



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

STRATEGIE REFORMY PSYCHIATRICKÉ PÉČE

VSTUPNÍ ZPRÁVA

PRACOVNÍ VERZE





Obsah

1. Úvod.....	3
2. Definice a analýza identifikovaného problému a jeho okolí	4
3. Analýza současného stavu	5
3.1. Relevantní strategické dokumenty a jejich vazba na identifikovaný problém.....	7
3.2. Analýza regulačního rámce	8
3.3. Srovnávací analýza.....	8
3.4. Analýza dostupných důkazů – klíčové trendy v péči o duševní zdraví	10
3.5. Vývoj v oblasti duševních onemocnění	11
4. Analýza předběžné vize	12
5. Hlavní rizika a otázky kolem a implementace Strategie.....	14
6. Organizace tvorby strategie	15
6.1. Struktura a složení projektového týmu	15
6.2. Zainteresované strany.....	17
6.3. Aktivity tvorby strategie a odhadovaný časový harmonogram.....	17
6.4. Odhad nákladů tvorby Strategie.....	19
7. Doporučení dalšího postupu	20





ZÁKLADNÍ INFORMACE O VYTVÁŘENÉ STRATEGII	
Název vytvářené strategie	Strategie reformy psychiatrické péče
Zadavatel strategie	Ministr zdravotnictví, Leoš Heger
Gestor tvorby strategie	1. náměstek ministra zdravotnictví, Marek Ženíšek
Koordinátor tvorby strategie	Vedoucí Strategické projektové kanceláře MZd, Ivan Duškov
Doba tvorby strategie	2. 8. 2012 – 30. 6. 2013
Schvalovatel strategie	
Kontext vzniku strategie	viz kapitola 1. a kapitola 2.
Předběžná vize	viz kapitola 4. Analýza předběžné vize.
Cíl tvorby strategie	Vytvoření nosného a závazného dokumentu pro Reformu psychiatrické péče 2014 – 2020.
Poslední úprava dokumentu	30. 11. 2012 12:00





1. Úvod

Tvorba Strategie reformy psychiatrické péče je organizována Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Mezi důvody, proč ministerstvo k iniciaci této reformy přistoupilo, patří zejména rigidní systém institucionální psychiatrické péče s těžištěm v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických léčebnách, jejichž dostupnost není v mnoha regionech optimální, dále kvůli absenci služeb v přirozeném prostředí pacienta a nízké míře koordinace jednotlivých složek péče. Od počátku 90. let 20. století nedoznala psychiatrická péče v ČR žádných zásadních systémových změn a trpí dlouhodobou podfinancovaností.

Strategie reformy psychiatrické péče by měla být v souladu se strategií Světové zdravotnické organizace (WHO). Ta podporuje především rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků. Zcela zásadní součástí reformního úsilí v České republice by měl být posun ke způsobu léčby poskytované v co největší míře v přirozené komunitě.

Psychiatrická péče bude představovat v následujícím období jednu z hlavních priorit Ministerstva zdravotnictví. K samotné implementaci Strategie reformy psychiatrické péče využije Ministerstvo zdravotnictví, vedle dalších zdrojů, především strukturální fondy Evropské unie, a to v programovacím období 2014 – 2020.





2. Definice a analýza identifikovaného problému a jeho okolí

Psychiatrie je významnou oblastí medicíny, které se však dlouhodobě nedostává potřebného zájmu. Při pohledu na vývoj psychiatrické péče od devadesátých let dvacátého století do dnešní doby je zřejmé, že struktura ambulantní, ale zvláště lůžkové péče, neprošla zásadní restrukturalizací, zohledňující soudobý společenský vývoj. V České republice existuje celkem 18 psychiatrických léčeben pro dospělé, přičemž 3 z nich mají více než 1000 lůžek, dále jsou v České republice ustaveny celkem 3 psychiatrické léčebny pro děti. Akutní psychiatrickou péči poskytuje 31 psychiatrických oddělení nemocnic. Síť psychiatrických oddělení v nemocnicích je nedostatečná svým rozsahem i funkcí, velkou část akutní péče tedy provádějí rovněž psychiatrické léčebny.

V situaci, kdy se v České republice každoročně zvyšuje počet pacientů vyhledávajících psychiatrickou péči, je nutné revidovat současný model péče o duševní zdraví.

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





3. Analýza současného stavu

Obecně lze konstatovat, že v současné době jsou v aktuálních politikách a strategiích zaměřených na duševní zdraví všeobecně reflektována práva pacientů.

Z hlediska lůžkové psychiatrické péče je cca 80 % všech finančních a personálních kapacit soustředěno v psychiatrických léčebnách. Psychiatrické léčebny jsou z valné většiny zřizovány Ministerstvem zdravotnictví České republiky.

Kapacita psychiatrických léčeben v České republice se zhruba z jedné třetiny skládá z lůžek akutní péče a ze dvou třetin z lůžek pro dlouhodobě nemocné, dohromady je v psychiatrických léčebnách cca 9254 lůžek¹. Také je možné říci, že cca polovina lůžek v léčebnách jsou gerontopsychiatrická, pedopsychiatrická, forenzní a pro léčbu návykových nemocí. Psychiatrické léčebny jsou financovány v závislosti na počet obsazených lůžek (což je v souladu s úhradovou vyhláškou MZD, je zde uplatňován princip paušální sazby za ošetřovací den ve vazbě na kategorii pacienta).

a to bez ohledu na to, zdali se jedná o dlouhodobou či akutní hospitalizaci pacienta. V psychiatrických odděleních nemocnic je celková kapacita 1 328 lůžek². Část psychiatrických oddělení v nemocnicích neposkytuje péči pacientům s vážnější duševní poruchou z důvodu nedostatečné personální a technické kapacity.

V České republice je cca 765 ambulantních psychiatrů³. Jsou financováni z veřejného zdravotního pojištění formou plateb za výkony a nemají pevněji definované spádové oblasti.

K dispozici je dále cca 20 zdravotnických denních stacionářů, některé z nich jsou propojeny se sociálními službami. Dále je v České republice etablováno cca 10 mobilních

¹ *Zdravotnická ročenka České republiky 2011*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2012, str. 119. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2011.pdf> [on-line]. [cit. 28-11-2012].

² *Ibid*, str. 132.

³ *Ibid*, str. 130.





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

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

Do sítě péče o osoby s duševním onemocněním nutno taktéž zahrnout lůžka v domovech sociální péče a zvláště pak lůžka v domovech sociální péče se zvláštním režimem. Počty klientů s duševním onemocněním zde umístěných je možno odhadnout na několik tisíc. Odhadem nejméně 80 % finančních zdrojů na provoz státních sociálních služeb o osoby s duševním onemocněním je vázáno na pobytová sociální zařízení institucionálního typu, MPSV však v posledních letech realizuje pilotní projekt deinstitucionalizace sociálních pobytových služeb, podobný projekt pro oblast psychiatrické péče dosud chybí.

V České republice je relativně dobře rozvinut systém péče o drogově závislé (včetně závislých na alkoholu), každý kraj má k dispozici svého koordinátora, na vládní úrovni je hlavní koordinátor. Je provozováno 20–30 terapeutických komunit.

Léčení osob závislých na alkoholu je zpravidla koncentrováno do psychiatrických léčeben, v tomto smyslu není patrná podpora od komunitních center, jelikož tyto nejsou pro tuto skupinu specializovaná. Současný systém ambulantních služeb v tomto smyslu funguje nedostatečně.





Okolo 500 lůžek v psychiatrických léčebnách je využíváno pro dětskou psychiatrii a adolescentní psychiatrii (tři psychiatrické léčebny jsou přímo specializované na dětskou psychiatrii, ta největší, s cca 150 lůžky se nachází v Opařanech). Celkový počet lůžek dedikovaný výhradně na dětskou psychiatrii je 260⁴. Je patrný značný nedostatek či nerozvinutost komunitní péče v oblasti duševně nemocných dětí. Rovněž existuje nedostatek specialistů na problematiku dětské psychiatrie.

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

3.1. Relevantní strategické dokumenty a jejich vazba na identifikovaný problém

Mezi klíčové relevantní strategické dokumenty, s nimiž bude průběžná činnost tvorby strategie v souladu, patří česká verze dokumentu WHO Zdraví 21 (cíl 6), revidovaná Koncepce oboru psychiatrie a Národní psychiatrický program 2007. V přesahu do sociálního resortu je relevantním dokumentem rovněž Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, která je schválena vládou ČR. Případná Strategie reformy psychiatrické péče by měla být vůči výše zmíněným dokumentům komplementární, tj. měla by rozvést formulované cíle do návrhu konkrétních opatření a aktivit.

Co se kohezní politiky EU týče, Strategie reformy psychiatrické péče bude reflektovat výstupy Pracovní skupiny pro zdraví Rady Evropy a další aktuální dokumenty vzniklé na půdě Evropské unie (*Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care, Toolkit on the Use of European Union Funds for the Transition from Institutional to Community-based Care*).

⁴Ibid, str. 123.





3.2. Analýza regulatorního rámce

Tvorba strategie by měla zodpovědně reflektovat aktuální a platné právní předpisy, mezi něž lze zařadit zejména:

- Zákon č. 372/2011, §38;
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách;
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a související vyhlášky;
- Zákon č. 89/2012 (Občanský zákoník); Zákon o nesporných řízeních soudních;
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách;
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti;
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotních zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče;
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb;
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod;
- Úmluva Rady Evropy o lidských právech a biomedicině;
- Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením;
- Úmluva o právech dětí;

3.3. Srovnávací analýza

Český systém péče o duševní zdraví, resp. poněkud užší segment psychiatrické péče vykazuje z čistě medicínského hlediska kvalitativně srovnatelnou úroveň s ostatními evropskými státy, zvláště v oblasti vědy a biologických determinant duševních poruch je úroveň poznání v ČR na velmi dobré úrovni.

Jako dlouhodobě deficitní se jeví oblast financování psychiatrické péče. V rámci výdajů na zdravotní péči jde na psychiatrii pouze 3,7 % – 4 %, což je nesrovnatelně méně





v porovnání s jinými medicínskými disciplínami. Pozice České republiky je z hlediska financování jednou z nejhorsích v Evropě (méně financí vynakládá v meziročním srovnání pouze Slovensko) a i to i ve srovnání s balkánskými zeměmi, průměr EU je cca 8 %, ale např. Anglie vynakládá cca 16 %.

Z hlediska epidemiologického není situace v České republice se zahraničím významně odchylná. Z prizmatu organizace péče o osoby s duševním onemocněním je situace v České republice charakteristická těžištěm v institucionální lůžkové péči, a to jednak v psychiatrických léčebnách, a jednak v ústavech sociální péče (dle terminologie Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v domovech se zvláštním režimem či v domovech pro osoby se zdravotním postižením), dále pak nedostatečným rozvojem komunitních služeb, a to jak zdravotních, sociálních, či zdravotně-sociálních.

Často diskutovaný je rovněž stávající model rozdělení kompetencí v primární péči, tj. tzv. prvního zachytu, oproti některým, zvláště západoevropským zemím, je hůře dostupná kvalitativně odpovídající péče v segmentu praktických lékařů, kteří v některých zemích do určité míry saturují ambulantní psychiatrickou péči.

Faktorem, který v řadě případů výrazně limituje možnost plné integrace dlouhodobě duševně nemocných do běžných životních podmínek (včetně možnosti vlastního bydlení), jsou nízké invalidní důchody a nízké nebo nepřiznávané příspěvky na péči. Řada pobytů těchto klientů v lůžkových zařízeních pak má z tohoto důvodu z velké části sociální charakter. Obdobně nedostatek pracovních příležitostí (také z důvodu stigmatizace) a možností pracovní rehabilitace znamená velmi vysoké procento nezaměstnaných lidí s duševním onemocněním.

Ve srovnání s rozvinutými systémy komunitní péče vykazuje systém péče v České republice nedostatek kontinuity a koordinace napříč jednotlivými segmenty péče, limitované propojení a koordinace mezi službami zdravotními a sociálními. V systému organizace péče není výrazněji začleněn systém regionalizace služeb. Stávající legislativa pro sociální služby taktéž limituje asertivní přístup a dlouhodobý dohled na situaci klienta,





což u osob s duševním onemocněním někdy znamená jejich vypadnutí z potřebných sociálních služeb.

Často diskutovaným tématem je rovněž hledisko lidských práv lidí s duševním onemocněním. Péče v psychiatrických léčebnách i pobytových sociálních službách neposkytuje leckdy pacientům dostatečnou míru soukromí a vlastního rozhodování. Současný systém neumožňuje poskytovat péči v nejméně omezujícím prostředí, vytváří bariéry v přístupu k zaměstnání a omezuje duševně nemocné ve svobodném výběru místa pobytu.

3.4. Analýza dostupných důkazů – klíčové trendy v péči o duševní zdraví

Celkově celosvětové trendy v oblasti duševního zdraví akcentují velmi důrazně prvek humanizace systému péče, kladou důraz na dodržování lidských práv a důstojnost pacientů a na poskytování péče v co nejméně omezujícím prostředí. Rovněž v ČR se relativně dlouho hovoří o tom, že stávající model péče není kvalitativně vyhovující současnému stavu společnosti a léčebných metod. Z hlediska organizace psychiatrické péče lze ve vztahu k ČR mezi nejvýznamnější parametry transformace zařadit tyto aktivity:

- Rozvoj komunitní a semimurální péče
- Zvýšení role primární psychiatrické péče
- Zvýšení role všeobecných nemocnic v oblasti poskytování akutní péče
- Transformace psychiatrických léčeben
- Vzdělávání odborných pracovníků
- Větší prostor pro zapojování klientů a jejich rodinných příslušníků do všech rozhodovacích procesů.





Všechny aktivity musí být doprovázeny dalšími kroky k podpoře destigmatizace, a to jak pacientů, tak samotného oboru psychiatrie, který je přes vysokou míru erudice odborných pracovníků vnímán širokou veřejností ambivalentně.

3.5. Vývoj v oblasti duševních onemocnění

Celosvětově narůstá význam duševních poruch jako sociálně ekonomického činitele. Vlastní nárůst počtu lidí potřebujících psychiatrickou péči je signifikantní zátěží pro systémy zdravotní péče. Např. v rámci ČR jsou duševní poruchy druhou nejčastější příčinou přiznání invalidity, resp. nejčastější příčinou pro přiznání třetího, tedy nejtěžšího stupně invalidity (nejčastější celkovou příčinou invalidity jsou nemoci svalové a kosterní soustavy). Podle posledního odhadu Eurostatu z roku 2011 trpí v rámci roční prevalence více než třetina obyvatel Evropské unie duševní poruchou, rovněž v ČR v poslední dekádě trvale vzrůstá počet psychiatrických pacientů. Také vzhledem k socioekonomickým podmínkám lze do budoucna očekávat zvyšování prevalence, zvláště některých druhů duševních onemocnění (např. poruchy nálad, organické a úzkostné poruchy).





4. Analýza předběžné vize

Tato kapitola byla zkompileována na základě prvních výstupů Pracovní skupiny k tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče. Výstupy jednotlivých členů Pracovní skupiny byly sdruženy do dvou základních kategorií, a sice do oblasti *konsensuální*, na kterých se všichni členové v zásadě shodují a do oblasti *rizikové*, kde je třeba návrhy a problémy dále diskutovat a rozpracovávat tak, aby jednotliví podílníci dospěli ke kompromisnímu řešení (viz následující kapitola 5).

Realizace Strategie reformy psychiatrické péče by měla způsobit a zajistit následující změny a prosazovat tyto principy:

- ***Přesun péče blíže k pacientovi***
 - je třeba zajistit:
 - větší vstřícnost, aktivitu a dostupnost psychiatrické péče;
 - koordinaci služeb a koordinaci péče o konkrétní pacienty v jejich běžném prostředí (*case management*);
 - rehabilitační programy s cílem návratu pacienta do běžného života;
- ***Respekt k právům pacientů a jejich individualitě***
 - je třeba zajistit:
 - respekt k důstojnosti pacientů, respekt k autonomii rozhodování a naplňování a výkon lidských práv a základních svobod pacientů;
 - humánnější podmínky psychiatrické, dostupnost komplexní biopsychosociální péče;
 - dostupnost kvalitní somatické péče a odstranění znevýhodnění osob s duševní poruchou ve srovnání se somaticky nemocnými;
- ***Posílení primární psychiatrické péče***
 - je třeba zajistit:
 - definici role ambulantní psychiatrie jako nositele primární psychiatrické péče;
 - kvalitativní i kvantitativní posílení ambulantních psychiatrických služeb;





- vytvoření sítě krizových a intervenčních (*out-reach*) služeb;
- koordinaci a úzkou kooperaci ambulantních a komunitních služeb;
 - **Restrukturalizace lůžkové péče**
 - je třeba zajistit:
 - přesun části pacientů z následných lůžek do komunitní péče;
 - posílení regionální akutní lůžkové péče;
 - restrukturalizaci lůžkové péče a přesnější vymezení náplně lůžkové péče spadající do psychiatrických OLÚ a psychiatrických oddělení nemocnic;
 - **Rozvoj komunitní péče**
- je třeba zajistit:
 - rozvinutí zdravotních (intermediárních) a zdravotně-sociálních komunitních služeb;
 - budování spolupráce s návaznými komunitními službami v sociální sféře;
 - rozvoj a uplatňování multidisciplinarity v komunitní péči;
 - multirezortní financování;
 - **Regionální nastavení služeb**
- je třeba zajistit:
 - jasnou definici spádové oblasti a definici služeb, kterými daný region bude disponovat;
 - definici odpovědnosti jednotlivých subjektů působících v daném regionu;
 - monitorování a kontrolu kvality služeb;
 - **Destigmatizace pacientů a oboru**
- je třeba zajistit:
 - systematické destigmatizační aktivity na celostátní úrovni;
 - redukci sociální exkluze osob s duševním onemocněním;





5. Hlavní rizika a otázky kolem a implementace Strategie

Pracovní skupina definovala několik základních problémových či rizikových faktorů a dosud nezodpovězených otázek, které se v současné době ve veřejně politickém diskurzu ohledně reformy psychiatrické péče v České republice vyskytují.

V zásadě se jedná o tyto rizikové faktory:

- **R1: *Nebude zabezpečeno adekvátní financování tranzitních nákladů;***
 - *Financování modernizace vybavení, přestavby apod.*
 - *Financování lidských zdrojů, komunikační kampaň apod.*
- **R2: *Nebude zajištěno udržitelné financování reformovaného systému;***
- **R3: *Standardy poskytované péče nebudou pregnantně definovány;***
- **R4: *Nebudou provedeny nutné legislativní změny;***

V neposlední řadě byly identifikovány následující otázkové okruhy, které bude zapotřebí dále diskutovat:

- *Co znamená či bude znamenat primární psychiatrická péče (ambulantní psychiatrie a zapojení praktických lékařů)?*
- *Jak zajistit komunitní péči u pacientů bez trvalého bydliště?*
- *Co se stane v případě, že nebude vytvořen systém kontinuálního vzdělávání poskytovatelů služeb na všech úrovních personálu?*
- *Jaké je rozhraní mezi zdravotní, zdravotně-sociální a sociální sférou?*
 - *lze finanční zdroje kombinovat?*
 - *je možné ustavit „zdravotně-sociální“ servis?*
 - *má vůbec smysl věnovat kapacity stanovení tohoto rozhraní?*





6. Organizace tvorby strategie

Tvorba Strategie reformy psychiatrické péče bude organizována Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Právě na půdě této instituce byla Příkazem ministra č. 30/2012 „Zřízení pracovní skupiny k zabezpečení přípravy strategie reformy psychiatrické péče v ČR“ ze dne 24. září 2012 ustavena Pracovní skupina k tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče. Pracovní skupina v souladu s Metodikou tvorby veřejných strategií MF ČR (koordinována Strategickou projektovou kanceláří MZd) zajišťuje činnosti spojené s psychiatrickou péčí a její reformou v oblastech spadajících do oblasti působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví ČR.

6.1. Struktura a složení projektového týmu

Zadavatelem tvorby Strategie reformy psychiatrické péče je ministr zdravotnictví ČR, **doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.**

Gestorem tvorby Strategie je první náměstek ministra zdravotnictví ČR, **PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.**

Koordinátorem tvorby Strategie je vedoucí Strategické projektové kanceláře ministerstva zdravotnictví ČR, **PhDr. Ivan Duškov**

Členové Přípravného týmu:

1. První náměstek ministra zdravotnictví, PhDr. Marek Ženíšek, Ph.D.
2. ředitel Odboru evropských fondů MZd, PhDr. Mgr. Jan Bodnár
3. zástupce psychiatrických léčeben, MUDr. Martin Hollý
4. vedoucí Strategické projektové kanceláře MZd, PhDr. Ivan Duškov
5. konzultant Strategické projektové kanceláře MZd, Ondřej Rudolf

Členové Řídícího výboru pro tvorbu Strategie:

1. Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění, Ing. Petr Nosek
2. Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči, MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D.
3. ředitel Odboru evropských fondů, PhDr. Mgr. Jan Bodnár





4. zástupce psychiatrických léčeben, MUDr. Martin Hollý

Tým pro tvorbu strategie (ve fázi vývoje):

1. konzultantka SPK, MUDr. Simona Papežová
2. interní podílníci Ministerstva zdravotnictví ČR
3. *ad hoc* přizvaní stakeholderi (zástupci Národního ústavu duševního zdraví – budoucí nástupce Psychiatrického centra Praha, zástupci České psychiatrické společnosti Jana Evangelisty Purkyně, zástupci Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a další)
4. možnost zapojení členů Pracovní skupiny (viz níže)

Členové pracovní skupiny

1. zástupce NGO – Pavel Novák
2. zástupce uživatelů psychiatrické péče – Jan Jaroš
3. zástupce psychiatrických léčeben – MUDr. Martin Hollý
4. zástupce odborné společnosti – Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.
5. zástupce ambulantní péče – MUDr. Juraj Rektor
6. zástupkyně MPSV – Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.
7. zástupkyně VZP – JUDr. Lenka Havlasová
8. zástupkyně Svazu pojišťoven – MUDr. Irena Vágnerová, MBA
9. zástupce České asociace sester – Mgr. Tomáš Petr
10. zástupci Ministerstva zdravotnictví: ředitel Odboru evropských fondů, ředitelka Odboru zdravotních služeb, náměstek pro zdravotní péči, náměstek pro zdravotní pojištění.

Manažer komunikace a publicity – Ondřej Rudolf (SPK, MZd).



6.2. Zainterесované strany

Zainterесované strany, resp. zástupci všech klíčových segmentů společnosti, kterých se realizace Strategie reformy psychiatrické péče dotkne, jsou primárně integrováni v Pracovní skupině tvorby Strategie (viz výše, subkapitola 5.1.) Každý z členů Pracovní skupiny tedy zastupuje více či méně organizovanou družinu aktérů populace, která bude (či by mohla být) realizací Strategie zasažena. Rovněž každý člen Pracovní skupiny by měl fungovat jako informátor, interpretátor a zprostředkovatel aktuálních informací a dat o stavu tvorby Strategie, a to jak směrem z výsledků jednání Pracovní skupiny, tak směrem dovnitř (sběr dat a podnětů).

Další zainterесované strany budou přizvány *ad hoc* v jednotlivých následujících fázích a aktivitách tvorby strategie. V současné době se nabízí přizvat zástupce Národního ústavu duševního zdraví, zástupce České psychiatrické společnosti Jana Evangelisty Purkyně, zástupce Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví a další jiné relevantní reprezentanty odborné či jinak zaangažované společnosti.

6.3. Aktivity tvorby strategie a odhadovaný časový harmonogram

Následující text sumarizuje základní fáze a aktivity, které bude třeba vzhledem k vytvoření dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče provést (V souladu s Metodikou přípravy veřejných strategií):

FÁZE 2 – Nastavení projektu (1. 12 – 21. 12. 2012)

- Aktivita 1: Obsazení organizační struktury
- Aktivita 2: Vytvoření projektového plánu tvorby strategie
- Aktivita 3: Vytvoření Plánu spolupráce a komunikace
- Aktivita 4: Vytvoření Plánu řízení rizik tvorby strategie



FÁZE 3 – Analytická a prognostická fáze (6. 1. 2013 – 28. 2. 2013)

- Aktivita 1: Identifikace zdrojů dat a zpracování primárních analýz
- Aktivita 2: Analýza dosavadních řešení včetně mezinárodní praxe
- Aktivita 3: Analýza současného stavu
- Aktivita 4: Analýza budoucího vývoje bez realizace dalších opatření
- Aktivita 5: Kompilace analytické části strategického dokumentu

FÁZE 4 – Stanovení strategického směřování, priorit a variant (1. 3. – 21. 3. 2013)

- Aktivita 1: Ověření vize a formulace strategických cílů
- Aktivita 2: Výběr variant (y) k rozpracování

FÁZE 5 – Rozpracování strategie (22. 3. – 20. 4. 2013)

- Aktivita 1: Zpracování cílů strategie
- Aktivita 2: Nastavení soustavy indikátorů
- Aktivita 3: Identifikace variantních opatření
- Aktivita 4: Hodnocení a výběr opatření
- Aktivita 5: Dopracování návrhu strategie

FÁZE 6 – Nastavení implementace, financování a vyhodnocování strategie (21. 4. – 30. 5. 2013)

- Aktivita 1: Vytvoření hierarchické struktury prací
- Aktivita 2: Nastavení řídicí struktury implementace strategie
- Aktivita 3: Nastavení plánu řízení změn
- Aktivita 4: Vytvoření plánu řízení rizik a určení předpokladů úspěšné implementace strategie
- Aktivita 5: Nastavení systému monitorování naplňování cílů strategie





- Aktivita 6: Nastavení plánu evaluací strategie
- Aktivita 7: Sestavení komunikačního plánu implementace strategie
- Aktivita 8: Sestavení rozpočtu implementace strategie
- Aktivita 9: Sestavení časového harmonogramu implementace strategie

FÁZE 7 – Schvalování strategie (1. 6. – 30. 6. 2013)

- Aktivita 1: Revize a dopracování plánu schvalování strategie
- Aktivita 2: Interní připomínkování a interní schválení strategie
- Aktivita 3: Externí připomínkování a schválení strategie
- Aktivita 4: Uzavření projektu

6.4. Odhad nákladů tvorby Strategie

- bude doplněno





7. Doporučení dalšího postupu

Zpracovatelé Vstupní zprávy došli na základě zevrubné diskuse nad věcnou (odbornou) částí, tak i na základě projektové části k závěru, že v tvorbě Strategie reformy psychiatrické péče je vhodné pokračovat v souladu s výše zmíněným časovým harmonogramem, i v souladu se stávající organizační strukturou tvorby Strategie.

Na základě výše zmíněných dat a argumentů tedy gestorovi a zadavateli Strategie zpracovatelé **doporučují** vydat rozhodnutí přistoupit k FÁZI 2 Metodiky přípravy veřejných strategií, „Nastavení projektu“.

