou pro standardizaci (ČAS) podle AI Aktu EU. MZd iniciuje jednání s ČAS a vládním zmocněncem pro AI o začlenění zdravotnických indikací s důrazem na duševní zdraví; národní koordinační platformy pro digitální inovace ve zdravotnictví. MZd zajistí, že platforma bude metodicky pokrývat i oblast duševního zdraví a bude obsahovat specializovanou pracovní skupinu (poradní sbor) pro digitální řešení v duševním zdraví.

Součástí tohoto opatření je vypracování metodiky kategorizace digitálních intervencí pro duševní zdraví podle míry rizika a dopadu, v souladu s EU AI Act, MDR, vyhláškou č. 30/2025 Sb., o telemedicínských zdravotních službách a vznikající národní metodikou pro digitální řešení ve zdravotnictví (navazující na dosavadní výstupy odborné skupiny NIKEZ/OR-RDZ). Metodika bude vycházet z pětistupňové klasifikace řešení OR-RDZ (Typ I: terapeutické on-line programy s vysokou mírou intervence; Typ II: podpůrné nástroje v péči; Typ III: relaxace a psychoedukace; Typ IV: samoobslužné wellbeing nástroje; Typ V: řešení využívající AI/ML, posuzovaná samostatně bez ohledu na míru intervence) a bude se řídit principem proporcionality – čím vyšší je míra zásahu do zdravotního stavu, tím přísnější jsou požadavky na doložení účinnosti a bezpečnosti. Metodika bude zahrnovat minimální požadavky na důkazy („evidence before scale“), v indikovaných případech lidský dohled zdravotního profesionála (human-in-the-loop), transparentní deklaraci použití AI včetně vymezení funkcí, které použítá AI plní, popisu modelu a monitorování biasu/driftu, ochranu dat a etickou kontrolu.

Zřízení mezioborové expertní skupiny při MZd (klinika, právo, IT bezpečnost, etika, HTA, plátcí), do jejíž práce budou systematicky zapojeni zástupci uživatelů péče (patientské organizace, peer pracovníci) a neformální pečující.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: ČAS, vládní zmocněnec pro AI (ve spolupráci s MPO – Hospodářská strategie 2.0, program Mission Oriented AI), ÚZIS, NÚDZ, NÚKIB (datová a kybernetická bezpečnost), odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, patientské organizace.

Termín plnění: 12/2026 (zahájení koordinace a zřízení expertní skupiny); průběžně.

Rozpočet: Odhad 2–3 mil. Kč (metodika + expertní práce); zdroj: ESF+/ rozpočtová kapitola MZd; Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existence schválené metodiky kategorizace; zřízení mezioborové expertní skupiny při MZd; doložená koordinace s ČAS a vládním zmocněncem pro AI ohledně zapojení indikací v oblasti duševního zdraví; existence pravidel pro human-in-the-loop a transparentní deklaraci AI.

Opatření 1.6.2

Zpracovat jednotnou transparentní metodiku odborného hodnocení, a zavést systém evidence a zveřejňování digitálních řešení pro duševní zdraví (včetně AI) v souladu s fungováním regulace zdravotnických prostředků i léčiv.

Důvod zařazení opatření: Digitální intervence, digitální terapeutika a AI nástroje mohou v oblasti duševního zdraví zvyšovat dostupnost péče, podporovat adherenci, prevenci i časný záchyt zhoršení stavu, současně však nesou klinická, etická, bezpečnostní a regulatorní rizika. Pro škálování funkčních řešení a ochranu uživatelů je nutný transparentní přehled ověřených nástrojů, jejich indikací, důkazů, rizik a podmínek použití. Bez takového systému dochází k roztržitésti, duplicitám a absenci orientačního bodu pro pacienty, pečující, lékaře i ostatní zdravotní profesionály.

Způsob plnění: OR-RDZ stanoví odborný rámec pro posuzování digitálních intervencí založený na principu proporcionality, odborné garanci, bezpečnosti, ochraně soukromí, transparentnosti s jasně definovanými hodnotícími kritérii, metodikou a prahovými hodnotami tak, aby šlo o pravidly řízený nikoliv primárně expertně-diskreční proces. MZd v návaznosti na doporučení OR-RDZ zřídí a metodicky ukotví jednotný systém pro posuzování a zveřejňování digitálních řešení pro duševní zdraví včetně AI digitálních nástrojů s využitím i bez využití AI řešení. Systém bude navržen tak, aby byl součástí (specializovanou kategorií) celkového registru digitálních řešení ve zdravotnictví a vycházel z obecných principů HTA a rozhodování o vstupu do systému zdravotní péče (resp. úhrad), přičemž pro digitální a AI řešení jsou definována pouze specifická doplňující kritéria reflektující jejich povahu. Základem systému bude „Odborná multidisciplinární komise pro digitální intervence v duševním zdraví“ ustavená při MZd. Tato platforma bude sloužit jako metodická a koordinační struktura, navazující na existující regulační rámce, zejména Medical Device Regulation (EU) a EU AI Act. Platforma nebude nahrazovat stávající kompetence regulačních orgánů (zejm. SÚKL, který zajišťuje právní, technickou a bezpečnostní regulaci zdravotnických prostředků (MDR, CE certifikace), ale bude přispívat k jejich sjednocené interpretaci a aplikaci v oblasti digitálních a AI řešení v oblasti duševního zdraví, včetně stanovení minimálních požadavků na důkazy, principů post-market dohledu a metodické podpory pro rozhodování v oblasti implementace a úhrad. Komise bude vydávat odborná doporučení podle předem stanovených a veřejně přístupných kritérií strukturovaných do čtyř hodnotících domén: (A) vědecká validita a metodická opora (úrovně důkazů: RCT/metaanalýza → pilotní/RWE data → odborná shoda); (B) odborné a organizační zajištění (garant, krizové postupy, řízení životního cyklu, exit strategie); (C) bezpečnost, etika a ochrana dat (GDPR/DPIA, end-to-end šifrování, prostředí bez reklam a monetizace dat, soulad s principy WHO 2023); (D) použitelnost, přístupnost a udržitelnost (usability testování, dostupnost pro různé skupiny uživatelů, plán dlouhodobé udržitelnosti). Součástí systému bude jeden centrálně spravovaný registr, zahrnující jednotlivé fáze životního cyklu řešení. Registr bude veřejně přístupný a čitelný pro různé skupiny uživatelů – pacienty, neformální pečující, lékaře a ostatní zdravotní profesionály i plátce. Registr bude založený na žádosti (submission-based), kdy iniciativu nese výrobce/provozovatel řešení, důkazní břemeno leží na žadateli, zařazení do systému je nediskriminační a podmíněné splněním předem definovaných kritérií v souladu s fungováním regulace zdravotnických prostředků i léčiv. Součástí systému bude také feasibility fáze a průběžné sledování reálného využívání, přičemž evidence případně připravovaných řešení bude zřetelně oddělena od odborně posouzených nástrojů a nebude zaměnitelná s odborným doporučením, stejně jako budou oddělena „posuzovaná“ a „neposuzovaná“ řešení. Registr bude zahrnovat i postup pro zahraniční aplikace. Zavedení periodického reportingu o adopci a dopadech (KPI) pro Radu vlády pro duševní zdraví.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: OR-RDZ / expertní skupina pro eHealth v oblasti duševního zdraví, Psychiatrická společnost ČLS JEP, ÚZIS, NÚDZ, SÚKL, NÚKIB (datová a kybernetická bezpečnost), ČTÚ, zdravotní pojišťovny, odborné společnosti relevantních zdravotnických a nelékařských profesí, patientské organizace a organizace neformálních pečujících, zástupci vývojářů digitálních řešení.

Termín plnění: Zahájení v roce 2027; zřízení systému a komise do 1/2027; spuštění registru a zahájení zveřejňování výstupů do 12/2027; dále průběžně.

Rozpočet: Odhad 8–12 mil. Kč na zřízení, vývoj a implementaci systému + 2 mil. Kč ročně na provoz, adminis-

traci, aktualizaci registru a činnost odborné komise, zdroj: rozpočtová kapitola MZd s možností využití EU fondů 28+ a fondu prospěšných činností ÚZIS. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátory: Existence MZd ustavené Odborné komise pro digitální intervence v duševním zdraví. Existence a#zveřejnění jednotné metodiky hodnocení digitálních řešení pro duševní zdraví včetně AI. Veřejně přístupný registr eHealth řešení pro duševní zdraví jako součást celkového registru digitálních řešení ve zdravotnictví. Počet hodnocených řešení a počet řešení se zveřejněným odborným doporučením podle typu. Existence systému průběžného sledování, feasibility fáze a opakovaného přehodnocování doporučení. Pravidelná veřejná zpráva o stavu hodnocení a implementace digitálních řešení v oblasti duševního zdraví.

Opatření 1.6.3

Nastavit metodický rámec pro rozvoj a evaluaci digitálních terapeutik a AI-podpory péče, včetně prevence a sociálních determinantů duševního zdraví.

Důvod zařazení opatření: Mezinárodní evidence podporuje účinnost digitálních intervencí (zejména internetových KBT programů) u deprese, úzkostí a insomnie; efekt je podmíněn adherencí a kontextem doporučení zdravotního profesionála. Prevence duševního zdraví a podpora zotavení jsou přitom stejně důležité jako léčba diagnostikovaných stavů. Pro české prostředí je nezbytné vytvořit podmínky, za nichž soukromé subjekty mohou prokazovat dopad svých řešení v reálné praxi, a umožnit integraci ověřených řešení do sítě poskytovatelů péče. Digitální podpora péče má potenciál i v oblasti sociálních služeb a při podpoře zotavení v komunitní péči.

Způsob plnění: MZd ve spolupráci s odbornými společnostmi a vládním zmocněncem pro AI (program Mission Oriented AI, Hospodářská strategie 2.0) připraví a zpřístupní:

Jednotnou metodiku pro evaluaci digitálních intervencí – standardizovaný protokol pro hodnocení výsledků (klinické outcomes, funkční stav, kvalita života, bezpečnost, cost-offset), použitelný jak pro preventivní, tak léčebné a rehabilitační intervence, zahrnující i sociální determinanty zdraví, včetně podpory zdravého životního stylu. Klíčovým prvkem metodiky je měření adherence jako dosažení minimální účinné dávky (MAD) – tedy takového množství a frekvence práce s programem, při kterém se prokazatelně zlepšují cílové ukazatele (nikoli jen frekvence spouštění aplikace). Každý žadatel o odborné posouzení je povinen definovat způsob měření MAD a jeho odůvodnění z vědecké literatury nebo vlastních pilotních dat. Metodika vychází z mezinárodních standardů: DiGA Guide (BfArM, 2023), Evidence Standards Framework for Digital Health Technologies (NICE, 2022), EPA Guidelines (2024) a WHO metodiky pro eHealth (2023/2024).

Rámec pro zapojení soukromých subjektů – podmínky, za nichž vývojáři/provozovatelé digitálních řešení mohou prokázat účinnost a bezpečnost svých nástrojů v reálném prostředí české sítě péče (CDZ, ambulance, pedopsychiatrie, sociální služby dle relevance), jako předpoklad pro odborné posouzení v rámci opatření 1.6.2. Důkazní břemeno leží na soukromých subjektech.

Propojení s programem Mission Oriented AI (MPO/vládní zmocněnec pro AI) – koordinace tak, aby digitální řešení pro duševní zdraví mohla čerpat z podpory určené pro inovativní AI projekty ve veřejném zájmu.

Opatření zahrnuje oblast primární prevence duševního zdraví (podpora duševní pohody, zdravého životního stylu a resilience), prevenci relapsu a léčbu diagnostikovaných stavů (deprese, úzkosti, insomnie, závislosti). Digitální intervence jsou chápány jako nástroj zdravotního nebo jiného profesionála – adherence a efektivita jsou podmíněny doporučením a dohledem kompetentního odborníka (nejen lékaře). Do návrhu a hodnocení intervencí jsou systematicky zapojeni lidé se zkušeností s duševním onemocněním, neformální pečující a zástupci patientských organizací.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Vládní zmocněnec pro AI / MPO, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé (CDZ, ambulance, pedopsychiatrie, poskytovatelé zdravotně-sociálních a sociálních služeb), ÚZIS, NÚDZ, odborné společnosti, patientské organizace a organizace neformálních pečujících.

Termín plnění: Metodika a rámec: 12/2026; průběžné zapojování soukromých subjektů a evaluace: 2027–2028; koordinace s programem Mission Oriented AI: od 2027.

Rozpočet: Odhad 2–5 mil. Kč (metodika, koordinace, odborná podpora); přímé náklady na realizaci pilotů nesou soukromé subjekty; případné veřejné spolufinancování výzkumné složky prostřednictvím relevantních agentur (TA ČR, AZV) nebo programu Mission Oriented AI. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existence schválené jednotné metodiky evaluace; počet soukromých subjektů, které metodiku využily; počet intervencí hodnocených v síti poskytovatelů; pokrytí preventivní i léčebné oblasti; podíl evaluací zahrnujících sociální determinanty zdraví; zapojení sociálních služeb.

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 stigmatizaci lidí s duševním onemocněním. V souvislosti srovnatelných příležitostí (v kontextu vytvoření srovnatelných podmínek) ošetřuje i oblast financí, a to jak na úrovni systému péče, tak úrovně jednotlivce.

SPECIFICKÝ CÍL 2.1

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

Opatření 2.1.1

Pokračovat v navyšování finančních prostředků z v. z. p. alokovaných do oblasti psychiatrické péče nejméně o ¼ mld. ročně nad rámec valorizace při zajištění zvyšování poměru alokovaných finančních zdrojů v komunitní péči oproti následné lůžkové péči.

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

Způsob plnění: Každoroční navyšování finanční alokace do oblasti psychiatrické péče nejméně o 250 mil. Kč oproti předchozímu roku, a to do roku 2029. Rozvržení této finanční alokace do úhrad jednotlivých služeb a oblastí péče je založeno na opatřeních popsanych v NAPDZ, projednaných a naplánovaných v rámci existujících pracovních skupin a implementovaných cestou dohodovacích řízení a úhradové vyhlášky s cílem dosažení změny poměru financí v lůžkové a komunitní psychiatrické péči. Pokračování v navázání bonifikačních mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven na transformační plány psychiatrických nemocnic, které jasně stanovují proces deinstitucionalizace a posilování komunitních služeb, a jejich každoroční vyhodnocování. Zapracování vyhodnocení této oblasti do zprávy z vyhodnocení plnění NAPDZ.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: Definován v opatřeních NAPDZ; zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

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

Opatření 2.1.2

Analyzovat mechanismus posuzování invalidity a výši přiznávaných důchodů u lidí s duševním onemocněním s ohledem na specifika u této cílové skupiny a dle výsledku analýzy naplánovat a implementovat potřebná opatření.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na data MPSV a další šetření, ze kterých vyplývá, že lidi s duševním onemocněním se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším věku. Současné nastavení mechanismu posuzování invalidity a vyplácení invalidních důchodů také nedostatečně flexibilně reaguje na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním a další specifika s tímto druhem onemocnění spojených a nezohledňuje změny v systému péče o duševní zdraví. V praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci osob, které mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období nemají nárok na jeho výplatu.

Způsob plnění: Zpracování analýzy současného stavu se zřetelem na osoby, které ze systému vypadávají, a v případě závěrů ve smyslu nutnosti změn, návrh opatření a plánu jejich realizace, včetně případných legislativních změn a rozpracování dopadů změny systému do státního rozpočtu.

Zodpovědnost: MPSV.

Termín plnění: Analýza 12/ 2027, ostatní průběžně.

Rozpočet: N/A, ostatní dle výsledků analýzy; zdroj: rozpočtová kapitola MPSV. Charakter výdajů: jednorázový (analýza) + opakující se (náklady spojené s implementací změn).

Indikátor: Existence analýzy invalidity u osob s duševním onemocněním a v případě zjištění potřeby změn, plán návazných opatření.

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. Zkrátit čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.

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

Způsob plnění: Zpracování analýzy fungování příspěvku na péči ve vztahu k cílové skupině (právní úprava, její aplikace v praxi). Příprava návrhu změny právní úpravy (zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) či změnu metodických postupů (aktů řízení). Zavedení časového limitu pro administraci příspěvku na péči.

Zodpovědnost: MPSV.

Termín plnění: Analýza 2026; návrh kritérií 2027.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MPSV. Charakter výdajů: jednorázový.

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

Opatření 2.1.4

Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím na evidenci založených postupů.

Důvod zařazení opatření: Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %. Cílem je vytvořit systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním prostřednictvím posílení metod vedoucích k účinnému zvyšování jejich uplatnitelnosti na otevřeném pracovním trhu.

Způsob plnění: Zpracování komplexní analýzy zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce a existujících podpůrných služeb a nástrojů v oblasti zaměstnanosti, včetně sociálních služeb, integračních sociálních podniků, nástrojů APZ a dalších forem podporovaného, tranzitního a komunitně založeného pracovního uplatnění. Součástí analýzy je také vypracování návrhu způsobu měření specifické míry ne/zaměstnanosti osob s duševním onemocněním, včetně definování nezbytných souvisejících právních, administrativních a technických předpokladů.

Současně s realizací analytické části posílení institucionální kapacity systému zaměstnanosti pro práci s touto cílovou skupinou. Toto posílení bude zajištěno prostřednictvím systemizace pozic a odborného vzdělávání v oblasti zaměstnávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním; vznikne 28 pozic poradců pro zaměstnavatele a 85 poradců pro klienty ve struktuře Úřadu práce jako klíčového prvku pro odborné individualizované poradenství zaměřené na lidi se zkušeností s duševním onemocněním i pro odborné poradenství pro zaměstnavatele.

Zodpovědnost: MPSV.

Spolupracující subjekt: MZd, poskytovatelé sociálních služeb, RILSA / VÚPSV, ÚP ČR.

Termín plnění: Analýza 2027; návrh systémových opatření 2028; dále průběžně.

Rozpočet: N/A; Bude upřesněn na základě analýzy a návrhu systémových opatření; zdroj: rozpočtová kapitola MPSV. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Do roku 2030 je vytvořen systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním pomocí metod vedoucích k účinnému zvyšování jejich uplatnitelnosti na otevřeném pracovním trhu. U osob se závažným duševním onemocněním je nezaměstnanost v roce 2030 nejméně o 5 % nižší oproti výchozímu stavu v provedeném průzkumu zrealizovaném v rámci analýzy.

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

Navrhnout a implementovat model včasného zachytu žen v období porodu s psychosociální zátěží nebo duševním onemocněním a zavést specializované služby péče o matky s duševním onemocněním bez nutnosti separace od dítěte („Mother and Baby Unit“ – MBU) v rámci lůžkové i komunitní péče.

Důvod zařazení opatření: Perinatální období představuje vysoce rizikové období pro vznik či relaps duševních onemocnění. Duševní obtíže postihují přibližně 10–20 % žen v tomto období. Neléčené onemocnění má negativní dopad na zdraví matky, kvalitu časné vazby a dlouhodobý psychosociální vývoj dítěte. V České republice dosud neexistuje plošný systémový model časného screeningu ani síť následné péče zahrnující komunitní služby v oblasti zdravotní i sociální péče, psychiatrické ambulance a specializovaná psychiatrická zařízení, včetně zařízení typu „Mother and Baby Unit“.

Způsob plnění: Zavedení standardizovaného screeningu duševního zdraví v těhotenství a po porodu v porodnicích a gynekologických ambulancích v České republice, včetně zohlednění souvisejících somatických obtíží, zejména opakovaných bolestivých stavů a syndromů, často provázaných s psychickou zátěží, které mohou významně omezovat běžné fungování a vyžadují specializovanou péči.

Prvním krokem pro vznik specializovaných jednotek Mother and Baby Unit (MBU) bude vznik pracovní skupiny pro vznik MBU (v gesci MZd), která provede analýzu a navrhne český model MBU vycházející ze zahranič-

ních zkušeností. Následně bude realizován pilotní provoz MBU v ČR s postupným rozšířením dle doporučení pracovní skupiny a zapojením MBU do kontinuálního systému péče zahrnujícího screening, komunitní služby, psychiatrické ambulance, stacionární a lůžkovou perinatálně psychiatrickou péči. V návaznosti na zavedení screeningu a specializovaných služeb je cílem opatření rovněž podpořit budování provázané sítě včasné podpory a návazné péče pro rodiny s dětmi přibližně do tří let věku, tedy v období zvýšené zátěže a adaptace. Systém návazné péče bude vytvářen jako samostatný mezioborový a participativní proces se zapojením relevantních zdravotních, sociálních, komunitních, krizových a peer služeb, odborné veřejnosti, samospráv a osob se zkušeností a s využitím pilotního projektu Perinatal. Bude vycházet z maximálního využití stávajících kapacit a bude zahrnovat jasné vymezení rolí jednotlivých profesí a služeb, nastavení principů jejich spolupráce, návaznosti péče, sdílení informací a předávání klientů, ale bude také zahrnovat identifikaci chybějících prvků péče, zejména v oblasti psychosociální, komunitní, peer a krizové podpory a časně dostupné psychiatrické péče. Součástí je rovněž definování zajištění dostupnosti služeb respektujících specifika perinatálního období, včetně vytvoření sítě psychiatrických ambulancí v ČR, ve kterých působí psychiatr se specializací na perinatální psychiatrii a proškolení pracovníků akutních psychiatrických ambulancí a krizových center v oblasti perinatální psychiatrie, a také poskytování péče s ohledem na dyádu matka–dítě a možnosti péče bez nutnosti separace dítěte. Podporováno bude také metodické vedení a koordinace implementace tohoto systému a systematické sdílení odborného know-how mezi zapojenými profesemi a službami.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: NÚDZ, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Model včasného zachytu 5/27, ostatní průběžně do 2030.

Rozpočet: Iniciální fáze OPZ+ (vývoj aplikace MoodPass – realizován v NSC ÚZIS; Pilot – OPZ+ program Perinatal.cz – probíhá; implementaci iniciálně hradí dotační program OPZ+ na fázi šíření; udržitelnost: cca 40 mil. Kč/rok z v. z. p.; možnost podpory z fondů prevence cca 40 mil. Kč/rok. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Počet porodnic v ČR s implementovaným screeningem v roce 2030 je 60. Podíl gynekologických ambulancí s implementovaným screeningem je v roce 2030 75 %. Podíl všech česky mluvících rodiček v ČR, které v roce 2030 prošly screeningovým programem NSC ÚZIS v aplikaci MoodPass je 90 %. V roce 2030 je v ČR 20 perinatálních psychiatrů a psychiatriček. Soustavně 15–20 % žen z počtu oscreenovaných/rok je po screeningu referováno do dalších služeb. Vznik pracovní skupiny pro vznik MBU a provedení analýzy včetně návrhu pro český model MBU; Existence definovaného systému primární prevence, včasné podpory a návazné péče včetně vymezení rolí jednotlivých profesí a služeb; Dostupnost návazné péče v regionech; Počet zapojených profesí a služeb.

Opatření 2.2.2

Vytvořit a pilotně ověřit systém včasné identifikace/depistáže dětí v psychosociálním ohrožení se zvláštním důrazem na děti ve fázi raného vývoje dítěte a raného dětství.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na potřebu systematicky posílit depistáž v raném věku dítěte, kdy je včasná identifikace psychosociálního ohrožení zásadní pro ochranu zdravého vývoje dítěte, přičemž účinná depistáž umožňuje rychlé rozpoznání rizik pracovníky ve zdravotnictví, sociálních službách a školství. Včasná zachycení umožňuje rychlé zapojení rodiny do adekvátních forem podpory a významně snižuje riziko eskalace problémů, které by později vyžadovaly náročnější a méně efektivní zásahy. Zahrnuje proto vytvoření doporučených postupů a metodik pro multidisciplinární spolupráci mezi zdravotnictvím, sociálními službami a školstvím, aby byla zajištěna koordinovaná, návazná a včasná podpora dítěte i celé rodiny.

Toto opatření navazuje na aktivity strategického dokumentu „Bezpečné dětství: cesta k prevenci násilí ve společnosti“, které jsou zaměřené na včasný záchyt a podporu ohrožených dětí.

Způsob plnění: Ve spolupráci s týmem pro implementaci strategie „Bezpečné dětství: cesta k prevenci násilí ve společnosti“ vytvoření jednotné metodiky koordinovaného přístupu a intervencí stran depistáže dětí v psychosociálním ohrožení, sjednocení přístupu v krajích a obcích a vymezení kompetencí jednotlivých aktérů

napříč resorty. Na základě metodiky začlenění systému do právních norem a vzdělávání pracovníků napříč dotčenými resorty. Součástí metodiky je vytvoření doporučených postupů pro multidisciplinární spolupráci při depistáži a následné podpoře dítěte v psychosociálním ohrožení a jeho rodiny do vhodné formy intervence ve zdravotním, sociálním a školském segmentu, tak aby byla zajištěna jednotná, koordinovaná a efektivní návazná péče.

Zodpovědnost: MŠMT, MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: MV, Kraje.

Termín plnění: Zpracování návrhu metodiky depistáže 6/2027; zpracování analýzy zahraničních modelů multidisciplinárních center pro oběti násilí 12/2027; implementace průběžně.

Rozpočet: 3 mil. Kč, zdroj: Fondy EHP a Norska. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Předložený návrh implementace systému včasné identifikace s jasně definovanými legislativními dopady pro jednotlivé resorty.

Opatření 2.2.3

Rozvíjet 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.

Důvod zařazení opatření: V ČR chybí dostatečná nabídka evidence-based programů rozvoje rodičovských kompetencí, řada zvláště zranitelných rodin zůstává bez podpory, což má vážné dopady do oblasti dětského duševního zdraví.

Způsob plnění: Další zavádění programů rozvoje rodičovských dovedností pro rodiny v psychosociální zátěži, včetně zaměření na zvláště ohrožené cílové skupiny (ženy ve výkonu trestu, děti v ochranném léčení apod.) a rozšiřování těchto programů pro všechny věkové kategorie dětí. Příprava vzdělávání pracovníků odpovědných za poskytování služeb v oblasti rozvoje rodičovských kompetencí a zajištění dostupnosti těchto programů. Systémové využití programů Triple P nebo obdobných, výzkumně ověřených preventivních a intervenčních programů (evidence-based) zaměřených na podporu rodičovských kompetencí a duševního zdraví dětí, a jejich zavedení do všech relevantních resortů (MZd, MPSV, MŠMT, MSp).

Zodpovědnost: MZd, MPSV, MSp.

Spolupracující subjekt: MŠMT, NÚDZ, kraje, obce, zdravotní pojišťovny, sociální partneři, vzdělávací instituce, poskytovatelé zdravotních služeb.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: Zdroj: Fondy EHP a Norska, ESF+; Udržitelnost: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů, rozpočty obcí a krajů dle jejich možností – celkem ročně cca 60 mil. Kč.; indexové financování. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence programů a ukotvení v rámci jednotlivých resortů.

Opatření 2.2.4

Rozvinout nezbytný systém studijního a psychologického poradenství pro studenty, pracovníky a uchazeče veřejných vysokých škol s cílem zajistit kvalitní, dostupné a standardizované služby v souladu se zákonnými povinnostmi.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na dlouhodobě se prohlubující problematiku v systému vysokého školství, zejména na zvyšující se míru studijní neúspěšnosti související s psychickou zátěží studentů, která je dále umocňována společenskými událostmi. Roste počet studentů i uchazečů se specifickými

potřebami, kteří se kromě svého znevýhodnění potýkají také s psychickými obtížemi, jež výrazně ovlivňují jejich studijní průběh, sociální začlenění i budoucí kariérní uplatnění.

Způsob plnění: Zvyšování kapacit studijního a psychologického poradenství na VŠ se souběžným zaváděním či dodržováním standardů poradenských služeb, které formulují veřejné vysoké školy nebo Národní akreditační úřad pro terciární vzdělávání s důrazem na kvalitu, dostupnost a provázanost poskytovaných služeb. Stanovení základních kapacitních standardů studijního a psychologického poradenství na vysokých školách, včetně dostupnosti služeb, přiměřených čekacích lhůt na první kontakt a zajištění pomoci v krizových situacích. V rámci uplatňování standardů poradenských služeb podporování pravidelného anonymního monitorování duševní pohody studujících jako podpůrný nástroj pro zkvalitňování a cílení poradenských služeb. Vzdělávání akademických pracovníků a zaměstnanců vysokých škol v oblasti specifických potřeb, duševních onemocnění a metod včasné identifikace osob v ohrožení, aby vysoké školy dokázaly adekvátně reagovat na zvyšující se potřeby studujících.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: NAÚ.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MŠMT a rozpočty vysokých škol. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Navýšení kapacit /počtu poradenských pracovišť na VŠ o 10 % procent.

Opatření 2.2.5

Monitorovat stávající programy a nástroje na podporu duševního zdraví na pracovišti, zajistit osvětu a šíření dobré praxe, včetně v zahraničí ověřených modelů, a podpořit zaměstnavatele při zavádění těchto nástrojů do praxe se zohledněním specifických cílových skupin.

Důvod zařazení opatření: V současné době kromě průzkumů, jež potvrzují vysokou míru subjektivně vnímaného negativního vlivu podmínek v zaměstnání na zdraví zaměstnanců, pozorujeme zvyšující se incidenci duševních onemocnění v souvislosti se zaměstnáním, vyšší míru předčasných důchodů a pracovní neschopnosti ve spojitosti se stresovou zátěží. Zaměření se na zlepšení psychosociálních podmínek v zaměstnání je významně nákladově efektivní. Současný návrh novely nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, již významně doplňuje vymezení psychické zátěže na pracovišti a sada materiálů na BOZPinfo nabízí praktická doporučení pro budování pracovního prostředí podporujícího duševní pohodu od významu duševního zdraví pro výkon až po prevenci stresu. Stále však zůstává neošetřeno mnoho komponent duševního zdraví a implementace v praxi zaostává za nastavováním legislativního a metodického rámce.

Specifickou cílovou skupinou s nutností zaměření pozornosti jsou pomáhající profese ve zdravotnictví, školství i sociálních službách. Tyto čelí vysoce náročné psychosociální zátěži, která při nedostatečné podpoře zvyšuje riziko syndromu vyhoření, snižuje kvalitu služeb a s tím souvisí vyšší fluktuace pracovníků. Efektivní praxe ze zahraničí (supervize, Balintovské skupiny atd.) nejsou dostatečně implementovány. Není ošetřena rostoucí administrativní zátěž. V různých sektorech se jedná především o požadavky na detailní výkaznictví, používání hodnotících škál a reporting. Jakkoliv mohou tyto nároky na evidenci být racionální, v souhrnu vytvářejí významnou zátěž, která omezuje čas strávený v kontaktu s příjemci služeb a nepřiměřeně zatěžuje pracovníky v přímé linii. Zvláště palčivý je tento problém v multidisciplinárních týmech, kde se setkávají požadavky různých resortů. Také vzdělávání manažerů zdravotních, sociálních a dalších služeb je dlouhodobě podceňováno. Přitom jsou klíčoví pro řízení změny.

Způsob plnění: Mapování současné praxe, hodnocení a přenos dobré praxe ze zahraničí, podpora osvěty a koordinace souvisejících aktivit. Součástí mapování a přenosu dobré praxe bude rovněž využití výstupů pilotních projektů realizovaných v ČR, např. projektu PREPO1 – Prevence a podpora duševního zdraví dospělé populace v ČR 1 (NUDZ), jako příkladu ověřeného přístupu s potenciálem širší implementace v pracovním prostředí. Návrh novelizace nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, rozšiřující stávající definici prací s psychickou zátěží, a metodická podpora zaměstnavatelů při tvorbě preventiv-

ních opatření z navrhovaného § 33. Využití existujících nástrojů např. programů podpory zdraví jasně ukotvené v zákoně č. 373/2011 Sb. (přijetím novely zákona č. 120/2025 Sb.), o specifických zdravotních službách v rámci nového § 55a, který tyto programy výslovně definuje. Metodická podpora zaměstnavatelů při práci s identifikovanými rizikovými skupinami. Vytvoření jednotného metodického rámce pro implementaci Balintovských skupin, supervizi a dalších reflexivních formátů ve zdravotnictví, školství a sociálních službách, včetně plánu vzdělávání a evaluace. Podpora vzniku, implementace a evaluace vzdělávacích programů pro manažery ve službách pro péči o duševní zdraví (řízení transformace, digitalizace, AI, personální práce, networking). Upřednostnění mezisektorových programů a programů se zapojením expertů se zkušeností (peer lektorů). Realizace šetření ve zdravotních i sociálních službách péče o duševní zdraví a následná analýza administrativních nároků na pracovníky v přímé péči a návrh opatření.

Zodpovědnost: MPSV, MZd.

Spolupracující subjekt: NÚDZ, sociální partneři, IPVZ, NPI.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: Dle aktivit; zdroj: EU fondy 28+ (ve vyjednávání, viz kapitola Zdroje financování). Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Zpráva z mapování, evaluace vývoje situace á 2 roky.

Opatření 2.2.6

Podpořit prevenci a časnou intervenci v oblasti duševního zdraví a vznik komunikačního plánu na podporu orientace seniorů a jejich neformálních pečujících v systému péče o duševní zdraví.

Důvod zařazení opatření: V důsledku demografického vývoje dochází k nárůstu výskytu duševních poruch ve vyšším věku, což dokládá např. zdvojnásobení počtu ošetřených pacientů s diagnózou organické poruchy v psychiatrických ambulancích za posledních 15 let. Význam mají také „neúplné“ syndromy (např. depresivita) a specifické projevy duševních poruch (například porucha hromadění), které výrazně zhoršují kvalitu života starších lidí a jejich okolí, zejména neformálních pečujících. Bez aktivní navigace a návaznosti služeb se senioři a pečující často nedostávají k pomoci včas, případně zůstávají pouze u praktického lékaře, medikace nebo krizového kontaktu bez dlouhodobější podpory. To zvyšuje riziko zhoršení stavu, akutních intervencí a institucionalizace. Neformální pečující jsou s ohledem na dlouhodobou psychickou zátěž vysoce rizikovou skupinou z hlediska rozvoje depresivních, úzkostných poruch a syndromu vyhoření. Jejich duševní zdraví zásadně ovlivňuje stabilitu opečovávané osoby a udržitelnost péče v domácím prostředí. Problematika prevence a časné intervence v oblasti duševního zdraví seniorů a jejich pečujících není ve strategických dokumentech dostatečně implementačně ukotvena a vyžaduje systematické propojení zdravotní a sociální oblasti.

Způsob plnění: Vytvoření funkčního systému prevence a časné intervence v oblasti duševního zdraví seniorů a neformálních pečujících, který umožní včasnou identifikaci rizik, sníží rozvoj závažných duševních poruch, propojí zdravotní a sociální systém, další služby a komunitní podporu, zlepší orientaci cílových skupin v systému péče a podpoří komunitní model péče. Jednotlivé aktivity obsahují: prevenci a časnou intervenci v primární péči (zavedení screeningu duševních poruch, metodické ukotvení postupů následné péče, propojení a indikaci návazných služeb a sledování dopadu na využívání akutní psychiatrické péče, hospitalizace a preskripci psychofarmak), zavedení modelu social prescribing pro seniory a neformálně pečující v primární péči jako nástroje časné intervence, propojení zdravotní péče s komunitními a sociálními službami, jako i možnost předání do distanční psychosociální podpory a poradenské psychoterapie a využití ověřených digitálních rozcestníků pro seniory a pečující. Součástí podpory je také zmapování současných podpůrných služeb a mechanismů na podporu neformálních pečujících a plán jejich rozvoje, tj. zajištění dostupné psychologické podpory pro neformální pečující, rozvoj odlehčovacích služeb a implementace programů zaměřených na prevenci vyhoření pečujících.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: Dle aktivit; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se. Indikátor: Počet zapojených poskytovatelů primární péče je 30. Počet seniorů a pečujících, kteří využili preventivních intervencí je 200.

Opatření 2.2.7

Systémově ukotvit a rozvíjet přístup včasné detekce a intervence u lidí v riziku nebo v rané fázi různých typů duševního onemocnění či specifických rizikových faktorů.

Důvod zařazení opatření: Přístup včasné detekce a včasné intervence (ED/EI) u lidí v riziku nebo v rané fázi různých typů duševního onemocnění či specifických rizikových faktorů (např. rizika sexuálně motivované trestné činnosti) není v systému zdravotních a sociálních služeb v ČR dosud systematicky ukotven, přestože jeho význam pro další průběh onemocnění i sociální fungování člověka je dobře doložen. Včasné rozpoznání potíží a rychlé navázání odpovídající podpory a léčby mohou snížit závažnost dlouhodobých dopadů onemocnění do oblasti vztahů, vzdělávání, práce i samostatného fungování.

Způsob plnění: Ukotvení principů včasné detekce a včasné intervence do systému služeb ve zdravotnictví a na sociálně-zdravotním pomezí, zejména pro specifické neošetřené cílové skupiny jako nonafektivní psychózy, osoby ve zvýšeném riziku sexuálně motivované trestné činnosti, osoby s poruchami psychosexuálního vývoje obecně atd. Zavedení postupů pro identifikaci cílové skupiny, navázání včasné podpory, koordinaci péče a spolupráci s návaznými službami ve vybraných službách a vytvoření podmínek pro jejich další rozšiřování, včetně průběžného vyhodnocování zavádění opatření a identifikace podmínek pro jeho širší uplatnění v systému.

Zodpovědnost: MZd, MPSV, MŠMT, MV.

Spolupracující subjekt: MSp (VS ČR a ZZ MS), NÚDZ, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, kraje.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: Dle navazujících implementačních aktivit, zdroj: rozpočty zodpovědných resortů, v. z. p. a krajů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Zavedené postupy včasné detekce a včasné intervence u vybraných cílových skupin a zpracovaný návrh jejich širšího uplatnění v systému zdravotních a sociálních služeb.

SPECIFICKÝ CÍL 2.3

Zajistit podporu dětského duševního zdraví ve vzdělávacím systému.

Opatření 2.3.1

Zvýšit kompetence učitelů v oblasti snižování rizik a včasném zachycení problémů žáků.

Důvod zařazení opatření: Učitelé, zejména třídní učitelé, jsou ve škole v nejužším kontaktu s žáky a mají proto nezastupitelnou roli ve snižování rizik a včasném zachycení problémů žáků v oblasti duševního zdraví. Zkrácení doby od zachytu k první pomoci prokazatelně snižuje riziko zhoršování potíží dítěte. WHO doporučuje, aby školy měly předem dané kroky a lhůty, které zaručí rychlou reakci a zapojení rodiny. Pravidelné třídnické hodiny podporují pozitivní sociální klima, vztahy mezi žáky a pocit bezpečí, což má přímý vliv na jejich motivaci i vzdělávací výsledky. Kvalita třídního klimatu závisí na cílené a systematické práci třídního učitele, což odůvodňuje potřebu jeho metodické podpory, adekvátní odměny a dalšího vzdělávání. Intervize a supervize významně přispívají ke kvalitě pedagogické práce, profesnímu rozvoji učitelů i prevenci syndromu vyhoření. Pravidelná reflexe praxe v bezpečném kolegiálním prostředí podporuje sdílení zkušeností, zvyšuje profesní kompetence a vede ke zlepše-

ní práce s žáky i školního klimatu. Již pregraduální příprava má vybavit budoucí učitele potřebnými kompetencemi, což odráží Kompetenční rámec absolventa a absolventky učitelství (KRAAU), který obsahuje kompetence přímo směřující ke snižování rizik a včasnému zachytávání problémů žáků v oblasti psychického zdraví (zejména kompetence 2.3, 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 4.2, 4.3). Proto je třeba jeho důsledná implementace do přípravy učitelů. Z části se jedná o již schválené opatření v rámci systémového podpory dětského duševního zdraví v gesci MŠMT.

Způsob plnění: Implementace témat osobnostně sociální výchovy (socio-emoční učení atd.) wellbeingu a obecně nespecifické primární prevence v rámci revize RVP do výuky (např. formou třídnických hodin). Posílení role třídnických hodin v rámci doporučeného učebního plánu a posílení metodické podpory a vzdělávání pro třídní učitele. Zavedení vzdělávání pro třídní učitele (jak na úrovni pregraduální, tak na úrovni DVPP) a systému profesního rozvoje učitelů napomůže vytvoření otevřeného a přátelského klimatu třídy/školy. Garance kvality těchto kurzů s přednostním využíváním evidence based programů je vhodná např. prostřednictvím obnovení systému akreditací. Zavedení standardu včasného zachytu (depistáže) – pedagogické pozorování varovných signálů, zjišťovací šetření, rozhovor s dítětem a zákonným zástupcem, zapojení pracovníků školního poradenského pracoviště atd. MŠMT ve spolupráci s odborníky připraví návrh zavedení intervizních a supervizních setkání pro pedagogické sbory, zejména s oporou o podpůrné pracovníky ve školním poradenském pracovišti pod metodickým vedením školních poradenských zařízení. Posílení implementace Kompetenčního rámce absolventa a absolventky učitelství (KRAAU) do přípravy učitelů na vysokých školách. Zajištění motivačního zvláštního příplatku za práci třídního učitele.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: NPI, NÚDZ, obce a kraje.

Termín plnění: 9/2028 (povinné zahájení výuky podle nového RVP pro základní vzdělávání), resp. 9/2029 (předpokládaná účinnost nového zákona o pedagogických pracovnících). 12/2030 (realizace zavádění evidence based a dalších kvalitních programů socio-emočního učení do škol).

Rozpočet: Bude upřesněn na základě plánu realizace a mapování v rámci jeho přípravy. Motivační odměna bude zabezpečena redistribucí prostředků na platy učitelů v rámci každoročního zákonného navýšování objemu prostředků na platy pro učitele., zdroj: rozpočtová kapitola MŠMT (Dále cca 100 mil. Kč, zdroj: Fondy EHP a Norska. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Třídnické hodiny mají posílenou časovou dotaci v doporučeném učebním plánu, je realizováno efektivní vzdělávání pro třídní učitele. Jsou vytvořeny návrhy zavedení intervizních a supervizních setkání pro pedagogické sbory. Kompetenční rámec absolventa a absolventky učitelství je důsledně implementován do přípravy učitelů. Je zajištěn motivační zvláštní příplatek za práci třídního učitele. Ve školách jsou implementovány evidence based a další kvalitní programy socio-emočního učení.

Opatření 2.3.2

Standardizovat práci školních psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pedagogů v mateřských a na středních školách a zajistit jejich dostupnost v mateřských, základních a středních školách a posílit roli školního metodika prevence.

Důvod zařazení opatření: Výzkumy i koncepční materiály ukazují, že dostupnost těchto odborníků ve škole přispívá ke zlepšení vzdělávacích výsledků, včasné diagnostice a efektivnímu nastavení podpůrných opatření, a zároveň podporuje bezpečné a pozitivní klima školy. Současně se ukazuje, že absence stabilně ukotvených pozic vede k nerovnoměrné dostupnosti služeb a snižuje jejich efektivitu, mimo jiné v důsledku personální nestability a administrativní zátěže. Posilování školních poradenských pracovišť je proto klíčové pro rozvoj duševního zdraví dětí a žáků a představuje klíčový nástroj pro podporu vzdělávacích potřeb všech žáků i profesní podpory pedagogických pracovníků. Dle plánu Bezpečné dětství probíhá zajištění primární prevence ve školství v současné době nahodile a nesystematicky. Současně řeší preventivní programy ve školách často již konkrétní formy rizikového násilí a nepokrývají prevenci nespecifickou, zaměřenou na osvojování dovedností a zavádění socio-emočních dovedností a trauma respektujícího přístupu, které dle výzkumných zjištění nejúčinněji předchází rizikovému chování. (3.1.3., Bezpečné dětství) Supervizní a intervizní podpora ve školních poradenských

pracovištích prokazatelně napomáhá zvládání náročných situací a zvyšuje efektivitu poskytovaných služeb.

Způsob plnění: Vytvoření standardu školního poradenského pracoviště a jeho klíčových pozic pro MŠ a SŠ (psycholog, speciální pedagog, sociální pedagog, metodik prevence, výchovný poradce, asistent pedagoga). Zajištění dostatečných kapacit podpůrných pozic na ZŠ, SŠ i MŠ. Institucionalizace a profesionalizace asistentů pedagoga (zejména v ZŠ, následně i v MŠ a SŠ). Indexace financování škol dle skladby žáků – tj. posílený personál a zvýšená podpora na školách, které nesou zvýšenou zátěž. Vytvoření návrhu zavedení supervizí a intervizí pro školní poradenská pracoviště. Školní poradenské pracoviště koordinuje kroky školy od prvního zachycení signálů po předání k odborné pomoci a vede přehlednou dokumentaci (co se stalo, kdy, jaké kroky následovaly, s kým škola spolupracuje). Součástí metodické podpory bude rovněž vytvoření a zavedení jednotných postupů pro posuzování, sdílení a předávání citlivých informací mezi školou, zdravotními a dalšími relevantními službami, s cílem posílit koordinaci péče a právní jistotu všech zapojených aktérů. Tento postup je v souladu s evropskými pokyny pro školy a podporuje odpovědné řízení případů. Pravidelně také školí pedagogický sbor v pedagogickém pozorování a v krizových postupech (jak rozpoznat náhlou změnu chování, prospěchu, sociální izolaci, opakované somatické potíže či varovné výroky o sebepoškozování).

Cílená a dlouhodobá podpora vysokoškolských programů připravujících chybějící profesionály (speciální pedagogika, psychologie a další), především v nedostatkových regionech. Posílení role školního metodika prevence úpravou jeho pracovních podmínek, vymezením kompetencí v naplňování tříúrovňového modelu prevence a zajištěním metodické podpory, s důrazem na provázání činností všech členů školního poradenského pracoviště. Metodické napojení školních poradenských pracovníků na ŠPZ (viz. nově navržené opatření 2.3.3.) a na regionálního a krajského koordinátora (viz. návrh upraveného opatření 1.2.1.), aby byla zajištěna návaznost a spolupráce škol, poraden a zdravotních služeb. Modely v zahraničí (např. Španělsko či kanadské Ontario) takovou roli a návaznost výslovně podporují. Bude zavedena tzv. banka odpočtů přímé pedagogické činnosti pro metodické pozice ve škole tak, aby měl ředitel školy možnost snížit přímou pedagogickou činnost také metodikům prevence či jiným metodickým a specializačním pozicím ve škole v souladu s potřebami konkrétní školy.

Zodpovědnost: MŠMT.

Termín plnění: Indexové financování (2026), kontraktové financování (2026), parametrizace asistentů pedagoga v ZŠ (2027), banka odpočtů PPČ (2027), institucionalizace podpůrných pozic v MŠ a SŠ (2029), implementace standardů školních poradenských služeb (2029), do té doby pilotáž vybraných částí.

Rozpočet: Je nutné dodržet legislativní závazek platu učitelů (130 % průměrné mzdy) – v rámci něj je pak možné zajistit redistribuci odpovědností a odpočty hodin vybraným pozicím; indexovaná podpora školám nesoucím vyšší zátěž a indexace cílená na děti a žáky 700 mil. Kč/rok – zdroj: rozpočtová kapitola MŠMT (jedná se o nezabezpečený dopad). Další kontraktové financování N/A (zabezpečeno v rámci rozpočtu vysokého školství). Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Jsou nastavena jednotná metodická pravidla pro činnost všech podpůrných pozic. Je zajištěna parametrizace a profesionalizace podpůrných pozic v MŠ, ZŠ i SŠ, včetně asistentů pedagoga. Vysoké školy připravují dostatečný počet profesionálů pro podpůrné pozice díky víceletému vládnímu programu pro veřejné vysoké školy, a to i regionálně. Je realizováno účinné indexové financování škol se zvýšenou socioekonomickou zátěží. Je implementována banka odpočtů přímé pedagogické činnosti pro potřeby snížení přímé pedagogické činnosti metodickým a specializačním pozicím ve škole.

Opatření 2.3.3

Zpřehlednit a systémově ukotvit vzdělávací moduly, standardizované postupy a nástroje pro podporu duševního zdraví a prevenci rizikového chování v prostředí školy.

Důvod zařazení opatření: Zvyšující se prevalence psychických obtíží u dětí a dospívajících vyžaduje systematické a odborně podložené mechanismy podpory v rámci školního prostředí. Ačkoliv jsou v systému k dispozici různé programy prevence a podpůrné materiály, současná situace je charakterizována výraznou roztržitostí zdrojů, existuje velké množství neakreditovaných, nekontrolovaných či nejednotných materiálů, které se liší kvalitou, dostupností i odborným ukotvením. Jejich dostupnost se navíc výrazně liší napříč re-

giony, což vede k nerovným podmínkám v přístupu k podpoře duševního zdraví. Školám chybí sjednocující metodické postupy, standardy odborné práce a systémový rámec, který by jasně určoval, jak postupovat při práci se třídním kolektivem ohledně prevence, identifikace a intervence u duševních obtíží. Současně není na národní úrovni dostatečně zajištěna kontrola kvality a bezpečnosti poskytované podpory a preventivních programů, což vede k riziku využívání neefektivních nebo odborně problematických přístupů. Digitální nástroje představují efektivní prostředek pro distribuci evidence based preventivních programů, metodických postupů a screeningových nástrojů, které posilují schopnost škol rychle identifikovat a adekvátně reagovat na potřeby žáků v oblasti duševního zdraví. Při identifikaci problémů je důležitá efektivní spolupráce škol a rodin na cílené a společné podpoře dítěte a na vzájemném sdíleném porozumění situaci dítěte. V rámci témat je nutné reflektovat aktuální společenské jevy, např. rizika spojená s používáním sociálních sítí. Do komplexní prevence je důležité zahrnout také témata vztahů a sexuality, protože právě v mezilidských vztazích často vznikají psychické potíže, nejistoty nebo problémy se sebepojetím, přičemž se v praxi ukazuje, že řada žáků v této oblasti tápe, setkává se s tlakem okolí nebo rizikovým chováním, což ovlivňuje jejich duševní zdraví. Potřeba podpory i v této oblasti povede k nastavení zdravých vztahových vzorců a přispěje k bezpečnějšímu a zdravějšímu přístupu k sexualitě. Zavedením koncipované infrastruktury by došlo k eliminaci rozdílnosti, zvýšení transparentnosti, zajištění kvality a zefektivnění spolupráce mezi školami, poradenskými zařízeními a dalšími odbornými službami.

Způsob plnění: Systémové nastavení a adaptace podpory, zlepšení orientace škol v dostupných možnostech pomoci a zajištění rovnoměrné dostupnosti (včetně finanční) materiálů a postupů napříč školami bez ohledu na jejich regionální či kapacitní podmínky. Rozvoj odborných vzdělávacích modulů nespecifické primární prevence zaměřených na podporu duševního zdraví, zejména v oblastech psychohygieny, emoční regulace, resilience, zdravých vztahů, sexuality a zvládání zátěže a s nimi související behaviorální faktory, zejména zdravý životní styl. Umožnění dalšího doplňování a rozšiřování těchto nástrojů v případech identifikované potřeby tak, aby odpovídaly aktuálním výzvám a podmínkám ve školách. Podpora a další rozvoj stávajícího systému primární prevence rizikového chování a podpory duševního zdraví, včetně systematické podpory klíčových pracovníků v systému prevence. Ukotvení a rozšiřování klíčových systémových nástrojů primární prevence a posilování kvality a bezpečnosti preventivních programů, včetně zavádění systémových prvků pro zajišťování kvality primární prevence ve školství. Zahrnutí pohybové aktivity ve školním prostředí (aktivní přestávky, pohyb jako součást výuky, koncept „aktivní škola“). Vytvoření standardizovaných metodik pro školy a rodiče zaměřených na digitální hygienu a prevenci rizik spojených s předčasným užíváním sociálních sítí.

Integrace existujících nástrojů a podpůrných mechanismů do školních preventivních strategií. Zavedení nabídky potřebného vzdělávání pro pedagogy tam, kde to daná problematika vyžaduje včetně možnosti využití supervize jako dobrovolného podpůrného a rozvojového nástroje pro pedagogické pracovníky.

Vytvoření metodických materiálů pro pedagogy a školní poradenské pracovníky stanovující odborné postupy při podpoře žáků s psychickými obtížemi a při práci se třídním kolektivem a při komunikaci s rodiči a dítětem, které budou formulovány za účelem jednotné, odborně správné a snadno aplikovatelné praxe. Průběžné sledování kvality vytvořených modulů, materiálů a postupů, aby byla zaručena jejich odborná přesnost, aktuálnost a efektivita. Aplikace obdobného přístupu jako u základních škol v prostředí mateřských a středních škol.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: Kraje, obce, MZd, NÚDZ.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: 20 mil. Kč/rok/kraj, zdroj: dotační tituly, rozpočty krajů dle jejich možností, rozpočtová kapitola MŠMT. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Vznik systémově nastavené a sjednocené podpory pro oblast péče o duševní zdraví (doporučení, postupy, návody, krizové protokoly), které budou začleněny do školních preventivních strategií. Zajištěn mechanismus průběžného sledování kvality vzdělávacích modulů, metodických materiálů a odborných postupů.

Opatření 2.3.4

Zvýšit kapacity a zefektivnit metodické řízení a podporu školských poradenských zařízení směrem ke školám.

Důvod zařazení opatření: Školská poradenská zařízení dnes nedokáží kvalitně zajistit podporu školám v situacích, ve kterých si s nimi nedokáží sami poradit. Čekací doby jsou neúnosně dlouhé, kvalita práce je významně nejednotná a ve většině případů nerealizují metodickou podporu škol a školských poradenských pracovišť, které ji potřebují. Školy a děti jsou tak často ponechány bez dostatečné podpory. Nedávné změny v legislativě přitom zvýšily metodickou roli školských poradenských zařízení směrem ke školám. Pro úspěšnou implementaci této změny je nutné jasné vydefinovat odpovědnosti, procesy a financování tak, aby vedlo k vysoké podpoře žáků a školám. Těmito úpravami je cílem dosáhnout kaskádovitěho vedení od centra (MŠMT/NPI), přes školská poradenská zařízení až ke školám a žákům. Součástí toho je zpřesnění obsahu služeb a činnosti jednotlivých aktérů včetně vymezení sociální práce ve školách.

Způsob plnění: Vytvoření standardu ŠPZ a ŠPP (zahrnující zejména: 1. Stanovení maximální doby čekání na první odborný kontakt nejpozději do čtyř týdnů – protože delší čekací lhůty podle evropských zpráv zvyšují riziko zhoršování potíží a nerovností. Doporučení evropské skupiny pro pohodu ve školách zdůrazňuje rychlou dostupnost podpory jako klíčový prvek ochrany duševního zdraví žáků. 2. Sjednocení kapacit, zejména snížení rozdílů v počtu klientů na jednoho pracovníka. 3. Sjednocení diagnostických metod.). Implementace kaskádovitěho metodického řízení a podpory a posílení kapacit ŠPZ.

Zodpovědnost: MŠMT a kraje.

Spolupracující subjekt: Kraje a obce.

Termín plnění: 2029.

Rozpočet: 300 mil. Kč, zdroj: rozpočtová kapitola MŠMT, rozpočty krajů dle jejich možností (zřizovatelé ŠPZ). Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Legislativně schválený standard ŠPZ a ŠPP, vytvořený návrh implementace kaskádovitěho řízení a podpory, posílení kapacit ŠPZ o 20 %.

Opatření 2.3.5

Posílit roli středisek výchovné péče a zajistit redesign jejich služeb.

Důvod zařazení opatření: Střediska výchovné péče mají předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dětí nebo narušení jejich zdravého vývoje, zmírňovat, nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již rozvinutých poruch chování. Nové potřeby žactva kladou nové nároky na SVP v činnostech spojených s duševním zdravím a wellbeingem žáků. Vyžadují multidisciplinární přístup a možnost intervenovat přímo v místě, kde se problémy vyskytly. Toto opatření je také schválené opatření v rámci systémové podpory dětského duševního zdraví v gesci MŠMT a opatření zakotveném ve Vládním programu Bezpečné dětství.

Způsob plnění: Redesign služeb SVP a pilotní testování mobilních multidisciplinárních týmů dětského duševního zdraví v SVP.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: Kraje a obce.

Termín plnění: 2028, pilotní testování 2026.

Rozpočet: Pilotní fáze ESF+, udržitelnost: rozpočtová kapitola MŠMT. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Legislativně schválené nové vymezení služeb SVP a pilotně otestované mobilní multidisciplinární týmy dětského duševního zdraví v SVP alespoň v pěti krajích.

Opatření 2.3.6

Zvýšit dostupnost a kvalitu služeb pro děti v nejobtížnějších situacích.

Důvod zařazení opatření: Opatření zahrnuje dvě hlavní oblasti: 1) Reforma ústavní a ochranné péče skrze vytvoření věcného záměru zákona o náhradní péči. 2) Vytvoření dostatečných kapacit speciálních škol a speciálních tříd pro potřebné děti. V případě ústavní a ochranné péče současná právní úprava z roku 2002 již neodpovídá potřebám současné praxe. Systém se potýká s řadou strukturálních a koncepčních problémů, které mají přímý dopad na kvalitu života dětí i efektivitu vynakládaných veřejných prostředků. Zároveň chybí podpora pro děti na pomezí zdravotní a sociální oblasti: děti s výchovnými potížemi, které zároveň vyžadují psychiatrickou péči. U speciálních škol chybí kapacity především ve velkých městech, kde se kapacity v posledních letech nepřizpůsobovaly v dostatečné rychlosti potřebám.

Způsob plnění: Vytvoření věcného záměru zákona o náhradní péči včetně úzkého propojení se zdravotnickými službami. Spolupráce a koordinace MŠMT s MPSV na řešení této oblasti, zejména na plánovaných změnách v oblasti náhradní rodinné péče, zejména profesionální péčovské péče. Před případným navyšováním kapacit speciálních škol či speciálních tříd běžných škol bude provedeno mapování stávajícího stavu a potřeb dětí podle typu postižení či jiného zatížení, včetně identifikace nedostatečně pokrytých skupin, a to s důrazem na soulad s principy inkluzivního vzdělávání a mezinárodními závazky ČR v oblasti desegregace romských žáků ve vzdělávání. Na základě tohoto mapování bude následně realizováno cílené navyšování kapacit speciálních tříd běžných škol a speciálních škol, zejména v Praze, Brně a Ostravě, se zohledněním potřeby nepodporovat segregaci romských žáků a prioritizovat kapacity pro děti s nejtěžším zdravotním postižením a kombinovanými potřebami.

Zodpovědnost: MŠMT.

Spolupracující subjekt: MPSV, MZd, obce, kraje.

Termín plnění: Vytvoření věcného záměru zákona 2027; zvýšení kapacit 2028.

Rozpočet: Stabilizace podfinancovaného systému ústavní a ochranné péče (bude vyčísleno) a zabezpečení pedagogické práce ve speciálních školách či speciálních třídách běžných škol (bude vyčísleno); zdroj: rozpočtová kapitola MŠMT. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence věcného záměru zákona o náhradní péči, analýza stavu, navýšený počet míst speciálních škol či speciálních tříd běžných škol oproti 2026.

Opatření 2.3.7

Udržet a posílit kapacity psychosociální podpory pro děti zasažené válkou a děti s jiným mateřským jazykem než češtinou.

Důvod zařazení opatření: Děti, které přicházejí do ČR v důsledku válečných konfliktů a nucené migrace, často prožily nebo stále prožívají akutní či chronické trauma, nejistotu, separaci od rodiny a další psychosociální zátěž. Tyto faktory zvyšují riziko rozvoje duševních obtíží, narušují schopnost fungování ve školním prostředí a komplikují proces integrace. Je nezbytné udržet a případně posílit systémová opatření, která zajišťují dostupnou psychosociální podporu, kulturně citlivé služby a bezpečné podmínky pro rozvoj a začlenění těchto dětí do české společnosti. Přitom nejde o okrajové téma, ale přibližně o 80 000 dětí v ČR. Součástí této skupiny jsou i děti po ukončení základní školní docházky, u kterých je vyšší riziko absence podpory a tím větší vliv negativních společenských jevů (závislosti, radikalizace apod.).

Způsob plnění: Udržení a dle potřeb posílení dostupné psychologické a psychosociální podpory pro ukrajinské děti, která bude jazykově i kulturně přizpůsobena jejich potřebám, včetně včasné identifikace traumatických prožitků, a to ve školství, zdravotnictví a návazných sociálních a komunitních službách. Poskytování podpory

jazykově a kulturně citlivým způsobem v mezích právní úpravy jednotlivých sektorů. (Například formou dotačních programů na školách k zajištění přizpůsobené psychologické a psychosociální podpory adaptací výuky, vzděláváním pedagogů a posilováním poradenských týmů. Případné podpůrné prvky lze realizovat na úrovni ŠPZ nebo SVP.) Podpora nízkoprahových zařízení pro cizince a kulturních mediátorů a komunitních a volnočasových aktivit, které usnadní integraci dětí do vrstevnických skupin.

Zodpovědnost: MŠMT, MZd, MV.

Spolupracující subjekt: MPSV, sociální partneři.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence definovaných služeb pro tuto cílovou skupinu.

SPECIFICKÝ CÍL 2.4

Zvyšovat duševní gramotnost populace a snižovat sebestigmatizaci lidí s duševním onemocněním.

Opatření 2.4.1

Podpořit implementaci ověřených programů na zvyšování populační duševní gramotnosti a programů ke snižování sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním vedených a realizovaných primárně lidmi s vlastní zkušeností.

Důvod zařazení opatření: V ČR je oproti původním členským státům EU mimořádně vysoká stigmatizace, a to jak mezi veřejností, tak mezi specifickými subpopulacemi, jako jsou zdravotníci. Destigmatizace samotná však prokazatelně nepřináší zásadní zlepšení ani přes rozsáhlé investice do celonárodních destigmatizačních programů. Zásadní je proto zaměřit se přímo na negativní důsledky, které jsou se stigmatizací spojovány, tedy nízká duševní gramotnost a sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním; a zároveň podporovat začlenění destigmatizačních aktivit do víceúrovňových intervencí, jako jsou programy duševního zdraví ve školách, na pracovištích nebo v komunitě a rozvoj programů založených na přímé zkušenosti, bezpečném setkávání a zapojení peer pracovníků. V souvislosti s nízkou zdravotní gramotností je nutné reagovat na alarmující nárůst psychických obtíží u dětí a dospívajících, který úzce souvisí s nekontrolovaným užíváním sociálních sítí a expozicí rizikovému obsahu. Současné prostředí sociálních sítí nese klinická i etická rizika, včetně kyberšikany, vzniku závislostního chování a narušení zdravého sebepojetí.

Způsob plnění: Vytvoření a průběžná aktualizace rámce pro podporu implementace ověřených programů zaměřených na zvyšování duševní gramotnosti populace, včetně cílených destigmatizačních aktivit jako nedílné součásti těchto programů, a programů ke snižování sebestigmatizace u lidí s duševním onemocněním.

Podpora realizace ověřených, efektivních programů duševní gramotnosti, zahrnujících také destigmatizační aktivity, pro stávající i nové cílové skupiny, zejména zdravotníky, sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, státní správy, lidi se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky, komunity, pedagogy, novináře, zaměstnavatele, složky IZS, vězeňskou službu a politické reprezentanty (v návaznosti na výstupy realizovaných pilotních projektů v ČR, např. NUDZ). Využití destigmatizačních programů v komunitním prostředí, školách, kulturních a volnočasových aktivitách a ve vzdělávacích formátech.

Implementace programů zaměřených na snižování sebestigmatizace lidí s duševním onemocněním, vedených a realizovaných primárně lidmi s vlastní zkušeností, a to jako součást podpory zotavení, participace a sociálního začlenění. Podpora vzniku a evaluace komunitních destigmatizačních programů založených na zapojení peer osob, spoluúčasti veřejnosti, škol a pomáhajících profesí.

Realizace národní komunikační kampaně pro rodiče o vlivu sociálních sítí na vývoj dětského mozku a duševní zdraví.

Zodpovědnost: MZd, MŠMT, MPSV.

Spolupracující subjekt: NÚDZ.

Termín plnění: Průběžně; zpráva z evaluace 2027 (baseline) a 2030.

Rozpočet: 30 mil. Kč; zdroj: ESF+; udržitelnost: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence zprávy z evaluace.

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

SPECIFICKÝ CÍL 3.1

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

Opatření 3.1.1

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

Důvod zařazení opatření: Česká republika ratifikovala celou řadu mezinárodních dokumentů, ze kterých plyne mnoho doposud nenaplněných závazků v oblasti lidských práv osob s duševním onemocněním a kvality péče. Cílem opatření je zajistit systematické naplňování těchto závazků, a také následovat celosvětový vývoj v oblasti duševního zdraví směrem k posilování práv dětí a dospívajících a jejich participace v rámci systému péče o duševní zdraví.

Způsob plnění: Provedení komplexní legislativní analýzy zaměřené na implementaci závazků vyplývajících pro ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality péče a lidských práv osob s duševním onemocněním (zejména CRPD), včetně problematiky práv dětí a dospívajících. Analýza se zaměří na identifikaci legislativních a institucionálních překážek, vymezení odpovědností a kompetencí jednotlivých resortů a na uplatňování principů lidských práv, zotavení a respektu k individuální vůli osob s duševním onemocněním, včetně zmapování stávajících stížnostních mechanismů z hlediska jejich funkčnosti, dostupnosti a srozumitelnosti. Příprava návrhů opatření na základě výsledků analýzy směřujících k úpravě nebo doplnění platné zdravotní, školské a sociální legislativy v oblasti kvality péče a bezpečnosti, a to vždy s jasným vymezením věcné gesce jednotlivých resortů. Příprava návrhů k posílení práv dětí a dospívajících a jejich participace v systému péče o duševní zdraví a návrhů harmonizace legislativních opatření spadajících pod různé resorty. Současně zpracování návrhů nelegislativních opatření, včetně metodických doporučení a návrhů revize vnitřních předpisů zdravotnických, školských a sociálních organizací a institucí, s cílem posílit respekt k individuální vůli osob s duševním onemocněním a uplatňování mechanismů podporovaného rozhodování, včetně návrhů na zpřesnění stížnostních mechanismů pro důstojné a efektivní vymáhání práv uživatelů a uživatelek péče. V návaznosti na realizaci nelegislativních opatření vyhodnocení jejich implementace a dopadů v praxi; v případě návrhů legislativních opatření zaměření evaluace na posouzení jejich přípravy, projednání a postoupení do legislativního procesu.

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

Spolupracující subjekt: Kancelář veřejného ochránce práv a ochránce práv dětí, NNO.

Termín plnění: 2029.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů – realizace opatření bude zajištěna zejména prostřednictvím kapacit zodpovědných resortů a stávajících analytických a koncepčních projektů; případně s využitím EU fondů 28+ nebo jiných dostupných zdrojů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence analýzy zaměřené na implementaci závazků vyplývajících pro ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality péče a lidských práv osob s duševním onemocněním; zpracování návrhů opatření, nástrojů, metodik a vzdělávacích aktivit; komplexní vyhodnocení implementace nelegislativních opatření a stavu přípravy legislativních návrhů.

Opatření 3.1.2

Realizovat metodická, organizační a investiční opatření mířící k prevenci a snižování používání omezovacích prostředků.

Důvod zařazení opatření: Používání omezovacích opatření představuje velmi citlivou oblast poskytování péče významně zasahující do osobní svobody pacientů. Dle platné legislativy má každý poskytovatel zdravotních a sociálních služeb povinnost vést evidenci použití opatření omezujících pohyb osob (omezovacích prostředků). Chybí ovšem jednak jednoznačná metodická podpora poskytovatelů ke správnému vedení této evidence a zároveň získaná data nejsou efektivně využívána k zavádění opatření vedoucích k minimalizaci používání omezovacích opatření. Proto je potřeba se této problematice systematicky věnovat a podporovat poskytovatele služeb v zavádění účelných přístupů a strategií zaměřených na monitorování, prevenci a zvládání konfliktních situací při poskytování služeb. Tyto přístupy by měly zahrnovat rozmanitou škálu intervencí např. systematickou podporu evidence-based přístupů, zvyšování úrovně materiálně-technického standardu psychiatrických oddělení, systematickou personální podporu aj.

Způsob plnění: Metodická úprava správného vedení evidence použití opatření omezujících pohyb osob na úrovni poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. V souladu s spoluprací s dalšími strategickými dokumenty (Akční plán k realizaci Systémových opatření pro podporu lidí s intelektovým znevýhodněním a chováním náročným na péči na období 2025–2027, Národní plán podpory rovných příležitostí osob se zdravotním postižením na období 2026–2030 vytvoření mechanismu jednotného a průběžného sběru dat o použití opatření omezujících pohyb osob, jejich systematického vyhodnocování a v případě zjištění pochybení v naplňování standardů péče nastavení jasné způsoby a postupu ohledně potřebných opatření pro nápravu stavu (včetně návrhu legislativních úprav, viz opatření 3.1.3), a to za účasti zástupců lidí se duševním onemocněním při vyhodnocování dat. Zajištění systematické metodické podpory opatření, která povedou k rozvoji zavádění evidence-based přístupů zaměřených na prevenci konfliktů (jako např. Model Safewards) a jejich zvládání (deeskalační přístupy), včetně podpory risk assessmentu a vytváření bezpečného prostředí. Implementace materiálně-technických úprav zvyšujících bezpečnost na pracovištích a podporujících prevenci konfliktů (např. podpora vzniku klidových místností, monitorovaných bezpečných prostor, zavádění bezpečnostních prvků aj). Zavedení jednotného, odborně garantovaného systému vzdělávání pracovníků v prevenci rizikového chování a jeho zvládání. Podpora implementace ověřených modelů prevence konfliktů, deeskalace konfliktů, debriefingu a moderních způsobů odborné přípravy (včetně simulační výuky a zapojení moderních technologií AI, VR aj), podpora systému školení trenérů, tuzemské i zahraniční stáže a sdílení dobré praxe vycházející z klíčových mezinárodních a lidskoprávních dokumentů (inspirace např. WHO QualityRights Toolkit). Implementace návrhů do stávajících mechanismů hodnocení kvality služeb.

Zodpovědnost: MZd, MPSV, MŠMT.

Termín plnění: Nastavení způsobu sběru dat 12/2026, ostatní průběžně.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence metodického materiálu ke správnému vedení evidence použití opatření omezujících pohyb osob. Existence mechanismu průběžného sběru a vyhodnocování dat o použití opatření omezujících pohyb osob. Existence a využívání standardizovaných a odborně garantovaných vzdělávacích programů v prevenci konfliktů a deeskalaci, včetně systému školení trenérů a pravidelného obnovování dovedností. Existence postupu při zajišťování nápravy stavu při pochybení.

Opatření 3.1.3

Přijmout legislativní opatření mířící k postupnému snižování použití opatření omezujících pohyb osob a k posílení ochrany osob omezených ve volném pohybu omezovacími prostředky.

Důvod zařazení opatření: Použití omezovacích prostředků u osoby by mělo být prostředkem výjimečným a nejzazším a poskytovatelé služeb by měli průběžně činit systematické kroky k minimalizaci jejich použití. Tak tomu v současnosti ovšem není a poskytovatelé nemají povinnost činit kroky k předcházení použití omezovacích prostředků. Zároveň se jeví jako ne zcela postačující také ochrana osob, u nichž jsou uplatněna opatření omezující jejich pohyb.

Způsob plnění: Legislativní zakotvení povinnosti poskytovatelů služeb směřující k postupnému snižování četnosti a intenzity použití opatření omezujících pohyb osob a k posílení ochrany osob omezených těmito opatřeními.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Termín plnění: 12/2028.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MZd a MPSV. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Vládě je předložen legislativní návrh k projednání.

Opatření 3.1.4

Komplexní revize právní úpravy ochrany dospělých a dětí při hospitalizaci bez souhlasu.

Důvod zařazení opatření: Hospitalizace bez souhlasu je krajním opatřením, které zasahuje do autonomie člověka a do řady jeho základních práv – zejména do osobní svobody, soukromí, tělesné integrity a často i do rodinného života. Především její počátek může mít výrazné negativní dopady na člověka i jeho blízké (pocit bezmoci, traumatizace, narušení důvěry v pomoc), což může v dalších krizích oslabovat schopnost a ochotu vyhledat odbornou podporu včas. Přestože má jít o opatření ultima ratio, současné nastavení systému neposkytuje funkční nástroje, které by mohly v praxi sloužit jako reálná alternativa k hospitalizaci – zejména u lidí, kteří hospitalizaci odmítají, ale jejichž stav se zhoršuje a hrozí eskalace krize. Některé formy podpory existují, bývají však navázány na dobrovolnost a aktivní spolupráci pacienta (např. terénní služby, krizová intervence) a/nebo nejsou systémově ukotveny (např. krizové/protikrizové plány). V důsledku toho se často nedaří zasáhnout včas a předcházet zhoršení zdravotního stavu pacienta či ohrožení jeho okolí. Intervence přichází až v pozdní fázi krize, kdy rodina a okolí mnohdy nemají jinou možnost než vyčkat na naplnění podmínek detence. Současně se v praxi objevují případy, kdy je naopak nezbytnost hospitalizace bez souhlasu přinejmenším sporná nebo jsou pacienti hospitalizováni ze sociálních důvodů, tedy bez opory v zákoně.

Analýzy, zkušenosti z praxe i dosavadní judikatura současně ukazují, že ani stávající hmotněprávní a procesní záruky nejsou vždy využívány. Pacientům často chybí srozumitelné informace, dostupná podpora a účinné právní zastoupení, stejně jako možnost účinně participovat na řízení a na řešení vlastní situace. K tomu také přispívá rozdílná praxe soudů v detenčním řízení, což oslabuje funkci přezkumu jako klíčové pojistky proti nepřiměřenému omezení osobní svobody.

Současná právní úprava týkající se hospitalizace pacienta bez souhlasu a jeho právní ochrany je roztržštěná do několika sektorových zákonů, což způsobuje právní nejistotu u zdravotníků i pacientů a krácení jejich procesních práv. Naopak, v zahraničí (např. Rakousko, Nizozemí, Švédsko) je často tato problematika řešena

komplexním zákonem, který pokrývá její všechny aspekty, tedy alternativy k hospitalizaci sloužící k ochraně zdraví pacientů i bezpečnosti okolí, hmotněprávní podmínky pro hospitalizaci bez souhlasu i procesní ochranu a podporu pacientů v průběhu detenčního řízení i následné hospitalizace.

Toto opatření má za cíl reagovat na shora popsané nedostatky stávající regulace hospitalizací bez souhlasu prostřednictvím její komplexní revize a předložení nové právní úpravy.

Způsob plnění: Zřízení meziresortní pracovní skupiny, zpracování věcného záměru a následný návrh legislativních změn k posílení hmotněprávní a procesní ochrany osob v nedobrovolné hospitalizaci, včetně vyjasnění právní úpravy informovaného souhlasu s léčbou v ochranném léčení. Projednání návrhu v meziresortním připomínkovém řízení a jeho předložení vládě.

Zodpovědnost: MZd, MSp, MPSV.

Spolupracující subjekt: Kancelář veřejného ochránce práv a ochránce práv dětí, odborné společnosti, zástupci poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, Česká advokátní komora, zástupci soudů, zástupci neformálních pečujících a lidí se zkušeností s duševním onemocněním, obce.

Termín plnění: 12/2026: ustavení PS + analýza současného stavu a potřeb; 12/2028: věcný záměr legislativní úpravy; 12/2030: návrh zákona je předložen vládě.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátory: Věcný záměr legislativní úpravy – předložené paragrafové znění do meziresortního připomínkového řízení.

SPECIFICKÝ CÍL 3.2

Zohlednit rovné příležitosti v oblasti duševního zdraví z genderové perspektivy.

Opatření 3.2.1

Analyzovat zkušenosti se službami péče o duševní zdraví z genderové perspektivy, včetně zohlednění potřeb vícečetně zranitelných osob.

Důvod zařazení opatření: Post-pandemické výzkumy naznačují, že v Česku dochází ke zhoršování duševního zdraví: symptomy středně těžké deprese či úzkosti reportuje až pětina dospělé populace. Nejvíce jsou zasaženy ženy, mladí lidé do 35 let nebo lidé s nízkými příjmy. Data týkající se duševního zdraví mají specifické genderové vzorce. Zatímco ženy častěji reportují horší duševní zdraví, potíže mužů mohou být vlivem společenských norem spíše podhodnocovány, což se odráží například v datech o užívání návykových látek či sebevraždách. Spolu s genderem ovlivňují duševní zdraví i další faktory. Zkušenost s vícečetným znevýhodněním zvyšuje riziko zhoršeného duševního zdraví: vyšší míru ohrožení depresí vykazují například příchozí z Ukrajiny, romská populace, osoby žijící s HIV, socioekonomicky znevýhodněné skupiny nebo LGBTQ+ osoby. Tyto skupiny přitom mohou čelit specifickým bariérám v přístupu k péči a mít odlišné zkušenosti se systémem služeb. Současná zjištění se opírají především o kvantitativní data, která neumožňují hlubší vhled do prožívaných zkušeností a překážek z genderové a intersekcionalní perspektivy. Analýza se zaměří na tyto zkušenosti, součástí výstupu bude formulace doporučení pro zkvalitnění služeb péče o duševní zdraví.

Způsob plnění: Analýza zkušeností se službami péče o duševní zdraví z genderové perspektivy, včetně zohlednění potřeb vícečetně zranitelných osob. Formulace doporučení ke zkvalitnění služeb péče v oblasti duševního zdraví. Systematické začleňování metodicky validních, citlivých a standardizovaných otázek na sexuální orientaci, genderovou identitu a dalších relevantních intersekcionalních charakteristik do populačních a dalších relevantních výzkumů v oblasti duševního zdraví. Podpora výzkumu zaměřeného na duševní zdraví zranitelných skupin na základě vypracování a zavedení doporučeného standardizovaného modulu otázek.

Zodpovědnost: MSp, MZd.

Spolupracující subjekt: NÚDZ.

Termín plnění: 12/2029.

Rozpočet: 450 mil. Kč, zdroj: ESF+. Udržitelnost: rozpočtová kapitola MZd a MSp, a dále z relevantních dotačních titulů a rozpočtů populačních a dalších výzkumů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existující analýza včetně doporučení.

Opatření 3.2.2

Zpracovat metodické nástroje a vzdělávací programy v oblasti genderové a intersekcionalní dimenze duševního zdraví, které budou cílit na odbornou veřejnost působící v oblasti duševního zdraví.

Důvod zařazení opatření: Aktivita navazuje na opatření 3.2.1. Samotná existence analýzy je bezpředmětná, pokud nejsou její výstupy využity v rámci systémových opatření, například reflexí ve vzdělávacím programu, který se zaměří na posilování kapacit poskytovatelů a poskytovatelek péče o duševní zdraví.

Způsob plnění: Koncepce vzdělávacího programu pro poskytovatele péče v oblasti genderové a intersekcionalní dimenze duševního zdraví založená na participaci peer pracovníků a osob se zkušeností s duševním onemocněním. Rámcově bude vzdělávací program zaměřen na seznámení s genderovou a intersekcionalní dimenzí duševního zdraví a jejím významu v prevenci, léčbě a zotavení. Tyto faktory ovlivňují vzorce vyhledávání péče a přístup k léčbě na straně uživatelů/uživatelék, nebo způsob, jakým k nim je přistupováno ze strany pečujících profesí. Program představí, jak tyto faktory vstupují do prevence, léčby a procesu zotavení a jak podpořit citlivou péči o duševní zdraví.

Zodpovědnost: MSp.

Spolupracující subjekt: MZd.

Termín plnění: 12/2029.

Rozpočet: 1 mil. Kč, zdroj: ESF+, rozpočtová kapitola MZd a MSp. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existující koncepce vzdělávacího programu zaměřeného na gender a zdraví, 50 vyškolených pracovníků/pracovnic.

STRATEGICKÝ CÍL 4:

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

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

SPECIFICKÝ CÍL 4.1

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

Opatření 4.1.1

Vytvořit síť 100 Center duševního zdraví pro lidi se závažným duševním onemocněním, děti a adolescenty a pro pacienty/klienty s problematikou závislosti rovnoměrně rozložených po celé ČR.

Důvod zařazení opatření: Cílem je naplnění priorit moderní psychiatrické péče, jak byly definovány Strategií reformy psychiatrické péče vydané MZd v roce 2013 a poté přeneseny do Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030. Jde o systémové zavedení nového druhu služby, která doplňuje stávající ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péči o psychiatrické služby poskytované v přirozeném prostředí pacientů/klientů. Cílem je zkvalitnit péči z hlediska naplňování lidských práv pacientů/klientů, snížit počet nezbytných hospitalizací/zkrátit jejich trvání v lůžkových zařízeních a co nejvíce integrovat duševně nemocné do běžného života – minimalizovat sociální dopady nemoci.

Způsob plnění: Ve spolupráci s poskytovateli zdravotní a sociální péče, zdravotními pojišťovnami, kraji, obcemi a MPSV i (ke stávajícím 39 CDZ pro lidi se závažným duševním onemocněním, 7 týmům pro děti a 3 pro pacienty/klienty s problematikou závislosti) založení dalších 51 center duševního zdraví rovnoměrně rozložených po celé ČR; tedy CDZ pro SMI, CDZ pro děti (18 nových center z počtu 51), a síť CDZ v oblasti problematiky závislostí.

V krajích s nedostatečným pokrytím službami CDZ, zejména v oblasti duševní péče o děti a adolescenty a v oblasti problematiky závislostí, realizování rozvoje těchto center v souladu s krajskou sítí služeb v oblasti duševního zdraví. Zajištění udržitelnosti zejména sociální části služeb prostřednictvím kombinace zdrojů, včetně zapojení krajských rozpočtů.

Dopracování metodického pokynu MPSV pro provozování CDZ v návaznosti na změny legislativy účinné od roku 2025.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, MŠMT, kraje, obce.

Termín plnění: Průběžně do roku 2030.

Rozpočet: 177 mil. Kč zdroj: ESF+, 45 mil. Kč zdroj: EFRR, 600 mil. Kč ročně zdroj: v. z. p. a rozpočty krajů dle jejich možností. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: 100 CDZ pro 3 cílové skupiny do roku 2030.

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.

Opatření 4.2.1

Zajistit koordinovaný rozvoj a efektivní fungování sítě akutních psychiatrických lůžek pro všechny cílové skupiny s rovnoměrným regionálním rozložením a provázaností na extramurální systém péče. V návaznosti na nový model upravit strukturu akutní psychiatrické péče, financování, nastavit personální a materiálně technické standardy.

Důvod zařazení opatření: V akutní psychiatrické péči převažuje hlavně intramurální forma péče daná charakterem poskytovatelů zdravotní péče. V posledních letech dochází ale také k rozvoji i extramurálních forem díky rozvoji krizových center při urgentních příjmech nemocnic, zapojováním center duševního zdraví a ambulancí s rozšířenou péčí. V rámci poskytování akutní psychiatrické péče chybí provázanost jednotlivých prvků systému a jasná definice jejich kompetencí. Velkým problémem je také předání pacienta a zajištění další psychiatrické

péče po ukončení poskytování akutní péče v návazných formách psychiatrické péče. Dostupnost služeb je dána hlavně historickým rozmištěním poskytovatelů psychiatrické péče. Její rozložení je nerovnoměrné, často nerespektuje potřeby daného regionu. Hlavně pro pacienty v okrajových oblastech a v oblastech s nižší hustotou osídlení může být problém zajistit včasnou intervenci v rámci akutní psychiatrické péče.

Způsob plnění: Dopracování návrhu systému akutní péče v rámci projektu MZd z ESF+, zpracování dat ze dvou vybraných krajů, dokončení pilotů poskytování péče v akutních psychiatrických ambulancích. Implementace tohoto návrhu, včetně úprav legislativy, personálního a materiálně technického standardu, financování. V rámci nastavení financování zohlednění kvality péče jako jednoho z kritérií. Ve spolupráci s VZP ČR, SZP, MZd a kraji rozvoj akutní psychiatrické péče ve všeobecných nemocnicích rovnoměrně po celé ČR a v psychiatrických nemocnicích, které jsou schopny naplnit standard akutní péče. Zavedení principu zodpovědnosti za definovaný region do systému akutní péče.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, kraje, MPSV, MŠMT.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: Investice do nového akutního lůžkového fondu: cca 1,2 mld. Kč; zdroj: EFRR cca 4,7 mld. Kč/rok, v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Dosažení hodnoty 2800 lůžek akutní psychiatrické péče v roce 2030 ze současných 2128 lůžek (2025) v předem vymezených a schválených zařízeních pro dospělou i dětskou a dorostovou psychiatrii. Vznik oddělení akutní psychiatrické péče první a druhé typu, legislativní podpora vzniku center komplexní psychiatrické péče.

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.

Důvod zařazení opatření: Z průběžných analýz ohledně počtu psychiatrických pacientů/klientů se závažným duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích vyplývá, že u jedné čtvrtiny z nich je limitujícím faktorem propuštění do domácího prostředí absence bydlení, a co je důležité, také absence souvisejících sociálních služeb. Přitom podíl pacientů/klientů se sociální problematikou, pro kterou aktuálně není v přirozené komunitě řešení, je významně vyšší.

Způsob plnění: Pravidelné vyhodnocování potřeb v oblasti nepobytových sociálních služeb poskytovaných odbornými pracovníky (např. sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby, terénní programy, neinstitucionální podpůrné služby – aktivity sociálního zemědělství aj.) pro lidi s duševním onemocněním v jednotlivých regionech. Zohlednění konkrétní výše počtu lůžek v jednotlivých krajích dle přítomnosti, resp. spádovosti regionu vůči konkrétní psychiatrické nemocnici s následnými lůžky. Na základě tohoto mapování, do kterého je zapojena i služba Center duševního zdraví, naplánování rozvoje a jeho ukotvení ve střednědobých plánech krajů a komunitních plánech obcí, které budou nástrojem k realizaci právní odpovědnosti krajů a obcí vůči lidem s duševním onemocněním v souladu s platnou legislativou. Zajištění participace osob se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečujících na plánování sociálních služeb a komunitním plánování ORP. Revize plánů dle reálného pokroku v rozvoji služeb a aktuálních potřeb a jejich prodloužení jejich platnosti na období do roku 2030.

Zodpovědnost: MPSV.

Spolupracující subjekt: Kraje, Svaz měst a obcí, obce, MZd, AKS, ASS.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: Bude upraveno dle modelací MPSV, zdroj: rozpočtová kapitola MPSV, rozpočty krajů dle jejich možností. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence plánů rozvoje služeb včetně popisu dostupnosti lidských zdrojů a finančních prostředků na realizaci, které jsou součástí střednědobých plánů krajů a komunitních plánů obcí.

Opatření 4.2.3

V návaznosti na rozvoj kapacit v komunitních zdravotních a sociálních službách snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru s výjimkou dětské a dorostové psychiatrie.

Důvod zařazení opatření: Systém psychiatrické péče v ČR stále spočívá na velkých psychiatrických nemocnicích a psychiatrických léčebnách, což je jednoznačně nákladově neefektivní v porovnání s komunitní péčí, tj. péčí poskytovanou v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním. Navíc jsou dlouhodobé hospitalizace spojeny s nenaplňováním principů daných Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a Úmluvou o právech dětí, a také se zvýšeným rizikem sebevraždy po propuštění z péče. V dětské a dorostové psychiatrii na rozdíl od dospělé psychiatrie tvoří lůžka následné péče naprostou většinu kapacity (téměř 75 %). Tato oddělení v současnosti de facto poskytují standardní akutní péči v rozsahu neodkladné stabilizace, ačkoliv jsou hrazena a vedena jako následná. Celoplošná redukce těchto lůžek by tedy neznamenal úbytek „dlouhodobé ústavní péče“, ale kritické ohrožení dostupnosti akutní stabilizace pro děti a adolescenty.

Způsob plnění: Zapracování cíle do existujících transformačních plánů (včetně rozložení personálních zdrojů, ekonomické kalkulace a materiálně-technického plánu využití budov) u všech poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a ve spolupráci s kraji rozpracování konkrétních krátkodobých cílů. Snížení počtu lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie o 2/3 oproti stavu k 31. 8. 2018 (8490 lůžek). V dětské a dorostové psychiatrii, v souladu s Konceptí dětské a dorostové psychiatrie, transformace části lůžkového fondu na dva definované typy akutních lůžek a zachování zbývajících částí lůžkového fondu v kategorii následných lůžek nebo specializovaných lůžek umožňujících jak akutní, tak dlouhodobou péči v rámci specifických diagnostických okruhů (např.: poruchy příjmu potravy, závažné duševní poruchy, mentální retardace s chováním náročným na péči).

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: AKS, ASS.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MZd. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Počet lůžek následné péče v oboru psychiatrie (3U5) je v roce 2030 nižší než 3000.

Opatření 4.2.4

Zajistit rozvoj ambulancí s rozšířenou péčí (ARP) s regionálně potřebnou specializací a upravit financování ARP tak, aby bylo motivační pro rozvoj sítě.

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

Způsob plnění: Úprava financování a podpora vzniku dalších ARP ze strany MZd i zdravotních pojišťoven, a to nad rámec existujících 16 ARP a 4 adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty (data k 1/2026). Nastavení motivačních mechanismů pro proměnu stávajících ambulancí naplňujících potřebná kritéria a zajištění revize fungování stávajících služeb.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: Navýšení nákladů o cca 1,3 mil. Kč na jednu vytvořenou/sloučenou ARP, při 200 ARP tedy navýšení nákladu o cca 260 mil. Kč ročně; zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence 200 ambulancí s rozšířenou péčí v roce 2030 (z toho 20 adiktologických krajských ambulancí pro dospělé pacienty/klienty).

Opatření 4.2.5

Posílit dostupnost, stabilizovat ambulantní péči pro dospělou populaci a rozvíjet týmový model péče.

Důvod zařazení opatření: Standardní psychiatrické ambulance pro dospělé pacienty tvoří základní pilíř primární psychiatrické péče. Poskytují akutní i dlouhodobou psychiatrickou péči největšímu počtu osob trpících psychickou poruchou. Zajišťují vstup významné části pacientů do odborné péče, dlouhodobou farmakologickou a dispenzární léčbu, kontinuitu péče po stabilizaci zdravotního stavu a návaznost na další služby systému péče o duševní zdraví. Bez stabilní, personálně dostupné a ekonomicky udržitelné sítě standardních psychiatrických ambulancí nelze zajistit průchodnost systému ani návaznost péče na další újeji definované a cílenější služby zdravotní péče (centra duševního zdraví, ambulance s rozšířenou péčí, akutní ambulance, krizové služby, lůžková péče, ale i všeobecný praktický lékař). Současně je tento segment vystaven personálnímu napětí, stárnutí odborného personálu, regionálním nerovnostem v dostupnosti a nedostatečné podpoře týmového modelu péče. Týmovým modelem se rozumí takové personální uspořádání psychiatrické ambulance, v němž péče není zajišťována pouze samotným psychiatrem, ale také dalšími zdravotnickými a případně nezdravotnickými pracovníky. Stávající úhradové a organizační nastavení jen v omezené míře zohledňuje potřebu administrativní podpory, zapojení všeobecných sester, psychiatrických sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků (např. zdravotně-sociální pracovník, adiktolog), kteří mohou převzít část podpůrných a navazujících intervencí a uvolnit kapacitu psychiatra pro diagnostickou, léčebnou a indikační práci.

Způsob plnění: Zpracování a implementace plánu stabilizace sítě standardních psychiatrických ambulancí, jako součásti implementace reformy psychiatrické péče, včetně vymezení role standardní psychiatrické ambulance v návaznosti na CDZ, ambulancí s rozšířenou péčí, akutní ambulance, krizové služby a lůžkovou péčí. Tvorba úhradových a organizačních opatření podporujících týmový model ambulantní psychiatrické péče, zejména zohlednění nákladů na administrativní podporu ambulance, podporu zaměstnávání všeobecných sester, psychiatrických sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků, podporu vstupu mladých psychiatrů do ambulantního segmentu, retenční nástroje pro seniorní psychiatry, a plán opatření ke stabilizaci stávajících ambulantních poskytovatelů v regionech se zhoršenou dostupností (na základě regionální analýzy). Metodické sjednocení diferenciací rolí jednotlivých služeb v systému péče o duševní zdraví (např.: jaké pacienty mají vést běžné psychiatrické ambulance, jaké pacienty mají vést CDZ a ambulance s rozšířenou péčí, jak má probíhat předávání stabilizovaných pacientů v rámci psychiatrických služeb i primární péče, jak se rozdílná náročnost a struktura péče promítá do úhrad).

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, odborné společnosti.

Termín plnění: do 31. 12. 2026 návrh organizačních a úhradových opatření; do 30. 6. 2027 regionální analýza dostupnosti a návrh priorit rozvoje; od roku 2028 implementace, včetně úhrad.

Rozpočet: Upřesnění na základě provedené regionální analýzy a vypracovaných plánů stabilizace a rozvoje sítě psychiatrických ambulancí, zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence plánu stabilizace a rozvoje sítě psychiatrických ambulancí včetně promítnutí do úhradových mechanismů. Dílčími indikátory jsou: počet ambulancí se zapojenou všeobecnou sestrou, psychiatrickou sestrou nebo jiným nelékařským zdravotnickým pracovníkem; počet ambulancí s administrativní podporou zohledněnou v ekonomickém modelu péče; podíl regionů s identifikovaným plánem stabilizace dostupnosti ambulantní psychiatrické péče; průměrná čekací doba na první neakutní vyšetření; počet stabilizovaných pacientů převzatých do běžné ambulantní péče z CDZ, ARP nebo po hospitalizaci; počet ambulantních pracovišť zapojených do specializačního vzdělávání v psychiatrii.

Opatření 4.2.6

Rozvoj lůžek akutní a specializované péče a komplexní materiálně-technická modernizace lůžkového fondu dětské a dorostové psychiatrie, včetně péče o adiktologické pacienty a pacienty s duálními diagnózami.

Důvod zařazení opatření: Současná kapacita 5,2 lůžka v dětské a dorostové psychiatrii na 100 tis. obyvatel je hluboko pod doporučeným cílem 8 lůžek na 100 tis. obyvatel a pod úroveň vyspělých evropských zemí. Čtyři kraje nemají žádná lůžka dětské a dorostové psychiatrie, což vede k hospitalizacím dětí na dospělých odděleních nebo ve vzdálených regionech. Většina pracovišť je materiálně zastaralá, převládají vícelůžkové pokoje bez vlastního sociálního zázemí, chybí standardizované prostory pro návštěvy, skupinovou a individuální terapii, relaxaci a pobyt dítěte s rodičem, což je v rozporu s doporučeními Koncepce dětské a dorostové psychiatrie a Chartou práv hospitalizovaných dětí. Samostatné dětské psychiatrické nemocnice jsou klíčovým pilířem sítě, ale dlouhodobě fungují v nevyhovujících prostorových a úhradových podmínkách.

Způsob plnění: Do roku 2030 modernizace lůžkového fondu tak, aby odpovídal standardům terapeutického a dětského prostředí dle Koncepce dětské a dorostové psychiatrie. Dle personálních možností kontinuální navyšování lůžkového fondu směrem k cílovému poměru 8 lůžek dětské a dorostové psychiatrie na 100 tis. obyvatel (celkem cca 870 lůžek), zajištění regionálně dostupné akutní i specializované lůžkové péče, včetně adiktologické péče a péče o pacienty s duálními diagnózami s preferencí sítě více regionálně dostupných zařízení (typově s kapacitou do cca 60 lůžek), která poskytují komplexní služby (před budováním velkých centralizovaných zařízení s výrazně vyšší kapacitou). Zajištění akutních i následných lůžek ve všech krajích, včetně rozvoje specializovaných stanic (např.: pro pacienty s poruchou příjmu potravy, děti s vývojovou poruchou intelektu a náročným chováním, adolescentní oddělení). Vybudování dostatečné kapacity pokojů pro pobyt dítěte s rodičem u vybraných diagnóz v souladu s Chartou práv hospitalizovaných dětí. Přednostní podpora projektů a zařízení, které v jednom areálu nebo v těsném funkčním propojení integrují lůžkovou péči dětské a dorostové psychiatrie, alespoň jeden typ intermediální služby (denní staci-onář / centrum duševního zdraví pro děti / mobilní tým) a specializované i všeobecné ambulantní služby a nastavení přechodu mezi těmito formami péče a s tím související optimalizace úhradového systému.

Zodpovědnost: MZd.

Termín plnění: Průběžně do roku 2030; schválení klíčových investičních záměrů do 12/2027.

Rozpočet: Upřesní se dle modelací; zdroj: využití národních zdrojů, včetně cílené podpory modernizace DPN, a prostředků EU fondů 28+. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátory: Počet zmodernizovaných oddělení splňujících standard 1–2lůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením a definovaným souborem terapeutických, relaxačních a rodinných prostor je 5 do roku 2030. Počet projektů, které zahrnují lůžkovou péči, alespoň jednu intermediální službu a ambulantní péči (specializovaná + všeobecná) je 3 do roku 2030.

Opatření 4.2.7

Rozvoj sítě psychiatrických ambulancí pro děti a dorost a modernizace forem péče.

Důvod zařazení opatření: V ČR přetrvává nedostatečná dostupnost psychiatrické péče pro děti a adolescenty do 18 let. Současně stále narůstá počet dětí a adolescentů se závažnými diagnózami, zejména ze spektra úzkostně-depresivních poruch, poruch příjmu potravy a sebepoškozování, které vyžadují kontinuální péči a systematickou edukaci rodiny.

Způsob plnění: Podpora řízeného a návazného převodu pacientů po dosažení věku 17 let do péče psychiatra pro dospělé podle příslušného doporučeného postupu. Podpora zavádění hybridních forem péče kombinujících prezenční klinické vyšetření s distančními službami (videokonzultace, asynchronní odborné konzultace). Zajištění úhrad ze systému veřejného zdravotního pojištění, které budou motivační k využívání těchto forem péče. Postupný rozvoj mezioborové spolupráce (pediatr – pedopsychiatr) a mezíresortní spolupráce (pedopsychiatr – škola – rodina), včetně distančních forem konzultací, a zajištění jejich úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Podpora zapojení akreditovaných pedopsychiatrických ambulancí do vzdělávacího systému, s ohledem na široké spektrum diagnóz v terénu a potřebu flexibilních forem vzdělávání. Zavedení bonifikací ambulancí, které přijímají nové pacienty. Rozvoj pedopsychiatrické ambulantní péče i ve formě ARP pro děti a dorost. (Pro plošné zavedení této formy pedopsychiatrické ambulantní péče je nutné, aby byla prověřena adekvátním počtem pilotních projektů.)

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekty: Kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně do roku 2030.

Rozpočet: Dle objemu ambulantní péče; zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Alespoň 10 ambulancí dětské a dorostové psychiatrie v každém kraji.

Opatření 4.2.8

Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, včetně jejich potřeb a kompetencí a existence zpracovaného individuálního plánu podpory. V návaznosti na výsledky mapování zajistit postupné předávání indikovaných klientů do komunitních služeb a rozvíjet specifické sociální služby pro lidi s potřebou vysoké míry podpory.

Důvod zařazení opatření: V rámci deinstitucionalizace péče o lidi s duševním onemocněním jsou poskytovateli zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie zpracovány transformační plány. Významný počet pacientů/klientů s duševním onemocněním je však umístěn v domovech se zvláštním režimem, kde je aktuálně 14 354 lůžek, přičemž detailní potřeby a struktura této skupiny uživatelů nejsou dostatečně zmapovány, tj. není zřejmé, kolik z těchto lůžek využívají lidé se závažným duševním onemocněním.

Způsob plnění: Provedení mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, včetně posouzení jejich potřeb a kompetencí a existence individuálního plánu podpory. V návaznosti na výsledky mapování zajištění jejich postupného předávání do komunitních služeb v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (§ 39). Zároveň na základě zmapovaných potřeb v regionu zajištění rozvoje specifických sociálních služeb pro lidi s potřebou vysoké míry podpory.

Zodpovědnost: MPSV.

Spolupracující subjekt: Kraje, MZd, MŠMT.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MPSV. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence analytického materiálu a individuálních plánů podpory v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., o sociálních službách.

Opatření 4.2.9

Zavést systém prevence umísťování dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví do institucionálních forem péče prostřednictvím včasné identifikace jejich individuálních potřeb, podpory rodiny, rozvoje

komunitních a inovativních služeb a zajištění návazné zdravotní, sociální a školské podpory v přirozeném prostředí dítěte.

Důvod zařazení opatření: Opatření reaguje na potřebu posílit prevenci duševních onemocnění dětí v souladu s doporučeními obsaženými ve výstupech projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Systémový rozvoj a podpora nástrojů sociálně-právní ochrany dětí“ a koncepcí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti transformace systému náhradní výchovné péče. Cílem je zajistit, aby děti s obtížemi v oblasti duševního zdraví dostávaly podporu primárně ve svém přirozeném prostředí a nebyly zbytečně umísťovány do zařízení institucionální výchovy.

Způsob plnění: Nastavení podmínek pro systematické snižování počtu dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví umísťovaných do zdravotnických, sociálních a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo preventivně výchovné péče. Provedení analýzy finanční úspory či nákladů v rámci realizace opatření. Prioritizace alternativní cesty k identifikaci a naplnění individuálních potřeb dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví v přirozeném sociálním prostředí. Pilotáž a následné zavedení inovativních služeb a přístupů pro děti a rodiny v psychosociálním riziku zaměřených na naplnění potřeb dítěte v jeho biologické rodině a jejich začlenění do systému služeb pro ohrožené děti a jejich rodiny. Zaměření se na pravidelnou a včasnou lékařskou diagnostiku a zdravotní prevenci duševního onemocnění dětí a to tak, aby se staly běžným standardem zdravotnických služeb pro všechny děti bez rozdílu. Primární roli zde sehrává lékařská diagnostika jako nástroj pro odhalování duševní nemoci, a to zejména v rámci pravidelných lékařských prohlídek dětí prostřednictvím pediatrů, dorostových a praktických lékařů. Jako komplementárně navazující podpora pak může být zapojení školských poradenských pracovišť a školských poradenských zařízení v oblasti prevence a terénních multidisciplinárních týmů pro duševní zdraví dětí poskytovatelů sociálních služeb. Systematické posílení informovanosti všech relevantních aktérů (škol, školních poradenských pracovišť, školských poradenských zařízení, OSPOD, kurátorů aj.) o možnostech a roli středisek výchovné péče (SVP) jako dostupné služby v oblasti prevence a včasné intervence.

Zodpovědnost: MZd, MPSV, MŠMT.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence metodiky pro prevenci umísťování dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví. Existence analýzy finanční úspory či nákladů v rámci realizace opatření. Snižování počtu dětí s obtížemi v oblasti duševního zdraví umístěných do zařízení institucionální výchovy a zvýšení počtu dětí, u nichž byla potřeba identifikována včas a podpora byla poskytnuta v jejich přirozeném sociálním prostředí. Návrh sítě služeb pro nezletilé klienty.

SPECIFICKÝ CÍL 4.3

Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci a reagujících na nové společenské potřeby v oblasti duševního zdraví.

Opatření 4.3.1

Vytvořit komplexní síť služeb pro osoby v krizi, která maximálně využívá existující služby (včetně IZS, sociálních služeb, adiktologických služeb), jež efektivně propojí a doplní chybějící služby. Na základě pilotního ověření ve 3 krajích vytvořit základní architekturu této sítě a adaptovat ji v rámci implementace na potřeby jednotlivých krajů. Zřídit specializovaná krizová centra zaměřená na děti a adolescenty.

Důvod zařazení opatření: Reforma péče o duševní zdraví vychází z Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030, jako stále platného a aktuálního dokumentu. Na druhé straně nelze popírat dopad celospolečenských událostí jako epidemie COVID-19 a války na Ukrajině a nereagovat na akutní nárůst potřeb v určitých specifických oblastech. Jako nejvýraznější se zde ukazuje zvýšená potřeba krizové péče.

Způsob plnění: Vyhodnocení efektivity zdravotnických krizových center u urgentních příjmů a posouzení jejich dalšího rozvoje či transformace. V souladu s rozpracovanou koncepcí vytvoření 3 pilotních projektů sítě krizové

péče na úrovni kraje a využití jejích výsledků k vytvoření základní architektury sítě, včetně popsání prvků v síti, odpovědností a nastavení spolupráce a finančního zajištění. Implementace sítě krizové péče do všech krajů se zohledněním specifik každého regionu. Součástí krizové sítě bude mechanismus návazné psychosociální a psychotherapeutické podpory po odeznění akutní krize, včetně identifikace služeb, které udrží kontakt s osobou do doby převzetí navazující zdravotní, sociální nebo komunitní službou.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: MŠMT, kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: 22 mil. Kč; zdroj: ESF+. Charakter výdajů: opakující se. Udržitelnost: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů.

Indikátor: Výstup z evaluace projektu.

Opatření 4.3.2

Podpořit rozvoj pilotně ověřených ambulantních a terénních služeb v oblasti krizové a akutní péče o děti a adolescenty (případně neautonomní mladé dospělé do 26 let) a jejich rodiny v akutní psychické krizi v regionech.

Důvod zařazení opatření: Potřeby v oblasti duševního zdraví dětí a dospívajících v ČR v posledních letech výrazně narůstají; v ambulantní i lůžkové péči se projevuje nárůst počtu dětí vyžadujících akutní péči v řádu desítek procent. V Praze byl pilotně ověřen model multioborové akutní ambulantní péče pro adolescenty a mladé dospělé, který od prvního celého roku existence ošetřil v odboru 901 v cca 6-7 FTE kolem 900 UČR, z toho cca 600 z toho prvopříjmů. To je násobně více než je běžné u odb. 901. Regiony jsou na tom hůře než hlavní město, čekací doby na klinického psychologa či psychiatra se počítají na měsíce. Současný systém je orientován na práci s pacientem a nedostatečně propojuje zdravotní a sociální složku. Chybí včasné, koordinované a nízkoprahové intervence, které stabilizují situaci dříve, než vyústí v hospitalizaci. Tuto mezeru je třeba zacelit kombinací odborností v jednom týmu, terénním dosahem (škola, rodina, instituce) a podporou celé rodiny. Cílem je včas zachytit krizi, stabilizovat dítě i rodinu, předejít hospitalizacím a následnému dlouhodobému zhoršování stavu a posílit kapacity regionální sítě péče. Současně se ukazuje, že pro efektivní řešení krizových situací je nezbytné zajistit dostupnost podpory také v přirozeném prostředí dítěte a rodiny. Potřebu tohoto přístupu potvrzují i zjištění z interní analýzy Asociace komunitních služeb z roku 2024, do níž bylo zapojeno 49 členských organizací, z toho více než 30 poskytujících sociální a zdravotní služby dětem s duševními obtížemi. Analýza ukázala, že značná část rodičů postrádá v době psychické krize dítěte odborné vedení a možnost zvládat situaci doma, že krize dítěte se významně promítá do jeho fungování ve škole, a že při dostupnosti adekvátní terénní krizové intervence by bylo možné předejít části hospitalizací. Terénní krizová pomoc je v ČR pilotována v rámci projektu sociální inovace „Pilotáž terénních týmů krizové pomoci pro děti a dospívající“.

Způsob plnění: Na základě dat z pětiletého fungování služby a dalších evaluovaných projektů vytvoření minimálních personálních požadavků, materiálně technických standardů a metodiky práce. Pilotování služby multioborové akutní zdravotně-sociální péče ve dvou krajích mimo hl. m. Prahu, včetně pilotního ověření různých druhů spolupráce se sociální službou (integrální součást vs spolupráce). Na základě ověřených modelů návržení legislativního ukotvení a nastavení financování z v. z. p, případně z rozpočtů krajů (v případě sociální a zdravotně-sociální služby) a po provedení úprav financování a úprav relevantních zákonů a vyhlášek rozvíjení těchto služeb v každém kraji ČR.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, kraje.

Termín plnění: Návrh personálního a materiálně technického standardu 10/2026, pilotní provoz od 10/2027, úpravy financování a legislativy do 2029, další průběžně.

Rozpočet: 6,4 mil. Kč na 1 centrum; zdroj: Fondy EHP a Norska. Udržitelnost z v. z. p. a MPSV. Podpora vzdělávání lékařů z fondu obecně prospěšných činností zdravotních pojišťoven cca 30 mil. Kč. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence zprávy z dvou pilotních projektů a návrh financování a legislativních úprav. Metodický a provozní model přenositelný do dalších regionů.

Opatření 4.3.3

Rozvinout stacionární péči pro dětskou i dospělé populaci osob s duševním onemocněním podle regionálních potřeb a struktury obyvatelstva.

Důvod zařazení opatření: 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 a včetně těch pro děti a adolescenty, se zapojením peer podpory.

Způsob plnění: Rozvinutí sítě otevřených denních stacionářů a psychoterapeutických zařízení ve zdravotnictví, revidování a upravení financování z v. z. p. s cílem motivovat ZZ ke vzniku této služby. Podpora vzniku sítě denních stacionářů jako sociální služby pro klienty nevyžadující pobytovou sociální službu a intenzivní zdravotní služby a postupné vybudování celostátně dostupné sítě stacionárních zdravotních i sociálních programů ve všech krajích, zajišťující odpovídající proporční zastoupení programů pro jednotlivé cílové skupiny (děti a adolescenti; dospělí), včetně osob s mentálním postižením a vývojovými poruchami, např. i poruchami autistického spektra. Identifikace vhodného modelu zapojení peer podpory jako součást fungování stacionární péče.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: MŠMT, ADSKC, kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: 30 mil. Kč; zdroj: ESF+ 50 mil. Kč; zdroj: EFRR cca 30 mil. Kč/rok; zdroj: v. z. p. cca 30 mil. Kč/rok; zdroj: rozpočtová kapitola MPSV. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: V roce 2030 existuje 60 stacionárních programů zdravotních i sociálních na úrovni všech krajů.

Opatření 4.3.4

Nadále rozvíjet síť ambulantní klinické psychologie, ambulantní dětské klinické psychologie a zajištění dostupnosti široké škály psychoterapie a podpůrných psychoterapeutických intervencí.

Důvod zařazení opatření: I přes legislativní ukotvení vzdělávání v systematické psychoterapii a doplnění víceúrovňové psychoterapie ve zdravotnictví úpravou zákona č. 95/2004 Sb. a úpravou zákona č. 96/2006 Sb. a vymezení vázané živnosti v zákoně č. 455/1991 Sb. zůstává dostupnost psychoterapeutických metod práce ve společnosti nízká. Absentuje také dostatečná provázanost v síti podpory a péče, např. efektivní zapojení osob provozující vázanou živnost v oblasti poradenské psychoterapie, psychosociální podpory a distančních forem podpory.

Způsob plnění: Identifikace a specifikace všech profesí poskytujících podporu s využitím psychoterapeutických metod a metod psychosociální podpory (např. psychiatrie, klinická psychologie, psychiatrická sestra, adiktologie a další nelékařské profese) a metodické ukotvení jejich efektivní spolupráce napříč systémy zdravotnictví, školství a sociální oblasti. Systémové ošetření potřebných konzultací pro ostatní služby v systému péče. Posilování dostupnosti těchto služeb se zaměřením na integrovanou psychoterapeutickou a psychosociální péči pro děti a adolescenty s duševními obtížemi, včetně komorbidit a duálních diagnóz, zejména v rámci rozvoje ambulant-

ních služeb. Zapojování všech relevantních profesí z oblasti zdravotnictví, sociálních a školských služeb, jako i osob vykonávajících vázanou živnost v rámci živnostenského zákona. Začlenění psychotherapeutické pomoci, terapeutické poradenství a podpůrné psychotherapeutické práci mezi základní činnosti vybraných sociálních služeb. A také zajištění jejich dostupnosti v přirozeném prostředí klienta a vytvoření podmínek pro jejich stabilní financování mimo systém zdravotního pojištění, včetně vymezení možných finančních zdrojů a postupů jejich zajištění.

Zodpovědnost: MZd, MPSV, MŠMT, MPO.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, MPSV, odborné společnosti a sociální partneři.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: Z v. z. p. cca 40 mil. Kč/rok v návaznosti na růst sítě a v rámci fondu prevence; rozpočty krajů dle jejich možností; rozpočtová kapitola MŠMT; dotace a podpora od nestátních a komerčních subjektů z rozpočtové kapitoly MPSV. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence implementačního plánu/ů strategie rozvoje služeb a metodiky vzájemné spolupráce.

Opatření 4.3.5

V návaznosti na Metodické doporučení MZd pro poskytování psychosociální podpory ve zdravotnictví zajistit legislativní a systémové ukotvení, financování a rozvoj první psychické pomoci a preventivní psychické podpory při výskytu akutních a nadlimitních stresových situacích ve zdravotnictví pro zaměstnance i širší veřejnost.

Důvod zařazení opatření: Poskytnutí základní psychické pomoci v resortu zdravotnictví po psychicky nadlimitních situacích je považováno za nezbytnou součást komplexního řešení krizové události v každodenní praxi. Zároveň přitom nelze popírat naléhavou potřebu existence funkčního podpůrného systému nejen při tzv. malých neštěstích, ale také v případech mimořádných událostí velkého rozsahu (např. opakované případy aktivních střelců, pandemie nemoci COVID-19, apod.), které mají v současné době rostoucí tendenci. Systém psychosociální intervenční služby (SPIS) funguje a rozvíjí se na základě Metodického doporučení MZd z roku 2019. Bez ukotvení v odpovídajících právních předpisech a zajištění udržitelného financování však není možné jeho plnohodnotné zapojení při mimořádných událostech, především se složkami IZS a ministerstva vnitra, a ani plošné pokrytí přednemocniční (ZZS), nemocniční i ambulantní části resortu zdravotnictví činnostmi zdravotnických peerů a zdravotnických interventů.

Způsob plnění: Na základě již existující skupiny odborně připravených absolventů v CK Peer a První psychická pomoc, a funkčního systému vzdělávání, systémové ukotvení psychosociální podpory u poskytovatelů zdravotních služeb (přednemocniční ZZS, nemocniční i ambulantní část). Vyřešení způsobů a míry financování systému z veřejných zdrojů. Udržování a propagace provozované krizové linky SPIS. Podpora navazujícího vzdělávání pracovníků SPIS v kurzech rozvíjející dovednosti psychické a krizové podpory. Dotvoření plošně dostupné sítě podpory a naplňování Koncepce SPIS 2026. Úprava souvisejících zákonů a vyhlášek (zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, případně další související zákony). Následně, v návaznosti na legislativní úpravy, propojení SPIS se subjekty v gesci MV, jeho plné zakomponování do Souboru typových činností IZS, a to jak v přednemocniční, tak i nemocniční části resortu. Podpora vzniku propojených krajských týmů za spolupráce jednotlivých poskytovatelů zdravotních i mezi resortních služeb v daném regionu. Ve spolupráci s MŠMT pokrytí edukací o resortním SPIS a peer podpoře studenty zdravotnických oborů, a to v úrovni středních, vyšších odborných, i vysokých škol.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: MV, MŠMT, kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: 30 mil Kč/rok (1,5 – 3 mil. Kč/kraj/rok dle množství realizovaných intervencí a počtu obyvatel/zdravotnických zařízení v kraji); zdroj: rozpočtová kapitola MZd, rozpočty krajů dle jejich možností a v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Systém psychosociální intervenční služby je ukotven v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákoně č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě. Systém psychosociální intervenční služby je funkční v zajištění podpory činností zdravotnických peerů i zdravotnických interventů u 14 krajských ZZS a 160 poskytovatelů nemocniční péče.

SPECIFICKÝ CÍL 4.4

Zavést systém zapojování lidí se zkušeností s dušením onemocněním a neformálních pečujících včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.

Opatření 4.4.1

Zajistit rozvoj a financování uživatelských organizací a organizací neformálních pečujících.

Důvod zařazení opatření: Nejisté finanční zabezpečení patientských organizací a organizací neformálních pečujících je jednou z největších překážek v rovnoprávném postavení zástupců lidí s duševním onemocněním a neformálních pečujících v jednotlivých rozhodovacích uskupeních. Spolurozhodování profesionálů, představitelů státní správy, zástupců samospráv a zástupců lidí se zkušeností a neformálních pečujících o změnách systému péče o duševní zdraví je dnes ve vyspělých zemích normou. Tento způsob rozhodování má potenciál významně zlepšit stav péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním v ČR, tak aby tato péče byla založená na principech zotavení a zplnomocnění lidí se zkušeností s duševním onemocněním, byla individualizovaná a zakládala se na respektu k potřebám lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Účast lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečujících na rozhodování o systému péče o duševní zdraví zajišťuje rostoucí respekt všech zúčastněných k lidským právům. Zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečujících do systému péče o duševní zdraví je prioritou moderních přístupů v budování tohoto systému. Patientské organizace a organizace neformálních pečujících tlakem na příslušné instituce (ministerstva, zdravotní pojišťovny, aj.) významně ovlivňují kvalitu a efektivitu péče.

Způsob plnění: Vyčlenění prostředků pro patientské organizace a organizace neformálních pečujících formou dotačního programu MZd, který je 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. Systémové ukotvení financování patientských organizací prostřednictvím povinnosti zdravotních pojišťoven alokovat z fondů obecně prospěšných činností finanční prostředky podporující fungování a rozvoj těchto organizací. Podpora přechodu z možnosti alokace finančních prostředků zdravotními pojišťovnami na povinnou alokaci těchto zdrojů. Rozšíření aktuálně fungující neformální platformy pro zapojování uživatelů a rodinných příslušníků ve 4 krajích (Krajská fóra) do všech krajů ČR. Na úrovni krajů a obcí ČR zajištění vzniku dotačních titulů pro zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečujících a financování aktivit patientských organizací a organizací neformálních pečujících. Návrh metody a mechanismů systematického zapojení uživatelů péče a neformálních pečujících do plánování, řízení, implementace a hodnocení služeb na národní, regionální i lokální úrovni, včetně jejich zastoupení v poradních a rozhodovacích orgánech a systém vyhodnocování míry a efektivy tohoto zapojení, které budou konkrétně implementovány v rámci opatření návazné strategie na NAPDZ.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Spolupracující subjekt: Kraje, zdravotní pojišťovny.

Termín plnění: Každoročně dotační program MZd; systémové ukotvení financování do 2027; dotační tituly na úrovni krajů každoročně; platformy (Krajská fóra) ve všech krajích do 2030. V rámci navazujícího strategického dokumentu k oblasti duševního zdraví 2030+ rozpracování této oblasti do konkrétních aktivit a opatření.

Rozpočet: Dotační program z rozpočtové kapitoly MZd 1 mil. Kč/rok, dále variabilní dle možností krajů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence dotačních titulů, existence platformy pro zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečujících (Krajská fóra) v každém kraji ČR. Změna zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně a změna zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Existence konkrétních opatření k zapojení uživatelů péče a neformálních pečujících ve strategii k duševnímu zdraví 2030+.

Opatření 4.4.2

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

Důvod zařazení opatření: Peer konzultanti přinášejí do systému péče o duševní zdraví jedinečnou hodnotu založenou na vlastní zkušenosti s duševním onemocněním, která podporuje důvěru, orientaci v náročné situaci, zotavení, zplnomocnění a posilování autonomie lidí s duševním onemocněním. Jejich přínos se uplatňuje nejen v přímé podpoře osob s duševním onemocněním, ale také v oblasti prevence, včasné intervence a podpory osob v psychické zátěži či rané fázi obtíží.

Přestože se jedná o svébytnou a systému významně prospěšnou profesní roli využitelnou napříč sektory, není pracovní pozice peer konzultanta dosud legislativně ukotvena. Absence jasného vymezení role a odpovídajícího systémového financování vede k nejasnému postavení peer konzultantů v týmech, nízkému finančnímu ohodnocení a oslabení jejich advokační role. Tento stav přispívá k nerovnému postavení peer konzultantů v multidisciplinárních týmech a omezuje plné využití jejich potenciálu v systému péče o duševní zdraví.

Způsob plnění: Vymezení role peer konzultanta jako svébytné profesní pozice v systému péče o duševní zdraví, včetně jasného stanovení jejích kompetencí, hranic, odpovědností a forem uplatnění v jednotlivých segmentech systému. Současně vymezení dalších možných pracovních pozic peer pracovníků, zejména v oblasti advokační činnosti, hodnocení kvality poskytované péče a vzdělávání odborné i laické veřejnosti. V návaznosti na toto vymezení vytvoření obecného standardu peer podpory, který stanoví základní rámec role, kompetencí, pracovních postupů a nezbytné metodické podpory, a který zároveň umožní vznik specializačních standardů přizpůsobených konkrétním cílovým skupinám a kontextům uplatnění. Ukotvení pozice peer konzultanta v Katalogu prací ve veřejných službách a správě jako samostatné pracovní pozice. Úprava zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve smyslu jednoznačného vymezení pracovní pozice peer konzultanta; v zákoně č. 372/2011 Sb. definování peer konzultanta jako nezdravotnického pracovníka ve zdravotnictví. Úprava vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků tak, aby nebránila výkonu profese peer konzultanta z důvodů souvisejících s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Zavedení systému vzdělávání a podpory peer konzultantů do praxe v návaznosti na vymezení role a standardů. Systematické zapojení lidí se zkušeností jako hlavních nositelů peer role do všech fází přípravy, realizace a vyhodnocování tohoto opatření.

Zodpovědnost: MZd, MPSV.

Termín plnění: Zakotvení pozice v Katalogu prací ve veřejných službách a správě a v Národní soustavě kvalifikací do roku 2028; upravená vyhláška č. 271/2012 Sb. 2028; upravené zákony do 2029.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtové kapitoly zodpovědných resortů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Existence vymezení pozice peer konzultanta v Katalogu prací ve veřejných službách a správě a v Národní soustavě kvalifikací; upravený zákon č. 108/2006 Sb. a upravený zákon č. 372/2011 Sb.; upravená vyhláška č. 271/2012 Sb.; existence akreditovaných vzdělávacích kurzů pro peer konzultanty.

STRATEGICKÝ CÍL 5:

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

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

SPECIFICKÝ CÍL 5.1

Systémově (mezirezoborně) vyřešit problematiku ochranného léčení.

Opatření 5.1.1

Vytvořit koncepci péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranného léčení, včetně plánu implementace.

Důvod zařazení opatření: Systém ochranného léčení v ČR vykazuje dlouhodobé a vzájemně propojené nedostatky v oblasti řízení, organizace, odborných standardů i návaznosti péče. Chybí jednotná a propojená datová základna, což omezuje plánování kapacit, řízení sítě služeb i vyhodnocování kvality, efektivitu a bezpečnosti péče. Systém zároveň postrádá jasně definovaný cílový model, podle něhož by bylo možné dlouhodobě rozvíjet jeho strukturu, kapacity a regionální dostupnost.

Významným problémem zůstává přetížení ústavní složky péče, které je podmíněno nejen nárůstem počtu pacientů v ústavním ochranném léčení, ale i nedostatečně rozvinutou návaznou ambulantní, sociální a komunitní podporou. U části pacientů tak nelze bezpečně a udržitelně realizovat přechod do méně restriktivní formy péče, a to zejména z důvodu nedostatečného zajištění jejich komplexních potřeb v ambulantním prostředí. Tím se dále zvyšuje tlak na lůžkové kapacity a prohlubuje se disproporce mezi potřebami systému a jeho reálným uspořádáním. Dalším zásadním limitem jsou personální kapacity. Systém současně není dostatečně standardizován. Chybí jednotné odborné postupy pro léčbu, hodnocení rizika a nebezpečnosti, plánování péče i volbu odpovídajících režimových a bezpečnostních opatření. Praxe je proto v řadě oblastí nejednotná a závislá na postupech jednotlivých zařízení a znalců. Rizika, individuální potřeby a schopnost spolupráce u jednotlivých pacientů nejsou vždy soustavně vyhodnocovány a promítány do rozhodování o intenzitě, zaměření a formě léčebných intervencí, což může vést k neefektivnímu využívání kapacit a v některých případech patrně i k nepřiměřenému uplatňování restriktivních opatření.

Přetrvávají také nejasnosti v legislativním a organizačním rámci, zejména ve vztahu k výkonu ochranného léčení, pravidlům jeho přerušení, přemísťování mezi zařízeními a rozsahu přípustných zásahů do práv pacientů v ústavním prostředí. Systém navíc dosud nedostatečně reaguje na potřeby některých zranitelných skupin, pro něž chybí specializované kapacity a cílené programy. Jeho rozvoj dále oslabují omezená dostupnost investičních prostředků, nevyhovující nastavení dlouhodobého financování a nejednotná úroveň znaleckého posuzování, včetně nedostatečné kapacity znaleckého systému. Výsledkem je nízká soudržnost systému, omezená schopnost koordinovaného rozvoje a oslabená možnost poskytovat péči, která je současně bezpečná, přiměřená, efektivní a respektující komplexní potřeby osob s uloženým ochranným léčením.

Pro děti a dospívající koncepce ochranného léčení neexistuje, chybí analýza dat o potřebě ochranných léčeb, jejich efektu a potřebě následné péče. Kromě samotné koncepce je nutné vytvořit standardy léčby pro jednotlivé věkové skupiny a diagnostické kategorie s ohledem na vývojové a vzdělávací potřeby dětí a dospívajících. U některých psychických poruch (např. u diagnóz Poruchy chování), které jsou psychiatrickou diagnózou, je samotná psychiatrická léčba málo efektivní, metodou volby jsou opatření výchovná a pedagogická.

U dětí a dospívajících také chybí systém následné psychosociální podpory pro rodinu a komunitu (především vzdělávací instituce), do kterých se děti a dospívající budou u ochranného léčení vracet. Je nutné vytvořit podmínky a postupy pro předání dospívajícího v ochranné léčbě do následující péče v případě zletilosti.

Způsob plnění: Vypracování a implementace koncepce koordinovaného a efektivního systému péče o osoby s uloženým ochranným léčením v ústavní i ambulantní formě, včetně návazných specializovaných ambulantních a zdravotně-sociálních služeb typu CDZ-OL. V rámci koncepce vymezení cílového uspořádání sítě služeb, standardů poskytované péče, pravidel spolupráce mezi jednotlivými segmenty zdravotního systému a mechanismů meziresortní koordinace se soudy, Policií ČR, sociálními službami a Úřadem práce ČR. Současně nastavení systému sběru a vyhodnocování dat (viz opatření 5.1.2) a návrh modelu udržitelného financování a příprava postupu implementace koncepce do praxe. Ve všech fázích zajištění respektu k lidským právům, důstojnosti a specifickým potřebám všech pacientů, včetně zvláště zranitelných skupin. V oblasti ochranného léčení dětí a dospívajících vytvoření koncepce návrhu efektivního systému péče pro pacienty/klienty s potřebou ochranného léčení jak v ústavní léčbě, tak v navazujících ambulantních i komunitních službách. Součástí návrhu bude definice léčebných metodik, spolupráce zdravotnických složek mezi sebou a nastavení multiagentní spolupráce (zdravotnická zařízení úřady práce – sociální zařízení – školská zařízení – soudy – policie). Návrh implementace koncepce do praxe. Existence koncepce systému sběru dat týkajících se nemocných s ochranným léčením. Navržení efektivního modelu financování této oblasti péče.

Zodpovědnost: MZd, MSp, MPSV, MŠMT.

Termín plnění: 12/2026, u dětí 12/2029

Rozpočet: N/A (tvorba koncepce ve spolupráci s projektem Změna jako strategický nástroj zlepšení systému ochranného léčení v ČR a dále z rozpočtů zainteresovaných resortů formou zapojení do přípravy); u dětí tvorba koncepce 3 mil Kč; zdroj: Fondy EHP a Norska. Charakter výdajů: jednorázový.

Indikátor: Existence koncepce Národní Koncepce Ochranného Léčení (NAKOL), schválené RVDZ, existence návrhu koncepce ochranného léčení pro děti.

Opatření 5.1.2

Vytvořit registr ochranného léčení.

Důvod zařazení opatření: Absence dat o skupině osob s nařízeným ochranným léčením v oblasti zdravotnictví, která neumožňuje navázat efektivní opatření. Novela zákona o rejstříku trestů a evidenci přestupků obsažená v zákoně č. 270/2025 Sb. zavádí novou subevidenci v rámci rejstříku trestů, kde budou shromažďovány informace o soudních rozhodnutích o uloženém ochranném léčení. V rejstříku trestů budou evidována jak ochranná léčení uložená trestně odpovědným pachatelům, včetně informací o jejich změnách, které jsou evidovány již podle současné právní úpravy, tak nově i ochranná léčení uložená nepříčetným osobám nebo dětem mladším 15 let, které se dopustily činu jinak trestného. Úprava této evidence nabude účinnosti dne 1. 1. 2027. Nепropojení s daty ze zdravotního segmentu však působí nemožnost sledování účinnosti léčby např. ve formě ovlivnění recidiv a návratu do výkonu trestu po absolvované léčbě, a i v dalších oblastech zamezuje efektivnějšímu zacílení intervencí na problematické oblasti.

Způsob plnění: Provedení epidemiologického šetření ochranných opatření prostřednictvím registrů ÚZIS (případně přímým sběrem dat od poskytovatelů zdravotních služeb). Provedení analýzy sběru, shromažďování a využívání dat v oblasti ochranného léčení v zahraničí. Na základě těchto vstupů navržení cílového modelu datové základny k problematice ochranného léčení zaměřeného na to, aby šlo o komplexní a efektivní řešení napříč zdravotnictvím a případně dalšími systémy. Na základě provedené analýzy případná příprava novelizace zákonů a podzákoných právních předpisů tak, aby bylo možné registr právně založit a provozovat. Na základě ustavené pracovní skupiny zpracování návrhu cílového registru ochranného léčení (věcné, procesní i technické). Zajištění projednání a schválení řešení Radou vlády pro duševní zdraví. Následně realizace řešení, zahrnující technické změny (informační systémy, rozhraní, datové standardy) a podle potřeby i legislativní změny (zákonné i prováděcí).

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: ÚZIS, MSp, MPSV, MŠMT.

Termín plnění: 06/2027 návrh řešení, 06/2028 spuštění registru.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MZd, MSp. Charakter výdajů: jednorázový na tvorbu a opakující se na provoz registru.

Indikátor: Existence registru.

Opatření 5.1.3

V souladu s vytvořenou koncepcí realizovat další rozvoj lůžkové a ambulantní péče o nemocné s nařízeným ochranným léčením, souvisejících služeb a procesů.

Důvod zařazení opatření: Realizace strategie NAKOL v rámci Opatření 5.1.1.

Způsob plnění: V návaznosti na opatření 5.1.1 a 5.1.2 je cílovým stavem restrukturalizovaná a přehledně uspořádaná síť lůžkové péče pro osoby s uloženým ochranným léčením. Vymezení struktury sítě specializovaná oddělení a pracoviště pro pacienty se střední a nízkou mírou rizika, vybavená odpovídajícím technickým zázemím, režimovými podmínkami a dostatečnými odbornými i materiálními kapacitami. Koncipování systém ochranného léčení jako provázaná, datově řízená síť služeb, která na všech úrovních rozhodování uplatňuje to, že riziko recidivy je u každého pacienta systematicky hodnoceno, potřeby pacienta jsou zohledňovány při volbě a intenzitě intervencí a péče je nastavována s ohledem na individuální charakteristiky každého pacienta.

Poskytování péče v co nejméně restriktivním prostředí, v režimu odpovídajícím míře rizika a potřebám pacienta. V ústavní péči jsou jednoznačně vymezeny stupně zabezpečení a podmínky jejich uplatnění tak, aby bezpečnostní standardy byly napříč zařízeními jednotné a přiměřené. Léčba je individualizovaná, průběžně vyhodnocovaná a zaměřená nejen na symptomy onemocnění a rizikové faktory, ale i na celkový zdravotní stav, fungování a duševní pohodu. Rozhodujícím kritériem pro volbu intervence je aktuální zdravotní stav a komplexní potřeby osoby, nikoli pouze potřeby kriminogenní povahy. V případě lůžek pro ochranné léčení u dětí a dospívajících je nezbytná přítomnost adiktologické a sexuologické péče s ohledem na nárůst závislostí a sexuologických poruch v dospívání, i když se nejedná o poruchy, které jsou důvodem samotného ochranného léčení. Specializovaná oddělení pro děti a dospívající s nařízeným ochranným léčením musí mít zajištěnou výuku v rozsahu základní školní docházky. U dětí a dospívajících je péče poskytovaná zároveň s respektem k vývojovým a vzdělávacím potřebám, s maximálním úsilím pro zachování vazeb s primární rodinou.

Systém je tvořen navazujícími cestami péče, které propojují lůžkové a ambulantní služby, včetně specializovaných ambulancí a CDZ-OL. Rozhodování ve zdravotnické části systému má být předvídatelné, přezkoumatelné a plynule navazující v celém řetězci péče. Systém zdravotní péče zůstává otevřený funkčnímu propojení s ústavou pro výkon zabezpečovací detence a s programy realizovanými v gesci MSp ve výkonu trestu odnětí svobody, včetně specifických léčebných programů, například v oblasti závislostí. Toto může přispívat zejména ke sjednocování přístupů k hodnocení rizikových i protektivních faktorů u konkrétní osoby a k lepší kontinuitě odborné práce napříč jednotlivými segmenty systému. V případě dětí a dospívajících je nezbytné zapojení institucí z oblasti školství (školy, pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra, výchovné ústavy, diagnostické ústavy, dětské domovy).

Rozvíjení systému na základě dostupných dat a jeho průběžné přizpůsobování měnícím se potřebám. Ve všech jeho složkách je zaveden jednotný sběr dat o osobách s uloženým ochranným léčením. Péče je poskytována v souladu s etickými standardy a s respektem k důstojnosti, tělesné integritě, soukromí a autonomii pacientů; její kvalita a efektivita jsou systematicky vyhodnocovány. Síť poskytovatelů je průběžně upravována podle reálné poptávky a potřeb systému a současně se posilují forenzní kompetence v oborech psychiatrie, klinická psychologie a dalších profesí ve znalecké i klinické oblasti.

Je kladen důraz na podporu vzdělávání odborníků v této oblasti a na systémovou podporu vstupu nových odborníků do péče o nemocné s nařízeným ochranným léčením. Současně je systémově podpořen systém znalectví v oblasti soudní psychiatrie, sexuologie a psychologie.

Zodpovědnost: MZd, MSp, MPSV.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, MŠMT.

Termín plnění: Průběžně.

Rozpočet: 13 mil. Kč, zdroj: ESF+ 150 mil. Kč; zdroj: EFRR 165 mil. Kč/rok; zdroj: v. z. p. a dále rozpočty krajů dle jejich možností; ostatní dle opatření 5.1.1; u dětí tvorba oddělení 30 mil. Kč. zdroj: Fondy EHP a Norska. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Do roku 2030 je k dispozici definovaná síť lůžek pro výkon ochranného léčení, regionálně rozmístěná a stratifikovaná podle úrovně rizika (nízká/střední), s jednoznačným zařazením lůžek do jednotlivých kategorií. Současně funguje síť multidisciplinárních ambulantních týmů CDZ-OL, personálně stabilizovaných a funkčně propojených s lůžkovými zařízeními, které zajišťují koordinovanou návaznou péči. Je vymezena regionální síť ambulantních služeb pro ochranné léčení, včetně stanovených kapacit a pravidel návaznosti na lůžkovou a komunitní péči. Systém dále zajišťuje specializované programy a odpovídající kapacity pro muže, ženy a osoby s mentálním postižením či jiné podskupiny pacientů. Existují vodítka pro výkon ochranného léčení ve všech jeho formách. Současně je zaveden funkční systém sběru dat o populaci osob s ochranným léčením ve zdravotnictví a definován model financování, který umožňuje stabilní plánování a další rozvoj systému. Existuje systémová podpora vzdělávání odborníků v oblasti ochranného léčení a podpora zapojení do přímé péče o tyto nemocné, stejně jako podpora znalecké činnosti. Do roku 2030 je k dispozici nejméně jedno pracoviště pro děti a dospívající s kapacitou minimálně 20 lůžek pro děti do 15 let, s možností rozdělení dětí a dospívajících do skupin podle věku a diagnóz, a nejméně jedno pracoviště pro dospívající ve věku 15–18 let.

SPECIFICKÝ CÍL 5.2

Řešit problematiku bydlení jako relevantní součást efektivní sítě podpory a péče o duševní zdraví.

Opatření 5.2.1

Rozvoj komunitně orientovaných pobytových sociálních služeb s diferencovanou podporou pro osoby s duševním onemocněním a komplexními zdravotně sociálními potřebami.

Důvod zařazení opatření: V souvislosti se snižováním kapacit následné lůžkové péče v psychiatrii je nezbytné zajistit rozvoj pouze pobytových sociálních služeb komunitního typu, které dokážou pracovat s osobami se závažným duševním onemocněním, vyšší komorbiditou, sociálním selháváním a potřebou intenzivní podpory a dohledu (včetně duálních diagnóz, F00–F03 a F70–F79). V souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením, § 38 zákona č. 108/2006 Sb. a doporučeními WHO je nutné budovat pobytové služby, které předcházejí trans-institucionalizaci a podporují nezávislost, flexibilitu a prostupnost systému pro zvláště zranitelné skupiny. 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. Současně je nutné nastavit závazné metodické postupy pro tento typ pobytového bydlení, které povedou k eliminaci rizik spojených s poskytováním podpory osobám se závažným duševním onemocněním, zvýšeným rizikem v chování a vysokou mírou zranitelnosti.

Způsob plnění: Na základě mapování potřeb v u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Ve spolupráci s MMR, MPSV, kraji, obcemi a městy vytvoření a implementace plánů zvyšování kapacit definovaných forem bydlení. Opatření bude realizováno prostřednictvím systematického vytváření a rozšiřování dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozeném komunitním prostředí, které nabídnou individuálně diferencovanou míru zdravotně sociální podpory osobám s duševním onemocněním. Součástí je zřízení specializované pobytové sociální služby komunitního typu určené pro osoby s komplexními potřebami, včetně uživatelů s duální diagnózou a diagnózami typu F00–F03, poskytované v režimu celodenní sociální služby. Bydlení bude strukturováno jako domácí prostředí s malým počtem uživatelů, bez institucionálních rysů, a bude naplňovat principy normalizace, individualizace a zachování autonomie. Poskytovatelé budou povinni systematicky zavádět mechanismy prevence institucionalizace, podporovat integraci uživatelů do běžného života komunity a zajišťovat kontinuitu podpory včetně multidisciplinární spolupráce.

Zodpovědnost: MPSV.

Spolupracující subjekt: MMR, MZd, Svaz měst a obcí, kraje, obce.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: 500 mil. Kč, adaptace dle výsledku mapování a vytvořeného plánu; zdroj: EFRR MAS a dále EU fondy 28+ (ve vyjednávání viz. Zdroj financování.). Charakter výdajů: opakující se. Udržitelnost: rozpočtová kapitola MPSV.

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

Opatření 5.2.2

Zvýšit kapacity stabilně a dlouhodobě financovaného podporovaného bydlení pro osoby s duševním onemocněním v běžné komunitní zástavbě a zajistit jeho provázání s terénními komunitními týmy. Posílit různé formy dostupného bydlení a spolupráci s obcemi a dalšími partnery.

Důvod zařazení opatření: Nedostatek 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, což je v rozporu s Článkem 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Zároveň je nutné rozvíjet modely bydlení s různou mírou podpory, které umožňují zotavení, prevenci sociálního selhávání a předcházení institucionalizaci.

Zákon o podpoře bydlení (zákon č. 175/2025 Sb.) vytváří rámec pro rozvoj dostupného a podporovaného bydlení, zejména prostřednictvím poradenské funkce na úrovni ORP, systémového financování podpory bydlení a komunitních týmů a nástrojů evidence podpory bydlení. Tento rámec je však nutné aktivně naplňovat cíleným zvyšováním kapacit stabilně a dlouhodobě financovaného podporovaného bydlení pro osoby s duševním onemocněním v běžné komunitní zástavbě, jeho provázáním s terénními komunitními týmy a v návaznosti na to také posilováním kapacit zabydlovacích týmů Housing First a spolupráce s obcemi a dalšími partnery.

Způsob plnění: Na základě mapování potřeb v psychiatrických nemocnicích a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit bydlení. Zvýšení kapacit a dostupnosti stávajících systémů podporovaného a sociálního bydlení v obcích. Přizpůsobování rozvíjených modelů bydlení (např. Housing First, Recovery House a dalších forem podporovaného bydlení) přizpůsobovat jejich podobu potřebám jednotlivých regionů.

Ve spolupráci s obcemi a městy vytvoření a realizace krajských a obecních plánů zajištění dostatečných kapacit bydlení v civilní zástavbě s provázáním na podporu terénních komunitních týmů a dalších návazných služeb, aby se předcházelo ztrátě bydlení, sociálnímu selhávání a institucionalizaci. Využití nástroje zákona o podpoře bydlení, zejména poradenskou funkci na úrovni ORP, nástroje podpory bydlení, systémové financování podpůrných a terénních služeb a nástroje evidence podpory bydlení.

Současně rozvoj a uplatňování dalších nástrojů podpory bydlení a podpory samostatného života osob s duševním onemocněním nad rámec zákona o podpoře bydlení. A to prostřednictvím dalších relevantních právních předpisů a politik v oblasti sociálních služeb, zdravotnictví, zaměstnanosti a regionálního rozvoje, jakož i prostřednictvím národních a regionálních programových a finančních nástrojů. Podpora provázání modelů podporovaného bydlení s dostupnými komunitními aktivitami a pracovními příležitostmi v místě, včetně sociálního zemědělství a sociálních podniků, další rozvoj specifických forem dlouhodobého a podporovaného bydlení pro osoby s vysokou mírou podpory a jejich rodiny s návazností na terénní a multidisciplinární služby. V návaznosti na další programová období EU od roku 2028 zohledňování rozvoje sociálního a dostupného bydlení pro širší cílové skupiny, včetně osob se závažným duševním onemocněním (CS SMI).

Zodpovědnost: MMR, MPSV, MZd.

Spolupracující subjekt: Svaz měst a obcí, kraje.

Termín plnění: Průběžně do 2030.

Rozpočet: N/A (využití stávajícího bytového fondu, volný trh s byty); ostatní dle výsledku mapování a vytvořeného plánu, zdroj: EFRR, MAS, rozpočty obcí dle jejich možností, další relevantní programové a finanční nástroje v návaznosti na zákon o podpoře bydlení a související politiky. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Návrh regulace pro výstavbu nového rezidenčního bydlení pro sociálně a zdravotně znevýhodněné osoby, plán rozvoje popsaných služeb ve strategických dokumentech krajů, existence 3 000 míst pro bydlení pro lidi s duševním onemocněním v bytech v civilní zástavbě po celé ČR v roce 2029; vytvoření finančních mechanismů pro rozvoj multidisciplinárních týmů (např. Housing First).

SPECIFICKÝ CÍL 5.3

Zajistit efektivní koordinaci péče o duševní a somatické zdraví.

Opatření 5.3.1

V rámci uceleného systému prevence, podpory a péče o duševní zdraví účelně ukotvit oblast duševního zdraví v primární péči praktických lékařů, včetně praktických lékařů pro děti a dorost.

Důvod zařazení opatření: Lékaři primární péče hrají důležitou roli v odkrývání skryté psychiatrické nemoci – v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch či včasné detekci psychóz nebo závislosti na alkoholu. Současně bývají často prvním kontaktním místem, kde se psychické obtíže projeví a jsou tematizovány, a to jak u dospělých pacientů, tak u dětí a adolescentů; v případech praktických lékařů pro děti a dorost zejména v situacích, kdy je specializovaná péče obtížně dostupná nebo s časovým odstupem.

V posledních letech stoupá počet duševně nemocných, z nichž valná většina je ve vyšším riziku somatických komorbidit, zejména opakujících se bolestivých stavů, jako časté komorbidity ovlivňující duševní pohodu, každodenní fungování a pracovní i sociální zapojení pacienta. Praktičtí lékaři bývají často také jako první konfrontováni s touto problematikou. U dětí a adolescentů je navíc praktický lékař pro děti a dorost ve většině případů velmi dobře orientován v problematice celé rodiny a dalších souvislostech, které jsou pro zavedení preventivních aktivit a účinné podpory v oblasti duševního zdraví klíčové a dostupnost odborné pomoci často absentuje. PLDD by přitom mohli provádět podpůrnou intervenci u dětí s psychickými potížemi před předáním do péče specialisty. Žádoucí může být i rozšíření vzdělávání praktických lékařů do oblasti rozšíření péče nad úvodní intervenci, a to do doby nalezení adekvátní pomoci nebo i případě jejího čerpání, a to z akutních důvodů.

Tento fakt již předem určuje důležitost úzké spolupráce mezi lékaři primární péče a psychiatry pro kterou však nyní není v rámci sítě péče potřebná provázanost, metodická podpora ani podpora ve vzdělávání.

Způsob plnění: Zvýšení kompetencí praktických lékařů, včetně praktických lékařů pro děti a dorost, v oblasti screeningu příznaků duševního onemocnění, poskytování základní iniciální podpory a péče o stabilizované pacienty/klienty s duševními obtížemi. Součástí opatření je rovněž systematizace a metodického ukotvení využívání nefarmakologických intervencí, například intervencí na bázi KBT nebo strukturované preskripce pohybové aktivity a zdravého životního stylu, a to prostřednictvím celoživotního vzdělávání a systematické metodické podpory. Zpracování doporučených postupů a metodické podpory pro praktické lékaře v oblasti základní péče o pacienty s duševními obtížemi vyžadujícími farmakoterapii, se zvláštním důrazem na specifické cílové skupiny (např. těhotné a kojící ženy, senioři, děti a adolescenti), včetně bezpečného užívání vybraných psychofarmak a jasného vymezení indikací, limitů a návaznosti na specializovanou péči. Zajištění funkčního propojení praktických lékařů se specializovanou psychiatrickou péčí, psychoterapeutickými službami a komunitními službami a jeho ukotvení v rámci úhradových mechanismů. Zajištění finanční motivace praktických lékařů pro podporu oblasti duševního zdraví pomocí cílených zdravotních výkonů pro účely screeningu a krátkých intervencí a včetně zrušení indikačních omezení u vybraných farmak v léčbě úzkostných a depresivních poruch a Alzheimerovy demence.

Současné posilování provázanosti primární péče a psychoterapeutických služeb a služeb podpory rodiny jako nezbytné součásti komplexní péče o duševní zdraví v primární péči.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Zdravotní pojišťovny, odborné společnosti.

Termín plnění: Průběžně do roku 2030.

Rozpočet: Dle rozsahu sdílené péče; zdroj: v. z. p. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Počet praktických lékařů, kteří absolvovali vzdělávání (v rámci celoživotního vzdělávání lékařů, dle stavovského předpisu č. 16. ČLK) v oblasti duševního zdraví dosáhl hodnoty 5000 v roce 2030, existence specifických zdravotních výkonů pro screening poskytování intervencí v oblasti duševního zdraví v ordinacích PL a PLDD.

Opatření 5.3.2

Ukotvit zohlednění spánku a poruch spánku v prevenci a péči v oblasti duševního zdraví.

Důvod zařazení opatření: Spánek a poruchy spánku významně ovlivňují duševní zdraví, průběh duševních obtíží a výsledky léčby. V rámci NAPDZ není oblast spánku a poruch spánku dosud systematicky zohledněna v prevenci, včasném zachytu, diagnostice, léčbě, vzdělávání odborníků, ani v monitoringu kvality péče. Opatření reaguje na potřebu posílení včasného rozpoznání poruch spánku, mezioborové spolupráce a návaznosti péče.

Způsob plnění: Zpracování doporučení pro zohlednění spánku a poruch spánku v prevenci a péči v oblasti duševního zdraví. Zavedení základního screeningu poruch spánku v relevantních segmentech péče. Podpora návaznosti péče mezi primární péčí, službami v oblasti duševního zdraví a specializovanými pracovišti. Zařazení problematiky spánku a poruch spánku do vzdělávání relevantních odborných profesí, včetně proškolení v efektivních intervencích, jako je kognitivně-behaviorální terapie insomnie. Využívání ověřených podpůrných digitálních řešení. Zahrnutí ukazatelů vztahujících se ke spánku a poruchám spánku do monitoringu kvality péče.

Zodpovědnost: MZd.

Spolupracující subjekt: Odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé služeb v oblasti duševního zdraví, somnologická pracoviště.

Termín plnění: Průběžně do roku 2030.

Rozpočet: N/A; zdroj: rozpočtová kapitola MZd, v. z. p. a zdroje dalších zapojených subjektů. Charakter výdajů: opakující se.

Indikátor: Zpracované doporučení pro zohlednění spánku a poruch spánku v prevenci a péči v oblasti duševního zdraví. Zavedený screening poruch spánku v relevantních segmentech péče. Zařazení ukazatelů vztahujících se ke spánku a poruchám spánku do monitoringu kvality péče.

REALIZAČNÍ TÝM NAPDZ 2020–2030 v abecedním pořadí

Doc. MUDr. Martin Anders,

Ph.D. Psychiatrická společnost ČLS JEP

Prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.

Ústav zdravotnických informací a statistiky

PhDr. Ivan Duškov,

předseda Výkonného výboru reformy psychiatrie

Ing. Jakub Haas

Ministerstvo financí, odbor rozpočtové politiky společensky významných odvětví

MUDr. Martin Hollý, MBA

Psychiatrická společnost ČLS JEP

Ing. Vanda Horná,

MBA Ministerstvo zdravotnictví, odbor koncepcí a reforem

RNDr. Dana Chrtková, CSc.

Národní ústav duševního zdraví

PhDr. Lenka Krbcová Mašínová

Ministerstvo zdravotnictví, projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné

Ing. Jiří Mrázek, MBA,

Všeobecná zdravotní pojišťovna, odbor úhrad zdravotní péče

Mgr. Tereza Palánová

Ministerstvo zdravotnictví, projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné

MUDr. Simona Papežová

Ministerstvo zdravotnictví, projekt Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné

Mgr. Tomáš Petr, Ph.D.

Psychiatrická sekce České asociace sester

MUDr. Jan Pfeiffer

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

MUDr. Dita Protopopová, Ph.D.

Ministerstvo zdravotnictví, gestorka projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné

Mgr. Klára Šimáčková Laurenčíková

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

PhDr. Petr Winkler, Ph.D.

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

ROZPOČET

Předpokládané a dosud kvantifikované celkové výdaje na realizaci Národního akčního plánu pro duševní zdraví (NAPDZ) na období 2026–2030 činí přibližně 10,32 mld. Kč. Uvedené vyčíslení zahrnuje výhradně výdaje přímo související s implementací opatření zaměřených na podporu duševního zdraví.

Z celkové částky představují cca 7 mld. Kč opakované (provozní a systémové) výdaje a cca 3,25 mld. Kč výdaje jednorázového, převážně investičního charakteru. Doposud identifikované nezajištěné finanční potřeby pro rok 2027 dosahují objemu přibližně 1,5 mld. Kč, přičemž se vztahují zejména k opatřením v gesci Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. V průběhu implementace lze očekávat další zpřesňování finančních nároků a v případě jejich nezajištění by mohlo dojít k ohrožení naplnění vybraných cílů a opatření NAPDZ.

Financování implementace je založeno na vícezdrojovém modelu. Výdaje krajů jsou odhadovány na cca 14 mil. Kč ročně. Veřejné zdravotní pojištění zabezpečí jednorázové výdaje ve výši cca 90 mil. Kč a současně opakované roční výdaje v objemu přibližně 5 955 mil. Kč.

U opatření realizovaných prostřednictvím již schválených projektů financovaných z mezinárodních zdrojů je udržitelnost zajištěna z rozpočtových kapitol příslušných resortů, případně prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění. V případě budoucích intervencí, zejména v rámci programového období fondů EU 2028–2034 a fondů EHP a Norska, bude zajištění udržitelnosti řešeno již ve fázi přípravy konkrétních projektů.

Posilování finančních a personálních kapacit v oblasti duševního zdraví bude primárně realizováno v rámci schválených výdajových a personálních limitů jednotlivých kapitol státního rozpočtu. V případě, že se tento rámec ukáže jako nedostačující a došlo by k ohrožení plnění priorit vlády České republiky v oblasti duševního zdraví, bude navýšení zdrojů projednáno v rámci standardního rozpočtového procesu, přičemž Ministerstvo financí posoudí oprávněnost požadavků s ohledem na fiskální možnosti státního rozpočtu.

Vzhledem k probíhající konkretizaci jednotlivých opatření, dynamice vícezdrojového financování a omezené dostupnosti detailních rozpočtových podkladů napříč zapojenými subjekty nelze v současné fázi implementace veškeré finanční nároky vyčíslit s úplností a definitivní přesností.

ZDROJE FINANCOVÁNÍ

Realizace Národního akčního plánu pro duševní zdraví je založena na principu vícezdrojového financování. Jednotlivá opatření budou financována zejména z prostředků veřejného zdravotního pojištění, státního rozpočtu, rozpočtů územních samosprávných celků (krajů a obcí), dále z fondů Evropské unie, především z Evropského sociálního fondu plus (ESF+), Operačního programu Zaměstnanost plus (OPZ+) a Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERFF), zejména Integrovaného regionálního operačního programu (IROP) v programovém období 2021–2027. Strategickým cílem je maximálně využít synergických efektů mezi národními a evropskými zdroji, podpora investic s vysokou společenskou návratností a zajištění kontinuity financování v navazujícím programovém období (2028–2034) prostřednictvím příslušných operačních programů a dotačních titulů. Financování může být doplněno také o finanční mechanismy EHP a Norska a případně další relevantní finanční nástroje identifikované v průběhu implementace jednotlivých opatření.

Případné dodatečné požadavky na veřejné rozpočty nad rámec stávajících zdrojů rozpočtových kapitol příslušných resortů budou řešeny v rámci standardního rozpočtového procesu.

VYSVĚTLIVKY K ROZPOČTU

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

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

V případě zdroje EU fondy 28+ se jedná pouze o potenciální zdroj financování, neboť v době schválení revidované verze NAPDZ nebyly známy všechny nutné informace. Navíc s ohledem na to, že reálně se výzvy budoucího Národního a regionálního partnerského plánu vyhlašovat až od konce roku 2028 a realizace projektů bude začínat ještě později, nelze počítat s tím, že by tyto prostředky mohly zásadně ovlivnit dosažení stanovených cílů. Zařazení opatření s tímto zdrojem financování reflektuje aktuální stav přípravy programového období EU fondy 2028+, kdy s ohledem na dosud připravovaný legislativní rámec Evropské komise nelze předjímat ani garantovat konečné podmínky implementace a financování.

RIZIKA OVLIVŇUJÍCÍ PLNĚNÍ CÍLŮ NÁRODNÍHO AKČNÍHO PLÁNU PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2026-2030

Úspěšné naplňování cílů a indikátorů NAPDZ je podmíněno řadou externích i interních faktorů, které mohou ovlivnit rozsah, tempo i efektivitu realizace jednotlivých opatření. Vzhledem k dlouhodobému charakteru dokumentu nelze vyloučit výskyt okolností, které mohou významně omezit dosažení plánovaných výstupů a výsledků.

Mezi klíčová rizika patří zejména nejistota spojená s nastavením budoucího programového období EU 2028+ a související legislativy. Významným rizikem je rovněž omezená dostupnost finančních prostředků ze státního rozpočtu, zejména v případě neschválených rozpočtových požadavků nebo pokračujícího tlaku na konsolidaci veřejných financí.

Značná část navrhovaných cílů a opatření je orientována na vznik nových pracovních skupin, koordinačních rolí, stáží, workshopů a dalších podpůrných aktivit. Byť jde o klíčové aktivity v každém komplexním procesu systémové změny, existuje zde i riziko, že navrhovaná opatření povedou k dalšímu administrativnímu a organizačnímu zatížení pracovníků v přímé péči, kteří již nyní čelí vysokým nárokům na výkon své odborné činnosti. Z tohoto důvodu se pravidelné vyhodnocování NAPDZ zaměří i na měření poměru koordinačních aktivit versus objemu přímé péče a podpory cílené na klienta.

Plnění opatření může negativně ovlivnit také zhoršující se situace v oblasti lidských zdrojů, především nedostatek kvalifikovaných odborníků, vysoká fluktuace zaměstnanců, stárnutí pracovní síly a rostoucí personální zatížení institucí odpovědných za realizaci opatření.

Za významné systémové riziko lze považovat rovněž změny politických priorit na národní i globální úrovni, které mohou vést ke změně podpory financování nebo institucionálního ukotvení jednotlivých opatření. Negativní dopad mohou mít také legislativní změny, nedostatečná meziresortní koordinace, omezená absorpční kapacita realizátorů či nízká míra zapojení cílových skupin.

Rizikem jsou rovněž nepředvídatelné společenské, ekonomické a bezpečnostní události, jako jsou hospodářské krize, mimořádné migrační vlny, přírodní katastrofy, bezpečnostní hrozby nebo jiné krizové situace vyžadující přesměrování finančních, personálních a institucionálních kapacit státu.

S ohledem na výše uvedené skutečnosti je nezbytné průběžně vyhodnocovat vývoj vnějšího prostředí a flexibilně reagovat na vznikající rizika. Současně je potřeba zohlednit fakt, že dosažení stanovených cílů a indikátorů je podmíněno nejen kvalitou implementace opatření, ale také faktory, které se nacházejí mimo kontrolu gestorů NAPDZ.

SEZNAM ZKRATEK

ADSKC – Asociace denních stacionářů a krizových center

AI – Umělá inteligence (Artificial Intelligence)

AKS – Asociace komunitních služeb

APZ – Aktivní politika zaměstnanosti

ARP – Ambulance s rozšířenou péčí

ASS – Asociace služeb pro seniory o.s.

BOZP – Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

CDZ – Centrum duševního zdraví

CDZ-OL – Centrum duševního zdraví Olomouc

CRPD – Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (orig. Convention on the Rights of Persons with Disabilities)

CS SMI – Cílová skupina osob se závažným duševním onemocněním (Severe Mental Illness)

ČLK – Česká lékařská komora

ČŠI – Česká školní inspekce

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DPN – Dočasná pracovní neschopnost

DVPP – Další vzdělávání pedagogických pracovníků

DZR – Domov se zvláštním režimem

ED/EI – Emoční disturbance / emocionální inteligence

EFRR – Evropský fond pro regionální rozvoj

EHP – Evropský hospodářský prostor

ESF – Evropský sociální fond

ESIF – Evropské strukturální a investiční fondy

FTE – Přepočtený pracovní úvazek (Full-Time Equivalent)

IPVZ – Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

IZS – Integrovaný záchranný systém

KRAAU – Kompetenční rámec absolventa a absolventky učitelství

MAS – Místní akční skupina

MBU – jednotka pro matky s dětmi (Mother and Baby Unit)

MERRPS – Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb

MF – Ministerstvo financí

MK – Ministerstvo kultury

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MO – Ministerstvo obrany

MPO – Ministerstvo průmyslu a obchodu

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MSP – Ministerstvo spravedlnosti

MSPZ – Ministr pro sport, prevenci a zdraví

MŠ – Mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MV – Ministerstvo vnitra

MZd – Ministerstvo zdravotnictví

N/A – Nevztahuje se, neaplikovatelné (Not Applicable) - viz část Vysvětlivky k rozpočtu

NAKOL – Národní Koncepce ochranného léčení

NAÚ – Národní akreditační úřad pro terciární vzdělávání

NAPDZ – Národní akční plán duševního zdraví

NBI – Intervence založené na přírodě (orig. Nature Based Interventions)

NNO – Nestátní neziskové organizace

NIKEZ – Národní institut pro kvalitu a excelenci zdravotnictví

NSC – Národní screeningové centrum

NÚDZ – Národní ústav duševního zdraví

OPZ – Operační program Zaměstnanost

ORP – Obec s rozšířenou působností

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

PL – Praktický lékař

PLDD – Praktický lékař pro děti a dorost

PS ČLS JEP – Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

RILSA – Výzkumný institut práce a sociálních věcí (Research Institute for Labour and Social Affairs), výzkumná organizace zřizovaná MPSV

RVDZ – Rada vlády pro duševní zdraví

RVP – Rámcový vzdělávací program

RWE – Důkazy z reálné klinické praxe (orig. Real World Evidence)

Sb. m. s. – Sbírka mezinárodních smluv

Sb. z. – Sbírka zákonů

SMI – Závažné duševní onemocnění (orig. Severe Mental Illness)

SPIS – Systém psychosociální intervenční služby

SR – státní rozpočet

SŠ – Střední škola

SZP – Svaz zdravotních pojišťoven

ŠPP – Školní poradenské pracoviště

ŠPZ – Školské poradenské zařízení

ÚP ČR – Úřad práce České republiky

ÚV ČR – Úřad vlády České republiky

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

VČR – Vězeňská služba České republiky

v. z. p. – Veřejné zdravotní pojištění

VZP ČR – Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VÚPSV – Výzkumný ústav práce a sociálních věcí

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZZ – Zdravotnické zařízení

ZZS – Zdravotnická záchranná služba

REFERENCE

- ANTHONY, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990 s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 1993, 1993, 16(4), 11-23 [cit. 2018-07-01]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h009565>. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/1993-46756-001>
- ELBOGEN, EB., JOHNSON, SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* [online]. 2009, 2008, 66(2), 152-161 [cit. 2019-06-17]. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188537>
- EHLER E., BEDNÁŘÍK J., HÖSCHL C., WINKLER P., SUCHÝ M., PÁTÁ M. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2013. 76/109(3), 289-291. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/ naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>
- HÖSCHL, C., WINKLER, P., PĚČ, O. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry* [online]. 2012, 24(4), 278-288 [cit. 2019-02-17]. DOI: 10.3109/09540261.2012.688730. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/230803476_The_state_of_psychiatry_in_the_Czech_Republic
- JANOUSHKOVÁ M., KÁŽMER L., WINKLER P. Péče o osobu s duševním onemocněním v ČR mezi lety 2001 a 2001. Nepublikovaný manuscript.
- JANOUSHKOVÁ, M., WINKLER, P., KÁŽMÉR, L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. *Psychiatrie* [online]. Praha, 2014, 18(4), 161-165 [cit. 2019-06-17]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2015/1-2015/janouskova.pdf>
- KONDRÁTOVÁ L., CHRTKOVÁ D., MLADÁ K., JANOUSHKOVÁ M., ŠTANGLOVÁ A., ROBOCH Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*. 2018; 114(4): 151-158. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1220>
- KRUPCHANKA, D., MLADÁ, K., WINKLER, P., KHAZAAL, Y., ALBANESE, E. Mortality in people with mental disorders in the Czech Republic: a nationwide, register-based cohort study. *The Lancet* [online]. 2018, June 01, 2018, 3(6), 289-295 [cit. 2019-06-17]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30077-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30077-X). Dostupné z: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30077-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30077-X/fulltext)
- MZd. Strategie reformy psychiatrické péče: Projektový blog strategické projektové kanceláře MZd [online]. Praha: MZd, 2013 [cit. 2018-10-20]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- MZd. Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví. In: MZ ČR [online]. Praha: MZd, 2015, 20. 8. 2015 [cit. 2018-06-12]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi.pdf
- NÚDZ. (2024). Pyramida služeb v péči o duševní zdraví (podle WHO). Iniciativa Na rovinu, projekt „Prevence a podpora duševního zdraví dospělé populace v ČR“. Dostupné z: https://narovinu.net/wp-content/uploads/2024/04/NA-ROVINU_WHO-Pyramida-sluzeb-v-peci-o-dusevni-zdravi-1.pdf
- POTOČÁR, L., WINKLER, P., MOHR, P., FORMÁNEK, T. Temporal trends in inpatient care use for adult mental disorders in Czechia: a nationwide register-based study from 1994 to 2015. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2024. 59(10), 1825–1837. Dostupné z: [Temporal trends in inpatient care use for adult mental disorders in Czechia: a nationwide register-based study from 1994 to 2015 - PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/46888888/).
- SANTOMAURO, D. F., HERRERA, A. M. M., SHADID, J., ZHENG, P., ASHBAUGH, C., PIGOTT, D. M. et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due

to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021. 398(10312), 1700–1712. Dostupné z: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic – *The Lancet*

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

WHO. Organization of services for mental health. [online]. Geneva: WHO, 2003 [cit. 2026-06-11]. Dostupné z: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/17475d12-97a8-4107-b7e6-e89865ae2894/content>

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

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

WINKLER, P., KLIMKOVÁ, V., BROULÍKOVÁ, H. M., CHRTKOVÁ, D., KRUPČÍK, O., DLOUHÝ, M. Learning from mental health reform under political change: lessons for sustainable mental health systems from Czechia. *International Review of Psychiatry*. 2026. Dostupné z: Full article: Learning from mental health reform under political change: lessons for sustainable mental health systems from Czechia

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

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

WINKLER, P., KUNC, B., GUERRERO, Z., MOHR, P., SCHOMERUS, G., MLADÁ, K. Changes in stigma and population mental health literacy before and after the Covid-19 pandemic. *SSM – Mental Health*. 2024. Dostupné z: Mental health disorders before, during and after the COVID-19 pandemic: a nationwide study | *Brain* | Oxford Academic

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

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

Národní akční plán pro duševní zdraví 2026–2030

Vydal: Úřad vlády České republiky, nábřeží Edvarda Beneše 128/4, 118 01 Praha 1

Gestor dokumentu: Ministerstvo zdravotnictví, Palackého náměstí 375/4, 128 00 Praha 2 - Nové Město

Na základě podkladů zpracoval: sekretariát Rady vlády pro duševní zdraví, Úřad vlády ČR

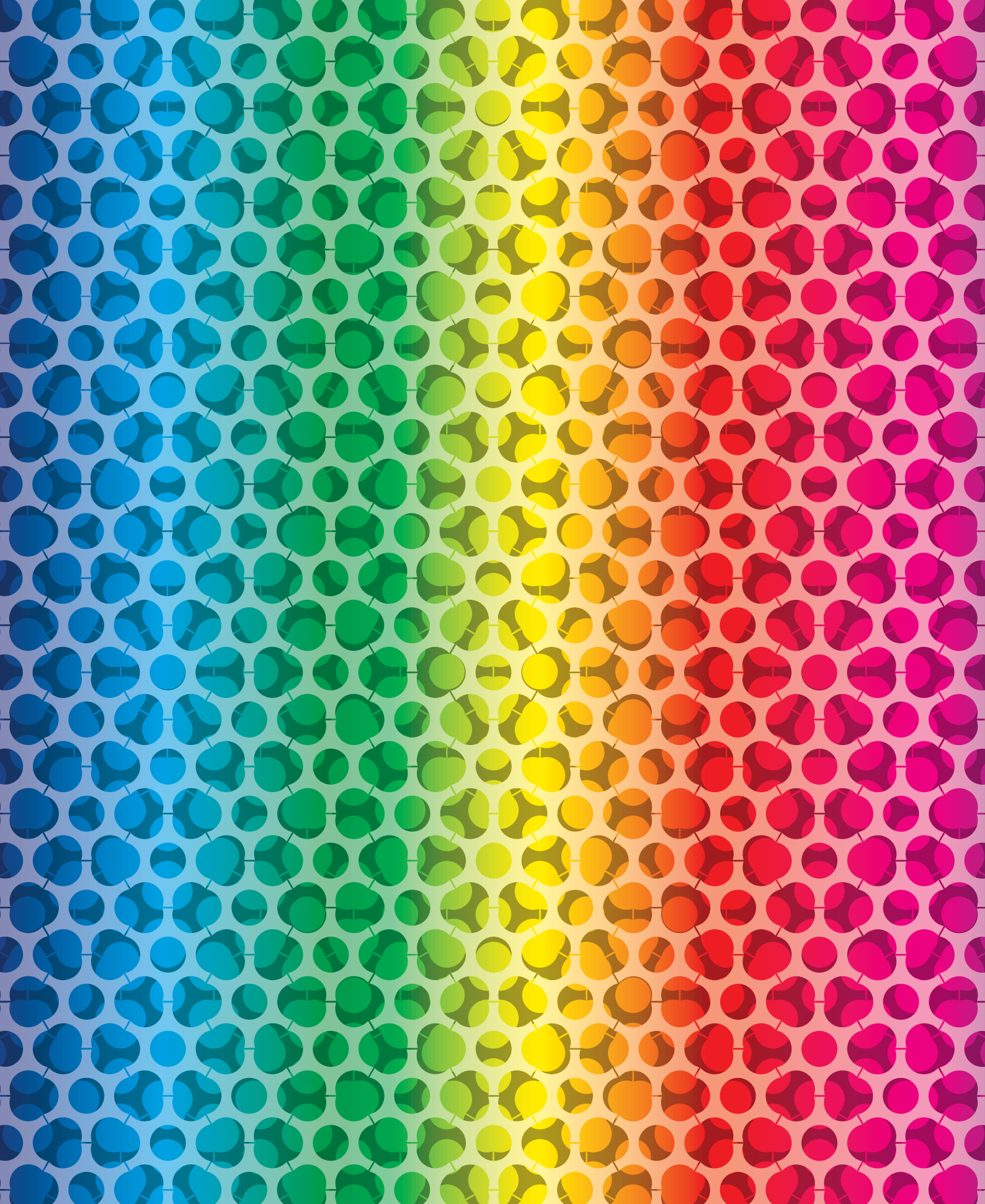
Grafická úprava, obálka a sazba: Úřad vlády České republiky, oddělení technického zabezpečení

Vydáno: červen 2026 Praha

ISBN 978-80-7440-371-2 (online; PDF)

1. vydání

© Úřad vlády České republiky, 2026



Úřad vlády
České republiky



Ministerstvo
zdravotnictví