

Zpracování Analýzy dopadu reformy psychiatrické péče na jednotlivé pilíře sociální politiky optikou osob s duševním onemocněním

Datum: 30. 6. 2020



Evaluation Advisory
Central Europe

Zpracovatel:

Evaluation Advisory CE s.r.o.
Křižíkova 70b, 612 00 Brno
IČ: 25342282

Zadavatel:

Ministerstvo práce a sociálních věcí
Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2
IČ: 00551023



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Obsah

Seznam použitých zkratk.....	6
1 Úvod (Manažerské shrnutí).....	8
2 Stávající stav pilířů sociálního zabezpečení	20
2.1 Sociální politika a sociální zabezpečení	20
2.2 Sociální pojištění	22
2.2.1 Důchodové pojištění	22
2.2.1.1 Starobní důchod.....	24
2.2.1.2 Pozůstalostí důchody	26
2.2.1.3 Invalidní důchod	28
2.2.2 Nemocenské pojištění	37
2.2.2.1 Nemocenské	38
2.2.2.2 Další dávky systému nemocenského pojištění	40
2.3 Politika zaměstnanosti.....	41
2.3.1 Aktivní politika zaměstnanosti.....	43
2.3.2 Pasivní politika zaměstnanosti.....	45
2.4 Lékařská posudková služba	48
2.5 Státní sociální podpora.....	51
2.5.1 Dávky poskytované v závislosti na výši příjmu	52
2.5.1.1 Přídavek na dítě	52
2.5.1.2 Příspěvek na bydlení.....	54
2.5.1.3 Porodné.....	55
2.5.2 Dávky poskytované bez závislosti na výši příjmu	56
2.5.2.1 Rodičovský příspěvek	56
2.5.2.2 Pohřebné.....	57
2.5.2.3 Dávky péstounské péče	57
2.6 Sociální pomoc.....	59

2.6.1	Dávky v hmotné nouzi	59
2.6.1.1	Příspěvek na živobytí	60
2.6.1.2	Doplatek na bydlení	61
2.6.1.3	Mimořádná okamžitá pomoc	62
2.6.2	Dávky sociální péče.....	63
2.6.2.1	Příspěvky pro zdravotně postižené	63
2.6.2.2	Příspěvek na péči.....	64
2.6.3	Sociální služby.....	65
2.7	Sumarizace části I analýzy	69
3	Dopady Strategie reformy psychiatrické péče do jednotlivých pilířů sociálního zabezpečení	71
3.1	Situace v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním v ČR	71
3.1.1	Změny, které přináší Reforma psychiatrické péče	77
3.2	Sociální pojištění	80
3.2.1	Invalidní důchody.....	80
3.2.2	Nemocenské pojištění	86
3.3	Politika zaměstnanosti.....	88
3.4	Lékařská posudková služba	92
3.5	Státní sociální podpora.....	94
3.5.1	Příspěvek na bydlení	94
3.6	Sociální pomoc.....	96
3.6.1	Dávky pomoci v hmotné nouzi.....	96
3.6.2	Příspěvek na mobilitu	98
3.6.3	Příspěvek na péči	102
3.7	Sociální služby	105
3.7.1	Dopad oblasti Rozvoj sítě psychiatrické péče.....	114
3.7.2	Dopad oblasti Vzdělávání a výzkum.....	117

3.7.3	Dopad oblasti Legislativní změny	119
3.8	Sumarizace části II analýzy	121
4	Opatření pro další realizaci Reformy	122
4.1	Oblast 1: Řízení a koordinace části Reformy v gesci MPSV	124
4.2	Oblast 2: Datová základna	126
4.3	Oblast 3: Meziřesortní spolupráce	129
4.4	Oblast 4: Komunikace a destigmatizace	131
4.5	Oblast 5: Sociální pojištění – invalidní důchody	133
4.6	Oblast 6: Sociální pomoc	138
4.7	Oblast 7: Politika zaměstnanosti	141
4.8	Oblast 8: Sociální služby – Systém financování	145
4.9	Oblast 9: Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním	147
4.10	Oblast 10: Sociální služby – Personální kapacity	154
4.11	Oblast 11: Sociální služby – Klientský přístup	157
4.12	Predikce finančních dopadů vybraných opatření	158
4.12.1	Finanční dopady změn v metodice poskytování invalidních důchodů 158	
4.12.2	Finanční dopady deinstitucionalizace na dávky v dočasné pracovní neschopnosti	160
4.12.3	Finanční dopady změn v metodice poskytování příspěvku na péči 161	
4.12.4	Navýšení objemu prostředků na příspěvky na bydlení	162
4.12.5	Navýšení objemu prostředků na příspěvky na mobilitu	162
4.12.6	Finanční dopady navýšení kapacit sociálních služeb (provoz)	163
4.13	Sumarizace části III analýzy	166
5	Základní popis metod zpracování analýzy	174
5.1	Limity zpracované analýzy – absence dat	174

6	Přílohy.....	177
6.1	Vybrané cíle a opatření Národního akční plánu pro duševní zdraví 2020– 2030	177
6.2	Datové zdroje pro desk research.....	189
6.3	Realizované rozhovory.....	197

Seznam použitých zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADSKC	Asociace denních stacionářů a krizových center
AP	Akční plán
APZ	Aktivní politika zaměstnanosti
AV	Akademie věd
CDZ	Centra duševního zdraví
CNS	Centrální nervová soustava
CS	Cílová skupina
ČSÚ	Český statistický úřad
ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DZR	Domov se zvláštním režimem
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
EACE	Evaluation Advisory CE, s.r.o.
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
ESF	Evropský sociální fond
EU	Evropská unie
FMT	Forenzní multidisciplinární tým
IPS	Individual Placement Support
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
ISPV	Informační systém o průměrném výdělku
LPS	Lékařská posudková služba
MERPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
MF	Ministerstvo financí České republiky
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, znění desáté
MMR	Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MŠP	Ministerstvo spravedlnosti České republiky
MSSZ Brno	Městská správa sociálního zabezpečení Brno
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

MZ	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NAPAN+	Aktualizace a pokračování Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030
NNO	Nestátní neziskové organizace
NR	Není relevantní
NSK	Národní soustava kvalifikací
NSP	Národní soustava povolání
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
OL	Ochranná léčba
OPZ	Operační program Zaměstnanost
OSN	Organizace spojených národů
OSSZ	Okresní správa sociálního zabezpečení
OZP	Osoba se zdravotním postižením
PPZ	Pasivní politika zaměstnanosti
PZ	Politika zaměstnanosti
PS	Pracovní skupina
PSSZ	Pražská správa sociálního zabezpečení
SC	Specifický cíl
SMI	Severe (Serious) Mental Illness (překl. vážné duševní onemocnění)
SRPP	Strategie reformy psychiatrické péče
SSP	Státní sociální podpora
SZP	Svaz zaměstnaneckých pojišťoven
ÚP	Úřad práce České republiky
ÚSC	Územní samosprávné celky
ÚV ČR	Úřad vlády České republiky
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VUPSV	Výzkumný ústav práce a sociálních věcí
WHO	World Health Organisation
ZPDOZP	Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů
ZPS	Změněná pracovní schopnost

1 Úvod (Manažerské shrnutí)

Zpracování Analýzy dopadu realizované reformy psychiatrické péče na jednotlivé pilíře sociální politiky optikou osob s duševním onemocněním¹ je předmětem veřejné zakázky realizované v projektu s názvem „Život jako každý jiný“ (registrační číslo projektu CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0002766), který je financován v rámci Operačního programu Zaměstnanost. Prostředky na financování tohoto projektu pochází z Evropského sociálního fondu (ESF) a ze státního rozpočtu ČR.

Část I analýzy obsahuje popis stávajícího stavu pilířů sociálního zabezpečení ve vztahu k osobám s duševním onemocněním. Bylo identifikováno, že reforma psychiatrické péče má potenciálně přímé dopady jen na některé složky systému sociálního zabezpečení.

- V oblasti sociálního pojištění jimi jsou: invalidní důchody 1. až 3. stupně, nemocenské.
- V agendě politiky zaměstnanosti se pak jedná o: pasivní politiku zaměstnanosti (tj. podporu vyplácenou v nezaměstnanosti), aktivní politiku zaměstnanosti (tj. např. podporu zaměstnávání OZP, rekvalifikace a zřizování společensky účelných pracovních míst).
- Samostatnou oblast, která je průřezová pro sociální zabezpečení, představuje LPS. V této kategorii má reforma psychiatrické péče potenciální dopad na agendy: invalidita, popřípadě změna stupně

¹ Pojem „osoby s duševním onemocněním“ je dále v textu používán dle následující definice: Lidé s duševním onemocněním (diagnostikovaným dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) a psychickým onemocněním, kteří nemohou dostatečně uspokojovat své bio-psycho-sociální potřeby z důvodu vzniku a trvání duševní nemoci, lidé (bez diagnózy duševní nemoci) s psychosociálními obtížemi a lidé v psychosociální krizi, tzn. lidé, kteří se ocitli v takové životní situaci, kdy jejich vlastní možnosti a schopnosti na řešení selhávají nebo jsou nedostatečné; tj. jde o osoby s některou z těchto diagnóz:

- organická duševní porucha, včetně symptomatické (demence, delirium),
- porucha vyvolaná účinkem psychoaktivních látek,
- schizofrenie, schizofrenní porucha a porucha s bludy,
- porucha nálady (afektivní porucha),
- neurotická porucha, porucha vyvolaná stresem a somatoformní porucha,
- behaviorální syndrom spojený s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. poruchy příjmu jídla, neorganické poruchy spánku),
- porucha osobnosti a chování.

Pozn.: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů je publikace Světové zdravotnické organizace (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností.

invalidity, zdravotní postižení osoby pro účely příspěvku na zvláštní pomůcky, stupně závislosti pro účely příspěvku na péči, zdravotní postižení osoby pro účely řízení o přiznání průkazu OZP, zdravotní stav osoby pro účely přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné.

- Z okruhu státní sociální podpory je primárně relevantní příspěvek na bydlení.
- V segmentu sociální pomoci byly potenciální přímé dopady reformy psychiatrické péče identifikovány u: příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení, mimořádné okamžité pomoci.
- Z dávek sociální péče jsou potenciálně relevantní: příspěvek na mobilitu, příspěvek na péči.
- Specifickou a velmi významnou složku pomoci osobám s vážným duševním onemocněním představují sociální služby. Z celého spektra služeb byly jako potenciálně primárně dotčené reformou psychiatrické péče identifikovány: všechny služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby), tři služby sociální prevence (telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a zejména sociální rehabilitace). Ze všech typů zařízení sociálních služeb, které definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou potenciálně nejvíce relevantní: čtyři služby sociální péče (denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení), tři služby sociální prevence (sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a zejména centra sociálně rehabilitačních služeb).

Předmětem části II analýzy je identifikace dopadů opatření definovaných ve Strategii reformy psychiatrické péče do jednotlivých oblastí sociální politiky, a to v osmi definovaných oblastech Reformy.

Hlavním cílem Reformy psychiatrické péče, kterým je „*zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním*“. Cestou naplnění tohoto cíle je restrukturalizace služeb, vybudování kvalitní sítě zařízení, která zajišťují péči o duševně nemocné klienty, a změna přístupu a myšlení pracovníků poskytujících péči a služby pro duševně nemocné.

Kromě hlavního strategického cíle je v rámci strategie definováno celkem sedm dílčích cílů:

- **Cíl 1: Zvýšit kvalitu psychiatrické péče** systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- **Cíl 2: Omezit stigmatizaci duševně nemocných** a oboru psychiatrie obecně.
- **Cíl 3: Zvýšit spokojenost uživatelů a jejich rodin** s psychiatrickou péčí.
- **Cíl 4: Zvýšit efektivitu psychiatrické péče** včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- **Cíl 5: Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti** (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- **Cíl 6: Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a návazných služeb.**
- **Cíl 7: Humanizovat psychiatrickou péči.**

Reforma psychiatrické péče, která se momentálně nachází ve fázi vlastní realizace, je rozfázována do třech základních částí, probíhajících od roku 2014 do roku 2023. Jedná se o tyto fáze:

- **Fáze 1: Inicie a zajištění podmínek**, která zahrnuje aktivity a projekty pro nastavení podmínek k zahájení realizačních projektů v implementační s dobou realizace od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2015.
- **Fáze 2: Realizace a provoz**, která zahrnuje vlastní realizační projekty a která je realizována od 1. 1. 2016 do 31. 12. 2023.
- **Fáze 3: Vyhodnocení**, ve které dojde k vyhodnocení jednotlivých realizačních projektů a která bude realizována na konci fáze 2.

Schéma 1: Identifikace potenciálních dopadů osmi oblastí reformy psychiatrické péče na vybrané části sociálního zabezpečení

Č. a název oblasti vymezené Reformou	1 Tvorba standardů a metodik	2 Rozvoj sítě psychiatrické péče	3 Humanizace psychiatrické péče	4 Destigmatizace a komunikace	5 Vzdělávání a výzkum	6 Legislativní změny	7 Udržitelné financování	8 Meziresortní spolupráce
Invalidní důchody	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	ANO	ANO
Nemocenské	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NE	NEPŘÍMÝ	NE
Politika zaměstnanosti	ANO	ANO	NE	ANO	NEPŘÍMÝ	ANO	ANO	NE
LPS	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	NEPŘÍMÝ	ANO
Příspěvek na bydlení	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NE	NE	NEPŘÍMÝ
Dávky v hmotné nouzi	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NE	NE	NEPŘÍMÝ
Příspěvek na mobilitu	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ
Příspěvek na péči	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	ANO	ANO
Sociální služby	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Jak je patrné ze schématu, nejvíce relevantní jsou následující části sociálního zabezpečení: invalidní důchody a příspěvek na péči, dále pak je klíčovou politika zaměstnanosti a nejvyšší důležitost mají sociální služby. Pro tyto agendy přináší Reforma psychiatrické péče potřebu změn v právních předpisech a spolu s tím souvisí i potřeba modifikovat relevantní metodiky a standardy. Změny v agendách invalidních důchodů, příspěvků na péči a také opatření na podporu zaměstnanosti osob s duševním onemocněním jsou všechny úzce navázané na sociálně-ekonomické souvislosti duševního onemocnění. Lidé s psychotickým onemocněním se velmi často ocitají v nižším socioekonomickém postavení než běžná populace a v porovnání s ní jsou mnohem častěji vystaveni riziku chudoby². Obtížně se uplatňují na trhu práce. Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %.³ Ani hodinu v jakémkoli typu zaměstnání, včetně tréninkových a chráněných míst, nestráví 63 % z lidí využívajících komunitní psychiatrické služby.⁴ Analýza provedená na datech z let 2015 až 2017 ukázala, že přibližně 30 % lidí z těch, kteří užívali komunitních služby, nedosahovalo v té době čistého měsíčního příjmu vyššího než 8 500 Kč, příjem vyšší než 12 750 Kč pak neměla ani

² Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114(4), strana 151–158.

³ Tamtéž.

⁴ Tamtéž.

čtvrtina těchto lidí.⁵ Kromě svého psychického zdravotního stavu mají tito lidé časté a závažné potíže v oblasti tělesného zdraví, denních činnostech, přátelství a nedostatek financí na základní živobytí. Rodina poskytuje péči přibližně polovině lidí využívajících komunitní služby, a to v průměru více než 42 hodin za měsíc.⁶ Dle analýzy NÚDZ je hlavním příjmem 93,3 % lidí s duševním onemocněním invalidní důchod.⁷ Duševní onemocnění patří ke čtyřem nejčastějším příčinám přiznání invalidního důchodu v ČR. Ze statistik MPSV vyplývá, že skupina diagnóz – duševní poruchy a poruchy chování – se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším věku. Invalidní důchody přiznané v době rané dospělosti jsou kvůli nedostatečné době pojištění často velmi nízké. V praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci také u osob, které sice mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období na výplatu invalidního důchodu nemají nárok. Kromě invalidního důchodu jsou osoby s duševním onemocněním příjemci příspěvku na péči. Ten je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek je určen na financování pomoci, přičemž tu může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče či registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Mechanismus hodnocení nároku na příspěvek na péči je však ve svých kritériích orientován na somatické a mentální postižení a podle odborníků nezohledňuje projevy duševních onemocnění a odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů. V praxi tedy dle odborníků u lidí s duševním onemocněním žádajících o příspěvek na péči dochází k podhodnocení míry závislosti či k její úplné negaci.

V části III jsou definována doporučení (opatření) pro další realizaci Reformy. Vycházejí z cíle Reformy, kterým je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a podpořit jejich život v přirozené komunitě a sociální začlenění do

⁵ Zdrojem dat pro uvedenou analýzu byla epidemiologická populační studie duševních onemocnění v ČR realizovaná v roce 2017 a dále pak kohortová studie lidí využívajících komunitní a lůžkové psychiatrické služby v ČR 2015/2016. Tj. uvedená výše příjmů je údajem o finanční situaci klientů v letech 2015 až 2017. Zdroj: Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁶ Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁷ Tamtéž.

přirozené společnosti. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, je restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči a také změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.

Celkem analýza obsahuje 47 doporučení, která jsou členěna do 11 věcných oblastí. Celkem 13 z doporučení má původ v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ). Pozn.: Zakomponování doporučení dle NAPDZ do skupiny opatření v této analýze bylo zvoleno z důvodu, že NAPDZ obsahuje páteřní parametry (tj. jde o aspekty, bez nichž by závěry této analýzy nebyly plnohodnotné). Současně Zpracovatel upřednostnil zachovat strukturu opatření dle NAPDZ a nenahradil je jinak formulovanými (byť věcně shodně či velmi obdobně směřovanými doporučeními) z důvodu, aby vazba na NAPDZ byla zcela transparentní.

Tabulka 1: Přehled doporučení této analýzy v detailu oblastí a stupně významnosti

Oblast	Počet doporučení dle významnosti			
	Vysoká	Střední	Nízká	Celkem
I. Řízení a koordinace části Reformy v gesci MPSV	2	0	1	3
- z toho doporučení NAPDZ	0	0	0	0
II. Datová základna	2	0	0	2
- z toho doporučení NAPDZ	0	0	0	0
III. Meziřesortní spolupráce	0	2	0	2
- z toho doporučení NAPDZ	0	0	0	0
IV. Komunikace a destigmatizace	0	3	0	3
- z toho doporučení NAPDZ	0	0	0	0
V. Sociální pojištění – invalidní důchody	1	1	6	8
- z toho doporučení NAPDZ	1	0	0	1
VI. Sociální pomoc	2	1	1	4
- z toho doporučení NAPDZ	2	0	0	2
VII. Politika zaměstnanosti	2	0	3	5
- z toho doporučení NAPDZ	1	0	0	1
VIII. Sociální služby – Systém financování	1	0	2	3
- z toho doporučení NAPDZ	0	0	0	0
IX. Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním	3	4	3	10
- z toho doporučení NAPDZ	3	4	0	7
X. Sociální služby – Personální kapacity	0	4	1	5
- z toho doporučení NAPDZ	0	1	0	1
XI. Sociální služby – Klientský přístup	0	1	1	2
- z toho doporučení NAPDZ	0	1	0	1
Celkem	13	16	18	47
- z toho doporučení NAPDZ	7	6	0	13

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 2: Přehled doporučených opatření VYSOKÉ významnosti

Oblast	Doporučené opatření
I. Řízení a koordinace části Reformy v gesci MPSV	1.1: Ustavit v rámci MPSV řídicí strukturu pro zajištění částí Reformy, které jsou v gesci MPSV, posílit řízení a kontrolu plnění opatření Reformy. Odůvodnění: Nastavení implementace a průběžné vyhodnocování naplňování jednotlivých fází je nezbytná podmínka úspěšné implementace jakékoli politiky, resp. v tomto případě jakékoli reformy politiky (nedostatečně definovaná odpovědnost za realizaci kroků strategie zvyšuje riziko problémů v implementaci). 1.2: Posilovat personální kapacity na výkonné úrovni implementace části Reformy v gesci MPSV. Odůvodnění: Dostatečné personální zajištění je základem úspěšné implementace reformy a minimalizace rizik v jejím průběhu. V současné době je implementace části reformy v gesci MPSV personálně zajištěna v rozsahu pouze 0,6 pracovního úvazku.
II. Datová základna	2.1: Spolupracovat na propojení dat z agendy MPSV týkající se osob s duševním onemocněním s datovou základnou ÚZIS. Odůvodnění: Propojení dat je základem pro zamezení jejich duplicity a pro vytvoření úplné datové základny. Vzhledem k tomu, že resorty využívají různé systémy, je nutné v první fázi (v rámci monitoringu) zhodnotit možnosti jejich propojení. Důležité je nastavení průběžného systému sběru dat z obou oblastí a jejich vyhodnocování, které bude základem pro další postupy a metody implementace Reformy (evidence-based přístup). Datovou základnou v oblasti péče o duševní zdraví se v současné době zabývá ÚZIS, který zpracovává data ze zdravotní oblasti, z oblasti sociální operuje pouze vybranými údaji týkajícími se CDZ. 2.2: Zkvalitnit datovou základnu resortu MPSV v kontextu péče o osoby s duševním onemocněním. Odůvodnění: Kvalitní datové zdroje jsou nezbytné pro řízení části Reformy v gesci MPSV (viz doporučení 1.1). Důležité je nastavení průběžného systému sběru a jejich vyhodnocování, které bude základem pro další postupy a metody implementace Reformy psychiatrické péče (evidence-based přístup).
V. Sociální pojištění – invalidní důchody	5.1: Analyzovat posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a návazně změnit metodiku tohoto posuzování a implementovat změnu do praxe. Odůvodnění: Doporučení částečně navazuje na opatření vymezené NAPDZ (termíny plnění: analýza 1/2021, schválení případné právní úpravy 1/2025 a publikace metodiky 1/2026), dále vychází ze zjištění Zpracovatele; cílem je aby systém posuzování invalidity zohledňoval specifika duševních onemocnění a aby došlo ke snížení regionálních rozdílů v posuzování, nikoliv však formou závazné přísné schematizace, ale doporučenými postupy s ponecháním prostoru pro rozhodování lékaře podle specifík konkrétních situací.
VI. Sociální pomoc	6.1 Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění do 1/2023. 6.3: Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění do 1/2023.

Oblast	Doporučené opatření
VII. Politika zaměstnanosti	7.1: Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním s využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění do 1/2024. 7.2: Podpořit rozvoj sociálního podnikání. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění do 1/2024.
VIII. Sociální služby – Systém financování	8.1: Ve spolupráci s kraji/obcemi a MF vytvořit koncepci financování nových služeb. Odůvodnění: Pilotní provozy nových služeb jsou financovány primárně s využitím ESF. Pro udržitelnost služeb i po skončení pilotních provozů je ovšem nutné nastavit model financování bez ESF. Zpracovatel rozhovory se zástupci krajů identifikoval, že některé kraje podmiňují implementaci Reformy získáním zdrojů ze státního rozpočtu, tj. bez prostředků poskytnutých MPSV nevidí udržitelnost nových služeb jakožto zajistitelnou.
IX. Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním	9.2: Upravit Doporučený postup pro sociální část CDZ na základě výsledku pilotního provozování CDZ tak, aby standardy pokrývaly péči pro (cílové skupiny dospělých se SMI, pro dětské klienty a pro osoby s problematikou závislosti. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030. 9.3: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů (CDZ) pro osoby trpící demencí. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030. 9.7: Spolupracovat na budování systému dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030.

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 3: Přehled doporučených opatření STŘEDNÍ významnosti

Oblast	Doporučené opatření
III. Meziresortní spolupráce	3.1: Zajistit kontinuitu fungování regionálních koordinátorů propojujících zdravotní a sociální služby na úrovni krajů. Odůvodnění: Doporučení vychází z pozitivních zkušeností krajů s fungováním pozice regionálního koordinátora; jedná se o opatření, které reálně přispívá k lepší kvalitě služeb na sociálně zdravotním pomezí. Jedná se o propojení mezi zdravotními a sociálními službami, aby nedocházelo k transinstitucionalizaci. Pozice je také prevencí krizových situací, které jsou nákladnější a systém poskytování péče více zatěžují. 3.2: Posílit spolupráci s veřejným ochráncem práv. Odůvodnění: Veřejný ochránce práv se stal od 1. 1. 2018 monitorovacím orgánem podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením. Jeho opatření jsou realizována mimo jiné také v oblasti služeb pro osoby

Oblast	Doporučené opatření
	s duševním onemocněním, vycházejí ze skutečných situací těchto osob a mohou výrazně přispět k implementaci opatření Reformy.
IV. Komunikace a destigmatizace	4.1: Komunikovat Reformu směrem k veřejnosti. Odůvodnění: Doporučení vychází z rozhovorů s relevantními stakeholdery (ÚSC, poskytovatelé sociálních služeb).
	4.2: Realizovat destigmatizační aktivity zacílené na pracovníky MPSV, ČSSZ, ÚP ČR a doprovodit je zpracováním srozumitelných informačních materiálů v písemné podobě pro osoby s duševním onemocněním na témata situací, kvůli nimž klient přichází do kontaktu s daným úřadem. Odůvodnění: Viz cíle Reformy; stigmatizace je bariérou integrace, Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020.
	4.3 Podporovat (odborně, finančně, organizačně) realizaci destigmatizačních aktivit realizovaných poskytovateli sociálních služeb. Odůvodnění: Viz cíle Reformy; stigmatizace je bariérou integrace.
V. Sociální pojištění – invalidní důchody	5.2: Uzpůsobit proces posuzování invalidity u osob s duševním onemocněním specifikům této cílové skupiny. Odůvodnění: V současné době je invalidita posuzována dle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity; neexistuje speciální právní úprava nebo metodika k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním, která by reflektovala specifika této skupiny.
VI. Sociální pomoc	6.4: Revidovat kritéria pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P osobám s duševním onemocněním. Odůvodnění: Mechanismus hodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je ve svých kritériích orientován na somatické postižení a nezhledňuje projevy duševních onemocnění.
IX. Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním	9.1: Ukotvit multidisciplinární týmy (CDZ) v zákoně č. 108/2006 Sb. a prováděcích právních předpisech. Odůvodnění: Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění v případě Center duševního zdraví do 6/2021, v případě ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. s termínem do 1/2026.
	9.4: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030.
	9.5: Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030.
	9.6: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče zajišťované krizovými centry zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a jako prevence sebevražd, včetně péče zajišťované specializovanými centry pro děti s komplexním traumatem. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030.

Oblast	Doporučené opatření
X. Sociální služby – Personální kapacity	10.1: Spolupracovat na zajištění vzdělávání odborných pracovníků ve službách pro duševní zdraví v tématech jako je multidisciplinární přístup, case management, recovery přístup. Odůvodnění: Reforma psychiatrické péče klade důraz na multidisciplinaritu péče. Pro pracovníky v sociální části péče v takovém týmu to – oproti klasickém provozu sociálních služeb – znamená být schopen porozumět optice/filosofii/přístupu pracovníků ve zdravotní složce péče. Každá skupina pracovníků má svou agendu, ale princip, kdy o klienta pečují společně, vyžaduje, aby měli povědomí o celkovém kontextu a byli schopní vnímat informace předávané z druhé části týmu a naopak poskytovat adekvátně součinnost a informace za svou část péče. Multidisciplinarita tedy přináší nároky na kompetence sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách a vyvolává tak potřebu jejich vzdělávání (přičemž vzděláváním není myšleno pouze předávání znalostí, ale jde o porozumění smyslu zavádění multidisciplinárních týmů, vyšší míra akceptace jiného profesního přístupu či backgroundu apod.).
	10.2: Spolupracovat na posílení možností vzdělávání pro peer konzultanty, pro pečující/rodinné příslušníky a klienty k posílení znalostí o jejich právech a možnostech. Odůvodnění: Doporučení navazuje na NAPDZ (ten plánuje zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví) a rozvíjí ho s cílem, aby peer konzultanti měli dostupné potřebné vzdělávání.
	10.3: Iniciovat opatření na posílení prestiže profesních pozic v sociálních službách. Odůvodnění: Doporučení vychází z rozhovorů s relevantními stakeholdery, směřuje proti riziku nedostatku lidských zdrojů v sociálních službách.
	10.4 Legislativně zakotvit peer konzultanty v systému pracovních pozic v sociálních službách. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění průběžně do roku 2030.
XI. Sociální služby – Klientský přístup	11.2: Vytvořit metodické postupy pro měření kvality poskytované péče, které bude zahrnovat také vnímání kvality ze strany klientů a jejich blízkých. Odůvodnění: Jedná se o opatření vymezené NAPDZ s termínem plnění do 1/2024.

Zdroj: Vlastní zpracování

Použité zdroje a literatura (výčet hlavních položek)

(Pozn.: Úplný výčet použitých zdrojů je součástí kap. 6.2 a 6.3.)

- Veřejné strategie
 - Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, MZ, 2020;
 - Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, MPSV, 2015;
 - Strategie reformy psychiatrické péče, MZ, 2013;
 - Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, revidovaná verze z roku 2019, ÚV ČR, 2019.

- Statistiky
 - Nemocenská statistika, ČSSZ, 2015–2019;
 - Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění, ČSSZ, 2018;
 - Důchodová statistika, ČSSZ, 2010–2019;
 - Psychiatrická péče, ÚZIS, 2017;
 - Otevřená data, ČSSZ;
 - Vybrané údaje o sociálním zabezpečení, ČSÚ;
 - Informační systém o průměrném výděлку.
- Články v odborných časopisech
 - Arnoldová A. Nejdůležitější změny právních předpisů v sociálním zabezpečení v roce 2017 a 2018. In Revizní posudkové lékařství 2017, 20 (3–4), strana 117–128;
 - Janoušková M., Winkler P., Kažmír L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011 (Trends In Newly Admitted Disability Pensions Due To Mental And Physical Disorders In The Czech Republic Between 2001 And 2011). In Psychiatrie, 2014, 18(4), strana 161–165;
 - Kondrátová L. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114 (4), strana 151–158;
 - Kondrátová L., Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113(3), strana 132–139;
 - Štanglová A., Machů V., Kondrátová L. Program podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním: příklad dobré praxe. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114(1), strana 9–15;
 - Winkler P., Formánek T., Mladá K., Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. In International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2018, 27(3), "e1728";
 - Winkler P., Csémy L., Janoušková M., Bankovská Motlová L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. In Psychiatrie. 2014, 18(2), strana 54–59.
- Ostatní
 - FOKUS ČR. Jsou ohroženi chudobou. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. 2017;
 - MPSV. Analýza financování sociálních služeb, srpen 2019;
 - MPSV. Analýza vývoje nemocenského pojištění, 2019;
 - MPSV. Výdaje na státní politiku zaměstnanosti, 2020;
 - MPSV. Aktuální situace v oblasti lékařské posudkové služby;

- Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018.
- Rozhovory se stakeholdery
 - MPSV, odbor sociálních služeb a sociální práce, oddělení koncepce sociálních služeb;
 - MPSV, odbor odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS;
 - MZ, oddělení pro reformu péče o duševní zdraví;
 - MMR, odbor pro sociální začleňování;
 - MMR, odbor politiky bydlení;
 - Asociace krajů ČR;
 - Svaz měst a obcí ČR;
 - Asociace komunitních služeb, z.s.;
 - Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR;
 - FOKUS Praha, z.ú.;
 - Úřad práce ČR, Generální ředitelství, odbor zaměstnanosti.

2 Stávající stav pilířů sociálního zabezpečení

2.1 Sociální politika a sociální zabezpečení

Reforma psychiatrické péče, která cílí na zvýšení kvality života osob s duševním onemocněním s důrazem na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv, je postavena na provázanosti zdravotních a sociálních služeb. Opatření reformy psychiatrické péče se proto promítnou do pilířů sociální politiky, a to přímo (primárně), či nepřímo (sekundárně) a s různou mírou dopadů. Naopak na některé oblasti sociální politiky a jejich nástroje nebude mít reforma vliv.

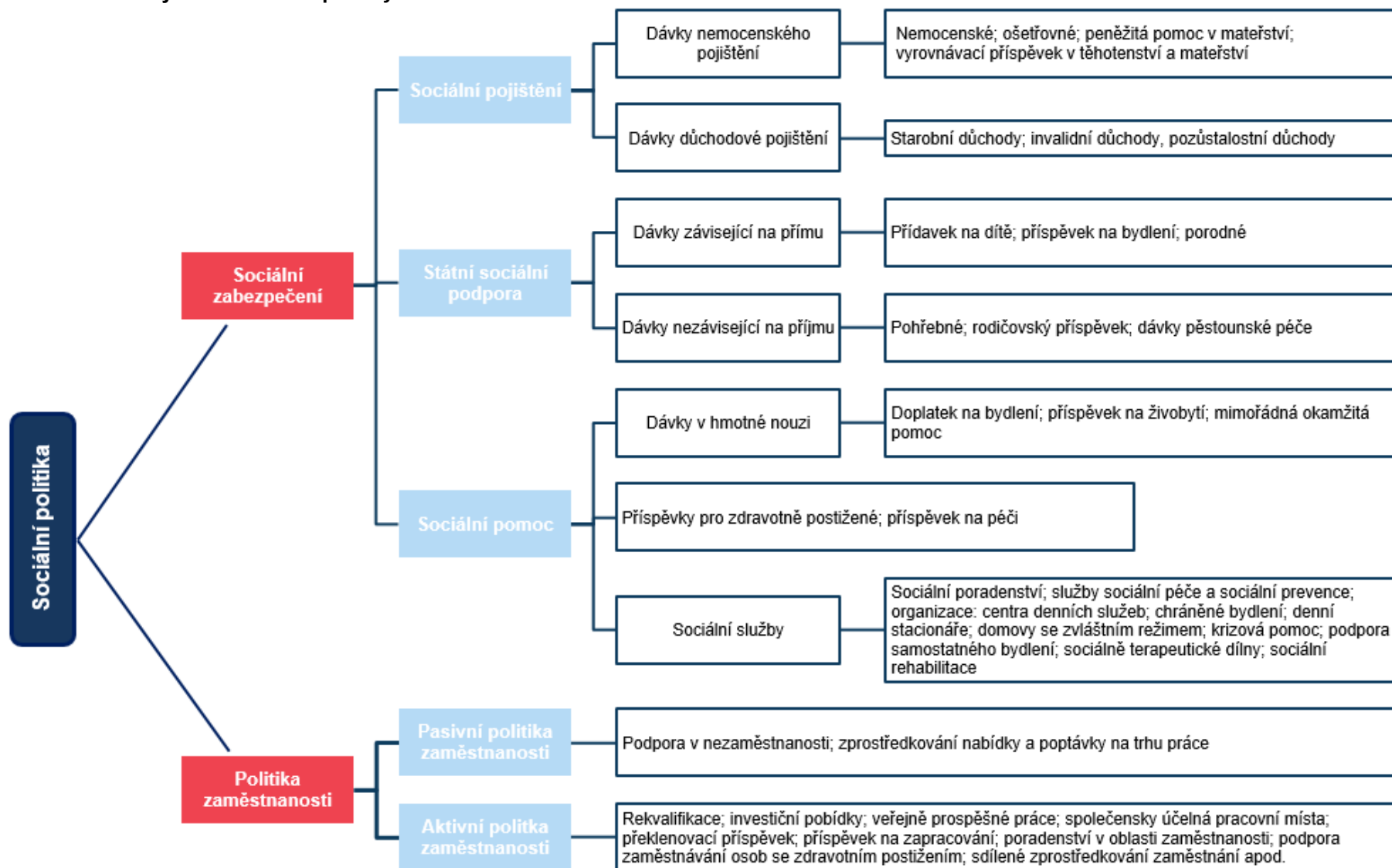
V současné době je v ČR možné vymezit sociální politiku na třech základních úrovních⁸, kterými jsou:

- 1) široké pojetí, kdy sociální politika představuje konkrétní jednání a činnosti státu, které ovlivňují sociální realitu ve společnosti,
- 2) pojetí sociální politiky jako součásti hospodářské politiky, která zahrnuje především oblast zaměstnanosti, mzdového vývoje a sociální zabezpečení s cílem minimalizovat některé tvrdosti tržního mechanismu,
- 3) užší pojetí, které ztotožňuje sociální politiku se sociálním zabezpečením a vymezuje ji jako soubor podpůrných opatření při určitých sociálních událostech.

Pro potřeby předkládané analýzy sociální politiky v kontextu reformy psychiatrické péče Zpracovatel zvolil druhé pojetí sociální politiky jako součásti hospodářské politiky a zaměřil se na sociální zabezpečení, rozšířené o komplexní pohled na politiku zaměstnanosti nad rámec pojistného systému, v rámci kterého se vedle pojistného na sociální zabezpečení vybírá také příspěvek na státní politiku zaměstnanosti. Samostatná podkapitola je pak věnována posudkové lékařské službě, která prochází napříč pilíři sociálního zabezpečení.

⁸ Kotous J., Munková G., Štefko M. Obecné otázky sociální politiky. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. ISBN 978-80-87439-08-1.

Schéma 2: Pilíře systému sociální politiky



Zdroj: Vlastní zpracování.

Sociální zabezpečení představuje souhrn právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření, která kompenzují nepříznivé finanční a sociální důsledky prostřednictvím sociálních příjmů, sociálních služeb a sociálních azylů.⁹ Sociální zabezpečení v současné době v našich podmínkách zahrnuje tři základní pilíře, kterými jsou sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc. Tyto systémy se od sebe odlišují podle řešené sociální situace, způsobem financování a organizací.

Legislativní rámec této oblasti tvoří především následující zákony (ve znění pozdějších předpisů):

- zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění,
- zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení,
- zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

2.2 Sociální pojištění

Sociální pojištění je prvním pilířem sociálního zabezpečení. Jedná se o povinný a zákonem stanovený systém, financovaný průběžně a fondově především z vybraného pojistného, který zabezpečuje jeho účastníky pro případ budoucích sociálních událostí, mezi které patří ztráta příjmu z výdělečné činnosti v případě stáří, mateřství, nemoci, ošetřování člena rodiny, invalidity a ztráty živitele.

2.2.1 Důchodové pojištění

Důchodový systém zabezpečuje osoby v životních situacích, kterými jsou stáří, invalidita či úmrtí živitele. V současné době se systém skládá ze dvou částí, které jsou financované ze státního rozpočtu (důchodové pojištění) a ze soukromých financí účastníků důchodového systému (doplňkové penzijní spoření).¹⁰

⁹ Samostatnou oblastí, která je úzce provázaná se sociálním zabezpečením a jeho pilíři, je zdravotní pojištění, které financuje poskytování zdravotní péče. V případě poskytování zdravotně-sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, jak předpokládá strategie psychiatrické péče, jsou oba systémy provázány a vzájemně se doplňují.

¹⁰ Do systému krátce patřilo také důchodové spoření, které bylo ukončeno v roce 2016, a to zákonem č. 376/2015 Sb., o ukončení důchodového spoření.

Důchodové pojištění je postaveno na principech sociální solidarity, průběžného financování, povinné účasti pro všechny ekonomicky aktivní osoby a na dynamické konstrukci důchodů, která se upravuje v závislosti na ekonomickém vývoji.

Výše důchodů je dvousložková a zahrnuje základní a procentní výměru, kdy základní výměra představuje v celkové výši důchodu jeho solidární složku a je stejná pro všechny důchody. V roce 2020 byla stanovena ve výši 3 490 Kč. Procentní výměra je pak určena z výpočtového základu podle získané doby pojištění a zásadní jsou pro ni vyměřovací základy (příjmy) pojištěnce za rozhodné období, které jsou indexovány tak, aby byla zachována reálná hodnota minulých příjmů.

Důchody jsou pravidelně valorizovány, což například v roce 2020 znamenalo zvýšení základní výměry o 220 Kč měsíčně, tedy navýšení z původních 3 270 Kč měsíčně na výše uvedených 3 490 Kč měsíčně. Valorizována byla stejně tak i procentní výměra důchodu, a to o 5,2 %, což představuje její průměrné navýšení o 151 Kč měsíčně.

Nařízení vlády č. 260/2019 Sb.¹¹ stanovilo od 1. 1. 2020 také redukční hranice pro výpočet důchodů v roce 2020 a pro výpočet minimálních a maximálních vyměřovacích základů a záloh pojistného osob samostatně výdělečně činných. Všeobecný vyměřovací základ pro rok 2020 ve výši 32 510 Kč byl stanoven na základě statistických údajů za rok 2018, přepočítací koeficient ve výši 1,0715 pak na základě statistických dat v prvním pololetí 2019.

Důchodové pojištění je organizováno na základě zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, podle kterého provádí sociální zabezpečení orgány sociálního zabezpečení a zaměstnavatelé. Orgány sociálního zabezpečení v ČR jsou¹²:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (MPSV),
- Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ),
- Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ),
- Ministerstvo vnitra ČR,

¹¹ Nařízení vlády o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2018, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2018, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2020 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2020 a o zvýšení důchodů v roce 2020.

¹² Část agendy sociálního zabezpečení je také v působnosti obcí.

- Ministerstvo spravedlnosti ČR,
- Ministerstvo obrany ČR.

Hlavním aktérem v této oblasti je ČSSZ, jako samostatná organizační složka státu podřízená MPSV, která vznikla v roce 1990 sloučením orgánů důchodového a nemocenského pojištění. Její hlavní působností v této oblasti je provádění důchodového a nemocenského pojištění, provádění lékařské posudkové služby, výběr pojistného a plnění úkolů vyplývajících z mezinárodních smluv.

2.2.1.1 Starobní důchod

Starobní důchod je jednou z dávek důchodového pojištění, vyplácenou při ztrátě příjmu z výdělečné činnosti v případě stáří a nárokovatelnou po dosažení věku 65 let nebo důchodového věku a doby pojištění podle § 29 zákona o důchodovém pojištění.

Starobní důchod se stejně jako další druhy důchodů skládá ze dvou částí, a to ze základní a procentní výměry. Základní výměra činí v roce 2020 3 490 Kč měsíčně a procentní výměra je stanovena z výpočtového základu podle získané doby pojištění. Za každý rok pojištění do doby, kdy vznikne nárok na starobní důchod, přísluší pojištěnci 1,5 % výpočtového základu. Výjimku tvoří roky 2013 až 2015, pokud se pojištěnec podílel na důchodovém spoření. Za tuto dobu mu náleží 1,2 % výpočtového základu. Po vzniku nároku na důchod, který není uplatněn s tím, že pojištěnec pracuje dál, se za každých 90 kalendářních dnů výdělečné činnosti důchod navyšuje o 1,5 % výpočtového základu. Do důchodu se započítávají všechny příjmy, ze kterých bylo odvedeno pojistné na sociální zabezpečení, a náhrada mzdy po skončení pracovní neschopnosti.

Výše starobních důchodů je vypočítávána ČSSZ, která v návaznosti na podané žádosti zasílá občanům rozhodnutí o přiznání a výši starobního důchodu, nebo o jeho zamítnutí. Ve specifických případech rozhodují o dávkách orgány Ministerstva obrany ČR, Ministerstva vnitra ČR a Ministerstva spravedlnosti ČR.

Zvláštním druhem starobního důchodu je předčasný starobní důchod, na který vzniká nárok již před dosažením důchodového věku. Stejně jako v případě starobního důchodu i jeho výše sestává ze základní a procentní výměry. Za každý celý rok pojištění náleží v rámci procentní výměry pojištěnci 1,5 % výpočtového základu. Výše

se však snižuje za každých započatých 90 kalendářních dnů od okamžiku přiznání důchodu do okamžiku dosažení důchodového věku, a to o 0,9 % výpočtového základu za období prvních 360 kalendářních dnů, o 1,2 % výpočtového základu za období od 361. do 720. kalendářního dne a o 1,5 % výpočtového základu za období od 721. kalendářního dne.

V případě, že důchodový věk pojištěnce činí alespoň 63 let, nárok na předčasný důchod lze uplatnit, pokud k dosažení tohoto věku zbývá maximálně 5 let a pojištěnec dosáhl alespoň 60 let. Pokud je důchodový věk pojištěnce stanoven jako nižší než 63 let, nárok vzniká nejvýše tři roky před dosažením důchodového věku.

K prosinci 2018 bylo vypláceno celkem 2,41 milionu důchodů, ze kterých 69 % (tedy 1, 663 milionu) důchodů bylo přiznaných po dosažení důchodového věku, 26 % (tedy 631 tisíc) důchodů bylo předčasných a 4,5 % (tedy 108 tisíc) důchodů bylo transformováno z důchodu invalidního po dosažení 65 let věku na starobní důchod.

Skupina osob s duševním onemocněním a starobní důchody

Agenda starobních důchodů v systému důchodového pojištění není v případě osob s duševním onemocněním specificky řešena a tyto osoby nepředstavují její specifickou cílovou skupinu. Důchodové pojištění při ztrátě příjmu z výdělečné činnosti v případě stáří řeší situaci, která přímo nevyžaduje zvláštní přístup k jakkoliv jinak znevýhodněné skupině osob, včetně osob s duševním onemocněním, a oblast starobních důchodů tak není reformou psychiatrické péče přímo ovlivněna a reformní opatření nevytvářejí v žádné z jejích oblastí nutnost změn přímo v systému starobních důchodů.

Strategie reformy psychiatrické péče, která cílí na zvyšování kvality života osob s duševním onemocněním, zasáhne do oblasti starobních důchodů nepřímo (sekundárně), a to prostřednictvím změn v systému invalidních důchodů. Kvalita života osob s duševní nemocí přímo souvisí s úrovní dosahovaných příjmů, včetně důchodů, avšak problém s jejich nedostatečnou výší nastává ve většině případů již v době přiznání invalidních důchodů, které jsou hlavním příjmem více než 90 % osob s duševním onemocněním a pro které platí, že většina z osob s duševním onemocněním jej začíná pobírat v nízkém věku. Právě toto je jeden z problémů (oblastí), na které jsou opatření reformy psychiatrické péče

zaměřena a ve výsledku povedou u osob s duševní nemocí ke změně v posuzování invalidních důchodů a ke zvýšení jejich úrovně, což se následně (po dosažení důchodového věku) odrazí také v důchodech starobních. Tyto dopady reformy psychiatrické péče v oblasti důchodového pojištění budou tedy v rámci II. a III. části analýzy řešeny na úrovni poskytování a posuzování důchodů invalidních, na které mají opatření reformy přímý a významný dopad.

2.2.1.2 Pozůstalostí důchody

Na pozůstalostní důchody, kam patří sirotčí, vdovský a vdovecký důchod, vzniká nárok při smrti živitele a po splnění dalších podmínek stanovených zákonem. Organizačně zajišťuje jejich agendu OSSZ podle místa trvalého bydliště, v Praze pak jakékoliv územní pracoviště Pražské správy sociálního zabezpečení (PSSZ) a v Brně Městská správa sociálního zabezpečení Brno (MSSZ Brno).

Sirotčí důchod: Sirotčí důchod je druhem pozůstalostního důchodu, na který má nárok nezaopatřené dítě, které je mladší 26 let po smrti rodiče nebo osvojitele. Nárok vzniká po každém z rodičů (nebo osvojitelů). Naopak osvojením dítěte nárok na sirotčí důchod zaniká. Konstrukce sirotčího důchodu je založena na dvou složkách. Jedná se opět o základní a procentní výměru. Zatímco základní výměra je shodná pro všechny důchody a v roce 2020 je stanovena ve výši 3 490 Kč měsíčně, procentní výměra sirotčího důchodu představuje pohyblivou složku výši 40 % procentní výměry starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně, na který měl nebo by měl v době úmrtí zemřelý nárok.

Vdovský a vdovecký důchod: Jedná se o druhy pozůstalostních důchodů, na které mají nárok při splnění zákonných podmínek vdova nebo vdovec. Důchod zahrnuje základní a procentní výměru. Zatímco základní výměra je totožná pro všechny důchody a v roce 2020 je stanovena ve výši 3 490 Kč, procentní výměra důchodu představuje 50 % procentní výměry starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně, na který měl/a anebo by měl/a v době smrti nárok manžel/ka pozůstalé/ho.

Důchod náleží pozůstalému po dobu jednoho roku od smrti manžela/manželky a nárok vzniká v případě, že zemřelý/zemřelá:

- a) pobíral/a starobní důchod, nebo
- b) pobíral/a invalidní důchod, nebo
- c) splnil/a podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod, nebo
- d) splnil/a podmínky nároku na starobní důchod, nebo
- e) zemřela následkem pracovního úrazu.

Zákon také definuje nárok na tento druh pozůstalostního důchodu po dobu delší než 12 měsíců, a to v případě, kdy vdova/vdovec:

- a) pečuje o nezaopatřené dítě,
- b) pečuje o dítě, které je závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II, III, nebo IV,
- c) pečuje o svého rodiče nebo rodiče zemřelého/ho, který žije ve stejné domácnosti a je závislý na pomoci jiné osoby ve stupni ve stupni II, III, nebo IV,
- d) je invalidní ve 3. stupni, nebo
- e) dosáhl alespoň věku o 4 roky nižšího, než činí jeho důchodový věk.

Nárok na vdovský/vdovecký důchod zaniká v případě uzavření nového manželství a v dalších případech, které stanoví zákon.

Skupina osob s duševním onemocněním a pozůstalostní důchody

Lidé s duševním onemocněním nejsou z pohledu konstrukce pozůstalostních důchodů specifickou cílovou skupinou a implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá přímý vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení.

Oblast pozůstalostních důchodů ovlivňuje reforma psychiatrické péče pouze nepřímo, což souvisí se spojitostí mezi vážnými duševními nemocemi a sebevraždami, které jsou až z 90 % s duševními chorobami spojeny.¹³ Podle Petra Winklera „Sebevraždy představují závažný veřejně-zdravotnický a společenský problém. Ročně si v České republice vlastní rukou vezme život zhruba 1 400 osob, v průměru tedy každý den téměř čtyři lidé. Ve věku 15 až

¹³ Koubková M. Vysoký počet sebevražd v Česku má pomoci snížit národní akční plán. In Zdravotnický deník. 11. 9. 2019. Dostupné z <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/09/vysoky-pocet-sebevrazd-cesku-ma-pomoci-snit-narodni-akcni-plan/>.

24 let je sebevražda dokonce druhou nejčastější příčinou úmrtí¹⁴. Z tohoto důvodu vznikl také Akční plán prevence sebevražd, který je s reformou psychiatrické péče propojen. V ČR momentálně neexistuje statistika, která by sledovala propojení duševních chorob, sebevražd a následně vyplácených pozůstalostních důchodů. Z logiky věci však vyplývá, že mezi uvedenými proměnnými existuje přímá úměra.

2.2.1.3 Invalidní důchod

Invalidní důchod je dávkou důchodového pojištění, podmíněnou dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem – invaliditou, na kterou vzniká nárok při splnění všech zákonem stanovených podmínek. V současné době jsou zavedeny tři stupně invalidity, se kterými korespondují invalidní důchody 1., 2. a 3. stupně.

Agenda invalidních důchodů je spravována ČSSZ a samotné žádosti o dávku jsou pak v kompetenci OSSZ.

Pojištěnec je invalidní, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho pracovní schopnost minimálně o 35 %. Za touto hranicí se pak rozlišuje pokles pracovní schopnosti:

- 35 % až o 49 % – invalidita 1. stupně,
- 50 % až o 69 % – invalidita 2. stupně,
- 70 % a více – invalidita 3. stupně.

Invalidní důchod je podobně jako další druhy důchodů složen ze základní a z procentní výměry. Zatímco základní výměra je neměnná a pro rok 2020 je stanovena ve výši 3 490 Kč, procentní výměra závisí na době pojištění a na stupni invalidity a vypočte se procentní sazbou z výpočtového základu za každý celý rok pojištění a dopočtené doby získané do dosažení důchodového věku. Za každý celý rok pojištění je procentní sazba stanovena takto:

- pro invaliditu 1. stupně 0,5 %,
- pro invaliditu 2. stupně 0,75 %,

¹⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tisková zpráva z 10. 9. 2019. Ministerstvo zdravotnictví představilo Národní akční plán prevence sebevražd. Dostupné z http://www.hyggpraha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-narodni-akcni-plan-prevence-sebevrazd-4352_4352_161_1.html.

- pro invaliditu 3. stupně 1,5 %.

Nárok na invalidní důchod vzniká, jsou-li splněny tyto podmínky:

- a) pojištěnec se stal invalidním pro invaliditu 1., 2. či 3. stupně,
- b) pojištěnec nedosáhl 65 let věku,
- c) pojištěnec dosud nesplňuje podmínky pro přiznání starobního důchodu,
- d) pojištěnec, pokud mu byl přiznán předčasný starobní důchod, ještě nedosáhl důchodového věku,
- e) pojištěnec získal potřebnou dobu pojištění pro nárok na dávku, nebo se stal invalidním z důvodu nemoci z povolání, nebo z důvodu pracovního úrazu, která je stanovena takto:
 - méně než 1 rok do 20 let věku,
 - 1 rok od 20 let do 22 let věku,
 - 2 roky od 22 let do 24 let věku,
 - 3 roky od 24 let do 26 let věku,
 - 4 roky od 26 let do 28 let věku,
 - 5 let nad 28 let věku¹⁵.

Nárok na invalidní důchod zaniká dnem, kdy dosáhl pojištěnec věku 65 let nebo důchodového věku, což koresponduje se vznikem nároku na starobní důchod.

Při pobírání invalidního důchodu není výdělečná činnost nijak omezena, a to výší úvazku, ani ve výši výdělku. Neomezuje ji ani zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Výdělečná činnost příjemců invalidních důchodů závisí tedy na zdravotním stavu, korespondujícím se stupněm invalidity, na motivaci a dovednostech uchazeče a vývoji příležitostí na trhu práce, které jsou mnoha způsoby podpořeny opatřeními ze strany státu, ukotvenými v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

V případě 1. a 2. stupně invalidity je těmto osobám státem hrazeno zdravotní pojištění, zatímco sociální pojištění nikoliv. Předpokládá se, že tyto osoby budou alespoň částečně výdělečně činné. U osob, které jsou příjemcem invalidního důchodu 3. stupně, již stát hradí vedle zdravotního pojištění také pojištění sociální.

¹⁵ U pojištěnce staršího 38 let je podmínka splněna také v případě, pokud byla v posledních 20 letech před vznikem invalidity získána doba pojištění minimálně 10 let.

Příjemci invalidního důchodu 1. a 2. stupně mají v případě získání potřebné doby pojištění v rozsahu minimálně 12 měsíců v posledních dvou letech nárok také na podporu v nezaměstnanosti. Invalidním důchodcům pobírajícím invalidní důchod 3. stupně nárok na podporu v nezaměstnanosti nevzniká.

Následující text zahrnuje **tři příklady splnění/nesplnění podmínky pro přiznání invalidního důchodu** z hlediska získané doby pojištění:

Příklad č. 1:

Muž narozený 1. 1. 1987 byl k 1. 2. 2020 uznán invalidním. Ke dni vzniku invalidity bylo žadateli 33 let, a proto se potřebná doba pojištění bude zjišťovat z posledních 10 let před vznikem invalidity, tzn. rozhodné období je od 1. 2. 2010 do 31. 1. 2020. V této době musel žadatel získat alespoň 5 let pojištění, jinak mu nárok na přiznání invalidního důchodu nevznikne.

Příklad č. 2:

Muž narozený 1. 1. 1970 byl k 1. 5. 2020 uznán invalidním. Ke dni vzniku invalidity mu bylo 50 let, a proto se potřebná doba pojištění bude zjišťovat z posledních 10 let před vznikem invalidity, tzn. rozhodné období je od 1. 5. 2010 do 30. 4. 2020. Žadatel však získal pouze 4 roky a 50 dní pojištění a podmínku 5 let pojištění z posledních 10 let tak nesplnil. Protože je starší 38 let, bude se zjišťovat možné splnění podmínky získání 10 let pojištění z posledních 20 let před vznikem invalidity. V rozhodném období od 1. 5. 2000 do 30. 4. 2020 žadatel o důchod získal 10 let a 35 dní pojištění a nárok na přiznání invalidního důchodu mu tak vznikl.

Příklad č. 3:

Muž narozený 1. 1. 1990 byl k 1. 1. 2020 uznán invalidním. Ke dni vzniku invalidity mu bylo 30 let, a proto musí splnit podmínku získání 5 let pojištění za posledních 10 let, tzn. rozhodné období je od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2019. Žadatel vykonával v tomto období jediné zaměstnání, a to od 1. 1. 2018 do konce rozhodného období. V době před vznikem invalidity tak nezískal potřebných 5 let pojištění z posledních 10 let a na invalidní důchod mu tak nevzniká nárok.

V případě, že invalidita vznikla následkem pracovního úrazu nebo nemoci z povolání, není splnění minimální doby pojištění vyžadováno a invalidní důchod je přiznán bez ohledu na tuto podmínku. Stejně tak se doba pojištění neposuzuje v případě tzv. invalidních důchodů z mládí, kdy invalidita vznikla před 18. rokem žadatele o invalidní důchod.

Pokud žadatel splní podmínky pro přiznání invalidního důchodu, je jeho výše následně ovlivněna dobou pojištění, příjmy dosahovanými před invaliditou, uznaným stupněm invalidity a tzv. dopočtenou dobou, tedy dobou pojištění, kterou by žadatel mohl získat, pokud by se nestal invalidním. Dopočtená doba může být přiznaná v celém rozsahu, nebo v rozsahu kráceném.

V následující tabulce jsou znázorněny čtyři modelové příklady (orientační výpočty) invalidního důchodu 1. – 3. stupně v závislosti na délce pojištění. Aby bylo možné znázornit rozpětí délky pojištění 0 – 45 let, byl zvolen tento model: muž narozený 1. 1. 1957 požádal o přiznání invalidního důchodu od 7. 1. 2020. Osobní vyměřovací základ za rozhodné období činí 32 000 Kč.

Tabulka 4: Modelové příklady výše invalidního důchodu 3. stupně

Doba pojištění v letech	Orientační výše invalidního důchodu		
	1. stupně	2. stupně	3. stupně
45	7 914 Kč	10 126 Kč	16 763 Kč
30	6 439 Kč	7 914 Kč	12 338 Kč
15	4 965 Kč	5 702 Kč	7 914 Kč
0	0	0	0

Zdroj: Portál veřejné správy. Invalidita a žádost o invalidní důchod. Dostupné online <https://portal.gov.cz/obcan/zivotni-situace/socialni-zabezpeceni/duchodove-pojisteni/invalidita-a-zadost-o-invalidni-duchod.html>. Vlastní výpočty.

Na závěr je nutné dodat, že přesnou výši invalidního důchodu vyčísluje OSSZ, která posuzuje žádosti o invalidní důchod individuálně, a to také v případě, že žadatel nesplnil podmínku minimální doby pojištění.

Skupina osob s duševním onemocněním a invalidní důchody

Agenda invalidních důchodů není v současné době v případě osob s duševním onemocněním řešena s ohledem na jejich specifika. Z dostupných statistik vyplývá, že invalidní důchody pro psychiatrické diagnózy jsou v porovnání

s jinými diagnózami přiznávány v nižších věkových skupinách s nízkou až nedostatečnou dobou pojištění, což snižuje jejich výši, popřípadě nezádává nárok na jejich výplatu (vztah mezi výší invalidního důchodu a dobou pojištění je dán konstrukcí invalidních důchodů – viz výše). Výše invalidních důchodů osob s duševním onemocněním se tak dostává pod celorepublikový průměr¹⁶, který v roce 2018 představoval 11 059 Kč pro invalidní důchody 3. stupně, 7 205 Kč pro invalidní důchody 2. stupně a 6 207 Kč pro invalidní důchody 1. stupně. Nízké invalidní důchody, které často představují jediný příjem osob s duševním onemocněním, posouvají řešení jejich socioekonomické situace v rámci dávkových systémů dalších dvou pilířů sociálního zabezpečení nebo pasivní politiky zaměstnanosti.

Jak vyplývá z následujících tabulek a grafů, počty vyplácených invalidních důchodů v nižším věku (do 44 let) jsou převážně přiznané pro duševní nemoci. V případě invalidních důchodů 3. stupně se v roce 2018 jednalo o 47 % všech vyplácených invalidních důchodů ve věkové skupině 0 – 44 let, v případě invalidních důchodů 2. stupně o 29 % a v případě invalidních důchodů 1. stupně o 24 %.

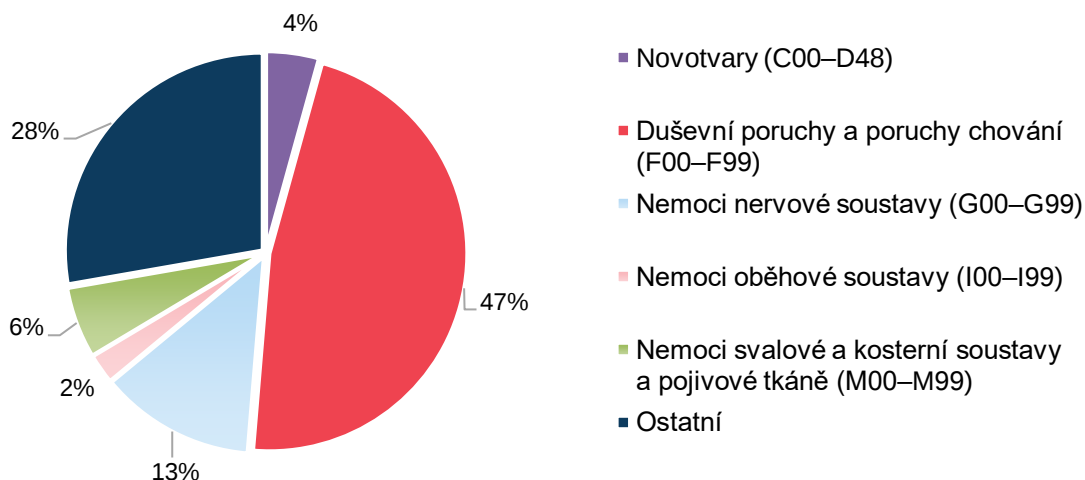
Tabulka 5: Počet vyplácených invalidních důchodů 3. stupně ve věku 20 – 44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018

Skupina diagnóz	Věková skupina						Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
Novotvary	35	136	268	391	698	1 247	2 740
Duševní poruchy a poruchy chování	851	3 411	4 756	5 553	7 159	8 632	29 511
Nemoci nervové soustavy	291	1 133	1 486	1 344	1 498	2 442	7 903
Nemoci oběhové soustavy	15	58	132	206	390	764	1 550
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	77	225	282	474	880	1 817	3 678
Ostatní	159	691	1 282	1 679	2 230	3 608	9 490
Celkem	1 428	5 654	8 206	9 647	12 855	18 510	54 872

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

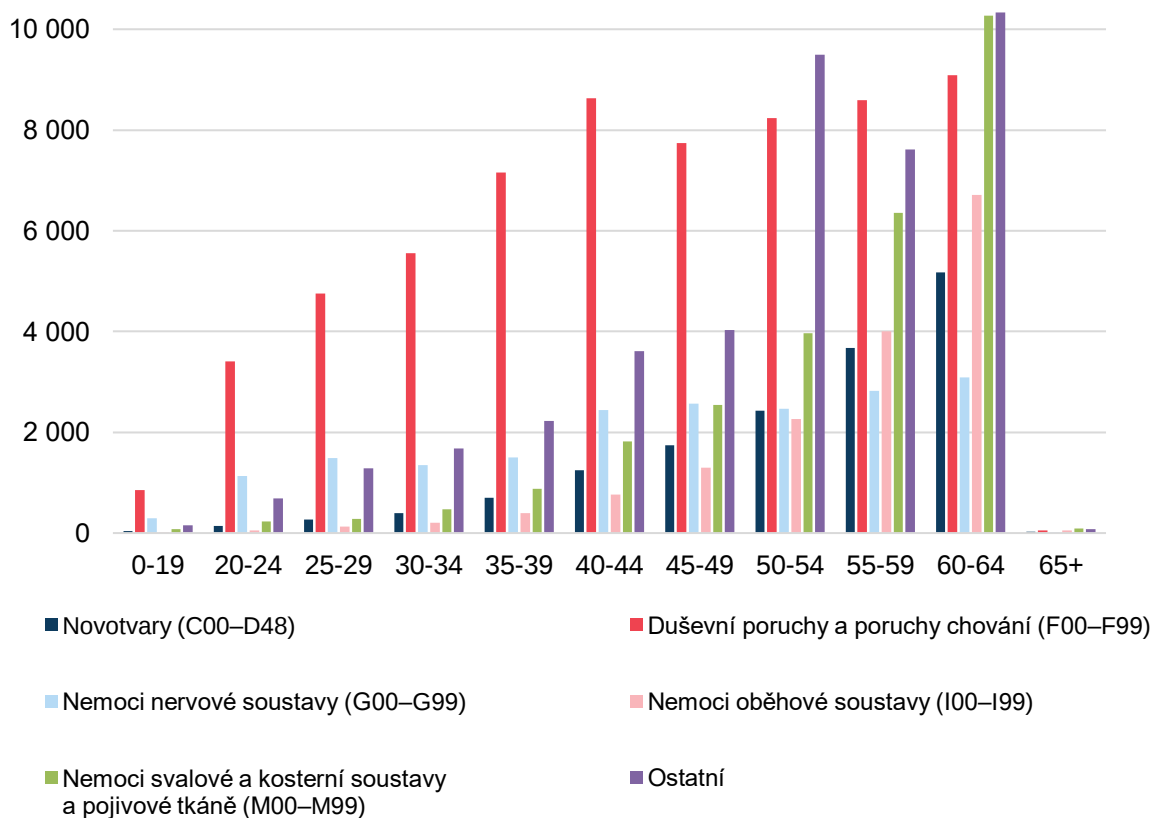
¹⁶ Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, strana 33. Dostupné online http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html.

Graf 1: Počet vyplácených invalidních důchodů 3. stupně ve věku 0-44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Graf 3: Porovnání počtu vyplácených invalidních důchodů 3. stupně u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



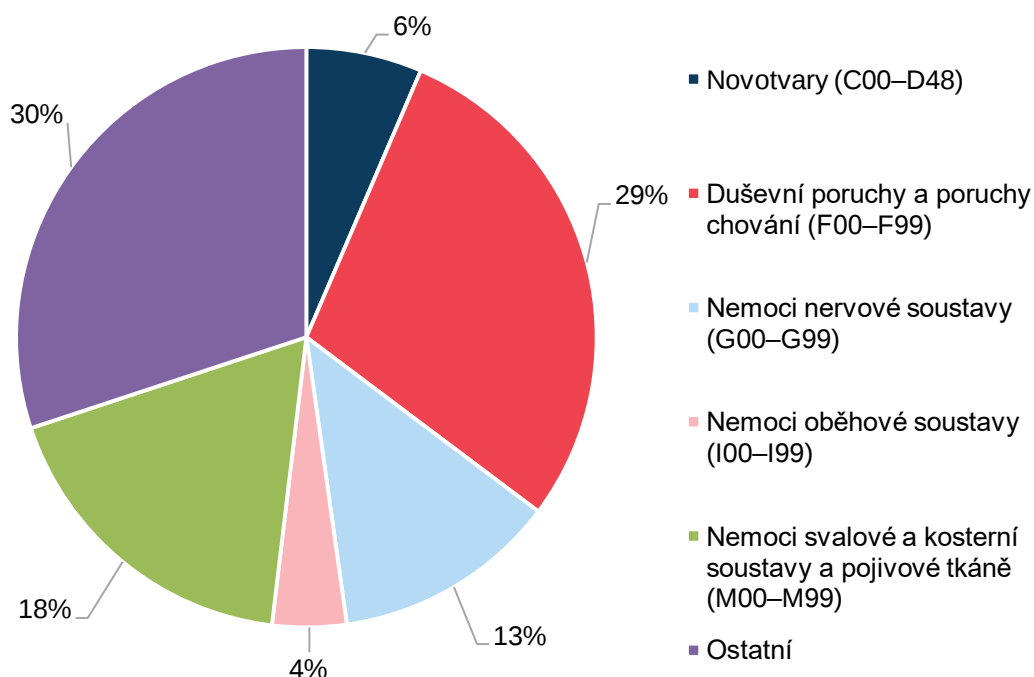
Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Tabulka 6: Počet vyplácených invalidních důchodů 2. stupně ve věku 0-44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018

Skupina diagnóz	Věková skupina						Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
Novotvary	8	46	112	175	260	619	1 220
Duševní poruchy a poruchy chování	123	592	902	990	1 196	1 642	5 445
Nemoci nervové soustavy	31	200	373	394	502	866	2 366
Nemoci oběhové soustavy	10	25	56	97	172	421	781
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	25	118	180	368	796	1 921	3 408
Ostatní	80	412	787	931	1 344	2 132	5 686
Celkem	277	1 393	2 410	2 955	4 270	7 601	18 906

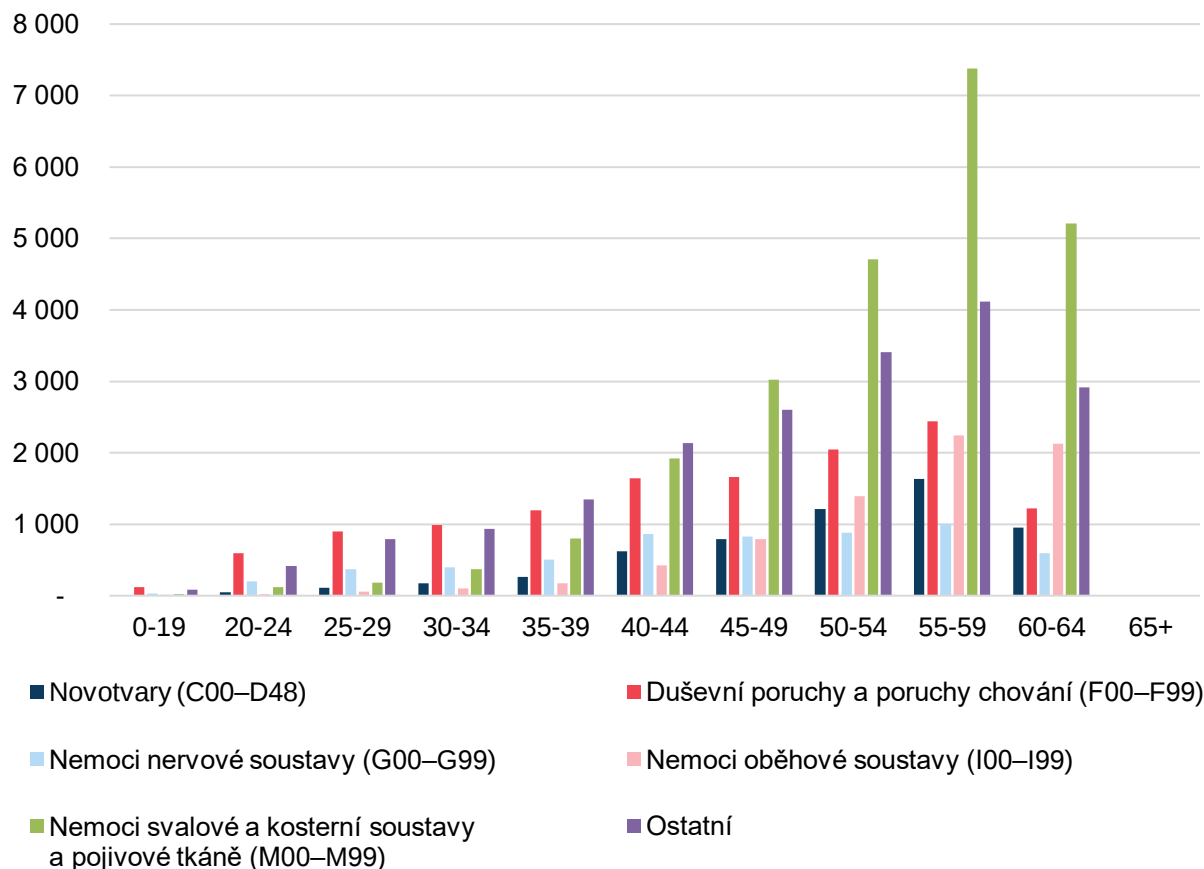
Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Graf 4: Počet vyplácených invalidních důchodů 2. stupně ve věku 0 – 44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Graf 5: Porovnání počtu vyplácených invalidních důchodů 2. stupně u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



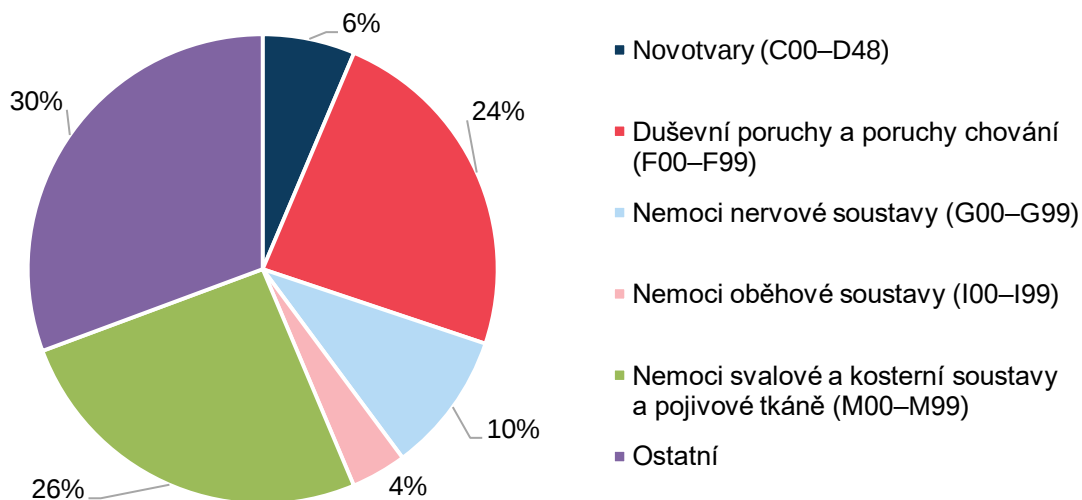
Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Tabulka 7: Počet vyplácených invalidních důchodů 1. stupně ve věku 0 – 44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018

Skupina diagnóz	Věková skupina						Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	
Novotvary	6	71	208	382	706	1 426	2 799
Duševní poruchy a poruchy chování	197	997	1 576	1 757	2 459	3 470	10 456
Nemoci nervové soustavy	35	234	553	775	1 075	1 595	4 267
Nemoci oběhové soustavy	8	47	112	200	414	896	1 677
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	38	224	578	1 156	2 726	6 575	11 297
Ostatní	111	715	1 520	2 300	3 367	5 470	13 483
Celkem	395	2 288	4 547	6 570	10 747	19 432	43 979

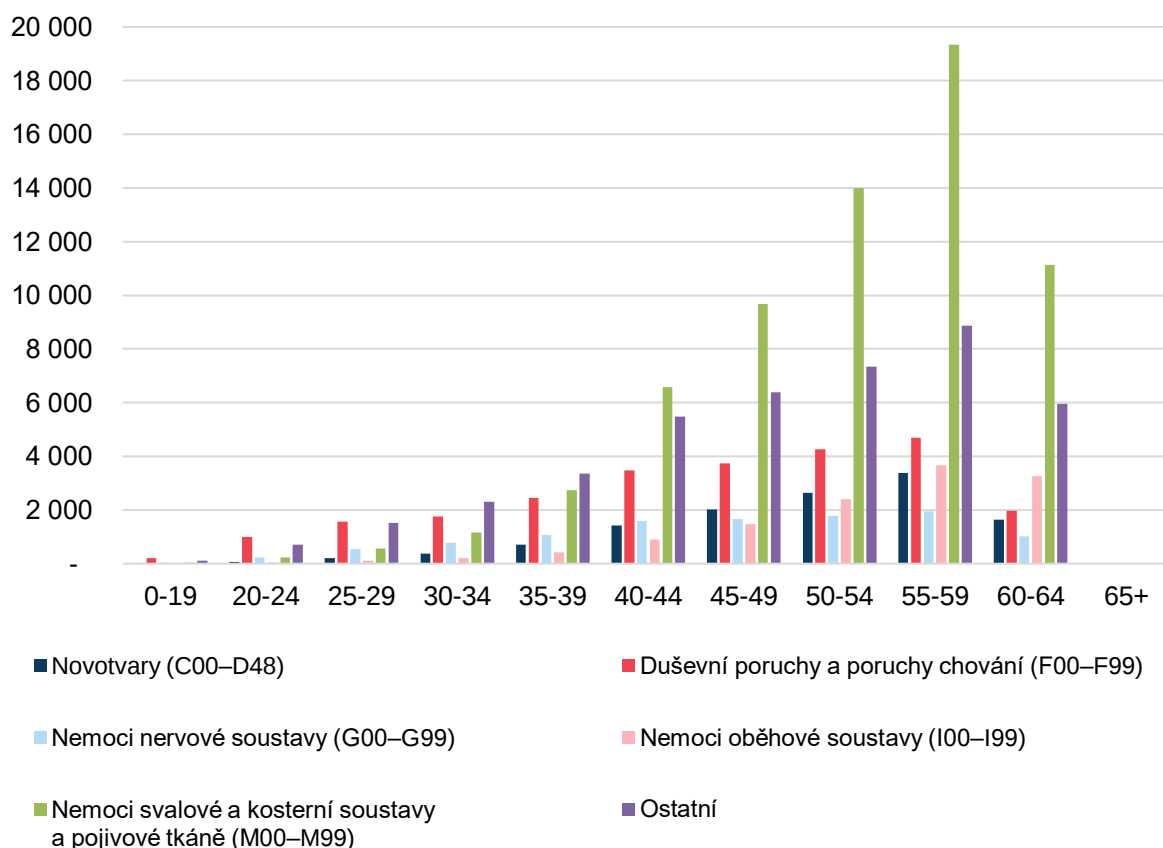
Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Graf 6: Počet vyplácených invalidních důchodů 1. stupně ve věku 0-44 let u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Graf 7: Porovnání počtu vyplácených invalidních důchodů 1. stupně u nejčtenějších diagnóz k 31. 12. 2018



Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Duševní onemocnění jsou v současné době jednou ze tří nejčastějších příčin přiznání invalidních důchodů a v roce 2018 představovaly 24 % všech vyplácených invalidních důchodů.¹⁷ Skupina žadatelů o invalidní důchod z důvodu duševní nemoci tak tvoří podstatnou část všech žadatelů, aniž by tomu odpovídala konstrukce dávek a posuzování invalidity.

Tabulka 8: Podíl vyplácených invalidních důchodů 1. – 3. stupně na celkovém počtu invalidních důchodů vyplácených k 31. 12. 2018

Skupina diagnóz	Počet vyplácených invalidních důchodů	Podíl na celkovém počtu invalidních důchodů v %
Novotvary	34 432	8 %
Duševní poruchy a poruchy chování	102 027	24 %
Nemoci nervové soustavy	35 521	8 %
Nemoci oběhové soustavy	35 705	8 %
Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	116 170	28 %
Ostatní	97 632	23 %
Celkem	421 487	100 %

Zdroj: Česká správa sociálního zabezpečení. Statistická ročenka v oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019. ISBN 978-80-87039-54-0. Vlastní zpracování.

Reforma psychiatrické péče, jejíž hlavním cílem je zvyšování kvality života osob s duševním onemocněním, se proto promítne přímo do mechanismu posuzování invalidity a konstrukce výše dávky – přiznaného invalidního důchodu, který je cca v 90 % hlavním příjmem osob s duševním onemocněním. Konkrétní dopady v každé z osmi oblastí reformy psychiatrické péče a k nim potřebná opatření v systému invalidních důchodů budou analyzována v rámci II. a III. části analýzy.

2.2.2 Nemocenské pojištění

Cílem nemocenského pojištění je pojistit krátkodobé důsledky sociálních událostí osob výdělečně činných při dočasné pracovní neschopnosti, karanténě, při ošetřování a péči o člena domácnosti a v těhotenství a mateřství. Nemocenské pojištění jako součást systému sociálního pojištění je v ČR založeno na těchto základních principech:

¹⁷ Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Psychiatrická péče 2018. ÚZIS, 2019. Dostupné online: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>.

solidarita, jednotnost, povinná účast,¹⁸ dynamičnost (pravidelná aktualizace redukčních hranic), zásluhovost, garance, financování ze státního rozpočtu a respektování mezinárodních závazků.

Organizace nemocenského pojištění spadá do agendy OSSZ a ČSSZ a legislativní rámec zahrnuje tyto právní normy (ve znění pozdějších předpisů):

- zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění,
- zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti,
- zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce,
- nařízení vlády č. 213/2018 Sb., o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2017, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2017, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2019 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2019 a o zvýšení důchodů v roce 2019,
- sdělení MPSV č. 237/2018 Sb., kterým se vyhlašuje pro účely nemocenského pojištění výše redukčních hranic pro úpravu denního vyměřovacího základu platných v roce 2019.

Konstrukce dávek ze systému nemocenského pojištění se odvíjí od dosahovaného výdělku, redukčních hranic pro redukci denního vyměřovacího základu, od redukce mezi jednotlivými redukčními hranicemi a od procentní sazby jednotlivých dávek.

Mezi dávky nemocenského pojištění patří:¹⁹ nemocenské, peněžitá pomoc v mateřství, dávka otcovské poporodní péče, ošetřovné, dlouhodobé ošetřovné, vyrovnávací příspěvek v těhotenství a v mateřství.

2.2.2.1 Nemocenské

Nemocenské je dávkou nemocenského pojištění a vztahuje se na situace, kdy pojištěnec splní všechny zákonem stanovené podmínky pro její přiznání, především pak pokud byl lékařem uznán dočasně práce neschopným z důvodu

¹⁸ Účast OSVČ na nemocenském pojištění je od roku 1994 dobrovolná.

¹⁹ OSVČ a zahraniční zaměstnanci mají v případě jejich účasti na nemocenském pojištění nárok na nemocenské, peněžitou pomoc v mateřství, dávku otcovské poporodní péče a dlouhodobé ošetřovné.

nemoci nebo úrazu, popřípadě nemůže vykonávat dosavadní činnost z důvodu nařízené karantény.

Nemocenské se poskytuje za jednotlivé kalendářní dny a je vypláceno od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti do jejího skončení, maximálně však po dobu 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti. V první 14 dnech dočasné pracovní neschopnosti má zaměstnanec nárok na náhradu mzdy, která je vyplácena zaměstnavatelem.

Příjemcům starobních a invalidních důchodů pro invaliditu 3. stupně se nemocenské vyplácí od 15. kalendářního dne po dobu 70 kalendářních dnů (nebo v celkovém součtu 70 kalendářních dnů při více dočasných pracovních neschopnostech v kalendářním roce).

Podmínky nároku na nemocenské jsou následující:

- a) osoba je uznána dočasně práceneschopnou, nebo v karanténě,
- b) pracovní dočasná neschopnost nebo nařízená karanténa trvá déle než 14 kalendářních dnů,
- c) pracovní neschopnost je potvrzená ošetřujícím lékařem vystavením neschopenky,
- d) osoba je pojištěna v rámci systému nemocenského pojištění.

Nemocenské dávky zaměstnanců se počítají z denního vyměřovacího základu, což je započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost.

Výdělek zaměstnance, který je předmětem výpočtu dávek, se snižuje prostřednictvím tzv. redukčních hranic, které jsou od 1. 1. 2020 stanoveny takto:

- a) 1. redukční hranice: 203,35 Kč ($0,175 \times 1\,162$ Kč), přičemž se z uvedené části hodinového příjmu započte 90 %,
- b) 2. redukční hranice: 304,85 Kč ($0,175 \times 1\,742$ Kč), přičemž se z příjmu přesahujícího 1. redukční hranici až do výše 2. redukční hranice započte 60 %,
- c) 3. redukční hranice: 609,70 Kč ($0,175 \times 3\,484$ Kč), přičemž se z příjmu přesahujícího 2. redukční hranici až do výše 3. redukční hranice započte 30 %,
- d) částka příjmu nad 3. redukční hranici se nezohledňuje.

Dávka nemocenského pojištění pak představuje 60 % z redukováného hodinového výdělku od 15. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, nebo karantény. Od 31. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, nebo nařízené karantény, do 60. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, nebo nařízené karantény, je to 66 % denního vyměřovacího základu a od 61. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti, nebo karantény, pak 72 % denního vyměřovacího základu.²⁰

2.2.2.2 Další dávky systému nemocenského pojištění

Konstrukce dalších dávek systému nemocenského pojištění je také založena na redukčních hranicích s tím rozdílem, že v případě **peněžitě pomoci v mateřství a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství** se z denního vyměřovacího základu do 1. redukční hranice počítá celých 100 % denního vyměřovacího základu. Výše dávek je pak stanovena tímto způsobem:

- peněžitá pomoc v mateřství: 70 % denního vyměřovacího základu,
- ošetřovné: 60 % denního vyměřovacího základu,
- vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství: rozdíl mezi denním vyměřovacím základem zjištěným ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci a průměrem jejích započitatelných příjmů po převedení,
- dávka otcovské poporodní péče: 70 % denního vyměřovacího základu, a
- dlouhodobé ošetřovné: 60 % denního vyměřovacího základu.

Skupina osob s duševním onemocněním a nemocenské pojištění

Systém nemocenského pojištění, jehož dávky pokrývají krátkodobé důsledky sociálních událostí osob výdělečně činných při dočasné pracovní neschopnosti, karanténě apod., nesměřují přímo k cílové skupině osob s duševním onemocněním a implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá přímý vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení. Konstrukce dávek a proces jejich

²⁰ Výše nemocenského od 15. dne pracovní neschopnosti nebo karantény až do jejího ukončení ve výši 100 % denního vyměřovacího základu náleží pojištěnci, který byl uznán dočasně pracovně neschopným v důsledku toho, že se prokazatelně podílel na činnostech v obecném zájmu, jako například na hašení požáru, realizaci záchranných prací.

přiznání sice nezohledňuje specifika skupiny osob s duševním onemocněním, ale zároveň nevytváří prostředí pro jejich diskriminaci.

Nepřímo však může reforma ovlivnit náklady na vyplacené nemocenské dávky pro dočasnou pracovní neschopnost, neboť její opatření, která mimo jiné cílí na začleňování osob s duševním onemocněním do běžného života, na deinstitucionalizaci a na zvýšení uplatnění na trhu práce, mohou nepřímo vést ke snížení počtu případů čerpání nemocenského. S tím souvisí také skutečnost, že osoby s duševním onemocněním představují významnou skupinu pobíratelů nemocenského a počet případů v posledních letech u této skupiny neustále narůstá.

Tabulka 9: Počet ukončených případů dočasné pracovní neschopnosti u duševních nemocí v letech 2015–2019

Počet ukončených případů	2015	2016	2017	2018	2019
Muži	13 945	15 202	15 957	16 183	16 732
Ženy	25 344	27 423	28 886	28 825	31 000
Celkem	39 289	42 625	44 843	45 008	47 732

Zdroj: ČSSZ. Otevřená data. Počet ukončených případů dočasné pracovní neschopnosti podle skupin diagnóz. Praha: ČSSZ, 2019. Dostupné online: <https://data.cssz.cz/web/otevrena-data/graf-pocet-ukoncenych-pripadu-docasne-pracovni-neschopnosti-podle-skupin-diagnoz>.

Na ostatní dávky nemocenského pojištění nemá implementace Strategie reformy psychiatrické péče přímý vliv a její opatření v žádné z oblastí reformy nebudou vytvářet nutnost změn ve stávajícím systému.

II. a III. část analýzy se proto bude zaměřovat výhradně na nemocenské, které bylo identifikováno jako oblast nemocenského pojištění, kterou reforma psychiatrické péče přímo ovlivní.

2.3 Politika zaměstnanosti

Politika zaměstnanosti zahrnuje činnosti státu s cílem zajistit rovnováhu na trhu práce, a to prostřednictvím aktivní politiky zaměstnanosti (APZ), zaměřené na zvyšování zaměstnanosti, a pasivní politiky zaměstnanosti (PPZ), která cílí na snižování negativních důsledků nezaměstnanosti. Se systémem sociálního pojištění je politika zaměstnanosti provázána v rámci financování její části na pojistném principu, kdy

pojistné na sociální zabezpečení zahrnuje kromě platby na nemocenské pojištění a důchodové pojištění také příspěvek na státní politiku zaměstnanosti.

Cílem politiky zaměstnanosti je především realizovat opatření k dosažení plné, svobodně zvolené a produktivní zaměstnanosti, odstraňovat negativní dopady trhu práce na zaměstnanost, vytvářet, podporovat a zabezpečovat pracovní místa a hmotně zabezpečovat uchazeče o zaměstnání při jeho ztrátě.

Základní legislativní rámec aktivní politiky zaměstnanosti tvoří především tyto právní normy (ve znění pozdějších předpisů):

- zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti,
- vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti,
- vyhláška č. 519/2004 Sb., o rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání a o rekvalifikaci zaměstnanců,
- vyhláška č. 176/2009 Sb., kterou se stanoví náležitosti žádosti o akreditaci vzdělávacího programu, organizace vzdělávání v rekvalifikačním zařízení a způsob jeho ukončení,
- vyhláška č. 322/2017 Sb., o stanovení seznamu odvětví zaměstnání, která zahrnují činnosti závislé na ročním období,
- vyhláška č. 346/2017 Sb., o závazném vzoru potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu a o závazném vzoru potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení,
- nařízení vlády č. 515/2004 Sb., o hmotné podpoře na vytváření nových pracovních míst a hmotné podpoře rekvalifikace nebo školení zaměstnanců v rámci investičních pobídek,
- nařízení vlády č. 64/2009 Sb., o stanovení druhu prací, které agentura práce může formou dočasného přidělení k výkonu práce u uživatele zprostředkovávat.

Agenda politiky zaměstnanosti přísluší především Úřadu práce ČR (ÚP). ÚP je organizační složka státu řízená MPSV, která prostřednictvím svých kontaktních pracovišť realizuje aktivní a pasivní politiku zaměstnanosti. Kontrolním orgánem, který

řídí celou oblast zaměstnanosti a zajišťuje ji strategicky a koncepčně, je pak MPSV, které mimo jiné realizuje, s cílem vytváření a udržení pracovních míst, také investiční pobídky do zpracovatelského průmyslu ve spolupráci s Ministerstvem průmyslu a obchodu a Agenturou pro podporu podnikání a investic CzechInvest.

2.3.1 Aktivní politika zaměstnanosti

Aktivní politika zaměstnanosti (APZ) představuje činnosti orgánů veřejné správy s cílem zajistit zaměstnání uchazečům o práci a umožnit nezaměstnaným lehčí a rychlejší návrat na trh práce. APZ je zaměřena především na nejvíce ohrožené skupiny nezaměstnaných, kteří například nedisponují dostatečnou kvalifikací nebo jsou na trhu práce znevýhodněni zdravotními handicapy. Je realizována prostřednictvím příspěvků pro uchazeče o zaměstnání nebo pro zaměstnavatele²¹ a její náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu a dofinancovávány z ESF.

Základními nástroji aktivní politiky zaměstnanosti jsou:

- **rekvalifikace**, která je postavena na podpoře formou získání nové kvalifikace nebo jejího zvýšení, rozšíření a prohloubení podle potřeb trhu práce;
- **investiční pobídky**, jako hmotná podpora zaměstnavateli pro vytvoření pracovního místa nebo pro rekvalifikaci a školení stávajících zaměstnanců;
- **veřejně prospěšné práce**, které představují dočasné pracovní příležitosti v oblastech jako např. údržba veřejných prostranství a budov, úklid a další činnosti ve prospěch obcí a státních nebo jiných obecně prospěšných institucí;
- **společensky účelná pracovní místa**, která po dohodě s ÚP vytváří zaměstnavatel pro uchazeče o zaměstnání, kteří se nemohou na trhu práce uplatnit jiným způsobem; podpora je realizována ve formě příspěvků, stanovených procentní sazbou ze skutečně vynaložených nákladů na mzdy (platy) při udržení pracovního místa minimálně 365 kalendářních dní;
- **překlenovací příspěvek** určený pro osoby samostatně výdělečně činné, které přestaly být uchazečem o zaměstnání a kterým byl poskytnut příspěvek na zřízení společensky účelného pracovního místa (výše příspěvku je maximálně

²¹ Vyloučeny jsou organizační složky státu a jimi řízené organizace, politické strany a hnutí, státní fondy.

0,25násobek průměrné mzdy za I. až III. kvartál kalendářního roku, který předcházel roku uzavření dohody s ÚP);

- **příspěvek na zapracování** a příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program pro zaměstnavatele, pokud přechází na nový podnikatelský program, a z toho důvodu není schopen zajistit pro své zaměstnance práci v rozsahu stanovené týdenní pracovní doby (příspěvek je poskytován po dobu maximálně 3 měsíců ve výši 50 % minimální měsíční mzdy).

Součástí APZ je také poradenství v oblasti zaměstnanosti, podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením (OZP) a sdílené zprostředkování zaměstnání apod.

Při podpoře zaměstnávání osob se zdravotním postižením je v rámci APZ realizována **pracovní rehabilitace** – činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání pro OZP ze strany krajských poboček ÚP.

Pracovní rehabilitace představuje poradenskou činnost v oblasti:

- volby zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti;
- teoretické a praktické přípravy, která zahrnuje přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů, přípravu k práci a specializované rekvalifikační kurzy;
- zprostředkování, udržení, popřípadě změnu zaměstnání apod.

V případě OZP²² jsou pro zaměstnavatele realizována tato opatření APZ:

- **příspěvek na zřízení pracovního místa OZP** na základě písemné dohody s ÚP na dobu 3 let. Místo může být zřízeno (a dohoda podepsána) se zaměstnavatelem nebo s OSVČ a hrazeny jsou náklady na pořízení pomůcek a předmětů nutných ke zřízení pracovního místa;
- **příspěvek na úhradu provozních nákladů** vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním OZP na základě písemné dohody ÚP se zaměstnavatelem, který zaměstnává OZP, a je určen na úhradu provozních nákladů stanovených v zákoně o zaměstnanosti v maximální výši 48 000 Kč/rok na 1 pracovní místo;

²² Osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidní v 1., 2., nebo 3. stupni a je jim poskytována zvýšená ochrana na trhu práce, včetně osob s duševním onemocněním.

- **příspěvek na podporu zaměstnávání OZP na chráněném trhu práce**, který je vyplácen v případě účinnosti dohody o uznání zaměstnavatele jako zaměstnavatele na chráněném trhu práce, jenž zaměstnává více než 50 % OZP z celkového počtu zaměstnanců.

V současné době dochází v ČR k rozvoji **sociálního podnikání**, které však doposud není upraveno žádnou speciální právní normou. Základními principy sociálního podnikání jsou především spojení tržní orientace se sociálním posláním a podpora zaměstnanosti znevýhodněných skupin na trhu práce. Podnik je podnikem sociálním, především pokud investuje minimálně 50 % zisku zpět do svého provozu, pokud svými aktivitami přispívá k začleňování znevýhodněných osob na trhu práce a pokud zaměstnává více než 50 % zdravotně či sociálně znevýhodněných osob z celkového počtu zaměstnanců.

Sociální podnik může využívat tyto finanční nástroje:

- dotace EU prostřednictvím MPSV v rámci operačních programů,
- granty poskytované soukromými donátory či nadacemi,
- dotace poskytované krajskými úřady či obcemi,
- dotace v rámci APZ, např. dotace na podporu chráněných pracovních míst, úhradu nákladů v rámci pracovní rehabilitace.

2.3.2 Pasivní politika zaměstnanosti

Pasivní politika zaměstnanosti (PPZ) představuje hmotné zabezpečení uchazečů o zaměstnání a je založena především na poskytování podpory v nezaměstnanosti tak, aby byla nezaměstnanému poskytnuta alespoň částečná náhrada ušlého výdělku. Vedle toho se orientuje také na zprostředkování nabídky a poptávky na trhu práce.

Výše podpory v nezaměstnanosti se vypočítává procentní sazbou z předchozího příjmu uchazeče a délka poskytování je stanovena podpůrčí dobou, která závisí na věku uchazeče o zaměstnání a představuje:

- a) 5 měsíců pro uchazeče do 50 let věku,
- b) 8 měsíců pro uchazeče ve věku 50 – 55 let,
- c) 11 měsíců pro uchazeče nad 55 let.

Skupina osob s duševním onemocněním a politika zaměstnanosti

Oblast politiky zaměstnanosti bude Reformou psychiatrické péče přímo ovlivněna. Reforma, která je zacílena na zvyšování kvality života lidí s duševním onemocněním, se bude dotýkat politiky zaměstnanosti ve většině ze svých osmi oblastí, a to především proto, že lidé s dlouhodobým duševním onemocněním mají většinou kvůli ztrátě sociálních a pracovních dovedností nebo jejich části změněnou pracovní schopnost. Vedle toho často nejsou schopni zbylé dovednosti na trhu práce uplatňovat a sami nejsou ke vstupu na trh práce motivováni. A právě motivace je pro uplatnění na trhu práce klíčová. Mezi duševním onemocněním a nezaměstnaností navíc existuje oboustranný vzájemný vztah, kdy duševní onemocnění je častým důvodem nezaměstnanosti, která naopak (především ve své dlouhodobé podobě) může vést k duševnímu onemocnění. Práce zvyšuje osobám s duševním onemocněním sebedůvěru a posiluje jejich schopnost zacházet s nemocí. Je důležitá pro sociální kontakty a také pro začleňování do komunity.

Nedostatek pracovních příležitostí pro skupinu lidí s duševním onemocněním má řadu příčin, např. skutečnost, že systém psychiatrické péče neodpovídá adekvátně potřebám některých klientů, a také stigmatizaci osob s duševním onemocněním, která vede k diskriminaci na trhu práce, skutečnost, že přes zvyšující se počet komunitních služeb, které pomáhají těmto lidem najít a udržet pracovní místo, jsou jejich kapacity (v některých regionech) stále nedostatečné. Vedle toho neexistuje funkční vazba mezi nabídkou cílených vzdělávacích kurzů a uplatněním na trhu práce.

V rámci pasivní politiky zaměstnanosti je osobami s duševní nemocí využívána podpora v nezaměstnanosti, kdy žadateli (po splnění stanovených podmínek) mohou být kromě těch, kteří nejsou příjemci invalidního důchodu, také příjemci invalidního důchodu 1. a 2. stupně.

V rámci aktivního přístupu k zaměstnávání osob s duševní nemocí je v současné době využíváno především chráněné zaměstnávání (založené na principu „train and place“), které cílí na osvojení schopností, dovedností, ale i na získání sebevědomí k uplatnění se na trhu práce, které osoby s duševní nemocí často

postrádají, což vede kromě jiného také k jejich sebestigmatizaci. Výsledkem této podpory by mělo být následné zaměstnání klienta na otevřeném trhu práce. Tato forma podpory však často buduje neochotu pracovat mimo chráněné místo a podporuje nezaměstnatelnost na běžném trhu práce.

Vedle této formy podpory se uplatňuje také podporované zaměstnávání „place and train“, které je postavené na uplatnění klienta na trhu práce bez mezistanoviště ve formě chráněného zaměstnání. Tento přístup vyžaduje vyšší zapojení klienta, zaměstnavatele i jeho pracovního konzultanta, jehož pracovní náplní je právě zapojení klienta do celého procesu, a to od identifikace jeho schopností a dovedností, po nalezení pracovního místa a podporu v začátcích pracovního procesu. Součástí tohoto přístupu je také postupné snižování podpory do fáze, kdy je klient v této oblasti zcela soběstačný.

Na takovém přístupu je založena také podpora zaměstnávání osob „Individual Placement and Support“ (IPS), která je postavena na těchto základních principech²³:

- služba je otevřená všem zájemcům, kteří mají o vstup do služby zájem;
- cílem služby je vstup klienta na otevřený pracovní trh;
- služba pracovní rehabilitace je organizačně provázána s ostatními zdravotně-sociálními službami;
- služba je orientována na přání a cíle definované klientem;
- pracovní konzultant je klientovi nápomocný v individuálním plánování a poskytuje podporu pro informované rozhodování o záležitostech týkajících se zaměstnání;
- služba cílí na rychlé nalezení pracovního uplatnění, ideálně do jednoho měsíce od prvního kontaktu;
- pracovní konzultant systematicky rozvíjí vztahy se zaměstnavateli.

Výsledkem IPS je pak získaná placená práce na otevřeném trhu. Důležité je, že se jedná o pracovní místo, které není finančně dotováno státem

²³ Kondrátová L., Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113, s. 132–139.

a zaměstnavatel nemá žádné zvýhodnění. Zahraniční statistiky uvádějí, že úspěšnost uplatnění osob s duševním onemocněním, podporovaných touto formou, je asi 60 %.²⁴ S podobným výsledkem skončil také průzkum realizovaný v regionech Havlíčkův Brod a Pelhřimov organizací FOKUS Vysočina, založený na sedmiletém sledování začleňování osob s duševním onemocněním na trhu práce, ze kterého je patrné, že 66 % těchto osob práci získalo nebo ji alespoň vyzkoušelo a 40 % z nich si ji dlouhodobě udrželo.²⁵ Je však nutné dodat, že mnozí lidé s duševním onemocněním pracují a uplatňují se na různých pozicích na volném trhu práce bez potřeby jakékoliv další podpory.

II. část analýzy se bude věnovat dopadům reformy psychiatrické péče na aktivní i pasivní politiku zaměstnanosti ve všech jejích osmi oblastech. III. část analýzy pak bude zaměřena na objektivizaci opatření, která bude nutné v souvislosti s reformou v oblasti zaměstnanosti učinit.

2.4 Lékařská posudková služba

Soustavou sociálního zabezpečení prochází systém lékařské posudkové služby (LPS), a to pro účely nemocenského pojištění, důchodového pojištění, sociálních služeb, dávek OZP a politiky zaměstnanosti (status osoby zdravotně znevýhodněné). Cílem LPS je posuzování zdravotního stavu a pracovní (ne)schopnosti.

V případě pojistných sociálních systémů se jedná o posudky v oblastech důchodového pojištění (invalidní důchody 1. až 3. stupně) a nemocenského pojištění (poskytování dobrovolné dávky nemocenského po uplynutí podpůrné doby). U nepojistných sociálních systémů se pak jedná o tyto oblasti, které jsou předmětem LPS:

- sociální péče (např. posuzování pro přiznání mimořádných výhod I. stupně (průkaz TP), II. stupně (průkaz ZTP), III. stupně (průkaz ZTP/P), příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu),
- státní sociální podpora (např. stanovení doby poskytování u rodičovského příspěvku),

²⁴ Becker, D., Drake, R., Bond, G. American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 2011.

²⁵ Průzkum byl proveden v roce 2013 na vzorku 99 lidí s duševním onemocněním. Zdroj: FOKUS Vysočina, FOKUS Praha, FOKUS Tábor. Brožura pro zaměstnavatele. Paralelní životy, 2014.

- sociální služby (např. posouzení pro přiznání příspěvku na péči),
- pomoc v hmotné nouzi (tj. žadatel, příjemce dávky, popřípadě osoby společně posuzované mohou být vyzváni k vyšetření zdravotního stavu pro účely přiznání dávky).

Legislativně je posudková činnost zajištěna těmito právními normami (ve znění pozdějších předpisů):

- zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení,
- zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění,
- zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů,
- zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity,
- vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

LPS je v ČR organizována a realizována prostřednictvím MPSV, ČSSZ a OSSZ.

MPSV je v oblasti LPS orgánem řídicím, vykonávajícím kontrolní a koncepční agendu. Zajišťuje činnost posudkových komisí pro přezkumná řízení v případě rozhodnutí, která byla vydána na úrovni ČSSZ.

ČSSZ zabezpečuje posudkovou činnost pro účely odvolacího řízení v nemocenském pojištění a pro účely řízení o námitkách ve věcech důchodového pojištění, tedy odvolací agendu pojistných dávek.

OSSZ, PSSZ, a MSSZ zajišťují kontroly dočasné pracovní neschopnosti v nemocenském pojištění a vypracovávají posudky v 1. stupni. Do roku 2009 jim příslušela posudková činnost pouze pro účely pojistných systémů a od 1. 7. 2009 se z ÚP na OSSZ vrátilo také posuzování zdravotního stavu pro nepojistné systémy.

Posuzování provádí posudkoví lékaři, jejichž náplní práce je vyhotovení výstupů v podobě posudků, tedy vyhodnocení, zdali daná posuzovaná osoba naplňuje stanovené podmínky k tomu, aby jí byl přiznán určitý příspěvek, dávka či jiná výhoda, kterou systém nabízí.

Posudky jsou podkladem pro správní nebo soudní rozhodnutí a nelze se proti nim odvolat, ani podat jiné opravné prostředky. Odvolání, jako opravný prostředek, lze naopak podat proti samotnému vydanému rozhodnutí, které bylo vydáno na základě posudku. Následně rozhodují nadřízené orgány, kterými jsou ČSSZ nebo MPSV.

V činnosti LPS převažuje zajištění oblasti nepojistných sociálních dávek, které tvoří cca 60 % agendy a v rámci které převládá příspěvek na péči. V případě pojistných systémů představují kolem 35 % činnosti kontrolní lékařské prohlídky. U nepojistných systémů se jedná o podobný podíl činnosti kontrolních lékařských prohlídek, který představuje cca 33 %. Ročně zahrnuje agenda LPS cca 20 000 posudků ze strany posudkové komise MPSV a cca 410 000 posudků a 120 000 kontrol dočasné pracovní neschopnosti v nemocenském pojištění OSSZ.

Skupina osob s duševním onemocněním a lékařská posudková služba

Vazbu na oblast duševního zdraví mají jen některé složky/činnosti LPS, na které bude mít reforma psychiatrické péče přímý dopad. Jedná se o LPS v oblastech sociální politiky, které při posuzování nároků na dávky/služby využívají lékařských posudků. V některých případech v současném systému LPS v případě osob s duševním onemocněním dochází k tomu, že jsou nedostatečně zohledněna specifika psychiatrických diagnóz a sociálně-zdravotní situace osob s duševním onemocněním.

LPS využívá při své činnosti v případě osob s duševním onemocněním obecně platné postupy, standardy a metodiky a řídí se platnou legislativou, která nezahrnuje specifická kritéria pro posuzování osob s duševním onemocněním, která by vedla k objektivnímu posouzení a přiznání sociální podpory (například příspěvek na péči, invalidní důchod), tedy k čerpání relevantních sociálních dávek/služeb. Specifika se týkají například skutečnosti, že některá duševní onemocnění jsou epizodická a přichází a odchází v podobě epizod, mezi kterými je pacient/klient schopen zcela normálního života. Právě u této skupiny

onemocnění je větší šance vzniku případů, kdy je osoba posouzena na základě dočasného zlepšení stavu, nebo například na základě získání zaměstnání, což koresponduje také se sníženou motivací osob s duševním onemocněním k zapojení se do pracovního procesu z důvodu obav ze ztráty invalidního důchodu a další podpory. V některých případech je příčinou takové situace nedostatečná informovanost posudkových lékařů o duševních onemocněních anebo nedostatečná komunikace s ošetřujícími lékaři a sociálními pracovníky (zahrnující také jejich nepřizvání do procesu posuzování). Ti však mohou významně přispět k objektivnímu posouzení daného případu a pomoci klientovi/pacientovi připravit se na proces posuzování, který může být ze své podstaty velmi stresující. V rámci ČR navíc dochází k regionálním rozdílům a k rozdílům mezi srovnatelnými případy, kdy lidé s podobnými obtížemi mohou být posouzeni výrazně rozdílně.

V následujících částech se analýza bude soustředit na LPS pro tyto případy:

- invalidita, popřípadě změna stupně invalidity,
- zdravotní postižení osoby pro účely příspěvku na zvláštní pomůcky,
- stupně závislosti pro účely příspěvku na péči,
- zdravotní postižení osoby pro účely řízení o přiznání průkazu OZP,
- zdravotní stav osoby pro účely přiznání statusu OZP.

2.5 Státní sociální podpora

Státní sociální podpora je jedním ze základních pilířů sociálního zabezpečení, je založena na poskytování dávek na principu společenské solidarity a financována ze státního rozpočtu. Parametry státní sociální podpory upravuje zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, který v § 1 vymezuje státní sociální podporu takto: „*Státní sociální podporou se stát podílí na krytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a poskytuje ji i při některých dalších sociálních situacích. Státní sociální podpora se ve stanovených případech poskytuje v závislosti na výši příjmu.*“

Dávky státní sociální podpory mají obligatorní charakter a kritériem pro přiznání některých z nich je úroveň příjmů. Podle toho jsou rozlišovány dávky bez závislosti na výši příjmu, kterými jsou rodičovský příspěvek a pohřebné, a dávky závislé na výši příjmu, mezi které patří porodné, přídavek na dítě a příspěvek na bydlení. Specifickou kategorií představují dávky péstounské péče, které upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Následující text podrobněji popisuje jednotlivé dávky systému státní sociální podpory a zhodnocuje jejich vazbu na oblast duševního zdraví, resp. na reformu psychiatrické péče.

2.5.1 Dávky poskytované v závislosti na výši příjmu

2.5.1.1 Přídavek na dítě

Přídavek na dítě je dávkou poskytovanou rodinám s dětmi, která má za cíl pomoci pokrýt náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřených dětí. Nárok na přídavek na dítě má nezaopatřené dítě, jestliže rozhodný příjem²⁶ v rodině nepřevyšuje součin částky životního minima rodiny a koeficientu 2,70. Příjemce dávek a spolu s ním posuzované osoby musí být hlášeny k trvalému pobytu (občané) nebo mít trvalý pobyt (cizinci²⁷) na území ČR a mít v ČR bydliště.²⁸

Za rodinu se považuje, není-li v zákoně stanoveno jinak, oprávněná osoba a společně s ní posuzované osoby, tj. nezaopatřené děti, rodiče těchto dětí²⁹, manžel/partner rodiče, vdovec nebo vdova po rodiči a druh/družka rodiče, pokud s oprávněnou osobou spolu trvale žijí a společně uhrazují náklady na své potřeby. Za nezaopatřené dítě je

²⁶ Do rozhodného příjmu se zahrnují především příjmy ze závislé činnosti, příjmy z podnikání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti a dále dávky nemocenského a důchodového pojištění a podpora v nezaměstnanosti včetně obdobných příjmů z ciziny. Započítávají se tzv. čisté příjmy, tj. jde o částky po odpočtu daně z příjmů připadající na tyto příjmy.

²⁷ Cizinci, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR, jsou oprávněnými osobami po uplynutí 365 dní ode dne hlášení k pobytu.

²⁸ Dávky státní sociální podpory náleží rovněž dalším, v zákoně č. 117/1995 Sb. uvedeným osobám, které nemají na území ČR trvalý pobyt, pokud zde mají bydliště. Do okruhu oprávněných osob spadají také občané EU, krytí přímo použitelnými předpisy EU – Nařízením EP a Rady (ES) č. 883/2004 a Nařízením EP a Rady (EU) č. 492/2011.

²⁹ Za rodiče se považují i osoby, jimž byly nezaopatřené děti svěřeny do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu.

považováno dítě do skončení povinné školní docházky a dále, pokud se buď připravuje na budoucí povolání, nebo je zdravotně postižené, nejdéle však do 26 let.

Výše přídavku za kalendářní měsíc se odvíjí od věku dítěte: a) do 6 let 500 Kč (zvýšená výměra: 800 Kč), b) od 6 do 15 let 610 Kč (zvýšená výměra: 910 Kč), c) od 15 do 26 let 700 Kč (zvýšená výměra: 1 000 Kč).

Skupina osob s duševním onemocněním a přídavek na dítě

Lidé s duševním onemocněním nejsou z pohledu konstrukce této dávky specifickou cílovou skupinou (dávka je vymezena na základě příjmové situace dítěte, resp. rodiny/domácnosti, ve které dítě žije) a implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá přímý vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení.

Pro úplnost Zpracovatel dodává, že určitou sekundární vazbu této dávky na vymezenou cílovou skupinu lze konstatovat, a to z důvodu, že lidé s vážným duševním onemocněním mají často problémy s uplatněním na trhu práce a jejich hlavním příjmem je v 90 % případech invalidní důchod³⁰, a proto patří mezi příjmově slabší skupiny obyvatel. Pokud se osoby s duševním onemocněním stanou rodiči, pak je pravděpodobné, že výše rozhodného příjmu v rodině kvalifikuje rodinu, resp. dítě, k pobírání přídavku na dítě. Reforma psychiatrické péče cílí na zvyšování kvality života osob s duševním onemocněním, což zahrnuje také zvyšování uplatnitelnosti těchto osob na trhu práce a potenciálně zvýšení jejich příjmů. Opatření v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti tak mohou vést ke zvýšení příjmů některých rodin s dětmi, které se naopak již nebudou kvalifikovat k pobírání přídavku na dítě. Nicméně tyto aspekty nezakládají přímou vazbu na Strategii reformy, proto v další fázi analýzy nebude dávka hlouběji zkoumána.

³⁰ Dle statistik ČSSZ týkajících se invalidních důchodů k 31. 12. 2019 byly duševní poruchy a poruchy chování důvodem pro přiznání celé čtvrtiny ze všech vyplácených invalidních důchodů (viz <https://www.cssz.cz/documents/20143/99395/Vyplacene-invalidni-duchody-dle-skupin-diagnoz-2019.pdf/f437586b-756b-1463-7554-9e1fa3b009a8>).

2.5.1.2 Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Nárok na příspěvek na bydlení má vlastník nebo nájemce bytu, který je v bytě hlášen k trvalému pobytu, jestliže:

- a) jeho náklady na bydlení přesahují částku součinu rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30, a na území hlavního města Prahy koeficientu 0,35, a
- b) součin rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30, a na území hlavního města Prahy koeficientu 0,35, není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení.

Poskytování příspěvku podléhá testování příjmů rodiny a nákladů na bydlení za rozhodné období, kterým je předchozí kalendářní čtvrtletí. Do rozhodného příjmu rodiny se započítávají příjmy všech společně posuzovaných osob. Za příjem se považují i přídavek na dítě a rodičovský příspěvek. Za společně posuzované osoby se pak považují všechny osoby, které jsou v témže bytě hlášeny k trvalému pobytu.

Náklady na bydlení tvoří u nájemních bytů nájemné a náklady za plnění poskytované v souvislosti s užíváním bytu³¹.

Skupina osob s duševním onemocněním a příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení je určen obecně pro všechny rodiny či jednotlivce, jejichž příjmy nepostačují k vyřešení jejich bytové situace. Konstrukce dávky nesměruje tedy přímo k cílové skupině osob s duševním onemocněním.

Protože je však jedním z cílů Strategie reformy psychiatrické péče snížit rozsah péče poskytované ve formě lůžkové zdravotní péče a místo toho pomáhat pacientům/klientům v jejich vlastním prostředí, je parametr dostupnosti bydlení pro osoby s duševním onemocněním jedním z důležitých aspektů. Proto budou potenciální dopady Strategie reformy dále zkoumány ve fázích II a III analýzy.

³¹ Náklady za plyn, elektřinu a náklady za plnění poskytované s užíváním bytu dodávka tepla (dálkové vytápění) a centralizované poskytování teplé vody, dodávka vody z vodovodů a vodáren a odvádění odpadních vod, provoz výtahu, osvětlení společných prostor v domě, úklid společných prostor v domě, odvoz odpadních vod a čištění jímek, vybavení bytu společnou televizní a rozhlasovou anténou, odvoz komunálního odpadu a náklady za pevná paliva.

2.5.1.3 Porodné

Porodné je dávka poskytovaná v závislosti na výši příjmu, kterou se rodině s nízkými příjmy jednorázově přispívá na náklady související s narozením prvního nebo druhého živého dítěte. Nárok na porodné má žena, která porodila své první nebo druhé živé dítě, nepřevyšuje-li rozhodný příjem v rodině součin částky životního minima rodiny a koeficientu 2,70.³² Porodné je relevantní také u osob, které převzaly do trvalé péče nahrazující péči rodičů dítě do 1 roku jeho věku.

Výše porodného činí 13 000 Kč na první dítě, 10 000 Kč na druhé dítě a vyplácí se jednorázově.

Skupina osob s duševním onemocněním a porodné

Lidé s duševním onemocněním nejsou z pohledu konstrukce porodného specifickou cílovou skupinou a implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá přímý vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení.

Porodné je však vymezeno jako dávka pro všechny rodiny s příjmy pod stanovenou hranicí příjmů, a proto lze sekundárně určitou vazbu této dávky na vymezenou cílovou skupinu konstatovat, a to z důvodu, že lidé s vážným duševním onemocněním mají velmi často problémy s uplatněním na trhu práce a patří mezi příjmově slabší skupiny obyvatel. Pokud se osoby s duševním onemocněním stanou rodiči, pak je pravděpodobné, že výše příjmu v rodině kvalifikuje rodinu, resp. matku k čerpání porodného. Na druhé straně jsou opáření reformy plánována tak, aby vedla ke zvyšování uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce s dopadem na výši jejich příjmů, které již nemusí splňovat kritéria k pobírání některých dávek státní sociální podpory včetně porodného.

³² Nárok na porodné má rovněž otec prvního nebo druhého živě narozeného dítěte, jestliže žena, která dítě nebo děti porodila, zemřela a ke dni porodu splnila podmínky uvedené v zákoně a porodné nebylo vyplaceno jí ani jiné osobě. Do rozhodného příjmu se nezapočítává přídavek na dítě.

Nicméně tyto aspekty nezakládají přímou vazbu na Strategii reformy psychiatrické péče a její implementace nepřinese v této oblasti změny. Ve II. a III. části analýzy proto není tato dávka hlouběji zkoumána.

2.5.2 Dávky poskytované bez závislosti na výši příjmu

2.5.2.1 Rodičovský příspěvek

Rodičovský příspěvek je poskytován rodičům, kteří po celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečují o dítě, které je nejmladší v rodině.³³ Nárok na rodičovský příspěvek trvá nejdéle do 4 let věku dítěte, zároveň ovšem nejdéle do doby, kdy byla na rodičovském příspěvku vyplacena z důvodu péče o totéž nejmladší dítě v rodině celková částka 300 000 Kč. V případě, že nejmladším dítětem v rodině jsou 2 či více dětí narozených současně, má rodič nárok na 1,5násobek částky 300 000 Kč.³⁴

Rodič volí výši rodičovského příspěvku za podmínek stanovených v zákoně a lze ji měnit dle ustanovení zákona. Rodiče dítěte se mohou v péči o dítě vystřídat, v takovém případě dochází ke změně osoby příjemce dávky.

Podmínkou nároku na rodičovský příspěvek je, že dítě mladší 2 let navštěvuje jesle, mateřskou školu nebo jiné zařízení pro děti předškolního věku v rozsahu nepřevyšujícím 92 hodin v kalendářním měsíci. Dítě může navštěvovat léčebně rehabilitační zařízení nebo jesle, mateřskou školu nebo obdobné zařízení pro zdravotně postižené předškolní děti v rozsahu nepřevyšujícím 4 hodiny denně. Dítě zdravotně postižené může navštěvovat jesle, mateřskou školu nebo obdobné zařízení pro děti předškolního věku v rozsahu nepřevyšujícím 6 hodin denně. Dítě, jehož osamělý rodič nebo oba rodiče jsou závislí na pomoci jiné osoby ve stupni III nebo IV, může navštěvovat jesle, mateřskou školu nebo obdobné zařízení pro děti předškolního věku v rozsahu nepřevyšujícím 4 hodiny denně. U dítěte, které dovršilo 2 roky věku, není docházka do zařízení omezena.

³³ Rodičem se pro účely rodičovského příspěvku rozumí též osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů.

³⁴ Nárok na rodičovský příspěvek přiznaný z důvodu péče o nejmladší dítě v rodině zaniká posledním dnem kalendářního měsíce předcházejícího kalendářnímu měsíci, ve kterém se stalo nejmladším dítětem v rodině jiné dítě, které zakládá nárok na rodičovský příspěvek, a to i v případě, že nebyla vyplacena celková částka rodičovského příspěvku.

Skupina osob s duševním onemocněním a rodičovský příspěvek

Lidé s duševním onemocněním nejsou z pohledu konstrukce této dávky specifickou cílovou skupinou. Implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení, a proto tato dávka není předmětem dalších částí této analýzy.

2.5.2.2 Pohřebné

Pohřebné je jednorázová částka, kterou se přispívá na náklady spojené s vypravením pohřbu. Výše dávky je stanovena na 5 000 Kč a příjem rodiny není přezkoumáván. Nárok na pohřebné má osoba, která vypravila pohřeb

- a) dítěti, které bylo ke dni smrti nezaopatřeným dítětem, nebo
- b) osobě, která byla ke dni smrti rodičem nezaopatřeného dítěte,

jestliže dítě nebo osoba uvedená v písmenu b) měly trvalý pobyt na území ČR.

Skupina osob s duševním onemocněním pohřebné

Dávka pohřebné je univerzální, není konstruována pro specifické cílové skupiny a není závislá na příjmu jednotlivce/rodiny. Implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá vliv na tento nástroj sociálního zabezpečení, a proto tato dávka není předmětem dalších částí analýzy.

2.5.2.3 Dávky pěstounské péče

Dávky pěstounské péče upravuje zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů. Dávkami pěstounské péče jsou: a) příspěvek na úhradu potřeb dítěte, b) odměna pěstouna, c) příspěvek při převzetí dítěte, d) příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla, e) příspěvek při ukončení pěstounské péče.

Příspěvek na úhradu potřeb dítěte: Nárok na příspěvek na úhradu potřeb dítěte má nezletilé nezaopatřené dítě svěřené do pěstounské péče a vyplácí se osobě pečující.³⁵

³⁵ Nárok na příspěvek se zachovává i po dosažení zletilosti dítěte, nejdéle však do 26. roku jeho věku, jde-li o nezaopatřené dítě podle zákona upravujícího státní sociální podporu, které trvale žije a společně uhrazuje náklady na své potřeby s osobou, která byla do dosažení jeho zletilosti osobou pečující.

Výše příspěvku za kalendářní měsíc činí:

- a) 4 950 Kč pro dítě ve věku do 6 let,
- b) 6 105 Kč pro dítě ve věku od 6 do 12 let,
- c) 6 985 Kč pro dítě ve věku od 12 do 18 let,
- d) 7 260 Kč pro dítě ve věku od 18 do 26 let.³⁶

Příspěvek při ukončení pěstounské péče: Nárok na příspěvek při ukončení pěstounské péče má fyzická osoba, která byla ke dni dosažení zletilosti v pěstounské péči a jeho výše, vyplácená jednorázově, činí 25 000 Kč.

Odměna pěstouna: Nárok na odměnu pěstouna má osoba pečující a osoba v evidenci. Podle počtu dětí, o které je pečováno, se stanovuje výše odměny pěstouna za kalendářní měsíc, která se pohybuje mezi 12 000 Kč a 30 000 Kč.

Příspěvek při převzetí dítěte: Nárok na příspěvek při převzetí dítěte má osoba pečující, která převzala dítě do pěstounské péče. Výše příspěvku, který se vyplácí jednorázově, se odvíjí od věku dítěte: a) do 6 let 8 000 Kč, b) od 6 let do 12 let 9 000 Kč, c) od 12 let do 18 let 10 000 Kč.

Příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla: Nárok má osoba pečující, která má v pěstounské péči nejméně 3 děti nebo má nárok na odměnu pěstouna z důvodu péče o 3 děti, včetně zletilých nezaopatřených dětí, jež zakládají osobě pečující nárok na odměnu pěstouna, a to pokud zakoupila osobní motorové vozidlo nebo zajistila nezbytnou celkovou opravu motorového vozidla. Výše příspěvku činí 70 % pořizovací ceny vozidla nebo prokázaných výdajů na opravy, nejvýše však 100 000 Kč. Podmínkou dále je, že osoba pečující nesmí motorové vozidlo používat k výdělečné činnosti.

Skupina osob s duševním onemocněním a dávky pěstounské péče

Skupina dávek pěstounské péče je relevantní pro specifickou agendu náhradní rodičovské péče. Implementace Strategie reformy psychiatrické péče nemá vliv

³⁶ Jde-li o dítě, které je podle zákona o sociálních službách osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby, stanovuje zákon č. 359/1999 výše příspěvku odlišně dle stupně závislosti.

na tento nástroj sociálního zabezpečení, a proto tato dávka není předmětem dalších částí této analýzy.

2.6 Sociální pomoc

Sociální pomoc představuje solidární pomoc v situacích, které nevyřešily systémy předchozích dvou pilířů sociálního zabezpečení (sociální pojištění a státní sociální podpora). V ČR zahrnuje sociální pomoc dávky v hmotné nouzi a dávky sociální péče.

2.6.1 Dávky v hmotné nouzi

Tuto skupinu dávek upravuje zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů. Z dalších předpisů jsou relevantní zejména zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 389/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi.

Pro účely posuzování stavu hmotné nouze se příjmy a sociální a majetkové poměry osoby, která žádá o dávku, posuzují společně s příjmy a sociálními a majetkovými poměry dalších osob. Zjednodušeně řečeno, osobou v hmotné nouzi se rozumí osoba, u níž platí, že tato osoba ani její rodina nemá dostatečné příjmy a její celkové sociální a majetkové poměry neumožňují uspokojení základních životních potřeb a současně si příjmy nemůže z objektivních důvodů zvýšit (uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo využitím majetku) a vyřešit tak svoji situaci vlastním přičiněním. Zákon ovšem vymezuje, že osobou v hmotné nouzi nejsou lidé, kteří nemají snahu zvýšit si příjem vlastním přičiněním, např. nejsou zaměstnaní, ani nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání vedené ÚP.

V této souvislosti byl například v roce 2015 realizován průzkum u 471 klientů organizace FOKUS Praha, který následně ukázal, že více než 300 klientů má finanční příjem pod hranicí chudoby a celkem 128 klientů se vedle toho potýká s dluhy a exekucemi.³⁷ Kvůli potížím, které duševní onemocnění přináší a kam patří například

³⁷ FOKUS ČR. Jsou ohroženi chudobou. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví, 2017 (dostupné online: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura Jsou_ohrozeni_chudobou.pdf).

problémy s pamětí, s koncentrací a s časovou orientací, je pro osoby s duševním onemocněním vyřízení (nejen) dávek v hmotné nouzi velmi náročné. Bez pomoci rodiny, popřípadě sociálního pracovníka je mnohdy nerealizovatelné. Stejně tak řešení zadlužení a exekucí naráží u osob s duševním onemocněním na podobné problémy. Současný systém a způsob práce poraden v oblasti finanční tísně ke specifickým lidí s duševním onemocněním nepřihlíží. Ti pak nejsou schopni bez dlouhodobé podpory sociálního pracovníka a rodiny situaci efektivně řešit. Nutné je také zmínit, že duševní nemoc se v kombinaci se socioekonomickými problémy může stát spouštěčem bezdomovectví.

Mezi dávky v hmotné nouzi patří příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc.

2.6.1.1 Příspěvek na živobytí

Příspěvek na živobytí je základní dávkou pomoci v hmotné nouzi, která pomáhá osobě či rodině při nedostatečném příjmu. Nárok na příspěvek vzniká osobě či rodině, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem této osoby či rodiny částky živobytí, která se odvíjí od částek existenčního a životního minima a je stanovena individuálně pro každou osobu při hodnocení její snahy a možností.³⁸

Výše příspěvku na živobytí se stanovuje jako rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení.³⁹

Skupina osob s duševním onemocněním a příspěvek na živobytí

Příspěvek na živobytí je určen obecně pro všechny rodiny či jednotlivce, jejichž příjmy nepostačují k pokrytí nákladů na živobytí (bez nákladů na bydlení). Konstrukce dávky tedy přímo nesměruje k cílové skupině osob s duševním onemocněním. Protože ovšem jedním z cílů Strategie reformy psychiatrické péče je snížit rozsah péče poskytované ve formě lůžkové zdravotní péče a místo toho napomáhat pacientům/klientům v jejich vlastním prostředí, nelze vyloučit, že dávka bude pro některé skupiny osob s duševním onemocněním v některé

³⁸ Hodnotí se především možnost zvýšení příjmu vlastní prací, řádným uplatněním nároků a pohledávek, prodejem nebo jiným využitím majetku.

³⁹ Přiměřené náklady na bydlení jsou odůvodněné náklady na bydlení, maximálně však do výše 30 %, v Praze 35 %, příjmu osoby či rodiny.

fázi jejich života relevantní (a to například v případech, kdy nemají pracovní uplatnění, nebo pokud nesplňují podmínky pro přiznání invalidního důchodu). Potenciální dopady Strategie reformy psychiatrické péče budou dále zkoumány v částech II a III analýzy.

2.6.1.2 Doplatek na bydlení

Dávka je určena k uhrazení nákladů na bydlení v případech, kdy nedostačují vlastní příjmy osoby či rodiny včetně příspěvku na bydlení ze systému státní sociální podpory. Je poskytována vlastníku užívajícímu byt, nebo jiné osobě, která užívá byt na základě smlouvy, rozhodnutí, nebo jiného právního titulu. Relevantní je i ve specifických situacích spojených s bydlením (např. pro ubytování v pobytových sociálních službách jako je azylový dům, domov pro seniory, chráněné bydlení).

Podmínkou nároku na doplatek na bydlení je získání nároku na příspěvek na živobytí (s výjimkou upravenou v zákoně).

Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka živobytí.

Skupina osob s duševním onemocněním a doplatek na bydlení

Doplatek na bydlení jakožto doplnění příspěvku na živobytí je určen obecně pro všechny rodiny či jednotlivce, jejichž příjmy nepostačují k pokrytí nákladů na bydlení. Konstrukce dávky nesměruje tedy přímo k cílové skupině osob s duševním onemocněním. Protože ovšem jedním z cílů Strategie reformy psychiatrické péče je snížit rozsah péče poskytované ve formě lůžkové zdravotní péče a místo toho pomáhat pacientům/klientům v jejich vlastním prostředí, nelze vyloučit, že dávka bude pro některé skupiny osob s duševním onemocněním v určité fázi jejich života relevantní (a to v případech, kdy nemají pracovní uplatnění, nebo pokud nesplňují podmínky pro přiznání invalidního důchodu). Proto budou potenciální dopady Strategie reformy dále zkoumány v částech II a III analýzy.

2.6.1.3 Mimořádná okamžitá pomoc

Mimořádná okamžitá pomoc je poskytována osobám, jež se ocitnou v situacích, které je nutno bezodkladně řešit. Zákon stanoví šest takových situací:

- Nejsou plněny podmínky pro poskytnutí opakovaných dávek, ale v případě neposkytnutí pomoci osobě **hrozí vážná újma na zdraví**. Dávku lze poskytnout v částce, která doplní příjem osoby do výše existenčního minima (v případě nezaopatřeného dítěte do životního minima).
- Osobě hrozí **postižení vážnou mimořádnou událostí** (živelní pohroma, větrná pohroma, ekologická havárie, požár apod.) Dávku lze poskytnout až do výše 15násobku částky životního minima jednotlivce.
- Osoba má **nedostatek prostředků k úhradě jednorázového výdaje** spojeného např. se zaplacením poplatku za vystavení duplikátů osobních dokladů nebo v případě ztráty peněžních prostředků. Dávku lze poskytnout až do výše tohoto jednorázového výdaje.
- Osoba má **nedostatek prostředků k nákupu nebo opravě předmětů dlouhodobé potřeby**. Dávku lze poskytnout až do výše těchto výdajů, maximálně však v průběhu kalendářního roku do výše 10násobku částky životního minima jednotlivce.
- Osoba má **nedostatek prostředků k uhrazení odůvodněných nákladů vznikajících v souvislosti se vzděláním** nebo se zájmovou činností nezaopatřených dětí a na zajištění nezbytných činností souvisejících se sociálně-právní ochranou dětí. Dávku lze poskytnout až do výše těchto výdajů, maximálně však v průběhu kalendářního roku do výše 10násobku částky životního minima jednotlivce.
- Osoba je v **ohrožení sociálním vyloučením**. Jde např. o situace osob vracejících se z vězení, z dětského domova a z pěstounské péče po dosažení zletilosti nebo po ukončení léčby chorobných závislostí. Dávku lze poskytnout až do výše 1 000 Kč. V průběhu roku může být poskytnuta opakovaně, součet však nesmí překročit 4násobek částky životního minima jednotlivce.

Skupina osob s duševním onemocněním a mimořádná okamžitá pomoc

Mimořádná okamžitá pomoc je nástrojem pomoci osobám v příjmové/hmotné nouzi a konstrukce dávky tedy nesměřuje přímo k cílové skupině osob s duševním onemocněním. Protože je však jedním z cílů Strategie reformy psychiatrické péče snížit rozsah péče poskytované ve formě lůžkové zdravotní péče a místo toho pomáhat pacientům/klientům v jejich vlastním prostředí, nelze vyloučit, že dávka bude pro některé skupiny osob s duševním onemocněním v nějaké fázi jejich života relevantní (a to v případech, kdy nemají pracovní uplatnění, nebo pokud nesplňují podmínky pro přiznání invalidního důchodu). Proto budou potenciální dopady Strategie reformy dále zkoumány v částech II a III analýzy.

2.6.2 Dávky sociální péče

2.6.2.1 Příspěvky pro zdravotně postižené

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

- **Příspěvek na mobilitu:** Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Výše příspěvku na mobilitu činí za kalendářní měsíc 550 Kč.
- **Příspěvek na zvláštní pomůcku:** Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého

zdravotního stavu⁴⁰ uvedeným v příloze zákona, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku. (Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zadržního systému má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a její zdravotní stav nevylučuje přiznání tohoto příspěvku.) Výše příspěvku se odvíjí od nákladů na pořízení zvláštní pomůcky, dále se zohledňuje příjem osoby a příjem osob společně posuzovaných, relevantní je zpravidla spoluúčast osoby na úhradě ceny zvláštní pomůcky.

Skupina osob s duševním onemocněním a příspěvky pro zdravotně postižené

Osoby s duševním onemocněním velmi zřídka splňují podmínky dané zákonem a příslušnou vyhláškou (podmínky pro získání tohoto průkazu byly původně určeny pro osoby s tělesným postižením, postupně se přidala skupina smyslově postižených a mentálně postižených). Ovšem Reforma psychiatrické péče, která má za cíl, aby tito pacienti/klienti čerpali péči mimo sektor lůžkové zdravotní péče, přinese zvýšenou potřebu toho, aby tito lidé dojížděli ze svého bydliště za potřebnou lékařskou i sociální péčí. I když mají být centra duševního zdraví vybudována způsobem, aby pokrývala spádové oblasti pro cca 100 000 tisíc obyvatel a podíl péče poskytované terénní formou má u nich dosahovat minimálně 50 %, je otázka finančních nákladů na zajištění mobility jejich pacientů/klientů relevantní (neplatí totiž, že pacienti/klienti nebudou mít potřebu mobility). Z tohoto důvodu bude úloha příspěvku na mobilitu v dalších fázích analýzy hlouběji zkoumána.

2.6.2.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby.⁴¹ Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního

⁴⁰ Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

⁴¹ Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, při zvládání základních životních potřeb osob.

stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v Registru poskytovatelů sociálních služeb, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Zákon definuje 4 stupně závislosti na pomoci jiné osoby (lehká až úplná závislost), včetně rozsahu zajištění životních potřeb pro každý ze stupňů. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: a) mobilita, b) orientace, c) komunikace, d) stravování, e) oblékání a obouvání, f) tělesná hygiena, g) výkon fyziologické potřeby, h) péče o zdraví, i) osobní aktivity, j) péče o domácnost.) Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti a je odlišná pro osoby do 18 let věku a osoby starší 18 let. Pro první skupinu se pohybuje od 3 300 Kč do 19 200 Kč za kalendářní měsíc, u druhé skupiny od 880 Kč do 19 200 Kč.⁴²

Skupina osob s duševním onemocněním a příspěvek na péči

Pacienti/klienti s duševním onemocněním mohou v závislosti na charakteru svého onemocnění splňovat podmínky pro přiznání příspěvku na péči. Naplňování cíle Strategie reformy psychiatrické péče, který spočívá v přenosu péče z lůžkových zdravotnických zařízení do komunity, může mít za následek, že pacienti/klienti (či jejich rodinní příslušníci či jiní pečující) budou ve vyšší než dosavadní míře potřebovat zajistit finanční situaci nemocného s využitím příspěvku na péči.⁴³ Z tohoto důvodu bude úloha příspěvku na péči v dalších fázích analýzy hlouběji zkoumána.

2.6.3 Sociální služby

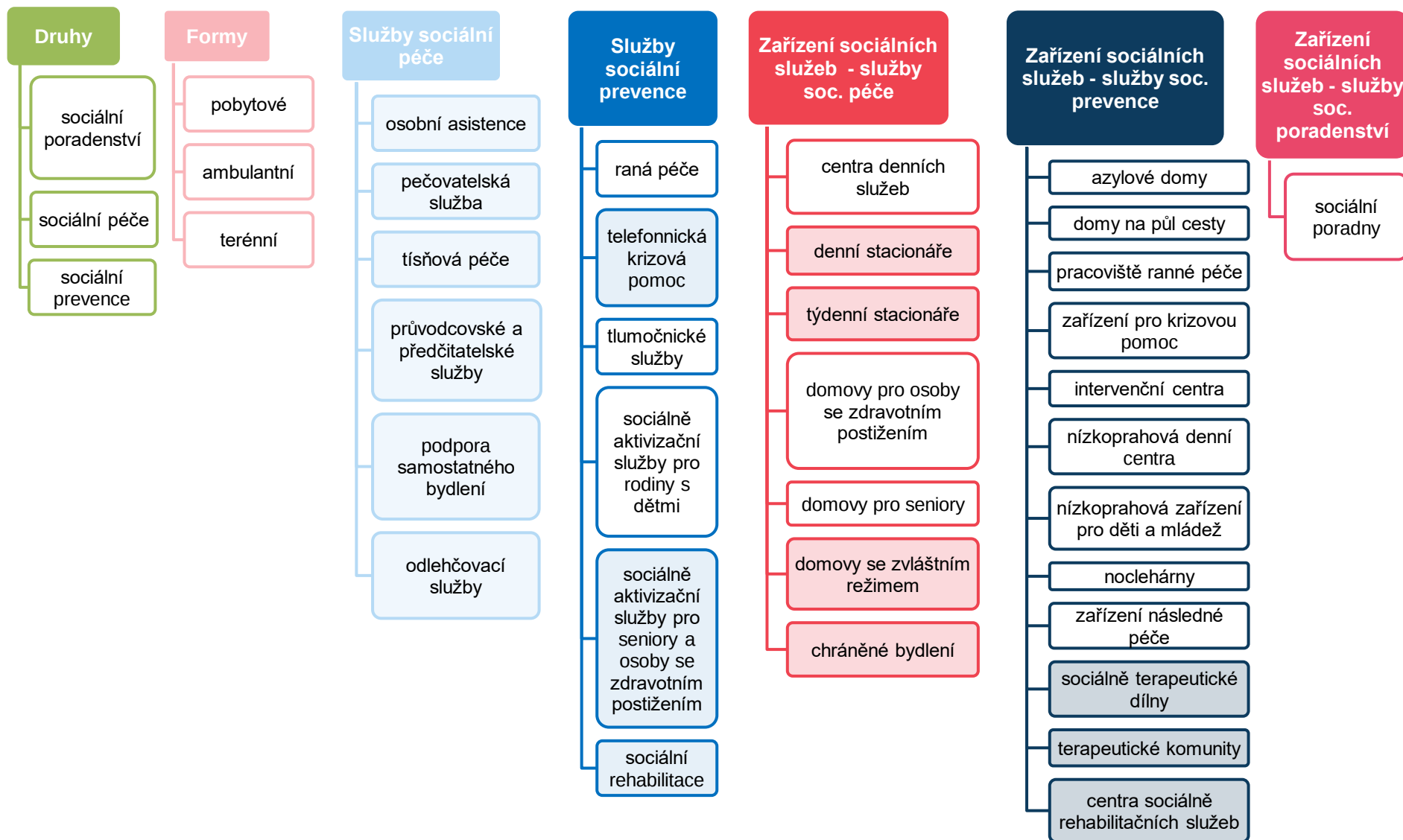
Tato podkapitola se na rozdíl od předešlých zaměřuje na služby v sociální oblasti, jež představují nástroj pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci nikoli v podobě dávek, ale v podobě zajištění kvalitních a časově i místně dostupných služeb.

⁴² Za zákonem definovaných podmínek se výše příspěvku navyšuje.

⁴³ Podmínka, aby dlouhodobý nepříznivý zdravotní stav vyžadoval, aby osobě byla poskytována každodenní pomoc nebo nad ní byl zajištěn dohled, je naplněna minimálně v případech, kdy je osoba s duševním onemocněním zcela zbavena způsobilosti k právním úkonům.

Sociální služby vymezuje zákon č. 208/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Na základě obsahu tohoto zákona Zpracovatel vyhotovil schéma se zobrazením druhů a forem sociálních služeb a také s vymezenými typy zařízení sociálních služeb, která jsou v ČR provozována. Záměrem schématu je také – barevným podbarvením – vyznačit ty služby a ta zařízení, které jsou pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním nejrelevantnější. Není to ovšem tak, že by lidé s duševním onemocněním v praxi nikdy nevyužili služby ve schématu nezvýrazněné, což nelze vyloučit zejména z důvodu, že duševní onemocnění může být pouze jedno z vícera znevýhodnění, se kterými se klient zařízení/služby potýká. Příklad: Domovy na půl cesty nejsou ve schématu vyznačeny jakožto zařízení, která jsou primárně orientovaná na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním. Tato zařízení poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popř. osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propouštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Osoby s duševním onemocněním nejsou tedy hlavní/primární cílovou skupinou těchto zařízení, ale to neznamená, že klient některého z těchto zařízení (tj. např. mladý člověk po propuštění z ochranné léčby) nemůže trpět duševní nemocí.

Schéma 3: Druhy a formy sociálních služeb, včetně vymezení zařízení služeb sociálních služeb



Zdroj: Vlastní zpracování.

Skupina osob s duševním onemocněním a sociální služby

Sociální služby, které jsou významnou součástí péče o osoby s duševním onemocněním, přispívají ke zvyšování kvality jejich života především jejich zapojováním do společnosti. To souvisí také se skutečností, že sociální služby nejčastěji spolupracují s psychiatry a praktickými lékaři, ale také např. s ÚP a dalšími orgány veřejné správy, zdravotnickými zařízeními, čímž v rámci svých možností podporují komplexnost péče. Lidé s duševní nemocí obvykle využívají sociální služby nad rámec pravidelné ambulantní psychiatrické léčby po propuštění z institucionální péče.

Sociální služby jsou v ČR ve většině kumulované ve velkých městech a v menších obcích jsou tak pro osoby s duševním onemocněním často nedostupné. Naopak se ale vyznačují flexibilitou poskytovatelů, kteří jsou schopni reagovat na místní potřeby a zahrnují širokou škálu nestátních subjektů.

V rámci analýzy stávajícího systému sociálních služeb Zpracovatel identifikoval služby a zařízení, která jsou pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním nejrelevantnější a kterými jsou:

- veškeré služby sociální péče;
- některé ze služeb sociální prevence, a to telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace;
- některá ze zařízení sociálních služeb v segmentu sociální péče: denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení;
- některá ze zařízení sociálních služeb v segmentu sociální prevence: sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, centra sociálně rehabilitačních služeb.

2.7 Sumarizace části I analýzy

Bylo identifikováno, že reforma psychiatrické péče má potenciálně přímé dopady jen na některé složky systému sociálního zabezpečení.

V oblasti sociálního pojištění jimi jsou:

- invalidní důchody 1. až 3. stupně,
- nemocenské.

V agendě politiky zaměstnanosti se pak jedná o:

- pasivní politiku zaměstnanosti (tj. podporu vyplácenou v nezaměstnanosti),
- aktivní politiku zaměstnanosti (tj. např. podporu zaměstnávání OZP, rekvalifikace a zřizování společensky účelných pracovních míst).

Samostatnou oblast, která je průřezová pro sociální zabezpečení, představuje LPS.

V této kategorii má reforma psychiatrické péče potenciální dopad na agendy:

- invalidita, popřípadě změna stupně invalidity,
- zdravotní postižení osoby pro účely příspěvku na zvláštní pomůcky,
- stupně závislosti pro účely příspěvku na péči,
- zdravotní postižení osoby pro účely řízení o přiznání průkazu OZP,
- zdravotní stav osoby pro účely přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné.

Z okruhu státní sociální podpory je primárně relevantní příspěvek na bydlení.

V segmentu sociální pomoci byly potenciální přímé dopady reformy psychiatrické péče identifikovány u:

- příspěvku na živobytí,
- doplatku na bydlení,
- mimořádné okamžité pomoci.

Z dávek sociální péče jsou potenciálně relevantní:

- příspěvek na mobilitu,
- příspěvek na péči.

Specifickou a velmi významnou složku pomoci osobám s vážným duševním onemocněním představují sociální služby. Z celého spektra služeb byly jako potenciálně primárně dotčené reformou psychiatrické péče identifikovány:

- všechny služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby),
- tři služby sociální prevence (telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením a zejména sociální rehabilitace).

Ze všech typů zařízení sociálních služeb, které definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou potenciálně nejvíce relevantní:

- čtyři služby sociální péče (denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem a chráněné bydlení),
- tři služby sociální prevence (sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a zejména centra sociálně rehabilitačních služeb).

3 Dopady Strategie reformy psychiatrické péče do jednotlivých pilířů sociálního zabezpečení

Zpracovatel v souladu s požadavky Zadavatele v těchto výše uvedených oblastech analyzoval dopady reformy psychiatrické péče v rozlišení na každou z osmi oblastí této reformy tak, jak jsou definovány ve Strategii reformy psychiatrické péče, schválené v roce 2013, jimiž jsou:

1. Tvorba standardů a metodik;
2. Rozvoj sítě psychiatrické péče;
3. Humanizace psychiatrické péče;
4. Destigmatizace a komunikace;
5. Vzdělávání a výzkum;
6. Legislativní změny;
7. Udržitelné financování;
8. Meziresortní spolupráce.

3.1 Situace v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním v ČR

Tato kapitola obsahuje přehled celkové situace analyzované oblasti. Veškeré informace obsažené dále v textu v kapitolách věnovaných jednotlivým pilířům/nástrojům sociálního zabezpečení je třeba vnímat v kontextu, který je obsahem této části analýzy

Institucionální rámec – absence statistických dat

Oblast péče o osoby s duševním onemocněním je příkladem **zdravotně – sociální problematiky**. Zdravotní složka je řízena v rámci kompetencí Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ), sociální část pak rezortem Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV).⁴⁴ Navíc i v rámci MZ je zodpovědnost za síť služeb přenesena na zdravotní pojišťovny a z MPSV na kraje. Plánování, řízení a také statistické údaje jsou

⁴⁴ Kromě uvedených MZ a MPSV mají jisté dílčí kompetence a odpovědnosti také MSp (primárně ve věci ochranného léčení) a MŠMT (v oblasti vzdělávání).

zajišťovány v zásadě vždy jen v té části odpovědnosti, která spadá pod konkrétní rezort. **Zdravotní statistiky nejsou provázány se statistikami o sociálních charakteristikách osob s duševním onemocněním.** Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (leden 2020), který rozpracovává Strategii reformy psychiatrické péče, konstatuje: „*Za striktní dvoukolejnosti státem garantovaných a) zdravotních a b) sociálních služeb pro o duševně nemocné osoby naráží plánování a řízení stávajícího systému na nekompatibilitu a oboustrannou neúplnost vstupních dat o jejich příjemcích. Chybí východiska a metodické nástroje pro kvalifikované predikce, pokud jde o charakter a objem budoucích potřeb.*“

Zdravotní služby jsou poskytovány sítí státních, centrálně zřizovaných a řízených nemocnic, krajských (samosprávnými celky zřizovaných či zakládaných) nemocnic a soukromých ambulantních pracovišť, svázaných s kraji nepřímo prostřednictvím aprobačních řízení, předcházejících uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

Sociální služby jsou poskytovány prostřednictvím různých subjektů veřejnoprávní i soukromoprávní povahy. Jejich koordinaci částečně umožňují pravidla komunitního plánování, strukturovaného podle územně správního členění státu, stanovená zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Pozn.: Komunitní plánování sociálních služeb nemá ve zdravotnictví přiměřenou dobu.) Bohužel psychiatrickí pacienti nejsou v systému sociálních služeb identifikováni jako samostatný soubor uživatelů (resp. jako samostatná cílová skupina).

Legislativa je odlišná pro zdravotní a pro sociální oblast péče, zcela odlišnými způsoby je zajišťováno financování, systém je vysoce nekoordinovaný.

Duševní zdraví populace ČR

V posledních letech byl v ČR identifikován **nárůst počtu lidí, kteří se léčí s nějakým duševním onemocněním.** Zatímco v roce 2012 statistky ÚZIS vykazaly v ambulantních psychiatrických zařízeních 2 833 944 vyšetření u celkem 578 413 osob, o pět let později, v roce 2017, to bylo již 2 923 918 vyšetření u celkem 652 780 osob (tj. mezi uvedenými lety došlo k nárůstu počtu ošetření o více než 3 % a nárůstu počtu pacientů o téměř 13 %). V roce 2007 přitom ÚZIS evidoval pouze 2 632 027 vyšetření (nárůst počtu vyšetření mezi lety 2007 a 2017 dosahuje více než 11 %).

Analýzy konstatují, že nárůst počtu vyšetření/pacientů se liší mezi jednotlivými diagnostickými kategoriemi. Nárůsty mezi roky 2007 a 2017 jsou v jejich detailu při přepočtení na 10 000 obyvatel následující:

- Organické duševní poruchy včetně symptomatických (F00–F09)⁴⁵: o 40 % lidí více (68,7 na 10 000 obyvatel);
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené požíváním alkoholu (F10): o 4 % více (25,2 na 10 000 obyvatel);
- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené požíváním nelegálních návykových látek (F11–F19): o 46 % více (18,0 na 10 000 obyvatel);
- Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20–F29): o 23 % více (48,7 na 10 000 obyvatel);
- Afektivní poruchy (poruchy nálady) (F20–F29): o 16 % více pro (104,7 na 10 000 obyvatel);
- Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48) a syndrom poruch chování spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50–F59): o 33 % více (236,4 na 10 000 obyvatel);
- Poruchy osobnosti (F60–F63 a F68–F69): o 1 % méně (24,2 na 10 000 obyvatel);
- Sexuální poruchy (F65–F66): o 19 % více (3,7 na 10 000 obyvatel);
- Mentální retardace (F70–F79): 26 % více (21,7 na 10 000 obyvatel);
- Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání (F80–F89) a Poruchy psychického vývoje (F90–F98): o 81 % více (37,2 na 10 000 obyvatel);
- Neurčená duševní porucha (F99): o 18 % méně (1,3 na 10 000 obyvatel).

Poznámky k výše uvedeným statistikám:

- Statistiky jsou zpracovány na základě údajů o zdravotnických výkonech ve specializovaných psychiatrických ambulancích, nikoli v lůžkových psychiatrických zařízeních nebo u jiných lékařských odborností jako např.

⁴⁵ Tento oddíl obsahuje skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci. Tato dysfunkce může být primární, jako je tomu u nemoci, poranění nebo poškození, které postihují mozek přímo a selektivně; nebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů u systémových chorob nebo onemocnění. Patří sem např. demence.

u praktických lékařů nebo neurologů. Z toho lze vyvodit, že počet osob léčených z důvodu duševních onemocnění je v praxi vyšší.

- Narůstající počet osob, které se léčí, je vidět v kontextu výsledků analýz, které zjišťují prevalenci duševních onemocnění v populaci. Studie realizovaná Národním ústavem duševního zdraví (NÚDZ) v roce 2017⁴⁶ na vzorku 3 306 dospělých neinstitucionalizovaných občanů ČR identifikovala, že „mezi lidmi s poruchami nálady se neléčilo asi 61 %, s úzkostnými poruchami 69 %, s poruchami souvisejícími s užíváním nelegálních návykových látek 77 % a s poruchami souvisejícími s užíváním alkoholu dokonce 93 % lidí“.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 z ledna 2020 popisuje výskyt duševních onemocnění v české populaci takto: „Výskyt duševních onemocnění v české populaci dosahuje více než 10 % u poruch spojených s užíváním alkoholu, více než 7 % u úzkostných poruch, přibližně 5,5 % u poruch nálady (4 % závažné deprese), téměř 3 % u poruch spojených s užíváním nealkoholových a netabákových drog a 1,5 % u psychotických poruch⁴⁷. Další lidé trpí ADHD, poruchami příjmu potravy, poruchami osobnosti, demencemi a dalšími duševními onemocněními. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně 4 lidé.“

Sociálně-ekonomické souvislosti duševního onemocnění

Náklady navázané na výskyt duševního onemocnění v populaci lze identifikovat primárně u konkrétních osob trpících onemocněním (skrze vysokou míru nezaměstnanosti – viz níže), ale současně také u zaměstnavatelů a samozřejmě u státu jako takového (včetně všech územně samosprávných celků, které mají svou roli v zajišťování/financování sociálních služeb). Zaměstnavatelé se potýkají se ztrátou produktivity zaměstnanců a vysokou mírou absencí a stát nese ekonomickou zátěž ve formě vysokých sociálních a zdravotních nákladů. Za rok 2010 byly v ČR tyto náklady vyčísleny na 6,12 mld. EUR a souvisely nejen s poskytovanou zdravotní a sociální péčí, ale také s ušlou produktivitou, neformální péčí a dalšími náklady⁴⁸. Duševní

⁴⁶ Winkler P., Formánek T., Mladá K., Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 2018, 27(3), "e1728".

⁴⁷ Winkler P., Formánek T., Mladá K., Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. In International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2018, 27(3), "e1728".

⁴⁸ Ehler E., Bednařík J., Höschl C., Winkler P., Suchý M., Pátá M. Náklady na poruchy mozku v České republice. In Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2013, 76/109(3), strana 289–291.

onemocnění jsou nejrychleji rostoucí příčinou přiznání invalidních důchodů a příspěvků na péči.⁴⁹

Lidé s psychotickým onemocněním se velmi často ocitají v nižším socioekonomickém postavení než běžná populace a v porovnání s ní jsou mnohem častěji vystaveni riziku chudoby⁵⁰. Obtížně se uplatňují na trhu práce. Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %.⁵¹ Ani hodinu v jakémkoli typu zaměstnání, včetně tréninkových a chráněných míst, nestráví 63 % z lidí využívajících komunitní psychiatrické služby.⁵² Analýza provedená na datech z let 2015 až 2017 ukázala, že přibližně 30 % lidí z těch, kteří užívali komunitních služby, nedosahovalo v té době čistého měsíčního příjmu vyššího než 8 500 Kč, příjem vyšší než 12 750 Kč pak neměla ani čtvrtina těchto lidí.⁵³ (Pozn.: Dle statistik ČSÚ dosahovala průměrná hrubá mzda v ČR za rok 2015 celkem 26 629 Kč.⁵⁴) Kromě svého psychického zdravotního stavu mají tito lidé časté a závažné potíže v oblasti tělesného zdraví, denních činnostech, přátelství a nedostatek financí na základní živobytí. Rodina poskytuje péči přibližně polovině lidí využívajících komunitní služby, a to v průměru více než 42 hodin za měsíc.⁵⁵

Dle analýzy NÚDZ je hlavním příjmem 93,3 % lidí s duševním onemocněním invalidní důchod.⁵⁶ Duševní onemocnění patří ke čtyřem nejčastějším příčinám přiznání invalidního důchodu v ČR. Ze statistik MPSV vyplývá, že skupina diagnóz – duševní poruchy a poruchy chování – se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším

⁴⁹ Janoušková M., Winkler P., Kažmír L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011. In *Psychiatrie*, Praha, 2014, 18(4), strana 161–165.

⁵⁰ Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁵¹ Tamtéž.

⁵² Tamtéž.

⁵³ Zdrojem dat pro uvedenou analýzu byla epidemiologická populační studie duševních onemocnění v ČR realizovaná v roce 2017 a dále pak kohortová studie lidí využívajících komunitní a lůžkové psychiatrické služby v ČR 2015/2016. Tj. uvedená výše příjmů je údajem o finanční situaci klientů v letech 2015 až 2017. Zdroj: Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁵⁴ Průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců v národním hospodářství podle ekonomické činnosti (sekce CZ-NACE) – z ročního zjišťování (v Kč, na přepočtené počty); 2005–2018.

⁵⁵ Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁵⁶ Tamtéž.

věku. Invalidní důchody přiznané v době rané dospělosti jsou kvůli nedostatečné době pojištění často velmi nízké. V praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci také u osob, které sice mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období na výplatu invalidního důchodu nemají nárok.

Kromě invalidního důchodu jsou osoby s duševním onemocněním příjemci příspěvku na péči. Ten je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek je určen na financování pomoci, přičemž tu může poskytovat osoba blízká, asistent sociální péče či registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Mechanismus hodnocení nároku na příspěvek na péči je však ve svých kritériích orientován na somatické a mentální postižení a podle odborníků nezohledňuje projevy duševních onemocnění a odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů. V praxi tedy dle odborníků u lidí s duševním onemocněním žádajících o příspěvek na péči dochází k podhodnocení míry závislosti či k její úplné negaci.

Další oblastí s dopadem na socioekonomickou situaci osob s duševním onemocněním je nastavení mechanismu výhod vázaných na průkaz osoby těžce či zvláště těžce zdravotně postižené⁵⁷, kde také neexistují kritéria pro specifické posouzení či ekvivalentní forma úlev pro lidi s duševním onemocněním.

Popsaná situace je jednak příčinou nízkého socioekonomického statutu lidí trpících chronickou duševní nemocí⁵⁸, ale jejím následkem může být také vysoká míra dlouhodobých hospitalizací ve zdravotnických zařízeních ze sociálních důvodů. Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou ohroženi sociálním vyloučením a existuje u nich riziko bezdomovectví či nuceného spolubydlení (s rodiči, přáteli, sourozenci apod.), protože nemají finanční zdroje na to, aby si zajistili a udrželi samostatné bydlení. Dle výstupů ze standardizovaného hodnocení pacientů v psychiatrických nemocnicích⁵⁹ 43 % dlouhodobě

⁵⁷ Tj. průkazy ZTP a ZTP/P. (Pozn.: Průkaz TP není v daném kontextu relevantní, protože na něj nejsou navázány výhody finančního charakteru.)

⁵⁸ Pro spojitost mezi duševním onemocněním a sociálním statusem existují dvě základní/hlavní teorie: a) social causation hypothesis je založena na předpokladu, že chudoba a nízký socioekonomický status jsou rizikovými faktory pro propuknutí duševního onemocnění; b) social drift/selection hypothesis je založena na předpokladu, že duševní onemocnění je příčinou toho, že se osoba dostane do situace, kdy musí čelit chudobě.

⁵⁹ Papežová S., Hollý M. Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. 2019.

hospitalizovaných pacientů nemá kde bydlet (23 % nemá bydlení, 20 % očekává, že bude bydlet v zařízení institucionální péče).

Systém psychiatrické péče v ČR

Psychiatrická péče v ČR je stále z podstatné části zajišťována ve velkokapacitních zařízeních služeb následné lůžkové péče, kde jsou osoby s duševním onemocněním dlouhodobě hospitalizovány. Síť lůžkových zařízení jak akutní, tak následné péče je v ČR rozmístěna nerovnoměrně, počty lůžek akutní péče jsou nízké a nejsou integrovány do všeobecných nemocnic. Je nízká dostupnost psychoterapie. V oblasti péče o duševní zdraví dětí je nedostatečná síť ambulantních služeb, což vede k dlouhým čekacím dobám. Pro děti a dorost chybí také dostatečné pokrytí akutní lůžkovou péčí.

Komunitní péče⁶⁰ není dostatečná.⁶¹ Zdravotní služby nejsou dostatečně provázané na sociální služby. V systému není vymezena odpovědnost za řízení a provázanost služeb, což přispívá k fragmentaci péče a nižší efektivitě poskytovaných intervencí. V systému není vytvořen dostatečný prostor pro multidisciplinární spolupráci, case management a sdílení péče mezi sociálním, zdravotním a školským systémem. Multidisciplinární způsob práce jakožto neefektivnější model při práci s lidmi s komplexními potřebami je minoritní složkou péče a komunitní multidisciplinární týmy pro lidi s duševním onemocněním jsou ve fázi pilotování prvních provozů.

3.1.1 Změny, které přináší Reforma psychiatrické péče

Strategie reformy psychiatrické péče byla MZ dokončena v roce 2013 a přináší koncept zásadní změny systému péče o osoby s duševním onemocněním. Základní myšlenku představuje cíl podporovat kvalitní, v komunitě dostupné, sítě služeb, které

⁶⁰ Sousedství „komunitní péče“ označuje péči ve vlastním sociálním prostředí (nejedná se tedy o jeden konkrétní typ/druh péče). Ze služeb obvykle zahrnuje multidisciplinární terénní týmy, psychiatrické ambulance, ambulance klinických psychologů, akutní lůžkovou péči poskytovanou ve všeobecných nemocnicích, denní stacionáře, podporované bydlení atd.

⁶¹ V ČR se za posledních 25 let rozvinula komunitní péče terénního typu pro pacienty s chronickým duševním onemocněním především v sektoru sociálních služeb. Za zmíněné období v ČR vyrostlo zhruba 85 terénních komunitních týmů, které v řadě míst tvoří souvisle pokrytou péči, již využívá ročně cca 8 000 klientů se závažným duševním onemocněním (dle mapování v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro osoby s duševním onemocněním, které s podporou z OPZ realizuje MZ od roku 2017).

respektují lidská práva a fungují v podobě multidisciplinárních týmů. Součástí plnění strategie je také realizace destigmatizačních aktivit.

Významný prvek reformy představuje cíl snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb v oboru psychiatrie, přičemž pacienti by měli být převzati do péče fungující v komunitě. Za tímto účelem jsou na úrovni poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie vytvářeny transformační plány. Současně je pilotována změna financování akutní lůžkové péče o osoby s duševním onemocněním ve zdravotnických zařízeních, přičemž cílem je, aby byla naplněna kritéria kvality a současně došlo k navýšení dostupných kapacit.

Základní konkrétní změny, které reforma přináší do realizace do konce roku 2023:

- **Vybudování center duševního zdraví (CDZ) jako jednoho ze čtyř pilířů péče o osoby s duševním onemocněním.** Do roku 2022 má vzniknout 30 CDZ, přičemž tato síť má být následně (do roku 2030) rozšířena na celkových 100 CDZ rovnoměrně rozmístěných po ČR, aby každé centrum obsluhovalo spádové území pro přibližně 100 tisíc obyvatel. Principem fungování CDZ je multidisciplinarita, kdy centrum musí poskytovat souběžně jak zdravotní, tak sociální služby, a proto tým každého z center tvoří jak zástupci zdravotnických profesí (psychiatrů, psychiatrických sester, klinických psychologů aj.), tak tým sociálních pracovníků, resp. profesí ze sociálních služeb.
- Pilotování **komunitní péče** ve formě multidisciplinárních týmů **pro děti a dorost, osoby potýkající se se závislostí a také pro osoby s nařízeným ochranným léčením**; vždy na 2–3 týmech pro každou cílovou skupinu. Na 6 provozech jsou ověřovány standardy ambulance s rozšířenou péčí, tj. ambulantní péče s rozšířeným spektrem služeb (služby psychiatra, psychiatrické sestry, psychoterapie atd.) a úzkou spoluprací s primární péčí.
- Zavedení multidisciplinárního přístupu v péči o osoby s duševním onemocněním do praxe zdravotních a sociálních poskytovatelů služeb prostřednictvím podpory metodiků a sdílení dobré praxe.

Opatření Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 představuje implementační dokument, který stanovuje postupy pro naplňování některých částí Strategie reformy

psychiatrické péče, u kterých v různé míře vznikly implementační deficity. Zároveň je zpracován v souladu se Strategickým rámcem Česká republika 2030 a s připravovaným Strategickým rámcem rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 definuje vizi pro rok 2030 následujícími komponenty:

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

Za účelem dosažení této vize obsahuje akční plán konkrétní cíle a opatření. V příloze č. 1 této analýzy jsou obsaženy ty z nich, které jsou bezprostředně relevantní pro agendu sociální politiky, resp. pro resort MPSV. Na základě těchto konkrétních cílů/opatření lze predikovat dopad Reformy psychiatrické péče do systému sociálního zabezpečení a dalších oblastí sociální politiky.

3.2 Sociální pojištění

V případě sociálního pojištění mají vazbu na oblast duševního zdraví jen některé jeho složky, na které bude také mít reforma psychiatrické péče přímý (primární) dopad a kterými jsou invalidní důchody 1. až 3. stupně a nemocenské. Nepřímo (se sekundárním dopadem) reforma psychiatrické péče zasáhne do oblasti pozůstalostních důchodů.

3.2.1 Invalidní důchody

Duševní onemocnění je v současné době jednou ze tří nejčastějších příčin přiznání invalidního důchodu. Konkrétně v roce 2018 představovaly invalidní důchody pro duševní onemocnění 24 % všech vyplácených invalidních důchodů (z celkového počtu 421 487 vyplácených invalidních důchodů jich bylo 102 027).

Tabulka 10: Souhrnný přehled invalidních důchodů v roce 2018 podle diagnóz

Kód diagnózy	Označení diagnózy (skupina MKN-10)	Počet vyplácených důchodů	Počet vyplácených důchodů v %
A00–B99	Některé infekční a parazitární nemoci	2 001	0 %
C00–D48	Novotvary	34 132	8 %
D50–D89	Nemoci krve, krve tvorných orgánů a poruchy týkající se mechanismu imunity	1 408	0 %
E00–E90	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek	14 754	4 %
F00–F99	Poruchy duševní a poruchy chování	102 027	24 %
G00–G99	Nemoci nervové soustavy	35 521	8 %
H00–H59	Nemoci oka a očních adnex	6 927	2 %
H60–H95	Nemoci ucha a bradavkového výběžku	7 497	2 %
I00–I99	Nemoci oběhové soustavy	35 705	8 %
J00–J99	Nemoci dýchací soustavy	8 894	2 %
K00–K93	Nemoci trávicí soustavy	12 358	3 %
L00–L99	Nemoci kůže a podkožního vaziva	3 934	1 %
M00–M99	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně	116 170	28 %
N00–N99	Nemoci močové a pohlavní soustavy	4 636	1 %
Q00–Q99	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality	5 715	1 %
R00–R99	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde	283	0 %
S00–T98	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin	19 176	5 %
Ostatní		10 349	2 %
Celkem		421 487	100 %

Zdroj: ÚZIS. Psychiatrická péče 2018. Praha: ÚZIS, 2019. ČSÚ. Psychiatrická péče 2018. Dostupné online <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>; ČSSZ. Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2018. Praha: ČSSZ, 2019. Dostupné online <https://www.cssz.cz/web/cz/duchodova-statistika>.

Co se týče **nově přiznaných invalidních důchodů**, bylo v roce 2018 přiznáno celkem 4 783 invalidních důchodů 1. až 3. stupně. Z tohoto bylo 2 793 invalidních důchodů 1. stupně s psychiatrickou anamnézou; přes 69 % představovaly ženy, a to ve více než $\frac{3}{4}$ případů s diagnózou afektivní poruchy (F30–F39) nebo neurotické poruchy (F40–F48, F50–F59). Další častou diagnózou byly mentální retardace (F70–F79) a schizofrenie, poruchy schizotypální nebo poruchy s bludy (F20–F29). U mužů tvořily 50 % diagnóz k přiznání invalidních důchodů 1. stupně afektivní poruchy (F30–F39) a neurotické poruchy (F40–F48, F50–F59), ve zbylých 50 % byly častými diagnózami mentální retardace (F70–F79) a schizofrenie, poruchy schizotypální nebo poruchy s bludy (F20–F29). V celkovém srovnání 15 432 invalidních důchodů 1. stupně, které byly nově přiznány v roce 2018, jsou důchody pro diagnózy duševních onemocnění v porovnání všech diagnóz na druhém místě. Četnější je pouze skupina důchodů přiznaných pro nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání v počtu 6 528.

Invalidních důchodů 2. stupně pro duševní nemoci bylo v roce 2018 přiznáno celkem 757, z čehož více než $\frac{1}{2}$ připadala na ženy. Z hlediska diagnóz se v případě mužů i žen jednalo nejčastěji o schizofrenie, poruchy schizotypální nebo poruchy s bludy (F20–F29) a afektivní poruchy (F30–F39), které představovaly 53 % přiznaných invalidních důchodů 2. stupně u mužů a dokonce 67 % u žen. Při srovnání s dalšími skupinami diagnóz byly duševní nemoci na druhém místě v četnosti přiznaných invalidních důchodů 2. stupně, kterých bylo v roce 2018 nově přiznáno celkem 4 371. S vyšší četností byly zaznamenány invalidní důchody pro diagnózy nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání v celkovém počtu 1 177 invalidních důchodů.

V roce 2018 bylo nově přiznáno celkem 1 233 invalidních důchodů 3. stupně. 47 % příjemců byly ženy a z 53 % se na nově přiznaných důchodech podíleli muži. U obou skupin převládaly diagnózy schizofrenie, poruchy schizotypální nebo poruchy s bludy (F20–F29) a afektivní poruchy (F30–F39), dále pak mentální retardace (F70–F79). Z hlediska celkového počtu nově přiznaných invalidních důchodů, jejichž počet činil 8 046, byly v roce 2018 invalidní důchody pro diagnózy duševního onemocnění na druhém místě v četnosti přiznaných důchodů. Větší počet nově přiznaných důchodů sledujeme pouze u diagnóz novotvarů, u nichž šlo o 3 332 invalidních důchodů 3. stupně.

Tabulka 11: Počet nově přiznaných invalidních důchodů podle věkových skupin v roce 2018

Invalidní důchody 1. stupně	Věkové skupiny											Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65+	
Diagnóza F00–F99	127	170	159	165	256	396	449	495	488	88	0	2 793
Celkem	226	369	451	580	1 065	1 940	2 419	3 251	3 849	1 282	0	15 432

Invalidní důchody 2. stupně	Věkové skupiny											Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65+	
Diagnóza F00–F99	64	69	49	54	55	104	105	102	129	26	0	757
Celkem	122	133	127	173	239	472	619	882	1 103	501	0	4 371

Invalidní důchody 3. stupně	Věkové skupiny											Celkem
	0–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–54	55–59	60–64	65+	
Diagnóza F00–F99	41	102	87	49	97	100	120	116	171	50	-	1 233
Celkem	546	193	232	247	507	781	1 083	1 391	1 972	1 094	0	8 046

Zdroj: ÚZIS. Psychiatrická péče 2018. Praha: ÚZIS, 2019. ČSÚ. Psychiatrická péče 2018. Dostupné online: <https://www.uzis.cz/res/f/008308/psych2018.pdf>;
ČSSZ. Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění za rok 2018. Praha: ČSSZ, 2019. Dostupné online: <https://www.cssz.cz/web/cz/duchodova-statistika>.

Z hlediska celkového počtu **vyplácených invalidních důchodů**, které svou strukturou odpovídaly struktuře podle pohlaví a diagnóz nově přiznaných důchodů, bylo v roce 2018 k 31. 12. vypláceno osobám s psychiatrickou diagnózou celkem:

- 25 157 invalidních důchodů 1. stupně,
- 12 817 invalidních důchodů 2. stupně,
- 64 144 invalidních důchodů 3. stupně.

V případě invalidních důchodů 1. stupně je počet vyplácených dávek pro diagnózy duševních chorob na druhém místě z celkového počtu 168 269 vyplácených důchodů. S celkovým počtem 65 473 vyplácených důchodů je čtenější pouze skupina důchodů pro nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání.

Invalidní důchody 2. stupně v případě duševních nemocí se ve srovnání s ostatními diagnózami vyskytly na druhém místě z celkového počtu 74 110 vyplácených důchodů v roce 2018. Čtenější skupinou byly pouze vyplácené důchody pro nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivových tkání, a to v počtu 23 734 vyplácených důchodů.

V případě invalidních důchodů 3. stupně je počet vyplácených důchodů z důvodů duševních nemocí nejčtenější skupinou z celkového počtu 179 108 vyplácených invalidních důchodů v roce 2018.

Vedle počtu přiznaných invalidních důchodů ročně v ČR stoupá také počet samotných žadatelů o invalidní důchod s duševním onemocněním (představují každého pátého žadatele o invalidní důchod).

Tabulka 12: Dopady reformy psychiatrické péče na invalidní důchody v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ v opatření 2.1.2 předpokládá zpracování analýzy k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění. Reforma povede k potřebě legislativních změn, které mohou být realizovány ve formě novelizace nebo tvorbou nových právních norem a které přinesou do systému důchodového pojištění především změny v posuzování invalidních důchodů. Cílem je nastavení posuzování invalidních důchodů tak, aby odpovídalo specifikům skupiny žadatelů s duševním onemocněním (viz „Legislativní změny“). Reforma se tak

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			projev v nutnosti tvorby standardů a metodik v oblasti posuzování a vyplácení invalidních důchodů , které budou odrážet změnu přístupu pracovníků poskytujících služby pro duševně nemocné. Změna v přístupu pracovníků služeb pro duševně nemocné je jedním z cílů destigmatizace duševních nemocí, ale také psychiatrie jako oboru.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Cílem Strategie reformy psychiatrické péče a NAPDZ je přesunout do roku 2022 cca 30 % pacientů dlouhodobě hospitalizovaných do komunity a tím snížit počet lůžek psychiatrické péče o 1 200, což se může podařit díky vytvoření sítě CDZ, která převezmou část zdravotně sociální péče o duševně nemocné. Počet vyplácených invalidních důchodů a jejich výši toto může ovlivnit až sekundárně, a to pouze za předpokladu, že by se zdravotní stav deinstitucionalizovaných pacientů/klientů natolik zlepšil, že by přestali být příjemci této dávky.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o dávky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování invalidních důchodů.
5	Vzdělávání a výzkum	NEPŘÍMÝ	Strategie ani NAPDZ neformulují konkrétní opatření v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálním segmentu péče o duševně nemocné. Nicméně – protože jsou relevantní změny v metodikách či legislativě (viz ostatní body v této tabulce) – je zřejmé, že v časové návaznosti na provádění změn v pravidlech bude nutné zajistit vzdělávání pracovníků, pro které jsou metodiky/legislativa relevantní.
6	Legislativní změny	ANO	V současné době je invalidita posuzována dle vyhlášky č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity; neexistuje speciální právní úprava nebo metodika k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním, která by reflektovala specifika této skupiny. NAPDZ obsahuje opatření „2.1.2 - Zpracovat analýzu k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění. “ Úkol pro MPSV, který vyplývá z tohoto opatření, je zpracovat analýzu současného stavu a – v případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy – navrhnout úpravu zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, a vyhlášky č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). Termíny pro plnění úkolu jsou: analýza do 1/2021, schválení případné právní úpravy do 1/2025, publikace metodiky do 1/2026.

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
7	Udržitelné financování	ANO	V souvislosti s reformou bude kladen důraz na změny v posuzování invalidity osob s duševními nemocemi tak, aby výše důchodu umožnila uspokojování životních potřeb a snížilo se pobírání dalších dávek sociálního zabezpečení ze strany těchto osob. Změna výše invalidních důchodů, i když povede ke zvýšení nákladů na vyplácené invalidní důchody, se následně může projevit ve snížení dalších dávek v systému sociální pomoci a státní sociální podpory. Kromě výše uvedeného reforma předpokládá zvýšení uplatnění duševně nemocných na trhu práce. Pokud skutečně dojde ke zvýšení zaměstnanosti těchto osob, sekundárně se reformní kroky kladně propíší do příjmů důchodového systému. V oblasti personálního zajištění a dalších provozních nákladů na zajištění oblasti invalidních důchodů nepředpokládáme, že se by se reforma odrazila v potřebě většího počtu pracovníků. Na druhé straně nositelem nákladů bude potřeba zpracovat analýzy k hodnocení současného stavu posuzování invalidity, tvorba návrhů nového řešení a jejich implementace do praxe.
8	Meziresortní spolupráce	ANO	Pro agendu invalidních důchodů je klíčové nastavit meziresortní spolupráci především pro oblast posudkové lékařské služby, kde bude vyvíjen tlak mimo jiné na spolupráci s psychiatry pečujícími o duševně nemocné, což povede k potřebě nastavit meziresortní spolupráci s MZ.

3.2.2 Nemocenské pojištění

Reforma psychiatrické péče se na dávkách nemocenského pojištění odrazí jen částečně a postihne pouze jednu z dávek systému, a to nemocenské při dočasné pracovní neschopnosti.

Nemocenské je vypláceno v dočasné pracovní neschopnosti, která představovala v roce 2019 celkem 1 832 412 ukončených případů s celkovým počtem více než 75 mil. prostonaných dnů. Nejčastější příčinou dočasné pracovní neschopnosti jsou nemoci dýchací soustavy (36,7 % všech ukončených případů). Duševní onemocnění diagnóz v roce 2019 představovaly 0,8 % všech případů (47 732 případů ukončené pracovní neschopnosti). V roce 2018 to bylo 45 028 případů. Z celkového počtu vyplácených nemocenských dávek je tak podíl osob s duševním onemocněním nízký.

V případě duševních onemocnění jsou více nemocné pro tyto diagnózy ženy, které nesou téměř $\frac{2}{3}$ ukončených případů pracovní neschopnosti.

Největší podíl na pracovní neschopnosti mají ve skupině duševních chorob neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40–F48), které například v roce 2018 představovaly u mužů 50 % a u žen 64 % všech případů dočasné pracovní

neschopnosti. Další významnou skupinou jsou diagnózy afektivní poruchy (F30–F39), které byly v roce 2018 příčinou cca $\frac{1}{5}$ dočasné pracovní neschopnosti u mužů a $\frac{1}{4}$ dočasné pracovní neschopnosti u žen z celkového počtu případů pro duševní nemoci. Zatímco průměrná délka dočasné pracovní neschopnosti představovala u mužů 80,8 dne v roce 2018 a 81 dní v roce 2019, u žen to bylo 87,8 dne v roce 2018 a 86,7 v roce 2019.

Tabulka 13: Dopady reformy psychiatrické péče na nemocenské pojištění v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	NE	
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Deinstitucionalizace a vyšší dostupnost péče v komunitě má kromě jiného za cíl přinést také zmenšení případů hospitalizací osob s duševním onemocněním a pokud k hospitalizaci dojde, tak k jejímu zkrácení (v porovnání se současnou praxí), což pro nemocenské pojištění přináší potenciál poklesu výdajů na nemocenské. Lépe dostupná psychiatrická péče by také měla podchytit osoby ohrožené duševním onemocněním v dřívějších stádiích rozvoje onemocnění, což by také mělo přinést menší objem prostaných dnů relevantních pro nemocenské.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Destigmatizace umožní snížení zátěže duševních onemocnění a samotného oboru psychiatrie, jelikož umožní dříve rozeznat symptomy duševního onemocnění a zvýší pravděpodobnost, že osoba vyhledá odbornou pomoc. Sekundárně právě včasné diagnostikování duševního onemocnění sníží výdaje v rámci nemocenského pojištění.
5	Vzdělávání a výzkum	NE	
6	Legislativní změny	NE	
7	Udržitelné financování	NEPŘÍMÝ	Jak je uvedeno výš u oblastí „Rozvoj sítě psychiatrické péče“ a „Destigmatizace a komunikace“ reforma přináší potenciál snížení vypláceného nemocenského. Kromě toho reforma předpokládá zvýšení uplatnění duševně nemocných na trhu práce. Pokud dojde ke zvýšení zaměstnanosti těchto osob, sekundárně se reformní kroky kladně propíší do oblasti nemocenského pojištění ve formě zvýšení příjmů z pojistného. Reforma nezvýší počet pracovníků, kteří budou potřeba pro zabezpečení agendy systému nemocenského pojištění.
8	Meziresortní spolupráce	NE	

3.3 Politika zaměstnanosti

Jedním z cílů Strategie reformy psychiatrické péče je zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti, a to hned v několika oblastech, které mimo jiné zahrnují také zaměstnanost a trh práce, resp. zlepšení podmínek pro zaměstnanost.⁶² V oblasti zaměstnanosti budou v rámci tohoto cíle ve spolupráci s MPSV definovány indikátory kvantity a kvality začleňování osob s duševním onemocněním do společnosti. Jedná se především o monitoring možností a nabídek a poradenství pro osoby s duševním onemocněním na trhu práce.

Reforma si klade za cíl snížit nezaměstnanost lidí s duševním onemocněním a vytvořit pro tuto skupinu žadatelů na trhu práce podmínky, které by odpovídaly jejich specifickým. Nezaměstnanost osob, které byly hospitalizované na psychiatrických odděleních nebo v psychiatrických léčebnách, po jejich propuštění z lůžkové psychiatrické péče přesahuje 80 %. Konkrétně v letech 2005 až 2014 průměrně dosahovala 82,1 %.⁶³ Většina osob se závažným duševním onemocněním je kvůli faktu, že nemají uplatnění na trhu práce, odkázána na pomoc systému sociálního zabezpečení (více viz kap. 0 této analýzy, část „Sociálně-ekonomické souvislosti duševního onemocnění“).

Vysoká nezaměstnanost osob s duševním onemocněním je výsledkem několika současně působících faktorů. V první řadě se jedná o snížení či ztrátu sociálních a pracovních dovedností, nebo jejich části. Vedle toho tyto lidé mají často sníženou schopnost své zbylé dovednosti na trhu práce uplatňovat, s čímž souvisí nejen jejich častější nezaměstnatelnost, ale často také ztráta dosavadního zaměstnání. K nízké zaměstnanosti osob s duševním onemocněním přispívá také jejich vlastní neochota účasti na trhu práce, při které sehrává významnou roli stigmatizace duševních onemocnění a psychiatrie jako celku. S touto problematikou také souvisí častá neochota na straně zaměstnavatelů osoby s duševním onemocněním zaměstnávat.

⁶² Cíl 5: Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování osob s duševním onemocněním společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

⁶³ Kondrátová L., Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza, Česká a slovenská psychiatrie, 2017.

Tabulka 14: Výdaje na politiku zaměstnanosti v ČR

Politika zaměstnanosti / rok	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019
Celkem (v tis. Kč)	9 086 623	11 959 120	22 736 413	22 521 725	20 318 256	18 399 624	18 891 482	18 100 547
PPZ (v tis. Kč)	5 680 469	7 046 845	13 354 778	8 303 370	8 254 527	7 853 520	7 542 836	8 144 407
APZ (v tis. Kč)	3 406 154	4 027 853	6 171 493	9 668 796	6 860 879	4 703 189	4 336 836	2 273 719
APZ								
Společensky účelná pracovní místa								
Vytvořená místa	27 240	24 140	26 481	51 232	25 244	16 338	11 137	4 079
Umístění uchazeči	26 721	25 129	25 882	50 161	26 759	17 437	12 180	4 117
Výdaje k 31. 12. (v tis. Kč)	989 720	1 184 356	1 454 155	3 806 978	3 480 869	943 165	735 988	121 441
Veřejně prospěšné práce								
Vytvořená místa	19 714	15 645	20 961	34 541	21 137	18 287	15 842	11 585
Umístění uchazeči	20 034	16 846	22 882	35 169	22 608	19 259	16 279	11 886
Výdaje k 31. 12. (v tis. Kč)	759 308	838 951	1 623 832	2 669 611	2 687 116	2 242 218	1 923 670	1 099 239
Rekvalifikace								
Nově zařazení	33 331	38 438	65 453	38 078	22 548	18 174	13 241	9 561
Vyřazení	32 260	38 333	67 310	44 276	23 112	18 502	13 558	9 584
Výdaje k 31. 12. (v tis. Kč)	345 920	408 250	582 261	380 350	269 494	174 338	128 410	94 754
OZP								
Vytvořená místa	1 434	1 137	1 081	871	824	593	169	203
Umístění uchazeči	1 368	1 592	1 640	1 255	899	1 187	566	364
Výdaje k 31. 12. (v tis. Kč)	54 892	101 188	88 400	60 462	54 194	40 737	14 526	25 620
Provoz (v tis. Kč)	132 995	208 852	235 262	3 091	3 800	4 209	5 434	1 038
Přísp. zam. zaměst. více než 50 % ZPS*	x	736 913	2 712 304	4 320 059	4 952 515	5 675 572	6 754 655	7 404 749
Investiční pobídky (v tis. Kč)	590 730	793 212	481 442	11 825	42 300	59 500	134 611	28 000

*Do 30. 9. 2004 podle § 24 a) zák. č. 1/1991 Sb., o zaměstnanosti, od 1. 10. 2004 podle § 78 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, od r. 2003 nejsou součástí APZ.

Zdroj: MPSV. Výdaje na státní politiku zaměstnanosti (online <https://www.mpsv.cz/vydaje-na-statni-politiku-zamestnanosti>).

Tabulka 15: Dopady reformy psychiatrické péče na politiku zaměstnanosti v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny. NAPDZ v opatření 2.1.4 předpokládá zpracování komplexní analýzy zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce, včetně specifik pro tuto cílovou skupinu a efektivitu využívaných nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Dále je záměrem sestavení metodických postupů pro postup při práci s člověkem s duševním onemocněním v oblasti zaměstnávání (od mapování, nácviků pracovních a sociálních dovedností přes komunikaci se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, přes pracovní rehabilitaci až po zaškolování a zapracování u zaměstnavatele a postupné ukončování spolupráce). Kromě toho uvedené opatření ukládá MPSV zajišťovat pravidelné reprezentativní průzkumy nezaměstnanosti lidí s duševním onemocněním v rámci evaluace dopadu provedených změn.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	ANO	Deinstitucionalizace a přesun péče o duševně nemocné do komunity bude mít vliv mimo jiné na jejich zvýšenou možnost uplatnit se na trhu práce. V této oblasti bude poradenství a pomoc směřovat především ze strany sociálních pracovníků CDZ a dalších poskytovatelů služeb, kteří budou koordinovat přechod uživatelů psychiatrické péče do systému sociálních služeb a zároveň v oblasti zaměstnanosti zajistí role poradců v rámci pracovní rehabilitace. Očekávaným výsledkem je zvýšení uplatnitelnosti na trhu práce a snížení objemu vyplácených podpor v nezaměstnanosti. V opačném směru bude působit zvýšení registrace deinstitucionalizovaných duševně nemocných osob na Úřadu práce ČR (ÚP), a to především v průběhu realizace reformy, kdy všechna opatření reformy nebudou ještě realizována a efekty aktivní politiky zaměstnanosti směrem k osobám s duševním onemocněním nebudou úplné. Tlak na zvýšení podpor v nezaměstnanosti bude u osob pobírajících invalidní důchod 1. a 2. stupně, což vyplývá ze skutečnosti, že příjemci invalidního důchodu 1. a 2. stupně mají v případě získání potřebné doby pojištění v rozsahu minimálně 12 měsíců v posledních 2 letech nárok také na podporu v nezaměstnanosti. Ta se však nevztahuje na pobíratele invalidních důchodů 3. stupně. Reformní kroky budou dále vytvářet tlak na aktivní politiku zaměstnanosti ve formě podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním a v podobě rozvoje a podpory sociálního podnikání, tedy na straně zaměstnavatelů. Cílem těchto kroků je zvýšit možnosti na trhu práce duševně nemocných osob, které již nebudou hospitalizované a budou příjemci především ambulantní zdravotní péče a komunitních a dalších služeb. Podpora na straně zaměstnavatelů úzce souvisí také s destigmatizací duševně nemocných, která přispěje k jejich uplatnění na trhu práce.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
4	Destigmatizace a komunikace	ANO	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy, s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o příspěvky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za politiku zaměstnanosti. Destigmatizace je kromě toho základem pro nastavení funkčního systému aktivní politiky zaměstnanosti, neboť destigmatizovat duševně nemocné na straně potenciálních a stávajících zaměstnavatelů zvyšuje možnosti jejich uplatnění na trhu práce. Vedle toho také motivuje samotné klienty k účasti na trhu práce.
5	Vzdělávání a výzkum	NEPŘÍMÝ	Strategie ani NAPDZ neformulují konkrétní opatření v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálním segmentu péče o duševně nemocné. Nicméně – protože jsou relevantní změny v metodikách či legislativě (viz ostatní body v této tabulce) – je zřejmé, že v časové návaznosti na provádění změn v pravidlech bude nutné zajistit vzdělávání pracovníků, pro které jsou metodiky/legislativa relevantní.
6	Legislativní změny	ANO	NAPDZ v opatření 2.1.4 v návaznosti na výsledky budoucí analýzy zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce předpokládá vypracování návrhu legislativních změn a metodických nástrojů a jejich implementace, které zvýší zaměstnanost této cílové skupiny. Konkrétně se předpokládá (za podmínky, že to bude v souladu s výsledkem analýzy) legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support). Dále je plánováno podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném pracovním trhu. V této souvislosti je na místě specifikovat, že ČR už několik let připravuje zákon o sociálním podnikání (resp. aktuální návrh předpisu je označován jako „zákon o sociálním podniku“, nicméně stále nebyla nalezena shoda na vhodné úpravě a v legislativě ČR tak sociální podnik není nijak vymezen.)
7	Udržitelné financování	ANO	Relevantní jsou náklady a výnosy systému politiky zaměstnanosti (zahrnuje výnosy související s pojistným na státní politiku zaměstnanosti a náklady související s nástroji politiky zaměstnanosti). V případě pasivní politiky zaměstnanosti bude mít reforma psychiatrické péče dopad na objem vyplácené podpory v nezaměstnanosti. Na jedné straně je nutné počítat se zvýšením podpor v nezaměstnanosti pro ty, kteří do té doby byli hospitalizováni a stali se klienty CDZ (za podmínky, že splní parametry pro přiznání příspěvku), na straně druhé bude působit aktivní podpora klientů ze strany CDZ i ze strany aktivní politiky zaměstnanosti, jejíž opatření cílená na duševně nemocné povedou k vyššímu uplatnění těchto osob na trhu práce. Důsledkem toho může v budoucnu dojít ke snížení vyplácení podpor v nezaměstnanosti. V rámci aktivní politiky zaměstnanosti budou dopady reformy psychiatrické péče zasahovat do oblasti podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením, rekvalifikací a do oblasti zřizování společensky účelných pracovních míst ve formě zvýšení vyplácených příspěvků v rámci aktivní politiky zaměstnanosti.

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			Samostatnou kapitolou bude podpora sociálního podnikání, které je již v současné době významné pro zaměstnávání duševně nemocných. Reforma však nezahrnuje opatření, která by vedla ke změně jeho financování.
8	Meziresortní spolupráce	NE	

3.4 Lékařská posudková služba

Vazbu na oblast duševního zdraví mají jen některé složky/činnosti lékařské posudkové služby, konkrétně se jedná o posuzování:

- invalidity, popřípadě změny stupně invalidity;
- zdravotního postižení osoby pro účely příspěvku na zvláštní pomůcky;
- stupně závislosti pro účely příspěvku na péči;
- zdravotního postižení osoby pro účely řízení o přiznání průkazu OZP;
- zdravotního stavu osoby pro účely přiznání statusu osoby zdravotně znevýhodněné.

Tabulka 16: Počet přijatých žádostí o posudek a vypracovaných posudků OSSZ

Stav za období	Počet přijatých žádostí			Počet vypracovaných posudků		
	1. stupeň		2. stupeň	1. stupeň		2. stupeň
	Pojistné systémy	Nepojistné systémy	Pojistné systémy	Pojistné systémy	Nepojistné systémy	Pojistné systémy
2013	167 476	218 434	7 790	172 108	230 822	7 920
2014	171 221	260 846	7 862	171 464	260 690	7 855
2015	167 807	257 283	7 992	169 802	259 465	7 932
2016	168 727	251 467	8 258	163 907	251 552	8 183
2017	163 148	241 972	8 694	154 196	225 796	8 439
2018	161 422	235 707	8 829	163 044	246 752	9 528

Zdroj: ČSSZ (2019), Zpráva o činnosti za rok 2018 (https://www.cssz.cz/documents/20143/99593/Zprava_o_cinnosti_2018.pdf/d4101094-a93e-c56a-b91d-eb4f9f23bb5a). Vlastní zpracování.

Tabulka 17: Dopady reformy psychiatrické péče na agendu „lékařské posudkové služby“ v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Jak je uvedeno pro oblast invalidních důchodů a pro příspěvek na péči, NAPDZ zavazuje MPSV k analýze mechanismu posuzování invalidity (opatření 2.1.2) a k revidování kritérií pro hodnocení funkční schopnosti a disability lidí s duševním onemocněním (opatření 2.1.3).

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			Oba tyto dílčí úkoly si vyžádají vytvoření datové základny, analýzu a následně se předpokládá také úprava metodik pro obě uvedené agendy. Více viz kapitoly věnované invalidním důchodům a příspěvku na péči.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Rozvoj sítě psychiatrické péče zahrnuje vznik a provoz CDZ jako nového pilíře psychiatrické péče. Ustavení tohoto nového pilíře má za cíl (kromě snížení kapacity lůžek následné zdravotní péče spojené s tím, že část pacientů/klientů, kteří v dosavadním systému péče byli hospitalizováni v nemocnicích či léčebnách, bude mít psychiatrickou péči dostupnou ve svém sociálním prostředí, tj. v komunitě) také lepší dostupnost péče pro osoby ohrožené duševním onemocněním, tj. předpokládá se, že CDZ budou schopna zachytit osoby, které se potýkají s duševním onemocněním, nicméně dosud nebyly podchyceny do systému péče. Tyto osoby mohou být potenciálně novými klienty, pro které může být činnost LPS relevantní.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování agendy v gesci lékařské posudkové služby.
5	Vzdělávání a výzkum	NEPŘÍMÝ	Strategie ani NAPDZ neformulují konkrétní opatření v oblasti vzdělávání pracovníků lékařské posudkové služby. Nicméně – protože jsou relevantní změny v metodikách či legislativě (viz ostatní body v této tabulce) – je zřejmé, že v časové návaznosti na provádění změn v pravidlech bude nutné zajistit vzdělávání pracovníků, pro které jsou metodiky/legislativa relevantní.
6	Legislativní změny	ANO	Jak je uvedeno pro oblast invalidních důchodů a pro příspěvek na péči, NAPDZ zavazuje MPSV k analýze mechanismu posuzování invalidity (opatření 2.1.2) a k revidování kritérií pro hodnocení funkční schopnosti a disability lidí s duševním onemocněním (opatření 2.1.3). Oba tyto dílčí úkoly si vyžádají vytvoření datové základny, analýzu a následně se předpokládá také úprava metodik a legislativy pro obě uvedené agendy. Více viz kapitoly věnované invalidním důchodům a příspěvku na péči.
7	Udržitelné financování	NEPŘÍMÝ	V oblasti personálního zajištění a dalších provozních nákladů na zajištění úkonů lékařské posudkové praxe nepředpokládáme, že se by se reforma odrazila v potřebě většího počtu pracovníků. Na druhé straně nositelem nákladů bude potřeba zpracovat analýzy k hodnocení současné praxe a tvorba návrhů nového řešení a jeho implementace do praxe.
8	Meziresortní spolupráce	ANO	Reforma přinese změny ve formě nutnosti spolupráce se zdravotní oblastí péče o duševně nemocné klienty, především spolupráci s psychiatry, resp. přizvávání ošetřujících psychiatrů k posudkovému řízení.

3.5 Státní sociální podpora

3.5.1 Příspěvek na bydlení

Tabulka 18: Statistiky o příspěvku na bydlení v ČR

Počet vyplacených dávek (v tis.)		Meziroční index v %	Vyplaceno v období (v mil. Kč)		Meziroční index v %	Vyplaceno od počátku roku (v mil. Kč) ⁶⁴		Meziroční index v %
12/2018	12/2019		12/2018	12/2019		12/2018	12/2019	
187,3	169,5	90,5	643,5	604,0	93,9	7 689,2	7 081,6	92,1

Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (OkStat, údaje k 9. 1. 2020)

Nejsou k dispozici data o tom, do jaké míry je příčinou nízkého příjmu jedince (resp. rodiny), který je důvodem pro poskytnutí příspěvku na bydlení, duševní onemocnění.⁶⁵ Z disponibilního (tj. omezeného) rozsahu údajů o bydlení a příjmech osob s duševním onemocněním lze vybrat následující parametry:

- 43 % pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích nemá kde bydlet, tj. 23 % nemá bydlení, 20 % očekává, že bude bydlet v zařízení institucionální péče⁶⁶;
- Osoby s duševním onemocněním jsou ve velké většině případů v nižším socioekonomickém postavení než běžná populace: nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %, hlavním příjmem 93,3 % lidí s duševním onemocněním je invalidní důchod⁶⁷;
- Analýza socioekonomické situace osob s psychotickým onemocněním,⁶⁸ kterou zpracoval NÚDZ, zjišťovala na vzorku na vzorku cca 250 lidí s psychózou také informace o tom, zda jsou příjemci příspěvku na bydlení. Jednalo se celkem 138 pacientů/klientů využívajících komunitní služby a 118 lidí, kteří v době výzkumu čerpali lůžkové služby ve zdravotnickém zařízení v oboru psychiatrie. Příspěvek na bydlení pobíralo 16,7 % osob ze vzorku.

⁶⁴ Bez převodů z depozitního účtu a na příjmový účet SR.

⁶⁵ Obecně k socioekonomickým souvislostem duševního onemocnění viz kap. 0 této analýzy.

⁶⁶ Papežová S., Holý M. Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. 2019.

⁶⁷ Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114(4), strana 151–158.

⁶⁸ Jedná se tedy o podskupinu v rámci skupiny osob s duševním onemocněním.

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 kvantifikuje v opatření 4.2.2 cíl snížit počet lůžek následné péče u poskytovatelů zdravotních služeb v oboru psychiatrie o $\frac{2}{3}$ oproti stávajícímu stavu 8 490 lůžek (ke dni 31. 8. 2018), tj. záměrem je snížení o 5 660 lůžek. Současně akční plán předpokládá, že do roku 2030 bude v péči CDZ minimálně **7 500 dospělých klientů se SMI** (Severe [Serious] Mental Illness; překl. vážné duševní onemocnění) a dále pak ve specializovaných centrech bude v péči minimálně **700 dospělých klientů s problematikou závislostí**. Někteří z klientů, kteří díky implementaci opustí zařízení zdravotnických služeb, se mohou – v závislosti na tom, jakého typu bydlení budou využívat a jaké budou jejich případné příjmy – stát oprávněnými příjemci příspěvku na bydlení. Kromě skupiny pacientů propuštěných z nemocnic/léčeben je relevantní také skupina nových pacientů/klientů, kteří by bez reformy psychiatrické péče byli hospitalizováni, nicméně v nově nastaveném systému péče budou nadále bydlet ve svém sociálním prostředí (tj. komunitě). Také tyto osoby se mohou stát oprávněnými příjemci příspěvku na bydlení.

Tabulka 19: Dopady reformy psychiatrické péče na nástroj „příspěvek na bydlení“ v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ ve specifickém cíli 5.2 předpokládá mapování potřeb pacientů/klientů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikaci potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Pro posouzení relevantnosti příspěvku na bydlení jakožto nástroje sociálního zabezpečení osob s duševním onemocněním bude nezbytné získat potřebná data.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Rozvoj sítě psychiatrické péče zahrnuje vznik a provoz CDZ jako nového pilíře psychiatrické péče. Ustavení tohoto nového pilíře souvisí s plánem snížit kapacity lůžek následné zdravotní péče a tedy s tím, že část pacientů/klientů, kteří v dosavadním systému péče byli hospitalizováni v nemocnicích či léčebnách, bude mít psychiatrickou péči dostupnou ve svém sociálním prostředí (tj. v komunitě). Někteří z klientů, kteří díky implementaci opustí zařízení zdravotnických služeb, se mohou – v závislosti na tom, jakého typu bydlení budou využívat a jaké budou jejich případné příjmy – stát oprávněnými příjemci příspěvku na bydlení. Kromě skupiny pacientů propuštěných z nemocnic/léčeben je relevantní také skupina nových pacientů/klientů , kteří by bez reformy psychiatrické péče byli hospitalizováni, nicméně v nově nastaveném systému péče budou nadále bydlet ve svém sociálním prostředí (tj. komunitě). Také tyto osoby se mohou stát oprávněnými příjemci příspěvku na bydlení.

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o příspěvky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování příspěvků na bydlení.
5	Vzdělávání a výzkum	NE	
6	Legislativní změny	NE	
7	Udržitelné financování	NE	
8	Meziresortní spolupráce	NEPŘÍMÝ	Jak je uvedeno u oblastí „Tvorba standardů a metodik“ a „Rozvoj sítě psychiatrické péče“, pro nové nastavení péče/služeb pro osoby s duševním onemocněním je nezbytné, aby došlo ke spolupráci a koordinaci orgánů veřejné správy, konkrétně a nejintenzivněji mezi MZ a MPSV. Příspěvek na bydlení je jedním z dílů mozaiky podpory těchto pacientů/klientů, proto i tento nástroj bude relevantní během meziresortní spolupráce.

3.6 Sociální pomoc

3.6.1 Dávky pomoci v hmotné nouzi

Tabulka 20: Statistiky dávek pomoci v hmotné nouzi

Dávka	Počet vyplacených dávek (v tis.)		Meziroční index v %	Vyplaceno v období (v mil. Kč)		Meziroční index v %	Vyplaceno od počátku roku (v mil. Kč) ⁶⁹		Meziroční index v %
	12/2018	12/2019		12/2018	12/2019		12/2018	12/2019	
Příspěvek na živobytí	71,2	60,0	84,3	254,0	221,4	87,2	3 395,2	2 750,7	81,0
Doplatek na bydlení	38,0	33,1	87,1	147,9	134,4	90,9	1 893,7	1 605,9	84,8
Mimořádná okamžitá pomoc	1,8	1,6	88,9	4,8	3,9	81,3	63,9	52,7	82,5

Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (JVM), OkStat. Pozn.: V prosinci 2019 bylo cca 35,7 tis. příspěvků na živobytí (v prosinci 2018 cca 59,5 tis. příspěvků) a cca 0,2 tis. dávek mimořádné okamžité pomoci (v prosinci 2018 rovněž cca 0,2 tis.) vyplaceno zčásti formou poukázky.

⁶⁹ Bez převodů z depozitního účtu a na příjmový účet SR.

Pro dávky pomoci v hmotné nouzi platí shodně to, co je uvedeno v předchozí kapitole k příspěvku na bydlení. Nejsou k dispozici data o tom, do jaké míry je příčinou nízkého příjmu jedince (resp. rodiny), který je důvodem pro poskytnutí příspěvku na bydlení, duševní onemocnění. Z dostupných statistik je ovšem zřejmé, že osoby s duševním onemocněním se potýkají s nízkými příjmy a jsou ohroženi chudobou.

Někteří z klientů, kteří díky implementaci opustí zařízení zdravotnických služeb, se mohou – v závislosti na tom, jakého typu bydlení budou využívat a jaké budou jejich případné příjmy – stát oprávněnými příjemci dávek pomoci v hmotné nouzi. Kromě skupiny pacientů propuštěných z nemocnic/léčeben je relevantní také skupina nových pacientů/klientů, kteří by bez reformy psychiatrické péče byli hospitalizováni, nicméně v nově nastaveném systému péče budou nadále bydlet ve svém sociálním prostředí (tj. komunitě). Také tyto osoby se mohou stát oprávněnými příjemci dávek pomoci v hmotné nouzi.

Je ovšem na místě doplnit, že dávky pomoci v hmotné nouzi mají za cíl primárně pomáhat v řešení nárazových životních situací; nejde o nástroj, který by měl řešit situaci potřebné osoby dlouhodobě. Protože duševní onemocnění zpravidla ovlivňuje situaci pacienta/klienta v delším horizontu (resp. u některých diagnóz – např. schizofrenie, poruchy osobnosti, poruchy autistického spektra – lze konstatovat, že za pomoci medikace a jiných forem terapie či psychosociální rehabilitace dochází k mírnění symptomů a zlepšování kvality života pacienta/klienta a jeho rodiny, nicméně duševní onemocnění není vnímáno jako přechodné).

Tabulka 21: Dopady reformy psychiatrické péče na nástroj „dávky pomoci v hmotné nouzi“ v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ ve specifickém cíli 5.2 předpokládá mapování potřeb pacientů/klientů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikaci potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Pro posouzení relevantnosti dávek pomoci v hmotné nouzi jakožto nástroje sociálního zabezpečení osob s duševním onemocněním bude nezbytné získat potřebná data.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Rozvoj sítě psychiatrické péče zahrnuje vznik a provoz CDZ jako nového pilíře psychiatrické péče. Ustavení tohoto nového pilíře souvisí s plánem snížit kapacity lůžek následné zdravotní

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			péče a tedy s tím, že část pacientů/klientů, kteří v dosavadním systému péče byli hospitalizováni v nemocnicích či léčebnách, bude mít psychiatrickou péči dostupnou ve svém sociálním prostředí (tj. v komunitě). Někteří z klientů, kteří díky implementaci opustí zařízení zdravotnických služeb, se mohou – v závislosti na tom, jakého typu bydlení budou využívat a jaké budou jejich případné příjmy – stát oprávněnými příjemci dávek pomoci v hmotné nouzi . Kromě skupiny pacientů propuštěných z nemocnic/léčeben je relevantní také skupina nových pacientů/klientů , kteří by bez reformy psychiatrické péče byli hospitalizováni, nicméně v nově nastaveném systému péče budou nadále bydlet ve svém sociálním prostředí (tj. komunitě). Také tyto osoby se mohou stát oprávněnými příjemci dávek pomoci v hmotné nouzi.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o dávky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování dávek pomoci v hmotné nouzi .
5	Vzdělávání a výzkum	NE	
6	Legislativní změny	NE	
7	Udržitelné financování	NE	
8	Meziresortní spolupráce	NEPŘÍMÝ	Jak je uvedeno u oblastí „Tvorba standardů a metodik“ a „Rozvoj sítě psychiatrické péče“, pro nové nastavení péče/služeb pro osoby s duševním onemocněním je nezbytné, aby došlo ke spolupráci a koordinaci orgánů veřejné správy, konkrétně a nejintenzivněji mezi MZ a MPSV. Dávky pomoci v hmotné nouzi jsou jedním z dílů mozaiky podpory těchto pacientů/klientů, proto i tento nástroj bude relevantní během meziresortní spolupráce.

3.6.2 Příspěvek na mobilitu

Tabulka 22: Statistiky o příspěvku na mobilitu

Počet vyplacených dávek (v tis.)		Meziroční index v %	Vyplaceno v období (v mil. Kč)		Meziroční index v %	Vyplaceno od počátku roku (v mil. Kč) ⁷⁰		Meziroční index v %
12/2018	12/2019		12/2018	12/2019		12/2018	12/2019	
254,9	257,0	100,8	139,6	140,7	100,8	1 657,6	1 721,2	104,5

Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (OkStat).

⁷⁰ Bez převodů z depozitního účtu a na příjmový účet SR.

Nárok na příspěvek má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“⁷¹, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

Průkaz „ZTP“ nebo „ZTP/P“, může získat člověk starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje jeho schopnost pohyblivosti nebo orientace (včetně osob s poruchou autistického spektra). Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok.

V legislativě upravuje tuto agendu zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Dle § 34 tohoto zákona se rozlišují 3 kategorie průkazů a pro každou z nich zákon vymezuje typ postižení.

Tabulka 23: Sumarizace § 34 odst. 2, 3 a 4 zákona č. 329/2011

Kategorie průkazů / vymezení postižení	Průkaz TP	Průkaz ZTP	Průkaz ZTP/P
Typ postižení	Středně těžké	Těžké	Zvlášť těžké
Pohyblivost a orientace DOMA	Bez problémů	Bez problémů	Chůze se značnými obtížemi, popř. vůbec
Pohyblivost a orientace VENKU	Chůze se sníženým dosahem a problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu / zhoršená orientace	Chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti / značné obtíže s orientací	Osoba není schopna samostatné chůze a pohyb zpravidla jen na invalidním vozíku / není schopna samostatné orientace

⁷¹ Obecně průkazy osoby se zdravotním postižením slouží jako doklad, který lidem se zdravotním postižením umožňuje získat nejrůznější výhody a slevy. Tyto výhody a slevy se týkají zejména jízdného v MHD, vlakové a autobusové dopravě, vstupy do muzeí, galerií, na výstavy, sportovní a kulturní akce. Výška slevy závisí na typu průkazu a na poskytovateli služby nebo pořadateli akce. Kromě toho jsou průkazy navázány i na další příspěvky a výhody (např. na příspěvek na mobilitu, parkovací průkaz). Jsou vymezeny tři typy průkazů: TP – tělesně postižený, ZTP – zvlášť tělesně postižený, ZTP/P – zvlášť tělesně postižený s průvodcem.

Z ustanovení zákona je patrné, že podmínky pro získání průkazů byly původně určeny pro osoby s tělesným postižením a skupinu smyslově postižených.

Konkrétní specifikaci podmínek pro průkazy upravuje vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, která ve své příloze č. 4 definuje, jaké zdravotní stavy se považují za naplnění podmínky omezení schopnosti pohyblivosti a orientace. Pro „ZTP“, resp. „ZTP/P“ je v kontextu této analýzy relevantní vymezení:

- Dle odst. 2 písm. m): *psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u středně těžkého stupně autistické poruchy s nápadnými deficity ve verbální a nonverbální komunikaci, značně abnormálním nebo rušivým chováním, s výrazně redukovanou nebo výrazně abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,*
- Dle odst. 3 písm. m): *psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace; u těžkého stupně autistické poruchy s těžkou poruchou verbální a nonverbální komunikace, těžce abnormálním nebo rušivým chováním, s minimální odpovědí nebo těžce abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,*

Z formulací a dále z toho, že se musí jednat o dlouhodobě přetrvávající problémy⁷², je patrné, že citovaná ustanovení jsou využitelná pro osoby s mentálním postižením, ovšem osoby s duševním onemocněním (viz vymezení v kap. 1 této zprávy) kritéria

⁷² Instrukce náměstkyně ministryně sekce sociálně pojistných systémů č. 2/2016, Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje kromě jiného:

- *Zdravotní stavy s předpokladem úpravy nepříznivých funkčních důsledků zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti nebo orientace do 1 roku nezakládají dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav (...).*
- *Pokud je zjištěno závažné zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, ať tělesné, smyslové, mentální nebo duševní, je třeba zhodnotit, do jaké míry toto postižení omezuje schopnost pohyblivosti a orientace, zda na úrovni středně těžkého, těžkého, zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení ve smyslu § 34 ZPDOZP. Z tohoto pohledu samotnou dg. nemoci, úrazu nebo vady nelze považovat za posudkově rozhodnou skutečnost pro účely přiznání průkazu OZP. Vždy je třeba objektivizovat funkční dopad zdravotního postižení na schopnost pohyblivosti a orientace a příslušným funkčním vyšetřením ho prokázat. Z uvedeného vyplývá, že mohou nastat situace, kdy stejná dg. působí různý stupeň postižení pohyblivosti nebo orientace. Při hodnocení se vychází z té poruchy funkčních schopností, která má nejvýznamnější dopad na schopnost pohyblivosti nebo orientace. Z hlediska posudkového zhodnocení a výroku ve vztahu k nároku na průkaz OZP je zcela zásadní a rozhodující splnění příslušného stupně funkčního postižení pohyblivosti nebo orientace dle § 34 ZPDOZP.*

naplňují obtížně. ÚP nemá k dispozici statistiky o tom, v jakém rozsahu osoby s duševním onemocněním žádají o přiznání průkazu OZP a v jakém procentu případů je jejich žádosti vyhověno. Organizace poskytující služby těmto klientům se ovšem shodují v konstatování, že tito lidé průkaz OZP získávají jen ve velmi výjimečných případech.

Ovšem Reforma psychiatrické péče, která má za cíl, aby tito pacienti/klienti čerpali péči mimo sektor lůžkové zdravotní péče, přinese zvýšenou potřebu toho, aby pacienti/klienti s duševním onemocněním dojížděli ze svého bydliště za potřebnou lékařskou i sociální péčí. CDZ jsou budována způsobem, aby pokrývala spádové oblasti pro cca 100 000 tisíc obyvatel a podíl péče poskytované terénní formou má u nich dosahovat minimálně 50 %, přesto je otázka finančních nákladů na zajištění mobility pacientů/klientů relevantní (neplatí totiž, že pacienti/klienti nebudou mít potřebu mobility).

Tabulka 24: Dopady reformy psychiatrické péče na nástroj „příspěvek na mobilitu“ v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ ve specifickém cíli 5.2 předpokládá mapování potřeb pacientů/klientů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikaci potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Pro posouzení relevantnosti příspěvku na mobilitu jakožto nástroje sociálního zabezpečení osob s duševním onemocněním bude nezbytné získat potřebná data.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Rozvoj sítě psychiatrické péče zahrnuje vznik a provoz CDZ jako nového pilíře psychiatrické péče. Ustavení tohoto nového pilíře souvisí s plánem snížit kapacity lůžek následné zdravotní péče, tedy s tím, že část pacientů/klientů, kteří v dosavadním systému péče byli hospitalizováni v nemocnicích či léčebnách, bude mít psychiatrickou péči dostupnou ve svém sociálním prostředí (tj. v komunitě). U části klientů, kteří díky implementaci opustí zařízení zdravotnických služeb, se předpokládá, že nebudou využívat sociální pobytové služby. Příspěvek na mobilitu by u nich – v případě, že jejich příjmem bude hlavně invalidní důchod – mohl zlepšit jejich ekonomickou situaci. Nicméně to by muselo dojít k úpravě podmínek pro jeho přiznávání. Kromě skupiny pacientů propuštěných z nemocnic/léčeben je relevantní také skupina nových pacientů/klientů , kteří by bez reformy psychiatrické péče byli hospitalizováni, nicméně v nově nastaveném systému péče budou nadále bydlet ve svém sociálním prostředí (tj. komunitě). Také pro tyto osoby by příspěvek na mobilitu – v případě úpravy jeho přiznávání –

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			mohl představovat užitečný nástroj na posílení jejich kapacity se dopravovat.
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o příspěvky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování příspěvku na mobilitu.
5	Vzdělávání a výzkum	NE	
6	Legislativní změny	NEPŘÍMÝ	Strategie reformy psychiatrické péče ani NAPDZ neobsahují konkrétní záměr (opatření) upravit zákon č. 329/2011 či vyhlášku č. 388/2011, nicméně na základě získávání dat a celkového designu žádoucího systému podpory/pomoci osobám s duševním onemocněním, aby mohly v míře větší než dnes vést samostatný život v rámci komunity, se může ukázat jako relevantní potřeba novelizovat legislativu způsobem, aby příspěvek na mobilitu byl nástrojem podpory i pro skupinu osob s duševním onemocněním.
7	Udržitelné financování	NE	
8	Meziresortní spolupráce	NEPŘÍMÝ	Jak je uvedeno u oblastí „Tvorba standardů a metodik“ a „Rozvoj sítě psychiatrické péče“, pro nové nastavení péče/služeb pro osoby s duševním onemocněním je nezbytné, aby došlo ke spolupráci a koordinaci orgánů veřejné správy, konkrétně a nejintenzivněji mezi MZ a MPSV. Zajištění dostatečných finančních zdrojů na to, aby klient se klient mohl dopravovat, je jedním z dílů mozaiky podpory těchto pacientů/klientů, proto i tento nástroj bude relevantní během meziresortní spolupráce.

3.6.3 Příspěvek na péči

Tabulka 25: Statistiky o příspěvku na péči

Počet vyplacených dávek (v tis.)		Meziroční index v %	Vyplaceno v období (v mil. Kč)		Meziroční index v %	Vyplaceno od počátku roku (v mil. Kč) ⁷³		Meziroční index v %
12/2018	12/2019		12/2018	12/2019		12/2018	12/2019	
357,9	631,1	176,3	2 151,0	2 661,2	123,7	26 013,1	29 768,0	114,4

Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (OkStat).

Pozn.: Zvýšení výdajů od dubna 2019, resp. července 2019, bylo ovlivněno zejména zvýšením částky příspěvku ve IV., resp. III. stupni závislosti.

⁷³ Bez převodů z depozitního účtu a na příjmový účet SR.

Tabulka 26: Počet vyplacených příspěvků na péči podle věku a stupně závislosti v roce 2018 – Průměrný měsíční počet vyplacených dávek podle věku osoby (v tis.)

Stupeň závislosti	0–17 let	18–59 let	60–69 let	70–79 let	80–89 let	90 a více let	celkem
I.	12,7	17,1	13,6	23,6	34,2	7,9	109,1
II.	8,7	21,1	14,9	23,5	36,5	12,5	117,2
III.	5,5	16,9	9,4	15,7	25,4	11,8	84,7
IV.	4,6	11,4	4,0	7,6	14,1	8,0	49,7
Celkem	31,5	66,5	41,9	70,4	110,2	40,2	360,7
% z celku	9 %	18 %	12 %	20 %	31 %	11 %	100 %

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí za rok 2018, MPSV, 2019.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Analýza socioekonomické situace osob s psychotickým onemocněním,⁷⁴ kterou zpracoval NÚDZ, zjišťovala na vzorku cca 250 lidí s psychózou také informace o tom, zda jsou příjemci příspěvku na péči. Jednalo se celkem 138 pacientů/klientů využívajících komunitní služby a 118 lidí, kteří v době výzkumu čerpali lůžkové služby psychiatrických oddělení zdravotnických zařízení. Příspěvek na péči pobíralo 14,5 % osob ze vzorku. Pro kontext je vhodné doplnit, že v rámci stejného vzorku se ukázalo, že 90 % z těchto osob pobírá invalidní důchod 3. stupně.⁷⁵

Odborné studie poukazují na to, že mechanismus hodnocení nároku na příspěvek na péči je ve svých kritériích orientován na somatické a mentální postižení a nezohledňuje dostatečně projevy duševních onemocnění a odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů. V praxi tedy dle odborníků u lidí s duševním onemocněním žádajících o příspěvek na péči dochází k podhodnocení tíže závislosti či její úplné negaci.

Problémem v tomto kontextu je, že duševní onemocnění bývá trvalé či dlouhodobé, avšak jeho intenzita kolísá v průběhu času. Pacient/klient zažívá období, kdy je schopen sociálního života ve svém přirozeném prostředí, a na opačném pólu u něj nastávají fáze, kdy jeho situace vyžaduje intervence (a to zdravotní/lékařské či ze spektra sociálních služeb).

Nepřiznání příspěvku na péči má v segmentu sociálních služeb za následek, že i když daný klient službu potřebuje, v systému chybí prostředky na její financování. Výrazným

⁷⁴ Jedná se tedy o podskupinu v rámci skupiny osob s duševním onemocněním.

⁷⁵ Kondrátová L., Chrtková D., Mladá K., Štanglová A., Roboch Z. et al. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a Slovenská Psychiatrie, 2018, 114(4), strana 151–158.

problémem je to u služeb, které se dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, hradí ze strany klienta, např. centrum denních služeb, denní stacionář, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, domov se zvláštním režimem. (Pokud člověk s duševním onemocněním službu potřebuje, není nedostatek finančních prostředků zákonným důvodem mu službu neposkytnout.)

Tabulka 27: Dopady reformy psychiatrické péče na nástroj „příspěvek na péči“ v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ zavazuje MPSV v opatření 2.1.3 k analýze fungování příspěvku na péči ve vztahu k osobám s duševním onemocněním a návazně, dle výsledků analýzy, k revidování kritérií pro hodnocení funkční schopnosti a disability lidí s duševním onemocněním. Úkol si tedy vyžaduje vytvoření datové základny, analýzy a následně se předpokládá také úprava metodik a legislativy.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	Rozvoj sítě psychiatrické péče zahrnuje vznik a provoz CDZ jako nového pilíře psychiatrické péče. Ustavení tohoto nového pilíře souvisí s plánem snížit kapacity lůžek následné zdravotní péče a tedy s tím, že část pacientů/klientů, kteří v dosavadním systému péče byli hospitalizováni v nemocnicích či léčebnách, bude mít psychiatrickou péči dostupnou ve svém sociálním prostředí (tj. v komunitě), přičemž se může jednat o osoby závislé na péči jiné fyzické osoby, tj. bude v jejich případě relevantní příspěvek na péči. Příloha č. 5 NAPDZ s titulem „Modelace nákladů k NAPDZ, vize 2, specifický cíl 1, opatření 3 – příspěvek na péči“ v modelaci předpokládá, že osoby, u kterých byla identifikována závislost na péči ve stupni III. či stupni IV., by využívaly pobytové sociální služby. Příspěvek na péči je významný finanční zdroj pro celý systém zajišťování sociálních služeb. Opatření 2.1.3 NAPDZ je součástí specifického cíle „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“, tj. modifikace příspěvku na péči je nástrojem pro navýšení objemu prostředků péče o osoby s duševním onemocněním (v tomto případě sociální složky této péče).
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	V nejširším pojetí je cílovou skupinou destigmatizačních aktivit široká veřejnost. Specificky je pak záměrem provádět opatření za účelem destigmatizace osob s duševním onemocněním zaměřená na pracovníky veřejné správy , s nimiž mohou tyto osoby jakožto s žadateli o příspěvky jednat. Týká se to také pracovníků odpovědných za vyřizování příspěvku na péči.
5	Vzdělávání a výzkum	NEPŘÍMÝ	Strategie ani NAPDZ neformulují konkrétní opatření v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálním segmentu péče o duševně nemocné.

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			Nicméně – protože jsou relevantní změny v metodikách či legislativě (viz ostatní body v této tabulce) – je zřejmé, že v časové návaznosti na provádění změn v pravidlech bude nutné zajistit vzdělávání pracovníků, pro které jsou metodiky/legislativa relevantní.
6	Legislativní změny	ANO	NAPDZ obsahuje opatření „2.1.3 - Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.“ Úkol pro MPSV, který vyplývá z tohoto opatření, je zpracovat analýzu fungování příspěvku na péči ve vztahu ke skupině osob s duševním onemocněním a následně – v případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy – navrhnout úpravu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách či změnu metodických postupů (aktů řízení). Na plnění tohoto úkolu je stanoven termín do ledna 2023.
7	Udržitelné financování	ANO	Příspěvek na péči je jedním ze zdrojů, jimiž jsou v ČR financovány sociální služby. Oblast „Udržitelné financování“ má za cíl vyřešit dlouhodobě nedostatečné financování psychiatrie ze zdravotního pojištění a nastavit nový, konsensuální, model financování ve spolupráci s MZ, zdravotními pojišťovnami, MPSV, zástupci odborné veřejnosti a také kraji (jakožto subjekty odpovědnými za plánování sociálních služeb v daném území).
8	Meziresortní spolupráce	ANO	Jak je uvedeno u oblasti „Udržitelné financování“, pro skutečné fungování cílů reformy musí být zajištěna kooperace zdravotní a sociální složky péče o osoby s duševním onemocněním a ta není možná bez spolupráce jak na nastavení systému, tak na financování služeb v potřebném rozsahu a kvalitě.

3.7 Sociální služby

Specifikem péče o osoby s duševním onemocněním je potřeba provázat služby zdravotní a sociální. Na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byl zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb. Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb⁷⁶, toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci. Součástí záznamu v Registru jsou také:

- druhy sociálních služeb, které budou daným subjektem poskytovány, číselné označení sociální služby (identifikátor) a formy poskytování sociálních služeb,

⁷⁶ Poskytovatelem sociální služby z hlediska zákona tak nejsou rodinní příslušníci či asistenti sociální péče, kteří pečují o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. Stejně tak není poskytovatelem sociální služby subjekt, který není registrován jako poskytovatel sociálních služeb ve smyslu zákona č. 108/2006 Sb. (např. soukromá úklidová firma nebo ubytovna).

- okruh osob, kterým budou sociální služby poskytovány,
- údaj o kapacitě poskytovaných sociálních služeb.⁷⁷

⁷⁷ Obsah rozhodnutí o registraci upravuje § 81 odst. 2 zákona č. 108/2006 Sb. Jedná se o:

- označení poskytovatele sociálních služeb (je-li poskytovatelem právnická osoba, jde o obchodní firmu nebo název, sídlo nebo umístění její organizační složky, identifikační číslo osoby a statutární orgán;
je-li poskytovatelem fyzická osoba, jméno, popřípadě jména, příjmení, místo trvalého nebo hlášeného pobytu a datum a místo narození; je-li poskytovatelem organizační složka státu nebo územní samosprávný celek, jehož jménem bude poskytovat sociální služby organizační složka územního samosprávného celku, její název, sídlo, identifikační číslo jejího zřizovatele, jméno, popřípadě jména, a příjmení vedoucího organizační složky,
- identifikační číslo přidělené poskytovateli sociálních služeb,
- název a místo zařízení anebo místo nebo místa poskytování sociálních služeb,
- druhy sociálních služeb, které budou poskytovány, číselné označení sociální služby (identifikátor) a formy poskytování sociálních služeb,
- okruh osob, kterým budou sociální služby poskytovány,
- údaj o kapacitě poskytovaných sociálních služeb,
- den započetí poskytování sociálních služeb.

Tabulka 28: Sociální služby pro cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“

Č.	Druhy sociálních služeb	2015		2016		2017	
		Počet služeb	Celková kapacita	Počet služeb	Celková kapacita	Počet služeb	Celková kapacita
1	Centra denních služeb	14	259	16	289	14	319
2	Denní stacionáře	50	797	54	901	57	1 012
3	Domovy pro osoby se zdravotním postižením	5	159	5	169	3	177
4	Domovy pro seniory	13	581	12	606	11	629
5	Domovy se zvláštním režimem	224	12849	252	13 325	280	13 857
6	Domy na půl cesty	2	15	2	19	2	23
7	Chráněné bydlení	49	466	52	567	54	673
8	Krizová pomoc	5	116	5	126	5	136
9	Odborné sociální poradenství	90	3 029	87	3 206	78	3 371
10	Odlehčovací služby	49	452	54	555	58	667
11	Osobní asistence	37	1 073	43	1 153	46	1 242
12	Pečovatelská služba	76	15 518	81	15 675	75	15 831
13	Podpora samostatného bydlení	25	258	24	307	25	356
14	Průvodcovské a předčitatelské služby	1	4		5		5
15	Služby následné péče	12	220	12	244	14	270
16	Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi	1	100	1	102		103
17	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	27	1 502	26	1 555	23	1 604
18	Sociálně terapeutické dílny	58	1 206	58	1 322	58	1 438
19	Sociální rehabilitace	132	4 221	130	4 483	134	4 747
20	Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče	27	415	26	468	26	520
21	Telefonická krizová pomoc	13	1	12	26	11	49
22	Terapeutické komunity	5	62	5	72	4	81
23	Terénní programy	3	14	2	19	3	24

Č.	Druhy sociálních služeb	2015		2016		2017	
		Počet služeb	Celková kapacita	Počet služeb	Celková kapacita	Počet služeb	Celková kapacita
24	Tísňová péče	1	150	1	152	1	154
25	Týdenní stacionáře	6	89	8	103	8	119
	Celkem	925	43 556	968	45 449	990	47 407

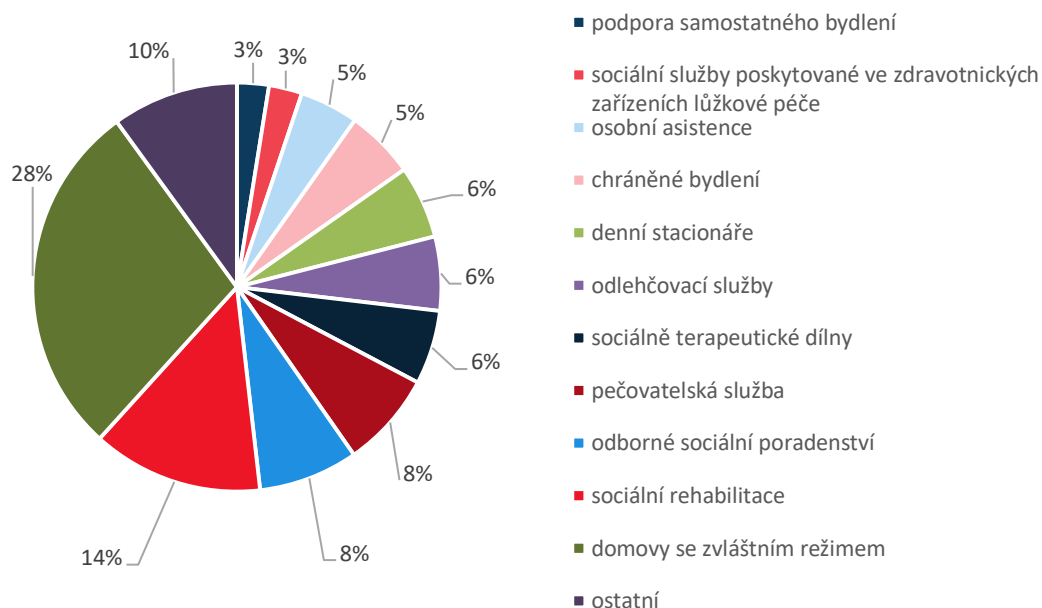
Informace k 23. 10. 2018, zdroj: MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb.

K tabulce výše je třeba doplnit, že poskytovatel, v jehož záznamu je jako okruh osob, kterým budou sociální služby poskytovány, uvedena také položka „osoby s chronickým duševním onemocněním“ nemusí využívat veškeré své kapacity na poskytování služeb právě této cílové skupině. Kapacity uvedené v tabulce je tedy nutné vnímat jakožto maximální registrované kapacity, ve skutečnosti je objem služeb disponibilních pro osoby s duševním onemocněním menší. (Platí, že registrace podle typu služby neurčuje, zda a jakým způsobem služba s cílovou skupinou pracuje, a jako problematické lze identifikovat i označení cílové skupiny „osoby s chronickým duševním onemocněním“; jedná se o neurčitý pojem.)

Nejvýznamnější položky z výše uvedené tabulky představují (na základě údajů za rok 2017):

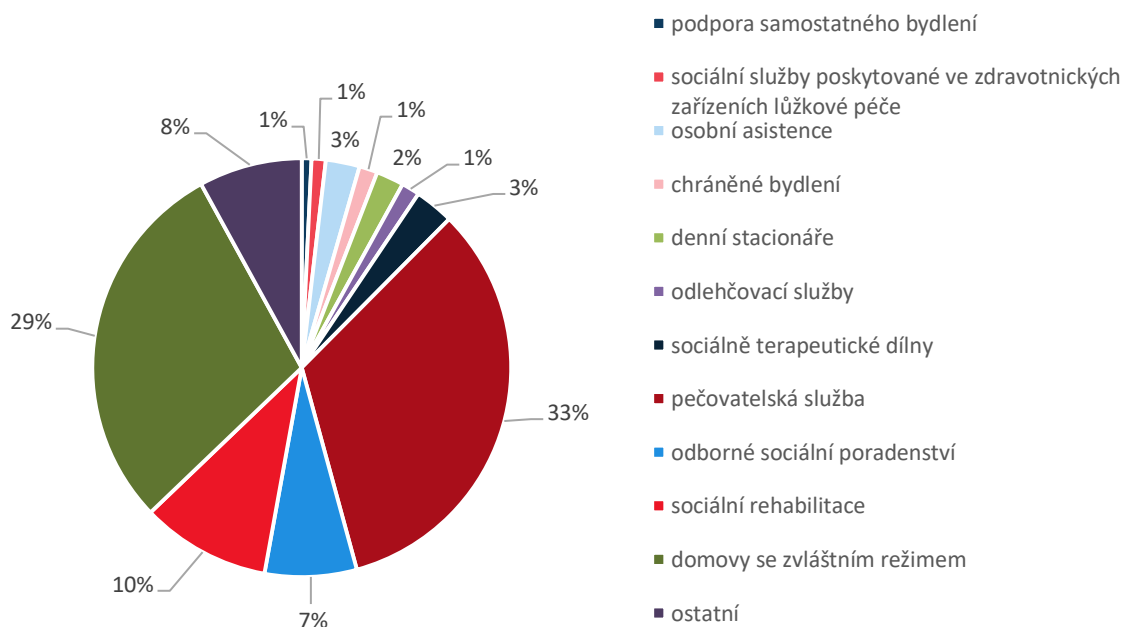
- **Pečovatelská služba** (8 % ze všech druhů služeb, **33 % kapacit všech služeb**);
- Odborné sociální poradenství;
- Sociální rehabilitace (14 % ze všech druhů služeb, 10 % kapacit všech služeb);
- **Domovy se zvláštním režimem** (28 % ze všech druhů služeb, **29 % kapacit všech služeb**).

Graf 7: Podíly jednotlivých druhů sociálních služeb pro cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“ na celkovém počtu služeb pro tuto cílovou skupinu za rok 2017



Informace k 23. 10. 2018, zdroj: MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb.

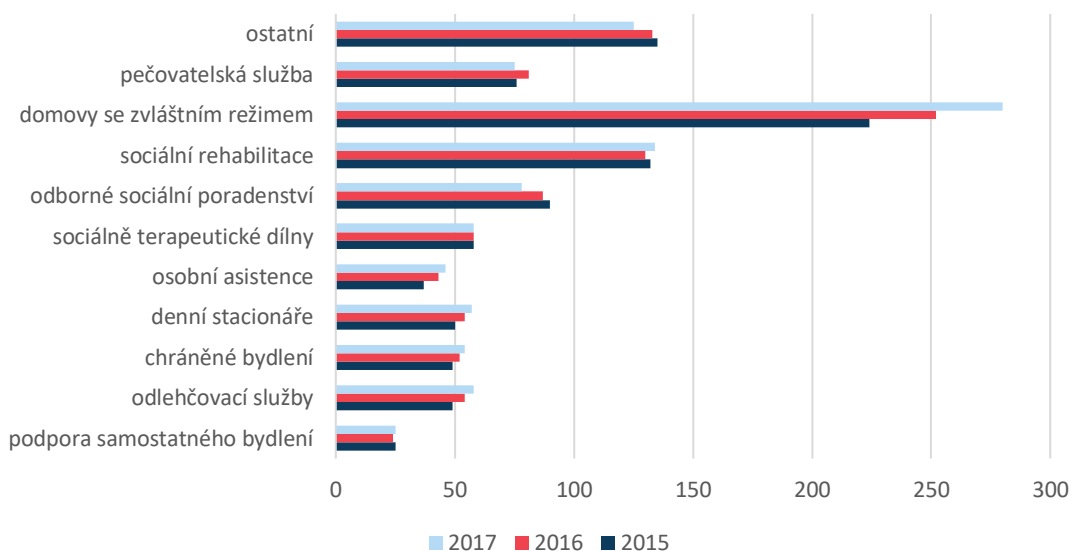
Graf 8: Podíly jednotlivých druhů sociálních služeb pro cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“ na celkové kapacitě služeb pro tuto cílovou skupinu za rok 2017



Informace k 23. 10. 2018, zdroj: MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb.

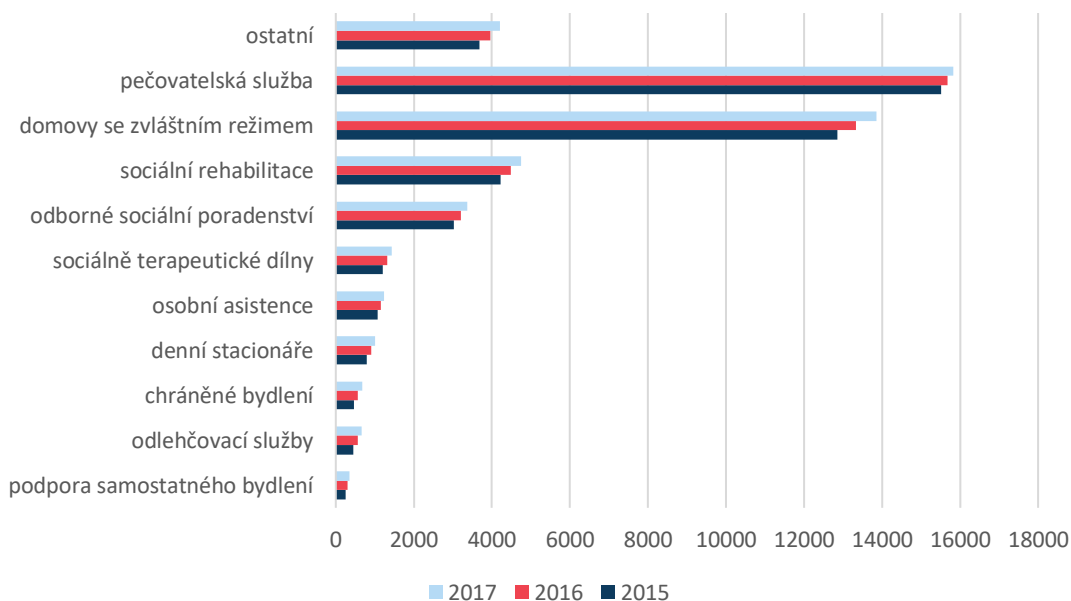
To, že kapacita nejvýznamnějších ze sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním je v posledních letech v zásadě konstantní, ukazují následující dva grafy.

Graf 9: Počet jednotlivých druhů sociálních služeb pro cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“ v Registru za roky 2015, 2016 a 2017



Informace k 23. 10. 2018, zdroj: MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb.

Graf 10: Počet jednotlivých druhů sociálních služeb pro cílovou skupinu „osoby s chronickým duševním onemocněním“ v Registru za roky 2015, 2016 a 2017



Informace k 23. 10. 2018, zdroj: MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb.

Studie „Potencionální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb“, kterou nechalo MPSV zpracovat v roce 2015, obsahuje následující informace, které jsou (vzhledem k tomu, že kapacity služeb nedoznaly od doby zpracování výraznějších změn) platné i pro aktuální situaci.

„Současný systém péče o duševně nemocné se v mnoha regionech potýká s výraznou absencí vhodných sociálních služeb. (...) K nejvíce potřebným sociálním službám pro duševně nemocné patří následující:

a) Chráněné bydlení a podporované bydlení

Stávající systém trpí nedostatkem komunitních bydlení s časově neomezeným pobytem, která by měla být alternativou dlouhodobých pobytů v psychiatrických nemocnicích nebo pobytových zařízeních sociální péče.⁷⁸ Chybí bydlení jak pro klientelu psychotických pacientů, tak pro další specifické diagnostické skupiny (osoby s anamnézou závislosti na psychoaktivních látkách, s duálními diagnózami, organickým postižením CNS – pro tyto skupiny není zatím komunitní bydlení k dispozici vůbec). (...) Pro tyto (i další) klienty pak citelně schází sociální byty. Řešením pro ty, kteří mají svůj byt, je podporované bydlení⁷⁹ ve vlastním bytě, což zatím není vždy možné z hlediska dostupnosti služeb. Nelze zajistit umístění pro invalidní pacienty bez přiznaného invalidního důchodu na sociálních dávkách. Rovněž neumístitelní jsou psychotičtí pacienti s porušenou hybností, neexistuje bezbariérové zařízení pro tento typ klientely. U těchto služeb navíc zákon předpokládá úhradu klientem z příspěvku na péči.

b) (...)

⁷⁸ Uvedenou charakteristiku potvrzuje analýza NÚDZ z roku 2018 (Kondrátová et al., 2018), ve které se uvádí: „Čekací doba v domovech se zvláštním režimem, chráněných bydleních, komunitách a jiných službách, jež poskytují podporu duševně nemocným, se navíc aktuálně pohybuje i v řádu let. Kapacita těchto služeb neodpovídá poptávce a zároveň je jednou z příčin, proč jsou nemocní nuceni často setrvávat v dlouhodobých pobytech v lůžkových psychiatrických zařízeních následné péče, případně zůstávají bez jakékoliv podpory. Pokud se jedná o nemocné s duální diagnózou, potom komorbidní závislost na návykových látkách je často vylučující kritérium vstupu do tohoto typu služby a je možné udat, že pro tuto cílovou skupinu pobytová sociální zařízení de facto absentují.“

⁷⁹ Podporované bydlení představuje podporu samostatného bydlení, a to formou terénní služby, poskytované v přirozeném prostředí uživatele. Služba je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností ve formě zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti apod.

c) Sociální rehabilitace/Case management

Službu případového vedení (case management) lze definovat jako dlouhodobou individuální a komplexní podporu klienta v prostředí komunity a to prostřednictvím konkrétního případového pracovníka – case managera nebo týmu case managerů. Lidé s duševní nemocí obvykle nemají dostatek informací o službách, které tvoří navazující podporu po jejich hospitalizaci na psychiatrii. Chybí dostatečně vybudovaný a funkční systém plánované koordinované péče přehledně vedené a řízené zodpovědnou osobou. V současné době je nedostatečná kapacita této služby. Protože case management zajišťuje návaznost jednotlivých služeb, jejich komplexnost a koordinaci, vede k ochraně klienta, měl by být klíčovým faktorem v systému plánovaných komunitních služeb.

d) Centra denních aktivit

Tato centra nabízejí možnost trávení volného času, navazování společenských vztahů, možnost zdokonalení pracovních a sociálních dovedností, pomáhají získávat právní informace. Mohou organizovat osvětové, informační anebo rekreační programy. Poptávka po centrech denních aktivit je ze strany pacientů a jejich blízkých vysoká, pomáhají jim vyrovnávat se se sociální izolací. Těchto center je však velký nedostatek a zároveň nejsou rovnoměrně rozmístěna. To vede k tomu, že vzhledem ke vzdálenosti a omezené kapacitě se stávají pro klienty nedostupnými.“

Tabulka 29: Dopady reformy psychiatrické péče na sociální služby v detailu osmi oblastí této reformy

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	Do oblasti „Tvorba standardů a metodik“ je zařazena také tvorba, resp. zajištění dostatečné datové a znalostní základny . NAPDZ ve specifickém cíli 5.2 předpokládá mapování potřeb pacientů/klientů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikaci potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Do sociálních služeb v tomto kontextu patří také chráněné bydlení a relevantní je celá skupina pobytových služeb; pro všechny tyto nástroje bude na místě získat data specifická pro skupinu osob s duševním onemocněním.
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	ANO	S ohledem na rozsah textu je tento bod zpracován v samostatné podkapitole (3.7.1).
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	
4	Destigmatizace a komunikace	ANO	CDZ mají kromě přímé práce s klienty zajišťovat také destigmatizační funkci, a to v rámci svých standardních

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			komunikačních aktivit (tzn. např. vůči orgánům územní samosprávy, zdravotním pojišťovnám, praktickým lékařům v regionu), ale současně – minimálně centra, která vznikají do roku 2023 s podporou z Operačního programu Zaměstnanost – mají mezi svými úkoly zařazeny také komunikační aktivity vůči široké veřejnosti v rámci svého regionu.
5	Vzdělávání a výzkum	ANO	S ohledem na rozsah textu je tento bod zpracován v samostatné podkapitole (3.7.2).
6	Legislativní změny	ANO	S ohledem na rozsah textu je tento bod zpracován v samostatné podkapitole (3.7.3).
7	Udržitelné financování	ANO	Přesun péče o osoby s duševním onemocněním z prostředí velkokapacitních psychiatrických nemocnic/léčeben do komunity nutně bude klást zvýšené nároky na kapacitu relevantních sociálních služeb. Reforma kromě toho předpokládá, že se díky CDZ podaří zachytávat do systému péče i osoby, které sice mají problém s duševním zdravím, nicméně nejsou v systému léčení/péče. Také tento cíl bude mít za následek vyšší nároky na kapacitu sociálních služeb. Z hlediska systémového jsou v oblasti „Udržitelného financování“ jakožto klíčové potřeby identifikovány: - Nutnost nastavit model systematického a udržitelného financování CDZ jako jednoho z pilířů CDZ;⁸⁰ - Zajistit dostatečné prostředky na financování sociálních služeb, které jsou nezbytné pro úspěšnou integraci osob propuštěných ze zdravotnických zařízení lůžkové psychiatrické péče (zejména v oblasti bydlení, pro podporu v integraci na trh práce, podporu v rovině sociální/vztahové aj.); s tím souvisí dlouhodobě identifikovaný problém nedostatečného financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb (kdy úhrada ze strany zdravotních pojišťoven dosahuje pouze malého podílu na skutečných nákladech na tyto služby); dlouhodobě diskutovaným řešením je platba paušální úhradou za klienta⁸¹.

⁸⁰ V pilotním provozu CDZ je financování těchto zařízení dvousložkové, zvlášť pro sociální a zvlášť pro zdravotní služby. Jedna z variant budoucího zařazení CDZ ovšem je i taková, že by centra získala právní subjektivitu (kterou prozatím nemají, právní subjektivitou disponují až 2 subjekty – poskytovatel zdravotní složky péče a poskytovatel sociální složky péče).

⁸¹ Studie „Návrh úprav systému financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb – certifikovaná metodika“, zpracovaná Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí, v.v.i. (VUPSV) uvádí na datech za rok 2014, že zdravotní pojišťovny zaplatily pouze 15 % ošetřujícími lékaři indikované a ošetrovatelským personálem poskytnuté péče. Dále specifikuje, že „na rozdíl od výkonové platby, která představuje mimořádně administrativně náročný systém (manipuluje se s velkým objemem dat, což je spojeno s relativně vysokou chybivostí), který svým způsobem „motivuje k nadprodukcí dodatečných výkonů“, hlavní předností „paušální úhrady za klienta“ je transparentnost, relativní pružnost a administrativní nenáročnost.“ Pro úplnost je na místě doplnit, že prostřednictvím paušální platby je hrazena i zdravotní péče na lůžkách dlouhodobé péče, na nichž jsou služby poskytovány pacientům, jejichž věková struktura, základní diagnózy a stupeň soběstačnosti v zásadě odpovídají klientům domovů pro seniory.

Č.	Oblast	Dopad	Specifikace dopadu
			- Obecněji lze jako cíl vymezit systémové nastavení financování multidisciplinárních týmů , kdy sociální služby jsou pouze jednou ze složek péče. ⁸²
8	Meziresortní spolupráce	ANO	Pro adekvátní a efektivní zajištění sociálních služeb je nezbytné, aby došlo ke spolupráci a koordinaci všech relevantních orgánů veřejné správy, konkrétně a nejintenzivněji mezi MZ a MPSV, specificky pro oblast sociálního bydlení také s MMR. Ve výhledu je na místě uvažovat o komplexní právní úpravě zdravotně sociálního pomezí . Ta by se však neměla týkat jen reformované péče o psychiatrické pacienty, ale měla by být koncipována obecněji ve prospěch všech osob znevýhodněných sociálně v důsledku zdravotního postižení. Reformu psychiatrické péče lze vnímat v širším kontextu jako příklad pro další oblasti na zdravotně sociálním pomezí. I když to není uvedeno v textu Strategie jako takové, v doprovodných materiálech a souvisejících textech se projevuje ambice, aby se komplexní úprava péče o osoby s duševním onemocněním stala příkladem/impulsem pro nastavení služeb pro širší okruh znevýhodněných osob, jejichž životní situace si vyžaduje intervence zdravotnického i sociálního charakteru.

3.7.1 Dopad oblasti Rozvoj sítě psychiatrické péče

Centra duševního zdraví

CDZ jsou od počátku konstituována jako zařízení, která působí na rozhraní zdravotních a sociálních služeb. Od počátku je standard provozu těchto center, co se týče personálních kapacit, definován tak, aby tým centra zahrnoval jak zdravotnické profese, tak sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Multidisciplinární přístup k péči o pacienta/klienta je definičním znakem těchto center.

Do roku 2023 je v plánu vznik 30 CDZ, do roku 2030 má být jejich síť navýšena na celkový počet 100. Každé z nich by mělo obsluhovat spádové území pro cca 100 000 obyvatel a v jeho týmu by mělo působit celkem 9 sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách⁸³.

⁸² Pro multidisciplinární tým platí obdobně to, co je uvedeno v předchozí odrážce. Efektivnímu fungování multidisciplinárních týmů by přispělo, pokud by financování bylo sdílené pro všechny složky poskytované péče (díky tomu by daný tým mohl každému klientovi přizpůsobit rozsah různých služeb podle jeho aktuálních potřeb; prostředky by tedy byly přelévány mezi zdravotní a sociální složkou dle potřeb klienta). Sdílení ve financování ovšem vyžaduje určité propojení také v oblasti plánování poskytovaných služeb a samozřejmě v systému zadávání úkolů zajistit určitý rozsah a typ služeb.

⁸³ V případě spádového regionu s menším počtem obyvatel nebo menším počtem registrovaných klientů/pacientů než 200 nesmí počet personálu pro sociální část péče klesnout pod 7. (Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ), publikovaný ve Věstníku MZ částka 5/2016). V roce 2017 vydalo MPSV Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví, v němž

Pobytové sociální služby (včetně chráněného bydlení)

NAPDZ ve své příloze č. 5 věnované instrumentu „příspěvek na péči“ v modelu předpokládá, že polovina z nových příjemců příspěvků na péči u III. a IV. stupně závislosti (tj. polovina ze skupiny osob s duševním onemocněním, u nichž autoři předpokládají, že by po úpravě kritérií po přiznání příspěvku pravděpodobně měli identifikovanou závislost na péči další osoby) by využívala pobytové sociální služby. Celkově model pracuje se skupinou nových příjemců o počtu 10 000 až 30 000, III. a IV. stupeň závislosti je odhadován u skupiny o velikosti v intervalu 1 800 až 17 400 osob.

Dále je relevantní, že nově vzniklá CDZ budou **zachytávat do péče osoby, které v dosavadním nastavení systému péče žádnou léčbu/služby nečerpají, ačkoli se potýkají s duševním onemocněním**. A tyto osoby, ač budou primárně zachyceny CDZ, budou velmi pravděpodobně usilovat o využívání **i jiných sociálních služeb (např. chráněné bydlení)**.

Do roku 2029 je v plánu (v NAPDZ) realizace 1 chráněného bydlení na každý region o velikosti (spádovosti) 100 000 obyvatel, celková kapacita všech těchto nových bydlení má být 800 lůžek.

Kvantifikované cíle opatření NAPDZ

NAPDZ obsahuje několik kvantifikovaných cílů v různých opatřeních. Některé z nich mohou posloužit jako odrazový můstek pro stanovení potenciálního dopadu reformy na sektoru sociálních služeb (v tom parametru, na který směřuje dané opatření). Přehled kvantifikovaných cílů relevantních pro sociální služby:

- Počet pacientů/klientů se SMI v péči CDZ v roce 2030 je minimálně 7 500, počet dětí s duševním onemocněním a pacientů/klientů s problematikou závislosti v péči multidisciplinárních týmů je minimálně 700 z každé cílové skupiny.
- Do roku 2030 je k dispozici cca 1 000 lůžek pro OL stratifikovaných dle úrovně rizikovitosti pacientů/klientů, regionálně rozložených, a 13 multidisciplinárních týmů v těsné spolupráci s lůžkovými zařízeními.

pro personál zajišťující sociální služby stanovuje následující: nejméně 4,0 úvazky při vzniku CDZ, dále pak min. 7 úvazků, standardní personální zajištění je 9,0 úvazku na 100 000 obyvatel.

Pozn.: Není zřejmé, zda je záměrem MZ budovat uvedený multidisciplinární tým z odborníků ve zdravotnictví disponujících sociální a zdravotní expertízou, nebo by mělo jít o obdobu CDZ, kdy sociální část péče probíhá jakožto sociální služba a je také financována ze zdrojů na sociální služby.⁸⁴

- Realizace 1 chráněného bydlení v každém regionu o spádovosti 100 000 obyvatel v roce 2029, v ČR celková kapacita 800 lůžek.

Pozn.: Není k dispozici standard/normativ, který by jednoznačně stanovoval optimální personální a materiálně-technické zabezpečení této sociální služby. Pro stanovení předpokládaných potřeb Zpracovatel vychází z parametrů vymezených expertním týmem sestaveným MPSV za účelem zpracování studie „Potenciální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb“. Experti ve své modelaci predikovali skupinové chráněné bydlení o maximální kapacitě 9 lůžek provozované na jedné adrese. Potřebné personální kapacity ze segmentu sociálních služeb pro takové bydlení jsou: a) pracovník v sociálních službách: 4,0 úvazky, b) sociální pracovník: 0,5 úvazku. Materiálně-technické zabezpečení: Každý z uživatelů má k dispozici samostatný pokoj (postel, skříň, stolek, židli); Maximálně 3 uživatelé využívají společný obývací pokoj, kuchyni (případně kuchyňský kout), toaletu a koupelnu. K dispozici musí být i prostory pro zázemí služby: a) zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, b) zázemí pro pracovníky v přímé práci.

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

Pozn.: Pro takto definovaný cíl je relevantní sociální služba „Podpora samostatného bydlení“, což je terénní služba poskytovaná v přirozeném prostředí uživatele (tj. v bydlení, které uživatel vlastní, nebo si jej pronajímá).

I v tomto případě pro stanovení předpokládaných potřeb Zpracovatel vychází z parametrů vymezených expertním týmem sestaveným MPSV za účelem

⁸⁴ Zákon č. 108/2006 Sb. upravuje poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních, a to jakožto oblast sociálních služeb (nikoli jako specifickou integrovanou zdravotně-sociální péči). Tato úprava v praxi pro zdravotnické zařízení nepřináší prospěch, znamená ovšem výraznou komplikaci v administrativní náročnosti. Léčebny pro dlouhodobě nemocné a psychiatrické léčebny této možnosti nevyužívají, poskytují pobytové služby (dlouhodobé hospitalizace) i jakožto náhradu za skutečnou pobytovou sociální službu, pokud jde o pacienty, kteří sice nepotřebují akutní lékařskou péči, nicméně k dispozici adekvátní bydlení (kombinované případně s další pomocí) pro fázi po propuštění ze zdravotního zařízení.

zpracování studie „Potenciální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb“. Experti ve své modelaci za optimální označili stav, kdy se každý pracovník věnuje 70 % své pracovní doby přímé práci s uživatelem, 20 % času věnuje cestám ke klientovi, 10 % z jeho času zůstává na ostatní činnosti. Na základě této úvahy tedy optimum vychází na 2,8 uživatelů na 1 úvazek pracovníka v přímé práci. Z oblasti materiálně-technického zajištění jsou nezbytné prostory pro zázemí terénní služby (zázemí pro vykonávání činností sociálního pracovníka včetně jednání se zájemci, zázemí pro pracovníky v přímé práci).

3.7.2 Dopad oblasti Vzdělávání a výzkum

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje v § 115 okruh pracovníků vykonávajících odbornou činnost v sociálních službách:

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Dále stanovuje, že při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem.

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Pracovník v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby spočívající např. v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, základní výchovnou nepedagogickou činností

spočívající např. v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, pečovatelskou činnost v domácnosti osoby a pak další činnosti pod dohledem sociálního pracovníka.

Zaměstnavatel je povinen zabezpečit jak sociálnímu pracovníku, tak pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci. Ale konkrétní požadavky na náplň vzdělávání nevyplývají z legislativy, v rámci organizací poskytovatelů služeb mohou být stanoveny interně.

Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví MPSV specificky do týmu poskytujícího sociální část služeb v CDZ zařazuje peer konzultanta (je stanoveno, že nejméně na 0,5 úvazku pracovníka v sociálních službách by měla zajišťovat osoba, která má vlastní zkušenost s onemocněním z okruhu SMI a jejíž zdravotní stav je stabilizovaný).

Reforma psychiatrické péče klade důraz na multidisciplinaritu péče. Pro pracovníky v sociální části péče v takovém týmu to – oproti klasickém provozu sociálních služeb – znamená být schopen porozumět optice/filosofii/přístupu pracovníků ve zdravotní složce péče. Každá skupina pracovníků má svou agendu, ale princip, kdy o klienta pečují společně, vyžaduje, aby měli povědomí o celkovém kontextu a byli schopní vnímat informace předávané z druhé části týmu a naopak poskytovali adekvátně součinnost a informace za svou část péče. **Multidisciplinarita tedy přináší nároky na kompetence sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách a vyvolává tak potřebu jejich vzdělávání** (přičemž vzděláváním není myšleno pouze předávání znalostí, ale jde o porozumění smyslu zavádění multidisciplinárních týmů, vyšší míra akceptace jiného profesního přístupu či backgroundu apod.).

Pro multidisciplinární tým se jako účelné jeví **koordinovat vzdělávání pracovníků v sociálním segmentu péče se vzděláváním pro pracovníky zajišťujícími zdravotní složku péče**. Podstatné je, aby bylo zajištěno, že se díky vzdělávání zmenší bariéry v komunikaci/spolupráci, které mezi nimi existují přirozeně z důvodu odlišného vzdělání a odlišné profesní praxe obou skupin. Pokud by vzdělávání probíhalo nekoordinovaně, hrozí, že se bariéry pouze potvrdí (či dokonce posílí).

3.7.3 Dopad oblasti Legislativní změny

NAPDZ vymezuje několik opatření/cílů relevantních pro oblast „Legislativní změny“.

Posuzování příspěvku na péči

NADZP definuje pro MPSV v opatření 2.1.3 (**Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči**) tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči) úkol zpracovat analýzu fungování příspěvku na péči ve vztahu k cílové skupině (právní úprava, její aplikace v praxi) a v případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak **navrhnout změnu právní úpravy (zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách)** či změnu metodických postupů (aktů řízení). Součástí úkolu je i zavedení časového limitu pro administraci příspěvku na péči. Termín pro plnění byl stanoven do 1/2023.

Centra duševního zdraví

NAPDZ vymezuje v opatření 4.1.1 (**Ukotvit multidisciplinární týmy pro všechny cílové skupiny (Centra duševního zdraví) v relevantních zákonech**, tj. zákon č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb., a v prováděcích právních předpisech, včetně personálního obsazení, sdílení informací, zodpovědnosti jednotlivých zaměstnanců, vzdělávání a úhrad.

Termín pro plnění je vymezen následovně: Účinnost zákonů k ukotvení CDZ pro osoby se závažným duševním onemocněním v zákoně č. 372/2011 Sb. a č. 108/2006 Sb. od 12/2020 a prováděcích předpisů následně do 6/2021, ukotvení ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. v zákonech s účinností od 1/2026.⁸⁵

⁸⁵ MZ na svých webových stránkách informuje, že návrh novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, obsahující vymezené změny bude vládě předložen ve 2. čtvrtletí 2020. Novela zákona č. 108/2006, o sociálních službách, která je aktuálně ze strany MPSV připravována, v dosud zveřejněné verzi konkrétně CDZ neupravuje. Informace o jiné novele tohoto zákona nejsou Zpracovateli známy.

Obecně lze v tomto kontextu úkoly v legislativní oblasti vymezit jakožto:

- vytvoření základny pro společné poskytování zdravotních a sociálních služeb a jejich financování;
- zakotvení konkrétních závazků v oblasti péče o zachování a upevňování duševního zdraví, a to zejména na komunitní (municipální a regionální) úrovni;
- „legalizace“ CDZ jako multidisciplinární zdravotně-sociální služby se specifickými materiálně-technickými a personálními standardy a zakotvení kompetencí v rámci státní a regionální odpovědnosti za dostupnost CDZ.

Odborné články související s tématem dále identifikují následující problémové body pro oblast legislativy (a představují tak okruhy pro budoucí legislativní řešení, resp. úpravy):

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nezná „asertivní přístup“ a proces získávání klienta (klientem se osoba stává až po podpisu smlouvy). V důsledku toho čas věnovaný získávání klienta není hrazen.
- Pravidla o ochraně osobních údajů představují komplikaci pro získávání informací o potencionálních klientech, včetně hospitalizovaných či propouštěných pacientech.
- Pravidla o ochraně osobních údajů jsou bariérou pro sdílení informací o pacientech/klientech mezi zdravotní složkou a sociální složkou péče v multidisciplinárních týmech.

Peer konzultanti

NADZP definuje v opatření 4.4.2 (**Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví**, včetně úpravy legislativy a zajištění financování) úkol, aby byla ustavena pracovní skupina ze zástupců existující pracovní skupiny ke vzdělávání na MZ (projekty reformy psychiatrické péče), zástupců uživatelských organizací a organizací neformálních pečovatелů a zástupců relevantních odborů MZ a MPSV. Výstupem činnosti pracovní skupiny má být zpracování návrhu vzdělání peer konzultanta. Jako navazující úkol je pak také pro MPSV vymezeno: Zpracování návrhu úpravy zákona č. 108/2006 Sb. a č. 372/2011 Sb. a zákonů č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb. a jejich prováděcích právních předpisů ve vztahu k peer konzultantům. Termín pro splnění úkol byl stanoven na 1/2023.

3.8 Sumarizace části II analýzy

Schéma 4: Identifikace potenciálních dopadů osmi oblastí reformy psychiatrické péče na vybrané části sociálního zabezpečení

Č.	Oblast	Invalidní důchody	Nemocenské	Politika zaměstnanosti	LPS	Příspěvek na bydlení	Dávky v hmotné nouzi	Příspěvek na mobilitu	Příspěvek na péči	Sociální služby
1	Tvorba standardů a metodik	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
2	Rozvoj sítě psychiatrické péče	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO
3	Humanizace psychiatrické péče	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
4	Destigmatizace a komunikace	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO
5	Vzdělávání a výzkum	NEPŘÍMÝ	NE	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NE	NE	NE	NEPŘÍMÝ	ANO
6	Legislativní změny	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	NEPŘÍMÝ	ANO	ANO
7	Udržitelné financování	ANO	NEPŘÍMÝ	ANO	NEPŘÍMÝ	NE	NE	NE	ANO	ANO
8	Meziresortní spolupráce	ANO	NE	NE	ANO	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	NEPŘÍMÝ	ANO	ANO

4 Opatření pro další realizaci Reformy

Opatření specifikovaná dále v textu vycházejí z cílového stavu Reformy. Tím je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a podpořit jejich život v přirozené komunitě a sociální začlenění do přirozené společnosti. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním. Motivem Reformy je proto důraz na uplatňování a prosazování jejich práv takovým způsobem, jak je definováno především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, je restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči a také změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči. Cílem je rozmanitost a dostupnost služeb, které zajišťují naplňování potřeb lidí s vážným duševním onemocněním z pohledu celostního, tzn. s ohledem na zajištění potřeb v oblasti zdraví, sociální, kulturní, vzdělání, zaměstnání, bydlení apod. Péče je realizována co nejblíže místu bydliště, duševně nemocní mají přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí a dalším podpůrným komunitním službám. Služby jsou orientovány na podporu zotavení, neposilují závislosti na vnější pomoci. Všechny kroky vedou ke zvyšování kvality života lidí s duševním onemocněním s důrazem na uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv a povinností.

Výrazným prvkem Reformy je, že by v každém spádovém území v rozmezí 60 – 140 tis. obyvatel měly fungovat multidisciplinární týmy, které se postupně stanou klíčovým hráčem – koordinátorem sítě služeb pro osoby s duševním onemocněním. Měly by plnit roli vstupní brány pro hospitalizaci a přebírat úlohu následné péče ve svém spádovém území. Jimi poskytované služby by měly být maximálně flexibilní, individualizované, co nejblíže přirozenému prostředí lidí s vážným duševním onemocněním (SMI). Při své činnosti by měly uplatňovat case management. Činnost týmů by v cílovém stavu měla zohledňovat negativní dopady duševní nemoci na schopnost reálného náhledu vlastní situace klienta (tj. zajišťují asertivní vyhledávání osob, které nejsou v kontaktu se službami, vlivem duševní nemoci se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, mohou ohrožovat sebe nebo své okolí; opakovaně kontaktují tyto osoby s cílem navázat kontakt a zajistit adekvátní péči; spolupracují se sociální sítí těchto osob za účelem zabezpečení základních potřeb a bezpečného soužití v komunitě). Tato centra by měla zajišťovat také včasnou intervenci jako pomoc lidem, u kterých se rozvíjí duševní onemocnění nebo se již projevilo prvními symptomy.

Týmy by měly podporovat proces zotavení klienta/pacienta (nesleduje se pouze odstranění symptomů onemocnění, ale jde o obnovení běžných sociálních rolí a prožívání smysluplného života v kontextu osobního příběhu klienta/pacienta).

Na základě částí I a II analýzy navrhl Zpracovatel doporučení k části Reformy psychiatrické péče v gesci MPSV. Doporučení jsou rozdělena podle oblastí realizace a jsou zaměřena na zvýšení připravenosti systému sociálního zabezpečení a politiky zaměstnanosti na změny vycházející z Reformy. Doporučení jsou označena stupněm významnosti, detail této škály popisuje následující tabulka.

Tabulka 30: Škála významnosti doporučení

Stupeň škály	Charakteristika škály významnosti
Vysoká	Vysokou významnost nesou doporučení, která mají přímou vazbu na některý z následujících klíčových stavebních parametrů Reformy: a) Přímé zlepšení socioekonomické situace osob s duševním onemocněním prostřednictvím sociální pojištění (invalidních důchodů) nebo sociální pomoci (příspěvku na péči), které má být implementováno na základě NAPDZ; b) Přímé pomoci osobám s duševním onemocněním změnami, které mají potenciál zlepšit jejich uplatnění na trhu práce; c) Posilování sítě komunitních služeb, které Reformy plánuje zajistit do roku 2030 (tj. posilovat síť CDZ pro osoby se SMI, pro dětské klienty a pro osoby s problematikou závislosti, budování systému dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě), které má být implementováno na základě NAPDZ; d) Řídící procesy implementace Reformy včetně posílení dostupnosti dat nezbytných pro další kroky Reformy.
Střední	Střední významnost nesou doporučení, která: a) Mají přímou vazbu na NAPDZ, nicméně nepatří do škály s vysokou významností (viz výše); b) Jsou z oblasti „Meziresortní spolupráce“; c) Mají vazbu na přímé zlepšení socioekonomické situace osob s duševním onemocněním, které není vymezeno v NAPDZ (příspěvky na mobilitu, resp. úprava metodiky přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P); d) Mají vazbu na přímou pomoc rodinám či blízkým osobám s duševním onemocněním tak, aby snáze kombinovali roli pečující osoby a své uplatnění na trhu práce; e) Intervence, které mají potenciál zlepšit kvalitu péče, kterou poskytují pracovníci ve službách (např. díky vzdělávání v tématech jako case management), včetně peer konzultantů a také neformálně pečující osoby.
Nízká	Nízká významnost je v textu níže identifikována u všech doporučení, u nichž nebyly naplněny parametry pro vysokou, ani nízkou míru významnosti.

Zdroj: Vlastní zpracování.

4.1 Oblast 1: Řízení a koordinace části Reformy v gesci MPSV

Doporučení 1.1: Ustavit v rámci MPSV řídicí strukturu pro zajištění části Reformy, které jsou v gesci MPSV, posílit řízení a kontrolu plnění opatření Reformy.

Specifikace: Zpracovatel doporučuje převzít model řízení, který využívá MZ pro řízení Reformy jako celku. Důležité je definovat role jednotlivých subjektů, včetně zodpovědnosti jednotlivých participantů implementace a vymezení rozhodovacích pravomoci Zpracovatelem doporučeno je následující:

- 1) Ustanovit, že nositelem Reformy v gesci MPSV je statutární zástupce, tj. ministryně práce a sociálních věcí.
- 2) Ustanovit gestora reformy v gesci MPSV na úrovni náměstka/náměstkyně.
- 3) Ustanovit Řídicí výbor Reformy v gesci MPSV, který bude mít odpovědnost za tvorbu a naplňování části Reformy v gesci MPSV. Výbor bude dohlížet na celkový průběh implementace, proces řízení rizik a schvalovat případné změny původní koncepce. Členy Řídicího výboru by měli být vedoucí pracovníci útvarů MPSV, jejichž zapojení je pro implementaci reformy relevantní (tj. odboru sociálních služeb a sociální práce, sekce zaměstnanosti, sekce podpory rodiny, zástupce ÚP ČR, zástupce ČSSZ, příp. mohou být zapojeny také útvary odpovědné za IT či legislativu), případně mohou být členy jiné osoby určené uvedenými vedoucími pracovníky.
- 4) Jmenovat Odbornou radu Reformy v gesci MPSV, která bude zajišťovat zpětnou vazbu ke krokům MPSV, a to díky zapojení zástupců relevantních stakeholderů (poskytovatelé sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním, zástupce územně samosprávných celků, reprezentanti klientů – uživatelů soc. služeb).
- 5) Vymezit výkonnou úroveň implementace části reformy v gesci MPSV až do úrovně jednotlivých pracovníků (tj. stanovit garanty jednotlivých úkolů).

Pro všechny prvky řídicí struktury je třeba stanovit harmonogram působení a konkrétní očekávané výstupy (včetně termínů pro tyto výstupy). Plány musí být konkrétní a kontrolované. Plánovací/řídicí cyklus je kromě nastavení na počátku nutné udržovat kontinuálně v chodu aktualizacemi (viz kroky: mapování – plánování – realizace – vyhodnocení – opět mapování a nové plánování atd.) Tj. je nutné průběžně hodnotit

dosavadní průběh implementace části Reformy v gesci MPSV a výsledky využít pro další rozhodovací a řídicí procesy, úpravy strategie a postupů.

Řízení části Reformy v gesci MPSV musí být propojeno s řízením Reformy jako celku (viz struktury, které zajišťuje MZ, a také Rada vlády pro duševní zdraví).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Nastavení implementace a průběžné vyhodnocování naplňování jednotlivých fází je nezbytná podmínka úspěšné implementace jakékoli politiky, resp. v tomto případě jakékoli reformy politiky⁸⁶ (nedostatečně definovaná odpovědnost za realizaci kroků strategie zvyšuje riziko problémů v implementaci).

Významnost: Vysoká.

Náklady: Činnosti hrazené v rámci standardní agendy (nové pracovní pozice viz doporučení 1.2), náklady na zajištění jednání včetně Odborné rady hrazené v rámci stávajících prostředků resortu.

Doporučení 1.2: Posilovat personální kapacity na výkonné úrovni implementace části Reformy v gesci MPSV.

Specifikace: Personálně zajistit výkonnou úroveň implementace části Reformy v gesci MPSV v rozsahu 3,0 pracovních úvazků a v každé sekci MPSV stanovit kontaktního pracovníka pro tuto oblast.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Dostatečné personální zajištění je základem úspěšné implementace reformy a minimalizace rizik v jejím průběhu. V současné době je implementace části reformy v gesci MPSV personálně zajištěna v rozsahu pouze 0,6 pracovního úvazku.

Významnost: Vysoká.

⁸⁶ Viz např. MMR. Metodika přípravy veřejných strategií, 2012 (dostupné online: <https://www.mmr.cz/getmedia/4ebb3cc7-6f5c-4f37-ad1f-97054a212483/metodika-pripravy-verejnych-strategii-listopad-2012.pdf>).

Náklady: V závislosti na zařazení nových pracovních pozic do platové třídy; Medián hrubé mzdy odborného pracovníka v oblasti správy školství, kultury a zdravotnictví⁸⁷ byl v roce 2019 celkem 43 493 Kč. Při zohlednění nárůstu mezd úředníků v roce 2020, počtu 3 pracovních pozic a s připočtením odvodů zaměstnavatele představuje předpokládaný náklad za rok 2020 částku cca 1,8 mil tis. Kč.⁸⁸

Doporučení 1.3: Posilovat odborné kapacity klíčových pracovníků MPSV.

Specifikace: Realizovat výměnné stáže tvůrců veřejných politik a dalších odborníků MPSV v zahraničí s cílem zajistit transfer dobrých praxí a know-how ze zahraničí.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Dostatečná odbornost pracovníků klíčových pro procesy Reformy snižuje riziko problémů v implementaci; znalost dobré praxe zvyšuje pravděpodobnost, že se tito nositelé úkolů snadněji vyrovnají s neočekávanými problémy a bariérami implementace Reformy.

Významnost: Nízká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

4.2 Oblast 2: Datová základna

Doporučení 2.1: Spolupracovat na propojení dat z agendy MPSV týkající se osob s duševním onemocněním s datovou základnou ÚZIS.

Specifikace: Analyzovat současné prostředí sběru a zpracování dat a definovat požadovanou strukturu a rozsah sledovaných dat. Na základě analýzy navrhnout multicentrický systém sběru a zpracování dat, kompatibilní se stávající IT

⁸⁷ Využita položka „33437 Odborní pracovníci v oblasti správy školství, kultury a zdravotnictví“ z údajů ISPV za platovou sféru za rok 2019. Kromě osobních nákladů posílení personálních kapacit přináší související provozní náklady (náklady na pracovní místo, pracovní pomůcky apod.)

⁸⁸ Částka pro další kalendářní roky závisí na růstu platů v budoucích obdobích.

infrastrukturou MPSV a MZ, resp. ÚZIS. Propojení umožní eliminovat dvojkolejnost systému, sníží roztříštěnost datových poznatků o této cílové skupině a bude představovat systémovou podporu pro zdravotní i sociální oblast.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Propojení dat je základem pro zamezení jejich duplicity a pro vytvoření úplné datové základny. Vzhledem k tomu, že resorty využívají různé systémy, je nutné v první fázi (v rámci monitoringu) zhodnotit možnosti jejich propojení. Důležité je nastavení průběžného systému sběru dat z obou oblastí a jejich vyhodnocování, které bude základem pro další postupy a metody implementace Reformy psychiatrické péče (evidence-based přístup). Datovou základnou v oblasti péče o duševní zdraví se v současné době zabývá ÚZIS, který zpracovává data ze zdravotní oblasti, z oblasti sociální operuje pouze vybranými údaji týkajícími se CDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (způsobu analýzy kompatibility IT systémů, výsledků této analýzy a rozsahu rozvojových požadavků, které budou realizovány).

Doporučení 2.2: Zkvalitnit datovou základnu resortu MPSV v kontextu péče o osoby s duševním onemocněním.

Specifikace: Kvalitní datové zdroje jsou nezbytné pro řízení části Reformy v gesci MPSV (viz doporučení 1.1). Důležité je nastavení průběžného systému sběru a jejich vyhodnocování, které bude základem pro další postupy a metody implementace Reformy psychiatrické péče (evidence-based přístup). Konkrétní potřeby v oblasti datových zdrojů obsahují tato podopatření:

- 1) Přebírat od MZ údaje o výsledcích a dopadech pilotních provozů CDZ, resp. obecně všech forem fungování multidisciplinární péče na sociálně-zdravotním pomezí pro osoby s duševním onemocněním a analyzovat fungování/zajišťování sociální složky této péče.
- 2) Sestavit mapu datových a analytických výstupů projektů implementujících Reformu, které realizuje MZ, a to včetně dosud nezpracovaných (dle zaměření a termínu vzniku) a využívat je v implementaci části Reformy v gesci MPSV.

- 3) V případě datových a analytických výstupů projektů implementujících Reformu, které realizuje MZ, jejichž zacílení dosud nebylo finalizováno, zajistit spoluprací s MZ takovou formulaci podoby výstupu, aby byla maximálně využitelná také pro potřeby MPSV.
- 4) Nastavit mechanismus pravidelných šetření efektivnosti nákladů na zajištění péče o osoby s duševním onemocněním, přičemž měření nákladů by mělo být propojeno také s měřením vnímání kvality péče ze strany klientů a jejich blízkých (viz také doporučení pro Oblast „Sociální služby – Klientský přístup).
- 5) Nastavit mechanismus pravidelných šetření mapujících situaci osob s duševním onemocněním na trhu práce a její příčiny (tj. určit subjekt odpovědný za zajištění šetření a stanovit metodu sběru dat).
- 6) Ve spolupráci s kraji nastavit mechanismus pravidelných šetření mapujících situaci a potřeby osob s duševním onemocněním v oblasti bydlení (tj. určit subjekt odpovědný za zajištění šetření a stanovit metodu sběru dat).
- 7) Nastavit mechanismus pravidelných šetření mapujících ekonomickou situaci osob s duševním onemocněním, včetně vyhodnocení, do jaké míry by příjmy osob bylo využitelné posílit prostřednictvím příspěvků na mobilitu (tj. určit subjekt odpovědný za zajištění šetření a stanovit metodu sběru dat).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Doporučení, resp. podopatření Zpracovatel definoval na základě zjištěné míry nedostupnosti dat pro oblast péče o osoby s duševním onemocněním (více viz kap. 5.1 této analýzy). Zjišťování údajů o vnímání kvality péče/služeb ze strany klientů a jejich blízkých souvisí s principem zakotveným ve filosofii Reformy, který lze charakterizovat jako změnu klienta z „objektu péče“ na „subjekt péče“.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů, zejména na rozhodnutí o způsobu a rozsahu implementace doporučení.

4.3 Oblast 3: Meziresortní spolupráce

Doporučení 3.1: Zajistit kontinuitu fungování regionálních koordinátorů propojujících zdravotní a sociální služby na úrovni krajů.

Specifikace: Ve spolupráci s MZ a kraji vytvořit systém, v rámci kterého budou regionální koordinátoři Reformy, kteří mají v krajích na starosti koordinaci zdravotních a sociálních služeb, vykonávat svou činnost i po dokončení realizace projektu Deinstitutionalizace služeb pro osoby s duševním onemocněním. V rámci uvedeného projektu jsou tyto pracovníci zaměstnanci MZ a osobní náklady na tyto pozice jsou financovány v rámci projektu. Materiálně-technické zázemí pro jejich činnost, zejména pro pořádání akcí (setkávání pracovních skupin apod.) zajišťují jednotlivé kraje. Budoucí fungování těchto koordinátorů může být zajištěno nadále jejich zaměstnáváním na MZ, příp. mohou působit pod MPSV (z důvodu, že působí v oblasti zdravotně-sociálního pomezí), nebo mohou být zaměstnanci kraje. Konkrétní nastavení je vhodné rozhodnout v součinnosti MPSV, MZ a krajů. Výhodou zaměstnání na úrovni MZ či MPSV je silnější vazba krajského koordinátora na řízení Reformy jako takové a omezení rizika odlišného způsobu výkonu činnosti mezi jednotlivými kraji; výhodou zařazení koordinátora mezi zaměstnance kraje je jednoznačné zařazení agendy mezi činnosti zajišťované krajem.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Doporučení vychází z pozitivních zkušeností krajů s fungováním pozice regionálního koordinátora; jedná se o opatření, které reálně přispívá k lepší kvalitě služeb na sociálně zdravotním pomezí. Jedná se o propojení mezi zdravotními a sociálními službami, aby nedocházelo k transinstitutionalizaci.⁸⁹ Pozice je také prevencí krizových situací, které jsou nákladnější a systém poskytování péče více zatěžují.

Významnost: Střední.

Náklady: V závislosti na tom, zda bude koordinátor zaměstnancem MZ, resp. MPSV, či kraje, se mění předpokládané potřeby na financování osobních nákladů. Medián

⁸⁹ Transinstitutionalizace je fenomén, kdy pacienti, kteří byli propuštěni ze zařízení poskytujícího psychiatrickou péči v lůžkové formě, kvůli tomu, že nemají dostatečnou podporu v komunitě, resp. služby v komunitě/území pro ně nejsou adekvátně připravené, končí v jiné instituci (např. opět v psychiatrické nemocnici).

hrubé mzdy odborného pracovníka v oblasti správy zdravotnictví⁹⁰ byl v roce 2019 celkem 43 493 Kč. Při zohlednění nárůstu mezd úředníků v roce 2020, počtu 14 krajských koordinátorů a s připočtením odvodů zaměstnavatele představuje předpokládaný náklad za rok 2020 částku cca 8,2 mil. Kč.⁹¹

Doporučení 3.2: Posílit spolupráci s veřejným ochráncem práv.

Specifikace: Spolupráce s veřejným ochráncem práv může probíhat na několika platformách, z nichž zpracovatel doporučuje jednu z následujících dvou možností:

- 1) Vytvoření meziresortní pracovní skupiny se zástupci MPSV, MZ a Kanceláře veřejného ochránce práv, která by se scházela čtvrtletně a která by se zabývala podněty vyplývajícími z činnosti veřejného ochránce práv s cílem jejich využití pro systematická řešení při implementaci reformy.
- 2) Zahájení realizace samostatného společného projektu na podporu naplňování Reformy ve spolupráci veřejného ochránce práv a MPSV s cílem nastavení spolupráce a využívání podnětů vyplývajících z činnosti veřejného ochránce práv.⁹²

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Veřejný ochránce práv se stal od 1. 1. 2018 monitorovacím orgánem podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením. Jeho opatření jsou realizována mimo jiné také v oblasti služeb pro osoby s duševním onemocněním, vycházejí ze skutečných situací těchto osob a mohou výrazně přispět k implementaci opatření Reformy.⁹³

⁹⁰ Využita položka „33437 Odborní pracovníci v oblasti správy školství, kultury a zdravotnictví“ z údajů ISPV za platovou sféru za rok 2019.

⁹¹ Částka pro další kalendářní roky závisí na růstu platů v budoucích obdobích. Kromě osobních nákladů přináší zaměstnání koordinátorů související provozní náklady (náklady na pracovní místo, pracovní pomůcky apod.)

⁹² Kancelář veřejného ochránce práv se standardně podílí na několika projektech v oblastech, které jsou předmětem její činnosti. Více viz <https://www.ochrance.cz/kancelar-vop/projekty-spoluprace/>.

⁹³ Příkladem je doporučení směrem k ČSSZ ve věci určení data vzniku invalidity pro přiznání invalidního důchodu, které by mělo vycházet z vývoje zdravotního stavu žadatele. ČSSZ v reakci na toto doporučení změnila metodiku. Určení data vzniku invalidity se již nebude odvíjet od data, které je uvedeno v žádosti o invalidní důchod, ale bude se určovat podle skutečného vývoje zdravotního stavu. Tento přístup vyřeší situace, kdy se u některých osob onemocnění vyvíjelo dlouhodobě a neumožnilo zapojení žadatele o invalidní důchod na trhu práce. V tomto starším náhledu období pro zjištění doby pojištění zahrnovalo dobu, kdy žadatel už nebyl schopen pracovat, a v důsledku toho byl jemu přiznaný invalidní důchod nízký, nebo nebyl přiznán vůbec.

Významnost: Střední.

Náklady: Činnosti pracovní skupiny hrazené v rámci standardní agendy. Náklady na přípravu a realizaci projektu nelze stanovit, odvíjí se od charakteru a rozsahu (věcného i časového) aktivit, které by v projektu byly realizovány.

4.4 Oblast 4: Komunikace a destigmatizace

Doporučení 4.1: Komunikovat Reformu směrem k veřejnosti.

Specifikace: Komunikovat Reformu směrem k veřejnosti ze strany MPSV jako klíčového aktéra implementace. Pro úspěšnou implementaci Reformy je důležité, aby motivy a cíle Reformy byly srozumitelné a akceptované napříč zapojenými subjekty i širokou veřejností. MZ v rámci projektů implementujících reformu vykonalo řadu školení a dalších komunikačních aktivit vůči poskytovatelům zdravotních služeb, zástupcům zdravotních pojišťoven, krajům aj. MPSV by mělo navázat a doplnit komunikační aktivity MPSV tím, že bude komunikovat o motivech a cílech Reformy, a to primárně v rámci MPSV, včetně sekcí věnujících se jiným agendám, a jím řízených organizací, vůči poskytovatelům sociálních služeb, uživatelům sociálních služeb (včetně jejich rodin či jiných neformálně pečujících), obcím a krajům, poskytovatelům návazných služeb, další odborné veřejnosti a laické veřejnosti. Zpracovatel doporučuje do palety komunikačních opatření zařadit také kroky vůči poskytovatelům sociálních služeb, kteří se věnují jiným cílovým skupinám (např. domovy pro seniory, které mohou mít obavy přijmout člověka s duševním onemocněním, nízkoprahová zařízení jako jsou azylové domy, noclehárny, denní centra). Cílem informování není pouze zajištění informací, jeho role je též přispívat ke sdílení hodnot.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Doporučení vychází z rozhovorů s relevantními stakeholdery (ÚSC, poskytovatelé sociálních služeb).

Významnost: Střední.

Náklady: Implementace doporučení může mít podobu začlenění vnímání důležitosti Reformy do obvyklých komunikačních nástrojů (např. tisková zpráva, facebook, twitter,

youtube, dopis/e-mail adresovaný poskytovatelům sociálních služeb, leták pro veřejnost. V tomto rozsahu by potřebné činnosti byly hrazené v rámci standardní agendy.

Doporučení 4.2: Realizovat destigmatizační aktivity zacílené na pracovníky MPSV, ČSSZ, ÚP ČR a doprovodit je zpracováním srozumitelných informačních materiálů v písemné podobě pro osoby s duševním onemocněním na témata situací, kvůli nimž klient přichází do kontaktu s daným úřadem.

Specifikace: Zajistit destigmatizační aktivity (zejména vzdělávací akce) zacílené na pracovníky MPSV, ČSSZ, ÚP ČR, kteří v rámci své práce pracují s osobami s duševním onemocněním či se věnují (i jen částečně) tématu služeb pro osoby s duševním onemocněním. Současně vypracovat srozumitelné a dostupné informační materiály v písemné podobě pro osoby s duševním onemocněním, které budou k dispozici na kontaktních pracovištích úřadů pro řešení jednotlivých životních situací.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz cíle Reformy; stigmatizace je bariérou integrace⁹⁴, Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020⁹⁵.

Významnost: Střední.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

⁹⁴ Winkler P., Csémy L., Janoušková M., Bankovská Motlová L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. In Psychiatrie. 2014, 18(2), strana 54–59 (dostupné online: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf).

⁹⁵ Viz opatření (úkol) č. 2.4 (Provádět destigmatizační osvětu zaměřenou na negativní postoje české společnosti vůči osobám s duševním onemocněním), pro který Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 jako gestory stanovuje také MPSV.

Doporučení 4.3: Podporovat (odborně, finančně) realizaci destigmatizačních aktivit realizovaných poskytovateli sociálních služeb.

Specifikace: Podporovat (odborně, finančně) realizaci destigmatizačních aktivit realizovaných poskytovateli sociálních služeb (např. kulturních událostí a osvětových akcí, přednášek, besed, prezentací činnosti), což zahrnuje také podporu svépomocných aktivit a posílení empowermentu a zapojení osob s duševním onemocněním do Reformy.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz cíle Reformy; stigmatizace je bariérou integrace⁹⁶.

Významnost: Střední.

Náklady: Odborná podpora by byla zajištěna v rámci standardní agendy (viz také nové pracovní pozice v rámci doporučení 1.2). Finanční podporou se rozumí dotace na zajištění destigmatizačních aktivit; výše částky na dotační titul závisí na počtu zapojených organizací a rozsahu podpořených akcí (při podpoře 3 poskytovatelů v každém kraji a rozpočtu akcí/kampaně 100 tis. Kč na poskytovatele dosahují náklady 4,2 mil. Kč za rok).

4.5 Oblast 5: Sociální pojištění – invalidní důchody

Doporučení 5.1: Analyzovat posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a návazně změnit metodiku tohoto posuzování a implementovat změnu do praxe.

Specifikace: Zpracovat analýzu k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, zpracovat návrh právní úpravy a metodiky k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a implementovat ho do praxe. Cílem nové metodiky (guidelines) je, aby odpovědní pracovníci byli vyškoleni v posuzování sociálního

⁹⁶ Tamtéž.

a zdravotního fungování osoby s duševním onemocněním a aby došlo ke snížení regionálních rozdílů v posuzování, nikoliv však formou závazné přísné schematizace, ale doporučenými postupy s ponecháním prostoru pro rozhodování lékaře podle specifik konkrétních situací.

Vazba na NAPDZ: Částečně SC 2.1, opatření 2.1.2; viz kap. 2.4 této analýzy.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Analýza 1/2021, schválení případné právní úpravy 1/2025 a publikace metodiky 1/2026.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Analýza 200 tis. Kč; zpracování guidelines může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy, predikce finančního dopadu změn v metodice na samotnou výši vyplácených invalidních důchodů viz doporučení 5.2 a kap. 4.12.1 této analýzy.

Doporučení 5.2: Uzpůsobit proces posuzování invalidity u osob s duševním onemocněním specifikům této cílové skupiny.

Specifikace: Uzpůsobit proces posuzování invalidity prostřednictvím následujících opatření:

- a) rozšíření komise lékařské posudkové služby o ošetřujícího lékaře (psychiatra) a sociálního pracovníka,
- b) zohlednění sociální situace klienta,
- c) objektivizace časového průběhu nemoci,
- d) změna způsobu jednání s klientem.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.2.1.3, 0 a 3.2.1 této analýzy.

Významnost: Střední.

Náklady: Finanční dopad změn v procesu posuzování invalidity vychází ze změny poměru stupňů přiznané invalidity na 20 % (1. stupeň) : 60 % (2. stupeň) : 20 % (3.

stupeň)⁹⁷ a představuje navýšení výdajů na nově přiznané invalidní důchody ve srovnání s rokem 2018 ve výši 51,2 mil. Kč ročně. Ve variantě zahrnující kromě změny poměru stupňů invalidních důchodů také nárůst počtu nově přiznaných důchodů pro diagnózy duševních onemocnění o 15 % oproti roku 2018 (na 32 tis. ročně) se jedná o navýšení výdajů na nově přiznané invalidní důchody ve výši 469,4 mil. Kč ročně, naopak při snížení počtu nově přiznaných invalidních důchodů o 15 % oproti roku 2018 (na 23,7 tis. ročně) se jedná o snížení výdajů na nově přiznané invalidní důchody ve výši 366,7 mil. Kč ročně. Více viz kap. 4.12.1 této analýzy.

Doporučení 5.3: Posílit odborné vzdělávání pracovníků LPS ve specifických duševního onemocnění.

Specifikace: Zajistit odborné vzdělávání lékařů a asistentů LPS ve třech základních oblastech:

- a) medicínské znalosti v oblasti diagnostiky, léčby a rehabilitace duševních poruch (kurzy pořádané Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), popřípadě vytvořit speciální kurz na míru PLS ve spolupráci s MZ, IPVZ, lékařskými fakultami apod.)
- b) sociální souvislosti duševních onemocnění (interní kurz, popřípadě pořádaný externím subjektem),
- c) přístup k pacientovi s duševním onemocněním (interní kurz, popřípadě kurz pořádaný externím subjektem).

Zajistit odborné vzdělávání ostatních pracovníků LPS ve třech základních oblastech:

- a) sociální souvislosti duševních onemocnění (interní kurz, popřípadě pořádaný externím subjektem),
- b) přístup k pacientovi s duševním onemocněním (interní kurz, popřípadě kurz pořádaný externím subjektem).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.4 této analýzy.

⁹⁷ V roce 2018 bylo nově přiznáno 27 849 invalidních důchodů z důvodu duševních onemocnění v poměru 55 % (1. stupeň) : 16 % (2. stupeň) : 29 % (3. stupeň).

Významnost: Nízká

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

Doporučení 5.4: Zajistit dostatečné personální kapacity LPS.

Specifikace: Zajistit dostatečný počet lékařů a dalších pracovníků LPS, a to:

- a) navýšením ohodnocení lékařů a dalších pracovníků LPS,
- b) zvýšením prestiže oboru posudkového lékařství (iniciace přednášek a kurzů ve spolupráci s lékařskými fakultami a IPVZ apod.).

Vazba na NAPDZ: NE

Významnost: Nízká

Odůvodnění: Personální kapacity LPS jsou silně poddimenzované.⁹⁸

Náklady: Stanovení finančního dopadu doporučení je odvislé od příliš velkého množství proměnných. Vzhledem k probíhajícím reformním změnám LPS, které průběžně vedou k řešení stavu LPS a které zahrnují změny v jejím vnitřním nastavení (organizace práce, využívání lidských zdrojů a řízení LPS), generační obměnu a posílení role odborného asistenta posudkového lékaře, včetně nastavení jeho odměňování, nelze pouze v kontextu Reformy psychiatrické péče kvalifikovaně odhadnout náklady na dodatečné personální kapacity LPS.

⁹⁸ V roce 2019 době bylo v rámci 77 Okresních správ sociálního zabezpečení vedeno celkem 304,5 systemizovaných míst posudkových lékařů, z nichž nebylo celkem 52 míst obsazeno. Pro činnost lékařské posudkové služby bylo dále evidováno celkem 363,5 systemizovaných míst referentů se čtyřmi neobsazenými systemizovanými místy a 52 systemizovaných míst odborných asistentů posudkového lékaře, z nichž bylo obsazeno pouze 32.

Na 7 regionálních pracovištích České správy sociálního zabezpečení bylo v roce 2019 obsazeno 30,5 systemizovaných míst lékařů (z celkového počtu 37,5) a 37,5 míst referentů ze stejného celkového počtu. 7 regionálních pracovišť posudkové komise MPSV zaměstnávalo celkem 29 lékařů posudkové služby a evidovalo dalších 16 neobsazených míst. Systemizovaná místa pro tajemníky komisí a odborné asistent posudkových lékařů byla vedena v počtu 45 obsazených míst tajemníků a 5 systemizovanými místy odborných asistentů, z nichž nebyla 3 místa obsazena.

Doporučení 5.5: Iniciovat vznik kurzu posudkového lékařství pro přísedící psychiatry a praktické lékaře, kteří jsou ošetřujícími lékaři osob s duševním onemocněním, u nichž probíhá posuzování LPS.

Specifikace: V současné době lze zajistit realizaci kurzu prostřednictvím MZ, IPVZ, lékařských fakult, popřípadě dalších akreditovaných pracovišť. Vzhledem k oblasti vzdělávání zpracovatel doporučuje spolupráci s IPVZ, příspěvkovou organizací MZ, která má zkušenosti s realizací vzdělávacích akcí napříč všemi biomedicínskými obory a v rámci níž je zřízena katedra posudkového lékařství. V současné době je realizován například „Kurz – Posudková problematika pro praktické lékaře“.⁹⁹

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.4 této analýzy.

Významnost: Nízká.

Náklady: Kroky iniciace kurzu (spočívající v komunikaci s IPVZ, příp. MZ, včetně vymezení nároků na obsah a podobu kurzu) mohou být zajištěny v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 5.6: Vytvořit guidelines pro praktické lékaře ve věci vyhotovování lékařských zpráv za účelem, aby tyto zprávy obsahovaly všechny podstatné parametry k objektivnímu posouzení žádosti o invalidní důchod ze strany LPS.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.4 této analýzy.

Významnost: Nízká.

Náklady: 130 tis. Kč / zařízení / rok. Zpracování guidelines může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

⁹⁹ Více viz <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/hledani-vzdelavaci-akce>.

Doporučení 5.7: Poskytnout osobám s duševním onemocněním možnost zúčastnit se zasedání posudkové komise i v případě, že ze strany LPS přítomnost posuzovaného není vyžadována.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.4 této analýzy.

Významnost: Nízká.

Náklady: Implementace doporučení nemá nároky na financování; administrativa spojená s komunikací s posuzovaným (včetně jeho příp. zástupců) může být zajištěna v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 5.8: Vytvořit specializace posudkových lékařů podle účelu posuzování a zabránit tak univerzálnosti posudkového lékaře, který zajišťuje posudkovou agendu pro všechny pojistné i nepojistné systémy.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 2.4 této analýzy.

Významnost: Nízká.

Náklady: Implementace doporučení nemá nároky na financování.

4.6 Oblast 6: Sociální pomoc

Doporučení 6.1: Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči.

Specifikace: 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. (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.) Změna bude vyžadovat změnu

právní úpravy (zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách) a změnu metodických postupů (aktů řízení). Cílem je, aby odpovědní pracovníci byli vyškoleni ve specifikách duševních onemocnění a aby relevantní právní předpisy zohlednily možné kolísání zdravotního stavu v průběhu času.

Vazba na NAPDZ: SC 2.1, opatření 2.1.3

Termín plnění opatření dle NAPDZ: 1/2023.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Predikce finančního dopadu změn v metodice poskytování příspěvku na péči závisí na finální podobě změn v metodice. Variantní zpracování finančních dopadů viz kap. 4.12.3 této analýzy (rozpočtově nejnákladnější varianta předpokládá dopad ve výši 3 167,2 mil. Kč ročně).

Doporučení 6.2: Vytvořit guidelines pro praktické lékaře ve věci vyhotovování lékařských zpráv za účelem, aby tyto zprávy obsahovaly všechny podstatné parametry k objektivnímu posouzení žádosti o příspěvek na péči ze strany LPS.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Odborné studie poukazují na to, že mechanismus hodnocení nároku na příspěvek na péči je ve svých kritériích orientován na somatické a mentální postižení a nezohledňuje dostatečně projevy duševních onemocnění a odlišné potřeby rozsahu péče vycházející z těchto projevů. V praxi tedy dle odborníků u lidí s duševním onemocněním žádajících o příspěvek na péči dochází k podhodnocení tíže závislosti či její úplné negaci. Více viz kap. 3.6.3 této analýzy.

Významnost: Nízká.

Náklady: Zpracování guidelines může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 6.3: Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.

Specifikace: Optimalizovat, resp. snížit čekací dobu na přiznání příspěvku na péči:

- a) zvýšením počtu zaměstnanců LPS (viz výše),
- b) zavedením guidelines (viz výše).

Vazba na NAPDZ: SC 2.1, opatření 2.1.3

Termín plnění opatření dle NAPDZ: 1/2023.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Implementace doporučení klade nároky na zdroje pouze pro část „zvýšení počtu zaměstnanců LPS“; náklady na tento krok jsou vyčísleny v rámci doporučení 5.4.

Doporučení 6.4: Revidovat kritéria pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P osobám s duševním onemocněním.

Specifikace: Revidovat kritéria pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P (tj. pro hodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu) tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění osob s dušením onemocnění. Změna bude vyžadovat změnu právní úpravy (vyhlášky č. č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením) a změnu metodických postupů (aktů řízení). Cílem je, aby odpovědní pracovníci byli vyškoleni ve specifikách duševních onemocnění a aby relevantní právní předpisy zohlednily možné kolísání zdravotního stavu v průběhu času. (Získání průkazů opravňuje nositele k čerpání příspěvku na mobilitu, který může být relevantní pro klienty v případech dopravy z místa bydliště za zdravotní anebo sociální péčí.)

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Mechanismus hodnocení dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je ve svých kritériích orientován na somatické postižení a nezohledňuje projevy duševních onemocnění, více viz kap. 3.6.2 této analýzy.

Významnost: Střední.

Náklady: Analýza 200 tis. Kč. Navýšení počtu osob s přiznaným průkazem ZTP či ZTP/P souvisí s objemem prostředků na příspěvky na mobilitu. Predikce finančního dopadu změn v kritériích pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P osobám s duševním onemocněním závisí na finální podobě změn v metodice. Variantní zpracování finančních dopadů viz kap. 4.12.5 této analýzy (rozpočtově nejnákladnější varianta předpokládá dopad ve výši 131,4 mil. Kč ročně).

4.7 Oblast 7: Politika zaměstnanosti

Doporučení 7.1: Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním s využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti.

Specifikace: Zpracovat komplexní analýzu zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce a navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním s využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support) a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy (od mapování, nácviků pracovních a sociálních dovedností přes komunikaci se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, přes pracovní rehabilitaci až po zaškolování a zapracování u zaměstnavatele a postupné ukončování spolupráce). Kapacita služeb pro pracovní rehabilitaci a pro podporu zaměstnávání je nedostatečná, nedostatečný je také počet chráněných pracovních míst a sociálních podniků. Na otevřeném trhu práce chybí flexibilita úvazků a jiných forem přístupů.

Vazba na NAPDZ: SC 2.1, opatření 2.1.4.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: 1/2024.

Odůvodnění: Viz NAPDZ a ¹⁰⁰ v obecnějším pojetí také Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020.

¹⁰⁰ Viz opatření (úkol) č. 13.1 (Předložit vládě k projednání návrh systémových změn v oblasti podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením včetně doporučení pro další související systémy (rehabilitace, sociální služby, pojistné systémy apod.)), jehož gestorem je MPSV. Zpráva o plnění Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–

Významnost: Vysoká.

Náklady: Dle NADPZ jsou předpokládány náklady ve výši 100 mil. Kč. Stanovení finančního dopadu doporučení je odvislé od příliš velkého množství proměnných.

Doporučení 7.2: Podpořit rozvoj sociálního podnikání.

Specifikace: Legislativně ukotvit sociální podnikání, resp. dokončit legislativní proces zákona o sociálním podnikání, které je jedním z nástrojů v boji proti sociálnímu vyloučení i osob s duševním onemocněním a podporuje jejich pracovní uplatnění. Kromě definování sociálního podnikání by zákon měl přinést nástroj pro zvýšení konkurenceschopnosti sociálních podniků tak, aby v konkurenci ostatních podniků byla alespoň částečně snížen jejich handicap plynoucí z toho, že se zaměstnávání znevýhodněných je v naprosté většině případů spojena vyšší nákladovost (např. kvůli potřebě zaměstnat pracovníky pomáhající/asistující znevýhodněným).

Vazba na NAPDZ: částečně SC 2.1, opatření 2.1.4.

Odůvodnění: Sociální podnik vytváří pracovní příležitosti pro osoby výrazně znevýhodněné na volném pracovním trhu. Význam sociálního podniku je dán především tím, že svůj provoz, firemní kulturu a styl práce, včetně týmové komunikace, přizpůsobuje specifikům svých zaměstnanců. Pro osoby s duševním onemocněním, které nejsou uplatnitelné na volném trhu práce, je tato podpora nezbytná k jejich začlenění do společnosti, pro nalezení motivace k práci a mnohdy i ke zlepšení zdravotního stavu. Částečně viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Dokončení přípravy legislativy neklade speciální nároky na rozpočet, jedná se o financování standardní agendy. Finanční dopady zákona o sociálním podnikání nelze stanovit, protože není jasné, jakou formu podpory a jaký rozsah podpory by dle nového zákona sociální podniky od státu získávaly.

2020 za rok 2018 uvádí, že „je třeba dořešit také podporu zaměstnanců se zdravotním postižením na volném trhu práce“.

Doporučení 7.3: Posílit nástroje na podporu zaměstnanosti pečujících osob.

Specifikace: Navrhnout a implementovat opatření na podporu uplatnění pečujících osob o osoby s duševním onemocněním na trhu práce, a to prostřednictvím:

- a) nabídky flexibilních forem zaměstnávání,
- b) daňového zvýhodnění zaměstnavatelů zaměstnávajících pečující osoby,
- c) realizací rekvalifikačních programů apod.

Odůvodnění: Pečující osoby obtížně kombinují péči, osobní život a zaměstnání. Zlepšení jejich situace může výrazně podpořit péči o osoby s duševním onemocněním v jejich prostředí, především v rodině.

Vazba na NAPDZ: NE.

Významnost: Nízká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, nabízené formě zvýhodnění, výši zvýhodnění a struktuře rekvalifikačních a dalších programů). Samotné poskytování dávek a zvýhodnění může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 7.4: Zajistit posílení kompetencí pracovníků ÚP pro práci s uchazeči a zájemci o zaměstnání s duševním onemocněním.

Specifikace: V rámci projektu „Rozvoj systému podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném trhu práce“ doplnit vzdělávací aktivity pro pracovníky ÚP o specializovaný kurz zaměřený na problematiku osob s duševním onemocněním. (Pozn.: Pilotní běh kurzu již byl realizován pro pracovníky kontaktního pracoviště ÚP v hl. m. Praze., rozšíření na další regiony a také zajištění vzdělávání po skončení projektu, tj. po červnu 2022, doposud nastaveno není.)

Odůvodnění: Osoby s vážným duševním onemocněním jsou v rámci APZ specifickou skupinou uchazečů o zaměstnání (odlišnou od jiných skupin OZP). Vážné duševní onemocnění zpravidla negativně ovlivňuje fungování jedince v řadě aspektů, problémy s uplatněním na trhu práce často souvisí s nesamostatností a malou motivací k činnosti, s užíváním psychiatrické medikace, se sníženou důvěrou v okolí,

s problémy s vytvářením a udržováním mezilidských vztahů. Specifika této cílové skupiny odůvodňují, aby pro práci s těmito uchazeči o zaměstnání byly k dispozici na tuto skupinu zaměřené doporučené postupy, dobrá praxe aj.

Vazba na NAPDZ: NE.

Významnost: Nízká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

Doporučení 7.5: Zajistit kontinuitu spolupráce ÚP a poskytovatelů sociálních služeb za účelem lepší propojenosti sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením a vytvářet tak podmínky pro lepší součinnost s ostatními oblastmi rehabilitace.

Specifikace: Doporučený postup MPSV č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením zavedl pravidlo o kvartálním setkávání pracovníků krajských poboček ÚP s pracovníky dotčených poskytovatelů sociálních služeb, přičemž cílem setkávání je zvýšení podmínek pro integraci osob se zdravotním postižením na trh práce (především koordinací postupů). Kapacity ÚP pro tyto činnosti jsou zajišťovány díky projektu financovanému z ESF (název projektu „Rozvoj systému podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném trhu práce“), jehož realizace je plánována do června 2022. Pro naplnění Doporučeného postupu č. 1/2016 se jeví jako nezbytné zajistit zdroje na zajištění fungování 85 poradců osob se zdravotním postižením a 14 koordinátorů zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kteří fungují v rámci projektu, i po skončení financování z ESF.

Odůvodnění: Zvýšení kapacity, komplexnosti a kvality služeb poskytovaných institucemi veřejných služeb zaměstnanosti v oblasti podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením (včetně osob s duševním onemocněním).

Vazba na NAPDZ: NE.

Významnost: Nízká.

Náklady: Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

4.8 Oblast 8: Sociální služby – Systém financování

Doporučení 8.1: Ve spolupráci s kraji/obcemi a MF vytvořit koncepci financování nových služeb.

Specifikace: Ve spolupráci s kraji/obcemi a MF vytvořit koncepci financování nových služeb (CDZ, ambulancí s rozšířenou péčí, multidisciplinárních týmů a dalších nových služeb, jejichž zavedení do praxe přináší Reforma).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Pilotní provozy nových služeb jsou financovány primárně s využitím ESF. Pro udržitelnost služeb i po skončení pilotních provozů je ovšem nutné nastavit model financování bez ESF. Zpracovatel na základě rozhovorů se zástupci krajů identifikoval, že některé kraje podmiňují implementaci Reformy získáním zdrojů ze státního rozpočtu, tj. bez prostředků poskytnutých MPSV nevidí udržitelnost nových služeb jakožto zajistitelnou.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 8.2: Aktivně se zapojit do monitorování pilotního testování modelu, kdy prostředky na zdravotní a sociální služby jsou spojovány na úrovni tzv. trustu, který následně zajišťuje financování poskytovatelů obou skupin služeb (viz kraj Vysočina).

Specifikace: V oblasti multidisciplinárních týmů platí, že pro jejich fungování je komplikací, že nejsou rovné podmínky financování poskytovatelů služeb zdravotních a poskytovatelů služeb sociálních. Financování z více zdrojů přináší zvýšenou administrativní náročnost (což snižuje efektivitu a znesnadňuje sledování celkových nákladů). Zpracovatel doporučuje, aby se MPSV aktivně zapojilo do monitorování pilotního testování modelu, kdy prostředky na zdravotní a sociální služby jsou

spojovány na úrovni tzv. trustu a poskytovatelé péče nejsou příjemci z více zdrojů. Pilotování modelu se zapojením „trustu“ je připravováno v kraji Vysočina.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz NAPDZ, příloha č. 3 (Analýza obecných organizačně ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení krajských sítí péče o lidi s duševním onemocněním a Variantní popis možných cílových stavů a kritických bodů předpokládaných organizačně právních postupů pro jejich dosažení).

Významnost: Nízká

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 8.3: Iniciovat opatření, aby prostředky na sociální služby pro osoby s duševním onemocněním nebyly kraji využity na služby pro jiné cílové skupiny.

Specifikace: V současném systému financování, kdy MPSV poskytuje dotaci na sociální služby kraji a kraj dále dle svých priorit (strategií) financuje poskytovatele sociálních služeb, existuje riziko, že některý z krajů nebude implementaci Reformy řadit mezi priority daného území a prostředky, které MPSV bude kalkulovat na např. nová CDZ, bude kraj zamýšlet použít na jiná zařízení sociálních služeb. Zpracovatel doporučuje přijmout opatření, aby se minimalizovalo popsané riziko (např. účelové vázání části dotace na konkrétní službu/služby ze strany MPSV).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Důvodem pro formulaci opatření je stávající praxe.

Významnost: Nízká.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

4.9 Oblast 9: Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním

Doporučení 9.1: Ukotvit multidisciplinární týmy (CDZ) v zákoně č. 108/2006 Sb. a prováděcích právních předpisech.

Specifikace: Ukotvit multidisciplinární týmy (CDZ) pro všechny cílové skupiny v rámci skupiny osob s duševním onemocněním v zákoně č. 108/2006 Sb. a prováděcích právních předpisech, včetně personálního obsazení, sdílení informací, zodpovědnosti jednotlivých zaměstnanců, vzdělávání a úhrad. Služby multidisciplinárních týmů představují specifický druh péče. Z hlediska sdílení informací o pacientech/klientech, vstupu do služby a samotného poskytování péče jde o nezbytné opatření, které umožní propojení zdravotní péče a poskytování registrovaných sociálních služeb do jednoho rehabilitačního plánu.

Vazba na NAPDZ: SC 4.1, opatření 4.1.1.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Účinnost zákonů k ukotvení CDZ 6/2021, ukotvení ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. v zákonech s účinností od 1/2026.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 9.2: Upravit Doporučený postup pro sociální část CDZ na základě výsledku pilotního provozování CDZ tak, aby standardy pokrývaly péči pro (cílové skupiny dospělých se SMI, pro dětské klienty a pro osoby s problematikou závislosti.

Specifikace: K 30 CDZ pro osoby se závažným duševním onemocněním, která vzniknou do roku 2023, je záměrem založit dalších 70 CDZ rovnoměrně rozložených po celé ČR. Z hlediska MPSV bude úkolem upravit standard na základě výsledku pilotování CDZ pro tuto službu tak, aby zajistil možnost poskytování péče všem dospělým lidem s duševním onemocněním a potřebou vysoce komplexní péče. Dále

je cílem k 3 CDZ pro děti s duševním onemocněním, která vzniknou do roku 2023, založit další obdobná centra. Stejně tak pro pacienty/klienty s problematikou závislosti, by vedle 3 CDZ, která vzniknou do roku 2023, měla být založena další obdobná centra. Úkolem MPSV pro všechny tyto kategorie CDZ je zpracovat a zveřejnit standard pro tyto služby tak, aby zajistil možnost poskytování péče všem potřebným klientům.

Vazba na NAPDZ: SC 4.1, opatření 4.1.2.¹⁰¹

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do roku 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 9.3: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů (CDZ) pro osoby trpící demencí.

Specifikace: Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů (CDZ) pro oblast pro osoby trpící demencí rozvinout je záměrem komunitní péči pro tuto cílovou skupinu posílit dle specifikace v NAPAN+ (opatření se týká i pacientů/klientů se získaným onemocněním mozku a různými kognitivními deficity). Pro péči o osoby s demencí jsou cílem multidisciplinární „gerontopsychiatrické“ komunitní týmy. Jejich náplní je přímá péče o pacienta/klienta, podpora rodin nemocného a spolupráce s dalšími službami v oblasti péče o stárnoucí osoby od primární péče po zařízení rezidenčního charakteru.

Vazba na NAPDZ: SC 4.1, opatření 4.1.3

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do roku 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

¹⁰¹ Počet klientů se SMI v péči CDZ v roce 2030 je stanoven na minimálně 7 500, počet dětí s duševním onemocněním a klientů s problematikou závislosti v péči multidisciplinárních týmů v roce 2030 je stanoven na minimálně 700 z každé cílové skupiny.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 9.4: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením.

Specifikace: Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením je úkolem vytvoření a publikace závazného standardu pro tuto službu a zavedení udržitelného financování. Dále je záměrem zřízení 11 multidisciplinárních týmů pro tuto cílovou skupinu (nad rámec pilotních provozů).

Vazba na NAPDZ: SC 5.1, opatření 5.1.3.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do roku 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 9.5: Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP.

Specifikace: Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR¹⁰² a DOZP¹⁰³, včetně jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory. (Významný počet pacientů/klientů s duševním onemocněním je umístěn v DZR – kde je aktuálně 14 354 lůžek, ale kde nejsou známy detailní potřeby a složení skupiny uživatelů, tzn. není k dispozici, kolik je z těchto lůžek čerpáno lidmi se SMI.)

Vazba na NAPDZ: SC 4.2, opatření 4.2.5

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do 2030.

¹⁰² Domov se zvláštním režimem.

¹⁰³ Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Dle NAPDZ jsou předpokládány náklady ve výši 130 tis. Kč / 1 zařízení / 1 rok.

Doporučení 9.6: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče zajišťované krizovými centry zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a jako prevence sebevražd, včetně péče zajišťované specializovanými centry pro děti s komplexním traumatem.

Specifikace: Úkolem je posílit krizová centra a služby, zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a prevence sebevražd a zřídit specializovaná centra zaměřená na děti s komplexním traumatem. V návaznosti na AP genderově motivovaného násilí a ve spolupráci s ADSKC¹⁰⁴ se plánuje sestavit pracovní skupiny a vypracovat návrh sítě krizových center, zajistit financování a motivaci poskytovatelů. NAPDZ stanovuje cíl vytvořit pilotní projekt 4 center pro děti s komplexním traumatem a minimálně 14 krizových center pro dospělé populaci regionálně rozložených v rámci ČR.

Vazba na NAPDZ: SC 4.2, opatření 4.3.1¹⁰⁵

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 9.7: Spolupracovat na budování systému dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě.

Specifikace: NAPDZ vymezuje úkol zavést systém dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě s různou mírou zdravotně-sociální

¹⁰⁴ Asociace denních stacionářů a krizových center.

¹⁰⁵ Počet obslužených osob v krizových centrech je stanoven na minimálně 18 000/rok.

podpory dle individuálních potřeb uživatelů služeb s duševním onemocněním, včetně specializované pobytové sociální služby komunitního typu pro osoby s komplexními potřebami vycházejících z jednotlivých druhů duálních diagnóz a diagnóz typu F00–F03 v rozsahu poskytované celodenní sociální služby. Bydlení musí být domácího charakteru, s nízkým počtem uživatelů v jednotlivých domácnostech a nesmí mít institucionální charakter. (Poskytovatel musí systematicky předcházet institucionalizaci těchto osob.¹⁰⁶) Úkol předpokládá mapování potřeb u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů identifikování potřebné kapacity a intenzity podpory v bydlení.

Následně má ve spolupráci MMR, MPSV, krajů, obcí a měst dojít k vytvoření a implementaci plánů zvyšování kapacit definovaných forem bydlení. Zajištění bydlení je důležité zejména proto, aby mohl být dokončen proces deinstitucionalizace a nedošlo pouze k trans-institucionalizaci, tedy k přesunutí pacientů/klientů z jedné instituce do jiné, tj. ze zdravotního do sociálního ústavu (například z psychiatrické nemocnice do ústavu sociální péče – DZR apod.).

Vazba na NAPDZ: SC 5.2, opatření 5.2.2.¹⁰⁷

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Vysoká.

¹⁰⁶ Při zmenšování kapacit u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie bude nutné pracovat i s osobami se závažným duševním onemocněním s vyšší komorbiditou a sociálním selháváním, a tedy i potřebou vyšší míry podpory a dohledu, a to včetně duálních diagnóz a diagnóz typu F00–F03. V souladu s nezbytností systematické implementace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, v návaznosti na § 38 zákona č. 108/2006 Sb. a v návaznosti na doporučení WHO (World Health Organization) by mělo docházet k budování sociálních služeb komunitního typu (bez ohledu na druh registrace či skutečnost, zda jsou pobytové či terénní, nicméně v návaznosti na potřeby konkrétní cílové skupiny), jako prevence trans-institucionalizace vedoucí naopak ke zhoršení duševního zdraví těchto zvláště zranitelných cílových skupin způsobené právě institucionalizací, mj. z ní vycházející depersonifikací a zvýšení míry rizika v chování. Těmito cílovými skupinami jsou např. senioři s diagnózami F00–F03 a lidé s mentálním postižením a přidruženým duševním onemocněním a to včetně diagnóz F70–F79. Celý systém pobytových sociálních služeb, terénních sociálních služeb a dalších typů bydlení je efektivní pouze v případech, pokud je dostupný, flexibilní a upřednostňuje nezávislost člověka s duševním onemocněním.

¹⁰⁷ Plánována je realizace 1 chráněného bydlení v každém 100 000 regionu v roce 2029, s celkovou kapacitou 800 lůžek.

Náklady: Dle NADPZ jsou předpokládány náklady ve výši 500 mil. Kč / rok s tím, že náklady na adaptaci bydlení bude možné stanovit až dle výsledku mapování a vytvořeného plánu.

Doporučení 9.8: Spolupracovat na posílení kapacit odlehčovacích služeb pro osoby pečující o své blízké s duševním onemocněním.

Specifikace: Spolupracovat na posilování kapacit odlehčovacích služeb pro osoby, které se dlouhodobě starají o své blízké s duševním onemocněním a zvýšit jejich informovanost o této formě podpory.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Pečující osoby obtížně kombinují péči, osobní život a zaměstnání. Zlepšení jejich situace může výrazně podpořit péči o osoby s duševním onemocněním v jejich prostředí, především v rodině.

Významnost: Nízká.

Náklady: Stanovení finančního dopadu doporučení je odvislé od příliš velkého množství proměnných.

Doporučení 9.9: Spolupracovat na posílení využívání neformálních nástrojů podpory založených na principu svépomoci.

Specifikace: Spolupracovat na posílení využívání neformálních nástrojů podpory založených na principu svépomoci. Protože aktivity směřující k podpoře a aktivizaci osob s duševním onemocněním vlastními neformálními způsoby (využívání neformální podpory a setkávání, svépomocné aktivity, dobrovolnictví, aj.) jsou bez finanční podpory z jiných zdrojů obtížně udržitelné, Zpracovatel doporučuje ve spolupráci s kraji nastavit a zajistit udržitelný nástroj pro podporu fungování těchto svépomocných aktivit. Podpora svépomocných organizací, posílení empowermentu a zapojení osob s duševním onemocněním do reformy psychiatrické péče bude zároveň přínosem pro řízení politiky péče o osoby s duševním onemocněním.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Součástí Reformy je také ambice změnit roli osob s duševním onemocněním z objektů péče na její subjekty; právě patientské (klientské) organizace mohou být spolu-rozhodovateli o službách.

Významnost: Nízká.

Náklady: Kooperace s kraji by byla zajištěna v rámci standardní agendy. Finanční podporou svépomocných aktivit se rozumí dotace na náklady spojené s těmito aktivitami; výše částky na dotační titul závisí na počtu zapojených organizací a rozsahu podpořených akcí (při podpoře 3 poskytovatelů v každém kraji a rozpočtu akcí 50 tis. Kč na poskytovatele dosahují náklady 2,1 mil. Kč za rok).

Doporučení 9.10: Upravit vymezení standardů CDZ ve smyslu posílení jejich vazby na složky integrovaného záchranného systému (zejména policie), obdobně jako s policií spolupracují intervenční centra.

Specifikace: Prostřednictvím úpravy vymezení/standardů CDZ posílit předpoklady pro vyšší míru součinnosti CDZ se složkami integrovaného záchranného systému, zejména s Policií ČR a obecní policií. Pokud bude v příslušném právním předpisu či Doporučeném postupu vymezeno, že CDZ jsou pro policii partner pro řešení vymezených situací týkajících se osob s duševním onemocněním, usnadní to jednotlivým CDZ navazování spolupráce (kterou už v rámci pilotního provozu CDZ mají Centra v popisu činností, nicméně v praxi se vyskytly případy, že neukotvenost CDZ v systému zařízení péče byla překážkou úspěšné spolupráce s policií).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: V současné době je navazování takové součinnosti v kompetenci CDZ, která však nedisponují dostatečnými personálními kapacitami a potřebnými kompetencemi, které by umožnily nastavit efektivní systematickou spolupráci s policií. Stejně tak současný systém nezamezuje regionálním rozdílům, které rozsah a formu spolupráce se složkami integrovaného záchranného systému doprovázejí.

Významnost: Nízká.

Náklady: Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

4.10 Oblast 10: Sociální služby – Personální kapacity

Doporučení 10.1: Spolupracovat na zajištění vzdělávání odborných pracovníků ve službách pro duševní zdraví v tématech jako je multidisciplinární přístup, case management, recovery přístup.

Specifikace: Spolupracovat na zajištění vzdělávání odborných pracovníků ve službách pro duševní zdraví v tématech jako je multidisciplinární přístup, case management, recovery přístup, měkké dovednosti (práce se vztahem, respektující komunikace apod.), lidská práva a jejich uplatňování v praxi, konceptu patient-centered care, komunitní péče.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Viz kap. 3.7 této analýzy.

Významnost: Střední.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

Doporučení 10.2: Spolupracovat na posílení možností vzdělávání pro peer konzultanty, pro pečující/rodinné příslušníky a klienty k posílení znalostí o jejich právech a možnostech.

Specifikace: Spolupracovat na posílení možností vzdělávání pro peer konzultanty (místní i finanční dostupnost), možnosti vzdělávání pro pečující/rodinné příslušníky (místní i finanční dostupnost) a pro klienty sociálních služeb k posílení znalostí o jejich právech a možnostech.

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Doporučení navazuje na NAPDZ (ten plánuje zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví) a rozvíjí ho s cílem, aby peer konzultanti měli dostupné potřebné vzdělávání.

Významnost: Střední.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

Doporučení 10.3: Iniciovat opatření na posílení prestiže profesních pozic v sociálních službách.

Specifikace: S ohledem na budoucí nároky na posílení personálních kapacit komunitních služeb, a to včetně sociálních pracovníků, Zpracovatel doporučuje iniciovat opatření na posílení prestiže oboru. Navýšení ohodnocení sociálních pracovníků v CDZ a v dalších multidisciplinárních službách tak, aby se vyrovnal rozdíl mezi sociální a zdravotní složkou multidisciplinárních týmů na obdobných pozicích (např. sociální pracovník a psychiatrická sestra).

Vazba na NAPDZ: NE.

Odůvodnění: Doporučení vychází z rozhovorů s relevantními stakeholdery, směřuje proti riziku nedostatku lidských zdrojů v sociálních službách.

Významnost: Střední.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.

Doporučení 10.4: Legislativně zakotvit peer konzultanty v systému pracovních pozic v sociálních službách.

Specifikace: NAPDP vymezuje úkol zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování. Předpokládá především:

- 1) Ustavení pracovní skupiny ze zástupců existující pracovní skupiny ke vzdělávání na MZ (projekty reformy psychiatrické péče), zástupců uživatelských organizací a organizací neformálních pečovatелů a zástupců relevantních odborů MZ a MPSV.
- 2) Zpracování návrhu vzdělání peer konzultanta.

- 3) Zpracování návrhu úpravy zákona č. 108/2006 Sb. a prováděcích právních předpisů ve vztahu k peer konzultantům.

Úkolem MPSV je definování typové pozice pracovník v sociálních službách – peer konzultant a typové pozice ošetřovatel – peer konzultant. První typová pozice bude vymezena jako specializace povolání pracovník v sociálních službách, a to s odkazem na definici této nové pracovní pozice v zákoně č. 108/2006 Sb. Druhá typová pozice bude vymezena jako specializace povolání ošetřovatel, a to s odkazem na definici této pracovní pozice v zákoně č. 96/2004 Sb. Obě typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací.

Vazba na NAPDZ: SC 5.2, opatření 5.2.2.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: Průběžně do 2030.

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Implementace doporučení nemá nároky na financování.

Doporučení 10.5: Spolupracovat na zajištění vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti finanční, dluhové a právní.

Odůvodnění: Osoby s duševním onemocněním mají často finanční problémy a padají do dluhových pastí. To je způsobeno nejen ztrátou příjmu, a to především, pokud byli dlouhodobě hospitalizováni, a nízkou uplatnitelností na trhu práce, ale také často sníženými poznávacími funkcemi, díky čemuž hůře plánují, zvažují řešení a mnohdy jednájí impulzivně. Další z příčin nepříznivých finančních situací je absence vhodně podaných informací, které by vedly ke zvýšení finanční gramotnosti osob s duševním onemocněním.

Vazba na NAPDZ: NE.

Významnost: Nízká.

Náklady: Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů (množství podpořených pracovníků, charakteru vzdělávacích a obdobných akcí, jejich frekvenci apod.).

4.11 Oblast 11: Sociální služby – Klientský přístup

Doporučení 11.1: Spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb na sladění informací o poskytovaných službách a cílových skupinách služby uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb a informací uvedených v dalších zdrojích

Specifikace: Cílem je revidovat nesoulad informací o poskytovaných službách a cílových skupinách služeb uvedené v Registru poskytovatelů sociálních služeb a informací v dalších informačních zdrojích, zejména na webových stránkách, v prostorách poskytovatelů, na sociálních sítích, a pravidelně informace aktualizovat, aby soulad byl trvalý.

Odůvodnění: V praxi není výjimečné, že cílová skupina je v informačních zdrojích poskytovatelů vymezena prostřednictvím negativního výčtu. Tento způsob vymezení ovšem posiluje stigmatizaci.¹⁰⁸

Vazba na NAPDZ: NE

Významnost: Nízká.

Náklady: Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Doporučení 11.2: Vytvořit metodické postupy pro měření kvality poskytované péče, které bude zahrnovat také vnímání kvality ze strany klientů a jejich blízkých.

Specifikace: Vytvořit metodické postupy, včetně postupů sběru dat, pro měření kvality poskytované péče a do systému hodnocení kvality služeb v oblasti duševního zdraví zapojit také uživatele, rodinné příslušníky a blízké osoby.

Vazba na NAPDZ: SC 3.2, opatření 3.2.2.

Termín plnění opatření dle NAPDZ: 1/2024.

¹⁰⁸ Horecký J., Lusková D. Měření kvality v sociálních službách. Tábor, 2019. ISBN: 978-80-907053-9-5 (dostupné online [http://www.apsscr.cz/files/files/Studie%20M%C4%9B%C5%99en%C3%AD%20kvality%20v%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch_FINAL\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Studie%20M%C4%9B%C5%99en%C3%AD%20kvality%20v%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch_FINAL(1).pdf)).

Odůvodnění: Viz NAPDZ.

Významnost: Střední.

Náklady: Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

4.12 Predikce finančních dopadů vybraných opatření

Součástí analýzy III je predikce finančních dopadů vybraných opatření Reformy psychiatrické péče do státního rozpočtu. Pro stanovení přesného finančního dopadu však nejsou v některých oblastech k dispozici data v potřebné struktuře, což má vliv na vyhotovení analýzy a na míru detailu.

Analýza byla provedena v oblastech, u kterých je předpoklad významného dopadu na státní rozpočet, a její výsledky se odlišují podle dostupnosti a struktury dat, což v některých případech znamená přímé vyčíslení finančního dopadu, zatímco v jiných případech jeho variantní modelaci.

4.12.1 Finanční dopady změn v metodice poskytování invalidních důchodů

Pro účely analýzy byla využita příloha č. 4 NAPDZ,¹⁰⁹ která zahrnuje variantní modelaci vyčíslení finančních dopadů změn v metodice poskytování invalidních důchodů a která je vstupním podkladem k diskusi nad náklady změn v metodice poskytování invalidních důchodů a je založena na datech z publikace Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2017. Zpracovatel aktualizoval vstupní data modelace s využitím nejaktuálnějších údajů z publikace Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2018 a doplnil čtvrtou variantu poměru stupňů nově přiznaných invalidních důchodů pro diagnózu duševního onemocnění, a to podle skutečného poměru nově přiznaných invalidních důchodů pro diagnózu duševního onemocnění v roce 2018.

¹⁰⁹ Jedná se o přílohu „Modelace nákladů k NAPDZ, vize 2, specifický cíl 1, opatření 2 – invalidní důchody“.

V roce 2018 bylo nově přiznáno celkem 27 849 invalidních důchodů, z čehož bylo 8 046 invalidních důchodů 3. stupně, 4 371 invalidních důchodů 2. stupně a 15 432 invalidních důchodů 1. stupně.

Průměrná měsíční výše nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2018 byla 12 782 Kč v případě invalidních důchodů 3. stupně, 7 723 Kč v případě invalidních důchodů 2. stupně a 6 020 Kč v případě invalidních důchodů 1. stupně.

Modelace je postavena na 12 variantách (kombinace poměrů stupňů nově přiznaných invalidních důchodů a třech variant počtu nově přiznaných invalidních důchodů pro duševní onemocnění) a její předpoklady jsou následující:

- poměr stupňů nově přiznaných invalidních důchodů pro osoby s duševním onemocněním je ve variantě č. 2 roven skutečnému poměru nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2018 bez ohledu na skupinu diagnóz,
- poměr stupňů nově přiznaných invalidních důchodů pro osoby s duševním onemocněním je ve variantě č. 4 roven skutečnému poměru nově přiznaných invalidních důchodů v roce 2018 pro diagnózu v oblasti duševního zdraví,
- varianta č. 1 předpokládá, že noví příjemci invalidního důchodu pro duševní onemocnění mají v porovnání s průměrem nižší stupeň invalidity, varianta č. 3 naopak předpokládá, že mají vzhledem k průměrnému poměru vyšší stupeň invalidity.
- průměrná měsíční výše nově přiznaných invalidních důchodů pro diagnózu duševního onemocnění je rovna průměrné měsíční výši invalidních důchodů bez ohledu na skupinu diagnóz v roce 2018.
- předpokládá se přiznání a pobírání invalidního důchodu v daném roce celý rok bez změny stupně invalidity.

V modelu byly využity poměry stupňů nově přiznaných invalidních důchodů pro diagnózu duševního onemocnění v následujících variantách (1. stupeň : 2. stupeň : 3. stupeň):

- 1) 64 %: 16 % : 20 %,
- 2) 55 %: 16 % : 29 %,
- 3) 44 %: 16 % : 40 %,
- 4) 63 %: 12 % : 25 %.

Počty nově přiznaných invalidních důchodů pro duševní onemocnění jsou v rámci modelu předpokládány v těchto variantách:

- A) 10 000 nově přiznaných invalidních důchodů,
- B) 20 000 nově přiznaných invalidních důchodů,
- C) 30 000 nově přiznaných invalidních důchodů.

Tabulka 31: Náklady na nově přiznané invalidní důchody pro diagnózu duševního onemocnění (v mil. Kč za rok)

Poměry stupňů nově přiznaných invalidních důchodů pro duševní onemocnění (1. stupeň : 2. stupeň : 3. stupeň)	Počet nově přiznaných invalidních důchodů pro duševní onemocnění		
	10 000	20 000	30 000
64 % : 16 % : 20 %,	917,39 mil. Kč	1 834,77 mil. Kč	2 752,16 mil. Kč
55 % : 16 % : 29 %,	990,42 mil. Kč	1 980,83 mil. Kč	2 971,25 mil. Kč
44 % : 16 % : 40 %.	1 079,67 mil. Kč	2 159,35 mil. Kč	3 239,02 mil. Kč
63 % : 12 % : 25 %	949,78 mil. Kč	1 899,57 mil. Kč	2 849,35 mil. Kč

Zdroj: Příloha č. 4 NAPDZ; ČSSZ. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2018. Praha: ČSSZ, 2019; vlastní výpočty.*

4.12.2 Finanční dopady deinstitucionalizace na dávky v dočasné pracovní neschopnosti

Opatření Reformy psychiatrické péče povedou k deinstitucionalizaci části pacientů, kteří by byli bez realizace reformy hospitalizováni s nárokem na nemocenské dávky (s výjimkou případů kdy se pacient neúčastní nemocenského pojištění). Deinstitucionalizace tak povede ke snížení počtu hospitalizovaných osob s duševním onemocněním a ke snížení výdajů na nemocenské dávky.

Model výpočtu zahrnuje tři varianty, které předpokládají míru deinstitucionalizace osob účastných na nemocenském pojištění 20 %, 10 % a 5 % a vychází z dat MPSV a ČSSZ za rok 2019, kdy dočasná pracovní neschopnost pro duševní nemoci představovala 4 032 193 prostonaných dnů (z celkem 75 058 722 prostonaných dnů pro všechny diagnózy) a průměrná délka trvání jednoho případu byla 84,28 dní.

Tabulka 32: Náklady na nově přiznané příspěvky na péči (v mil. Kč za rok)

Míra deinstitucionalizace (v %)	Úspora vyplacených dávek dočasné pracovní neschopnosti
20 %	286,54 mil. Kč
10 %	143,27 mil. Kč
5 %	71,64 mil. Kč

Zdroj: ČSSZ. Ukončené případy dočasné pracovní neschopnosti, prostanané dny a průměrná délka trvání (dostupné online <https://www.cssz.cz/documents/20143/148606/EPNrok2018pohdg.pdf/e5ec3fbf-ce80-754a-16f2-cd8d72caee79>); MPSV. Analýza vývoje nemocenského pojištění (dostupné online <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225490/Anal%C3%BDza+NP+2019.pdf/8a3a67fd-6df8-2ce4-595f-1cf9d784ddc9>); vlastní výpočty.

4.12.3 Finanční dopady změn v metodice poskytování příspěvku na péči

Zpracovatel níže prezentuje údaje, které jsou obsaženy v příloze č. 5 NAPDZ.¹¹⁰ Pro účely této analýzy byl použit výtah z obsahu uvedeného dokumentu.¹¹¹ Modelace je zpracována variantně. Je založena na předpokladu, že počet nově přiznaných příspěvků na péči pro osoby s duševním onemocněním bude dosahovat 10 tis., 20 tis. či 30 tis. a že poměr stupňů závislosti (I. až IV. stupeň) nově přiznaných příspěvků na péči bude ve střední variantě kopírovat strukturu platnou obecně pro všechny příspěvky na péči, pro další varianty byl využit pohyb o 10 p.b. nahoru/dolů po stupních závislosti.

Tabulka 33: Náklady na nově přiznané příspěvky na péči (v mil. Kč za rok)

Poměry stupňů závislosti (I. stupeň : II. stupeň : III. stupeň : IV. stupeň)	Počet nově přiznaných příspěvků		
	10 000	20 000	30 000
39,5 % : 42,4 % : 13,9 % : 4,2 %	534,9 mil. Kč	1 069,8 mil. Kč	1 604,7 mil. Kč
29,5 % : 32,4 % : 23,9 % : 14,2 %	805,2 mil. Kč	1 610,5 mil. Kč	2 415,7 mil. Kč
19,5 % : 22,4 % : 33,9 % : 24,2 %	1 055,7 mil. Kč	2 111,5 mil. Kč	3 167,2 mil. Kč

Zdroj: Příloha č. 5 NAPDZ.¹¹²

¹¹⁰ Jedná se o přílohu „Modelace nákladů k NAPDZ, vize 2, specifický cíl 1, opatření 3 – příspěvek na péči“.

¹¹¹ Důvodem pro převzetí modelace je skutečnost, že od doby dokončení NAPDZ nenastaly skutečnosti, kvůli kterým by model nebyl nadále platný (zejména nejsou k dispozici přesnější údaje, ani nejsou naformulovány vize budoucích změn v nastavení příspěvku na péči).

¹¹² Model počítá s aktuální výší příspěvku a předpokládá se v něm přiznání příspěvku k 1. 1. daného roku a jeho pobírání po celý rok, aniž by došlo ke změně stupně závislosti.

4.12.4 Navýšení objemu prostředků na příspěvky na bydlení

NAPDZ stanovuje jako cíl snížení počtu lůžek u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k cílovému stavu cca 2 800 lůžek pro všechny cílové skupiny (včetně dětské populace). Šetření na vzorku dospělých dlouhodobě hospitalizovaných pacientů¹¹³ ukázalo, že 43 % nemá kde bydlet, tj. 23 % nemá bydlení, 20 % očekává, že bude bydlet v zařízení institucionální péče.

Mapování potřeb v oblasti bydlení je jedním z úkolů stanovených NAPDZ (SC 5.2, opatření 5.2.2). Pro výpočet níže Zpracovatel použil následující parametry: a) navýšení počtu osob, které využívají vlastní bydlení (včetně nájemního bydlení), ovšem jejichž finanční situace je opravňuje k čerpání příspěvku na bydlení, je 20 % z 2 800, tj. jde o 560 osob; b) průměrná výše příspěvku na bydlení v prosinci 2019 dosahovala cca 3,6 tis. Kč na měsíc¹¹⁴. **Roční náklady** na tuto skupinu příspěvků na bydlení by tedy dosahovaly celkem **24,192 mil. Kč.**¹¹⁵

4.12.5 Navýšení objemu prostředků na příspěvky na mobilitu

Protože nejsou k dispozici žádné údaje o tom, jakého charakteru budou změny kritérií pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P (tj. změny vyhlášky č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením), je predikce potenciálního navýšování objemu prostředků na příspěvek na mobilitu v zásadě arbitrární. Pro účely této analýzy byla zpracována modelace s variantami. Je založena na předpokladu, že počet nově přiznaných průkazů ZTP a ZTP/P pro osoby s duševním onemocněním bude dosahovat 5 tis., 10 tis. či 20 tis. Pro stanovení finančních potřeb byl využit údaj o průměrné výši příspěvku na mobilitu za prosinec 2019.

¹¹³ Papežová S., Hollý M. Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. 2019.

¹¹⁴ Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (OkStat, údaje k 9. 1. 2020).

¹¹⁵ Zpracovatel nezohledňuje žádný parametr změn cen bydlení, a to s ohledem na vysokou nejistotu budoucího vývoje ekonomiky v důsledku epidemie koronaviru (resp. nemoci COVID-19). Jakékoli predikce týkající se vývoje cen jsou v současné době velmi nejisté.

Tabulka 34: Náklady na příspěvky na mobilitu v důsledku změn v metodice přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P (v mil. Kč za rok)

Počet nově přiznaných průkazů ZTP a ZTP/P		
5 000	10 000	20 000
32,8 mil. Kč	65,7 mil. Kč	131,4 mil. Kč

Zdroj: Informace o vyplacených dávkách v rezortu MPSV ČR v prosinci 2019, MPSV (OkStat). Vlastní zpracování.

4.12.6 Finanční dopady navýšení kapacit sociálních služeb (provoz)

Reforma předpokládá zintenzivnění služeb pro osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného sociálního prostředí (tj. do komunity), přičemž spektrum služeb je pestré (doposud nejintenzivněji rozvíjená jsou CDZ pro osoby se SMI, dále jsou relevantní CDZ pro dětské klienty/pacienty, CDZ pro osoby s problémem závislosti, služby péče multidisciplinárního typu pro osoby s demencí aj.). Pro účely modelace byly využity dosud dostupné predikce nárůstu potřebných kapacit zpracované na úrovni krajů v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro osoby s duševním onemocněním.

Tabulka 35: Předpokládané potřeby rozvoje sociálních služeb pro osoby se SMI (potřebný nárůst kapacity pracovníků v přímé péči)

Název týmu - služby pro osoby se SMI	Typologie služby dle zákona č. 108/2006 Sb.	Jednotka kapacity	Doporučená kapacita na 100 tis. obyv. (transformační období)	Předpokládaný počet unicitních klientů	Stav v roce 2019	Navýšení v roce 2020	Navýšení v roce 2021	Navýšení v roce 2022	Celkové navýšení za 3 roky
Centra duševního zdraví / Týmy duševního zdraví	Sociální rehabilitace	Počet úvazků	200	10 791	204	149	181	189	519
		Kapacita – individuální	1 012		2 132	1 506	2 048	2 308	6 163
Komunitní týmy	Sociální rehabilitace	Počet úvazků	124	9 855	271	65	94	213	191
		Kapacita/počet klientů	2 336		2 775	1 251	1 897	1 923	4 971
Krizová lůžka	Krizová lůžka v pobytové formě	Počet úvazků	12	146	23	10	51	55	112
		Kapacita – lůžka	56		22	14	49	34	94
Chráněná bydlení komunitního typu intenzivní podpora 24/7	Chráněné bydlení nebo komunitní forma DZR	Počet úvazků	18	357	407	110	70	112	279
		Kapacita – lůžka	291		1 083	262	211	285	760
Chráněná bydlení komunitního typu nižší podpora	Chráněné bydlení nebo komunitní forma DZR	Počet úvazků	6	275	25	13	10	14	37
		Kapacita – lůžka	25		97	68	53	85	207
Týmy bydlení	Sociální rehabilitace	Počet úvazků	96	1 372	188	62	48	48	159
		Lůžka v bytech v civilní zástavbě	301		227	376	394	368	1 127
Sociálně terapeutické dílny	Sociálně terapeutické dílny	Počet úvazků	8	978	192	26	61	58	129
		Kapacita	274		734	189	202	200	591
Poradenství	Sociální poradenství	Počet úvazků	1	250	28				0
Denní centra	Sociálně aktivizační služby / Sociální rehabilitace	Počet úvazků	14	1 140	39	16	19	39	74
		Kapacita – individuální	270		170	206	50	115	371

Název týmu - služby pro osoby se SMI	Typologie služby dle zákona č. 108/2006 Sb.	Jednotka kapacity	Doporučená kapacita na 100 tis. obyv. (transformační období)	Předpokládaný počet unicitních klientů	Stav v roce 2019	Navýšení v roce 2020	Navýšení v roce 2021	Navýšení v roce 2022	Celkové navýšení za 3 roky
Zaměstnávání		Počet úvazků	33	1 377	49	17	30	39	86
Celkem kapacity ambulantních a terénních služeb			3 891		5 811	3 151	4 196	4 546	12 096
Celkem kapacity pobytové služby			673		1 429	720	707	772	2 188
Kapacity celkem			511		1 426	469	563	767	1 586

Zdroj: MPSV.

Tabulka 36: Predikce finančního dopadu navýšení kapacit sociálních služeb

	Navýšení v roce 2020	Navýšení v roce 2021	Navýšení v roce 2022	Navýšení celkem za 3 roky
Úvazky	469	563	767	1 799
- Náklady za rok celkem	265 923 000,0 Kč	319 221 000,0 Kč	434 889 000,0 Kč	1 020 033 000,00 Kč
- Celkový dopad na státní rozpočet (+ provozní náklady)	332 403 750,0 Kč	399 026 250,0 Kč	543 611 250,0 Kč	1 275 041 250,00 Kč
Lůžka	720	707	772	2199
- Navýšení nákladů za rok celkem	184 082 400,0 Kč	180 758 690,0 Kč	197 377 240,0 Kč	562 218 330,00 Kč
- Celkový dopad na státní rozpočet (+ provozní náklady)	230 103 000,0 Kč	225 948 362,5 Kč	246 721 550,0 Kč	702 772 912,50 Kč
Celkový dopad na státní rozpočet	562 506 750,0 Kč	624 974 612,5 Kč	790 332 800,0 Kč	1 977 814 162,50 Kč

Zdroj: MPSV.

4.13 Sumarizace části III analýzy

Tabulka 37: Přehled doporučených opatření

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
1	I. Řízení a koordinace části Reformy v gesci MPSV	1.1: Ustavit v rámci MPSV řídicí strukturu pro zajištění částí Reformy, které jsou v gesci MPSV, posílit řízení a kontrolu plnění opatření Reformy.	Vysoká	NR ¹¹⁶	Činnosti hrazené v rámci standardní agendy (nové pracovní pozice viz doporučení 1.2), náklady na zajištění jednání včetně Odborné rady hrazené v rámci stávajících prostředků resortu.
2		1.2: Posilovat personální kapacity na výkonné úrovni implementace části Reformy v gesci MPSV.	Vysoká	NR	V závislosti na zařazení nových pracovních pozic do platové třídy; předpokládaný náklad za rok: cca 1,8 mil tis. Kč.
3		1.3: Posilovat odborné kapacity klíčových pracovníků MPSV.	Nízká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
4	II. Datová základna	2.1: Spolupracovat na propojení dat z agendy MPSV týkající se osob s duševním onemocněním s datovou základnou ÚZIS.	Vysoká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
5		2.2: Zkvalitnit datovou základnu resortu MPSV v kontextu péče o osoby s duševním onemocněním.	Vysoká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
6	III. Meziresortní spolupráce	3.1: Zajistit kontinuitu fungování regionálních koordinátorů propojujících zdravotní a sociální služby na úrovni krajů.	Střední	NR	V závislosti na tom, zda bude koordinátor zaměstnancem MZ, resp. MPSV, či kraje, se mění předpokládané potřeby na financování osobních náklady. Předpokládaný náklad za rok: cca 8,2 mil. Kč.
7		3.2: Posílit spolupráci s veřejným ochráncem práv.	Střední	NR	Činnosti pracovní skupiny hrazené v rámci standardní agendy.

¹¹⁶ NR = Není relevantní.

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
8	IV. Komunikace a destigmatizace	4.1: Komunikovat Reformu směrem k veřejnosti	Střední	NR	Implementace doporučení může mít podobu začlenění vnímání důležitosti Reformy do obvyklých komunikačních nástrojů (např. tisková zpráva, facebook, twitter, youtube, dopis/ e-mail adresovaný poskytovatelům sociálních služeb, leták pro veřejnost. V tomto rozsahu by potřebné činnosti byly hrazené v rámci standardní agendy.
9		4.2: Realizovat destigmatizační aktivity zacílené na pracovníky MPSV, ČSSZ, ÚP ČR a doprovodit je zpracováním srozumitelných informačních materiálů v písemné podobě pro osoby s duševním onemocněním na témata situací, kvůli nimž klient přichází do kontaktu s daným úřadem.	Střední	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
10		4.3 Podporovat (odborně, finančně, organizačně) realizaci destigmatizačních aktivit realizovaných poskytovateli sociálních služeb.	Střední	NR	Finanční podporou se rozumí dotace na zajištění destigmatizačních aktivit; výše částky na dotační titul závisí na počtu zapojených organizací a rozsahu podpořených akcí (při podpoře 3 poskytovatelů v každém kraji a rozpočtu akcí/kampaně 100 tis. Kč na poskytovatele dosahují náklady 4,2 mil. Kč za rok).
11	V. Sociální pojištění – invalidní důchody	5.1: Analyzovat posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a návazně změnit metodiku tohoto posuzování a implementovat změnu do praxe.	Vysoká	Analýza 1/2021, schválení případné právní úpravy 1/2025 a publikace metodiky 1/2026	Analýza 200 tis. Kč; zpracování guidelines může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
12		5.2: Uzpůsobit proces posuzování invalidity u osob s duševním onemocněním specifikům této cílové skupiny.	Střední	NR	Ve variantě zahrnující kromě změny poměru stupňů invalidních důchodů také nárůst počtu nově přiznaných důchodů pro diagnózy duševních onemocnění o 15 % oproti roku 2018 (na 32 tis. ročně) se jedná o navýšení výdajů na nově přiznané invalidní důchody ve výši 469,4 mil. Kč ročně.
13		5.3: Posílit odborné vzdělávání pracovníků LPS ve specifických duševního onemocnění.	Nízká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů
14		5.4: Zajistit dostatečné personální kapacity LPS.	Nízká	NR	Stanovení finančního dopadu doporučení je odvislé od příliš velkého množství proměnných. Vzhledem k probíhajícím reformním změnám LPS, které průběžně vedou k řešení stavu LPS a které zahrnují změny v jejím vnitřním nastavení (organizace práce, využívání lidských zdrojů a řízení LPS), generační obměnu a posílení role odborného asistenta posudkového lékaře, včetně nastavení jeho odměňování, nelze pouze v kontextu Reformy psychiatrické péče kvalifikovaně odhadnout náklady na dodatečné personální kapacity LPS.
15		5.5: Iniciovat vznik specializačního kurzu posudkového lékařství pro příslušící psychiatry a praktické lékaře, kteří jsou ošetřujícími lékaři osob s duševním onemocněním, u nichž probíhá posuzování LPS.	Nízká	NR	Kroky iniciace kurzu (spočívající v komunikaci s IPVZ, příp. MZ, včetně vymezení nároků na obsah a podobu kurzu) mohou být zajištěny v rámci financování standardní pracovní agendy.
16		5.6: Vytvořit guidelines pro praktické lékaře ve věci vyhotovování lékařských zpráv za účelem, aby tyto	Nízká	NR	130 tis. Kč / zařízení / rok. Zpracování guidelines může být zajištěno v rámci

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
		zprávy obsahovaly všechny podstatné parametry k objektivnímu posouzení žádosti o invalidní důchod ze strany LPS.			financování standardní pracovní agendy.
17		5.7: Poskytnout osobám s duševním onemocněním možnost zúčastnit se zasedání posudkové komise i v případě, že ze strany LPS přítomnost posuzovaného není vyžadována.	Nízká	NR	Implementace doporučení nemá nároky na financování; administrativa spojená s komunikací s posuzovaným (včetně jeho příp. zástupců) může být zajištěna v rámci financování standardní pracovní agendy.
18		5.8: Vytvořit specializace posudkových lékařů podle účelu posuzování a zabránit tak univerzálnosti posudkového lékaře, který zajišťuje posudkovou agendu pro všechny pojistné i nepojistné systémy.	Nízká	NR	Implementace doporučení nemá nároky na financování.
19	VI. Sociální pomoc	6.1 Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči.	Vysoká	1/2023	Predikce finančního dopadu změn v metodice poskytování příspěvku na péči závisí na finální podobě změn v metodice. Dle variantního zpracování rozpočtově nejnákladnější varianta předpokládá dopad ve výši 3 167,2 mil. Kč ročně.
20		6.2: Vytvořit guidelines pro praktické lékaře ve věci vyhotovování lékařských zpráv za účelem, aby tyto zprávy obsahovaly všechny podstatné parametry k objektivnímu posouzení žádosti o příspěvek na péči ze strany LPS.	Nízká	NR	Zpracování guidelines může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
21		6.3: Optimalizovat čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.	Vysoká	1/2023	Implementace doporučení klade nároky na zdroje pouze pro část „zvýšení počtu zaměstnanců LPS“; náklady na tento krok jsou vyčísleny v rámci doporučení 5.4.
22		6.4: Revidovat kritéria pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P osobám s duševním onemocněním.	Střední	NR	Analýza 200 tis. Kč. Navýšení počtu osob s přiznaným průkazem ZTP či ZTP/P souvisí s objemem prostředků na příspěvky na mobilitu. Predikce

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
					finančního dopadu změn v kritériích pro přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P osobám s duševním onemocněním závisí na finální podobě změn v metodice. Dle variantního zpracování rozpočtově nejnákladnější varianta předpokládá dopad ve výši 131,4 mil. Kč ročně.
23	VII. Politika zaměstnanosti	7.1: Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním s využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti.	Vysoká	1/2024	Dle NAPDZ jsou předpokládány náklady ve výši 100 mil. Kč. Stanovení finančního dopadu doporučení je odvislé od příliš velkého množství proměnných.
24		7.2: Podpořit rozvoj sociálního podnikání.	Vysoká	NR	Dokončení přípravy legislativy neklade speciální nároky na rozpočet, jedná se o financování standardní agendy. Finanční dopady zákona o sociálním podnikání nelze stanovit, protože není jasné, jakou formu podpory a jaký rozsah podpory by dle nového zákona sociální podniky od státu získávaly.
25		7.3: Posílit nástroje na podporu zaměstnanosti pečujících osob.	Nízká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
26		7.4: Zajistit posílení kompetencí pracovníků ÚP pro práci s uchazeči a zájemci o zaměstnání s duševním onemocněním.	Nízká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
27		7.5: Zajistit kontinuitu spolupráce ÚP a poskytovatelů sociálních služeb za účelem lepší propojenosti sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením a vytvářet tak podmínky pro lepší součinnost s ostatními oblastmi rehabilitace.	Nízká	NR	Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
28	VIII. Sociální služby – Systém financování	8.1: Ve spolupráci s kraji/obcemi a MF vytvořit koncepci financování nových služeb.	Vysoká	NR	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
29		8.2: Aktivně se zapojit do monitorování pilotního testování modelu, kdy prostředky na zdravotní a sociální služby jsou spojovány na úrovni tzv. trustu, který následně zajišťuje financování poskytovatelů obou skupin služeb (viz kraj Vysočina).	Nízká	NR	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
30		8.3: Iniciovat opatření, aby prostředky na sociální služby pro osoby s duševním onemocněním nebyly kraji využity na služby pro jiné cílové skupiny.	Nízká	NR	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
31	IX. Sociální služby – Navyšování kapacit služeb pro osoby s duševním onemocněním	9.1: Ukotvit multidisciplinární týmy (CDZ) v zákoně č. 108/2006 Sb. a prováděcích právních předpisech.	Střední	Účinnost zákonů k ukotvení CDZ 6/2021, ukotvení ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. v zákonech s účinností od 1/2026	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
32		9.2: Upravit Doporučený postup pro sociální část CDZ na základě výsledku pilotního provozování CDZ tak, aby standardy pokrývaly péči pro cílové skupiny dospělých se SMI, pro dětské klienty a pro osoby s problematikou závislosti).	Vysoká	Průběžně do roku 2030	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
33		9.3: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů (CDZ).	Vysoká	Průběžně do roku 2030	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
34		9.4: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením.	Střední	Průběžně do roku 2030	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
35		9.5: Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP.	Střední	Průběžně do roku 2030	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
36		9.6: Spolupracovat na definici obsahu a rozsahu péče zajišťované krizovými centry zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a jako prevence sebevražd, včetně péče zajišťované specializovanými centry pro děti s komplexním traumatem.	Střední	Průběžně do roku 2030	Dle NAPDZ jsou předpokládány náklady ve výši 130 tis. Kč / 1 zařízení / 1 rok.
37		9.7: Spolupracovat na budování systému dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě.	Vysoká	Průběžně do roku 2030	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
38		9.8: Spolupracovat na posílení kapacit odlehčovacích služeb pro osoby pečující o své blízké s duševním onemocněním.	Nízká	NR	Dle NAPDZ jsou předpokládány náklady ve výši 500 mil. Kč / rok s tím, že náklady na adaptaci bydlení bude možné stanovit až dle výsledku mapování a vytvořeného plánu.
39		9.9: Spolupracovat na posílení využívání neformálních nástrojů podpory založených na principu svépomoci.	Nízká	NR	Finanční podporou svépomocných aktivit se rozumí dotace na náklady spojené s těmito aktivitami; výše částky na dotační titul závisí na počtu zapojených organizací a rozsahu podpořených akcí (při podpoře 3 poskytovatelů v každém kraji a rozpočtu akcí 50 tis. Kč na poskytovatele dosahují náklady 2,1 mil. Kč za rok).

Č.	Oblast	Doporučené opatření	Významnost	Termín dle NAPDZ	Náklady
40		9.10: Upravit vymezení standardů CDZ ve smyslu posílení jejich vazby na složky integrovaného záchranného systému (zejména policie), obdobně jako s policií spolupracují intervenční centra.	Nízká	NR	Implementace doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
41	X. Sociální služby – Personální kapacity	10.1: Spolupracovat na zajištění vzdělávání odborných pracovníků ve službách pro duševní zdraví v tématech jako je multidisciplinární přístup, case management, recovery přístup.	Střední	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
42		10.2: Spolupracovat na posílení možností vzdělávání pro peer konzultanty, pro pečující/rodinné příslušníky a klienty k posílení znalostí o jejich právech a možnostech.	Střední	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
43		10.3: Iniciovat opatření na posílení prestiže profesních pozic v sociálních službách.	Střední	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
44		10.4 Legislativně zakotvit peer konzultanty v systému pracovních pozic v sociálních službách.	Střední	Průběžně do 2030.	Implementace doporučení nemá nároky na financování.
45		10.5: Spolupracovat na zajištění vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti finanční, dluhové a právní.	Nízká	NR	Finanční dopad doporučení nelze stanovit, závisí na vysokém počtu parametrů.
46	XI. Sociální služby – Klientský přístup	11.1: Spolupracovat s poskytovateli sociálních služeb na sladění informací o poskytovaných službách a cílových skupinách služby uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb a informací uvedených v dalších zdrojích	Nízká	NR	Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.
47		11.2: Vytvořit metodické postupy pro měření kvality poskytované péče, které bude zahrnovat také vnímání kvality ze strany klientů a jejich blízkých.	Střední	1/2024	Doporučení může být zajištěno v rámci financování standardní pracovní agendy.

5 Základní popis metod zpracování analýzy

Klíčovou metodou zpracování analýzy byla hloubková analýza a rešerše primárních a sekundárních zdrojů. Doplňkovou metodou byly rozhovory s odborníky, resp. zástupci stakeholderů.

Obsáhlejší popis metod sběru a analýzy dat je obsažen ve Vstupní zprávě o zpracování této analýzy z března 2020. Z důvodu omezení duplicity v obsazích výstupů plnění této zakázky obsahuje tato kapitola pouze krátkou sumarizaci.

Desk research

Realizována byla analýza relevantní dokumentace a metody meta-evaluace. Přehled využitých zdrojů dat je obsažen v příloze č. 2 této zprávy.

Individuální či skupinové rozhovory

Zpracovatel uskutečnil několik rozhovorů se zástupci relevantních stakeholderů. Přehled těchto rozhovorů je v příloze č. 3 této zprávy.

5.1 Limity zpracované analýzy – absence dat

Zpracovatel považuje za důležité upozornit, že **pro stanovení přesného dopadu reformy psychiatrické péče nejsou k dispozici údaje v dostatečném detailu**. Konkrétně formulace v NAPDZ u jednotlivých opatření konstatují **potřebu datových zdrojů pro:**

- 1) **vyhodnocení zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce, včetně specifik pro tuto cílovou skupinu a analýzy efektivity využívaných nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti (komplexní analýzu má MPSV zajistit do ledna 2024);**
- 2) **optimalizaci nastavení standardů a metodik pro CDZ (zdrojem dat má být evaluace fungování 30 CDZ, která byla, resp. ještě budou podpořena do konce roku 2023); tyto standardy mimo jiné definují personální kapacitu CDZ, včetně kapacit pracovníků zajišťujících poskytování sociální složky v rámci služeb CDZ;**

- 3) nastavení komunitní péče s využitím multidisciplinárních týmů pro cílovou skupinu osob trpících demencí (zdrojem dat má být evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů, termín pro dokončení této evaluace je prosinec 2021); nastavení je podstatné jak pro spektrum sociálních služeb, tak pro vymezení potřebné/efektivní personální kapacity složky sociální i zdravotní.
- 4) nastavení krajských akčních plánů pro rozvoj širokého spektra dostupných služeb pro osoby s duševním onemocněním v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic (zdrojem dat má být výstup projektu „Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné“, který probíhá až do roku 2022);
- 5) identifikaci, kolik klientů v domovech se zvláštním režimem a domovech pro osoby se zdravotním postižením trpí duševním onemocněním, včetně posouzení jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory (mapování se předpokládá průběžně do roku 2030);
- 6) stanovení koncepce sítě krizových center na pomoc zejména obětem násilí, traumatu a jako prevence sebevražd (vytvoření konceptu, včetně finančních a personálních parametrů, a jeho uvedení do praxe se předpokládá zajistit do roku 2030);
- 7) stanovení optimálního rozsahu pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě s různou mírou zdravotně-sociální podpory dle individuálních potřeb uživatelů služeb s duševním onemocněním (zdrojem dat má být mapování u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů);
- 8) stanovení potřebné kapacity bydlení pro osoby s duševním onemocněním ve standardní civilní zástavbě (zdrojem dat má být mapování u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie a v rámci krajů).

Během sběru dat bylo dále Zpracovatelem identifikováno:

- 1) Nejsou k dispozici statistiky o situaci v přiznávání průkazů ZTP a ZTP/P v případě osob s duševním onemocněním.

- 2) Ve statistikách týkajících se politiky zaměstnanosti se (na základě zákona č. 435/2004 sb., o zaměstnanosti) pracuje pouze se skupinou „osoby se zdravotním postižením“, nejsou k dispozici údaje, které by vypovídaly specificky o situaci osob s duševním onemocněním.¹¹⁷

Zpracovatel doplňuje, že akční plán obsahuje také opatření 1.5.3 – Vybudovat datovou základnu pro hodnocení nejen zdravotních, ale i komplementárních sociálních služeb.¹¹⁸

Zpracovatel této analýzy upozorňuje, že absence dat má samozřejmě dopad na míru podrobnosti, s jakou byla tato analýza vyhotovena. Zadání pro tuto analýzu určené MPSV stanovuje pro vyhotovení výstupu omezený časový rámec (cca 90 dní), přičemž hlavní metodou práce pro zpracování analýzy je sekundární analýza dat, doplňující jsou individuální rozhovory s vybranými zástupci stakeholderů.

¹¹⁷ Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018 dále obsahuje k tématu datové základny v oblasti zaměstnanosti následující: „... stále chybí data o struktuře a o chování více jak 3.000 uznaných zaměstnavatelů více než 50 % zaměstnanců se zdravotním postižením, jejichž velikost, obory podnikání i úroveň manažerské a personální práce se stále více liší. Chybí i informace o lidech se zdravotním postižením na volném trhu práce a jejich zaměstnavatelích. Bez systematických dat a jejich analýzy nelze rozhodovat o změně systému a jeho parametrů, aniž by existovalo riziko chyb s dopadem na tyto zaměstnavatele, případně na bilanci veřejných financí.“

¹¹⁸ Odůvodnění: V rámci projektu MERRPS – Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb byla vyvinuta metodika pro hodnocení systému péče o duševní zdraví jako celku, včetně nákladové efektivity. Existence propojené datové základny pro zdravotní i sociální služby umožní tyto nástroje využít a hodnotit kvalitu i efektivitu péče v oblasti zdravotně-sociálního pomezí a jejich dynamiku v souvislosti se změnou systému poskytování péče. Způsob plnění: Bude zajištěno sdílení již dostupných agregovaných dat (mapa poskytovatelů, počty klientů, obecné statistické ukazatele) a navržena společná datová základna, a její ICT architektura. Poté bude spuštěn pilotní projekt, který bude posléze vyhodnocen a poznatky promítnuty do následné implementace národní verze. Odpovědnost: MZ a MPSV, Termín: 12/2030.

6 Přílohy

6.1 Vybrané cíle a opatření Národního akční plánu pro duševní zdraví 2020–2030

Tabulka 38: Vybrané cíle a opatření Národního akční plánu pro duševní zdraví 2020–2030

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
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.	2.1.2 – Zpracovat analýzu k možnostem změny mechanismu posuzování invalidity a nastavení výše přiznaného invalidního důchodu tak, aby flexibilně reagoval na aktuální kompetence lidí s duševním onemocněním, rozvíjel potenciál k zotavení a zohledňoval specifika duševních onemocnění.	Ze statistik MPSV vyplývá, že skupina diagnóz – duševní poruchy a poruchy chování – se oproti ostatním skupinám žadatelů o invalidní důchod odlišuje věkovým složením, resp. má nejvyšší podíl invalidit přiznaných v mladším věku. Invalidní důchody přiznané v době rané dospělosti jsou kvůli nedostatečné době pojištění často velmi nízké a v praxi lze identifikovat závažnou socioekonomickou situaci osob, které mají přiznaný určitý stupeň invalidity, ale z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let v daném období nemají nárok na jeho výplatu.	Zpracování analýzy současného stavu, včetně rozpracování dopadů změny systému do státního rozpočtu (viz příloha č. 4), a pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, zpracovat návrh právní úpravy a metodiky k posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a implementovat ho do praxe.	MPSV	Analýza 1/2021, schválení případné právní úpravy 1/2025 a publikace metodiky 1/2026.
	2.1.3 – Revidovat kritéria pro hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči tak, aby reflektovala funkční postižení související s typem a tíží onemocnění. Optimalizovat	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.	Zpracování analýzy fungování příspěvku na péči ve vztahu k cílové skupině (právní úprava, její aplikace v praxi). V případě, že to bude v souladu s výsledkem analýzy, navrhnout změnu právní úpravy (zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních	MPSV	1/2023.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
	čekací dobu na přiznání příspěvku na péči.		službách, vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách) či změnu metodických postupů (aktů řízení). Zavedení časového limitu pro administraci příspěvku na péči.		
	2.1.4 – Navrhnout a implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Zpracovat komplexní analýzu zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak legislativně a metodicky zakotvit metody IPS (Individual placement and support) a zpracovat metodické postupy, které sjednotí existující přístupy a procesy. Podpořit rozvoj sociálního podnikání při zachování pracovní příležitosti na chráněném pracovním trhu.	Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče přesahuje 75 %. Cílem je vytvořit systém, který efektivně snižuje nezaměstnanost osob s duševním onemocněním, s důrazem na uplatnění na otevřeném pracovním trhu, tj. je nutno posílit metody, které prokazatelně vedou k uplatnění na otevřeném pracovním trhu.	Zpracování komplexní analýzy zapojení lidí s duševním onemocněním na trhu práce, včetně specifik pro tuto cílovou skupinu a efektivitu využívaných nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti. Rozšíření existující PS (pracovní skupina) k zaměstnávání lidí s duševním onemocněním v rámci projektu Deinstitutionalizace péče o duševně nemocné o zástupce relevantních odborů MPSV. Pokud to bude v souladu s výsledkem analýzy, pak vypracování návrhu legislativních změn a metodických nástrojů a jejich implementace. Sestavení metodických postupů pro postup při práci s člověkem s duševním onemocněním v oblasti zaměstnávání (od mapování, nácviků pracovních a sociálních dovedností přes	MPSV	1/2024.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
			komunikaci se zaměstnavateli, vytipování pracovního místa, přes pracovní rehabilitaci až po zaškolování a zapracování u zaměstnavatele a postupné ukončování spolupráce). Zajištění pravidelných reprezentativních průzkumů nezaměstnanosti lidí s duševním onemocněním v rámci evaluace dopadu provedených změn. KVANTIFIKACE: U osob se závažným duševním onemocněním je nezaměstnanost v roce 2024 nejméně o 5 % nižší oproti výchozímu stavu v provedeném průzkumu.		
4.1 – Na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě.	4.1.1 – Ukotvit multidisciplinární týmy pro všechny cílové skupiny (Centra duševního zdraví) v relevantních zákonech (zákon č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb.) a prováděcích právních předpisech, včetně personálního obsazení, sdílení informací, zodpovědnosti jednotlivých zaměstnanců, vzdělávání a úhrad.	Psychiatrická péče poskytovaná multidisciplinárními komunitními týmy je kvalitativně odlišná oproti péči poskytované ve stávajícím systému služeb (ambulantní a lůžková péče). Je důležité, aby služby multidisciplinárních týmů představovaly zvláštní druh péče právě s ohledem na přesahy do oblastí mimo zdravotní péči a služby. Z hlediska sdílení informací o pacientech/klientech, vstupu do služby a samotného poskytování péče jde o nezbytné opatření, které umožní propojení zdravotní péče a poskytování registrovaných sociálních služeb do jednoho rehabilitačního plánu.	Návrh úprav v zákonech č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb. Plán legislativních prací, předložení návrhu ke schválení vládou ČR. Úprava prováděcích právních předpisů, např. vyhlášky č. 99/2012 Sb. a vyhlášky č. 92/2012 Sb.	MZ, MPSV	Účinnost zákonů k ukotvení CDZ pro závažně duševně nemocné v zákoně č. 372/2011 Sb. a č. 108/2006 Sb. od 12/2020 a prováděcích předpisů následně do 6/2021, ukotvení ostatních multidisciplinárních týmů, oblasti vzdělávání, hodnocení kvality, asertivní práce atd. v zákonech

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
					s účinností od 1/2026. ¹¹⁹
	4.1.2 – Ke stávajícím 30 CDZ pro lidi se závažným duševním onemocněním a 3 týmům pro děti a pacienty/klienty s problematikou závislosti založit dalších 70 CDZ rovnoměrně rozložených po celé ČR, upravit standard pro tuto službu tak, aby zajistil možnost poskytování péče všem dospělým lidem s duševním onemocněním a potřebou vysoce komplexní péče (mimo cílové skupiny uvedeny dále a v opatření 4.1.3) a rozvinout síť CDZ pro děti s duševním onemocněním či s rizikem jeho rozvoje a síť CDZ v oblasti problematiky závislosti.	Naplnění priorit moderní psychiatrické péče, jak byly definovány Strategií reformy psychiatrické péče vydané MZ v roce 2013. Jde o zavedení nového druhu služby, která bude doplňovat stávající ambulantní a lůžkovou psychiatrickou péči o psychiatrické služby poskytované v přirozeném prostředí pacientů/klientů. Cílem je zkvalitnit péči z hlediska naplňování lidských práv pacientů/klientů, snížit počet nezbytných hospitalizací / zkrátit jejich trvání v lůžkových zařízeních a co nejvíce integrovat duševně nemocné do běžného života – minimalizovat sociální dopady nemoci.	Na základě evaluace projektů 30 CDZ, 3 CDZ pro děti a 3 CDZ pro pacienty/klienty s problematikou závislosti upravit a zveřejnit Standardy a metodiky pro tyto služby. Ve spolupráci s poskytovateli zdravotní a sociální péče, VZP SZP a MPSV rozvinout síť 100 CDZ a zřídit další multidisciplinární týmy pro ostatní cílové skupiny. KVANTIFIKACE: Počet pacientů/klientů SMI v péči CDZ v roce 2030 je minimálně 7 500, počet dětí s duševním onemocněním a pacientů/klientů s problematikou závislosti v péči multidisciplinárních týmů je minimálně 700 z každé cílové skupiny.	MZ, MPSV, MSp ¹²⁰	Průběžně do roku 2030.
	4.1.3 – Na základě evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů (CDZ) pro oblast pro osoby trpící demencí rozvinout komunitní péči pro tuto cílovou skupinu dle	V dobře fungujících systémech je na regionální úrovni definována síť služeb, v rámci které je dobře zorganizována vzájemná propojenost a spolupráce. Klíčovou službou pro osoby s demencí jsou multidisciplinární	Zahrnout rozvoj multidisciplinárních týmů pro osoby s demencí do NAPAN+. Předat data z vyhodnocení pilotního provozu 2 CDZ v rámci projektu „Nové služby reformy psychiatrické péče“	MZ, MPSV	Evaluace pilotního provozu 12/2021, rozvoj služeb průběžně do roku 2030.

¹¹⁹ MZ na svých webových stránkách informuje, že návrh novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, obsahující vymezené změny bude vládě předložen ve 2. čtvrtletí 2020. Dle informací poskytnutých MPSV by novela zákona č. 108/2006, o sociálních službách, která v zákoně ukotví CDZ bude do legislativního procesu vpuštěna souběžně s novelou zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

¹²⁰ Ministerstvo spravedlnosti ČR.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
	specifikace v NAPAN+ ¹²¹ (včetně pacientů/klientů se získaným onemocněním mozku a různými kognitivními deficity).	„gerontopsychiatrické“ komunitní týmy. Jejich náplní je přímá péče o pacienta/klienta, podpora rodin nemocného a spolupráce s dalšími službami v oblasti péče o stárnoucí osoby od primární péče po zařízení rezidenčního charakteru.	týmu zodpovědnému za implementaci NAPAN+.		
4.2 – Do roku 2030 realizovat další fázi deinstitucionalizace jako postupný přechod od velkých zařízení poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie k péči komunitní, zajistit rozvoj širokého spektra dostupných služeb v komunitě, včetně rozvoje kapacit pro akutní péči v psychiatrických a pediatrických odděleních	4.2.2 – Vybudovat dostatečnou síť sociálních služeb v přirozené komunitě pro lidi s duševním onemocněním dlouhodobě hospitalizované ve zdravotnických zařízeních následné lůžkové péče v psychiatrii včetně osob s potřebou vysoké míry podpory a s rizikem chování tak, aby vytvořené kapacity reagovaly na proces deinstitucionalizace.	Z analýzy provedené v rámci projektu Deinstitucionalizace služeb pro duševně nemocné ohledně počtu psychiatrických pacientů/klientů se závažným duševním onemocněním hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích k 30. 9. 2018 déle než 182 dní vyplývá, že u ¼ je limitujícím faktorem propuštění do domácího prostředí absence bydlení a souvisejících sociálních služeb. Přitom podíl pacientů/klientů se sociální problematikou, pro kterou aktuálně není v přirozené komunitě řešení, je ještě vyšší.	Na základě mapování potřebných kapacit rozvoje sociálních služeb pro cílovou skupinu SMI na následující 3 roky (viz Příloha č. 8) ve spolupráci s kraji, MPSV a MF vytvoření akčního plánu za každý kraj, kde bude návrh upraven dle dalších parametrů (personální a finanční zdroje), rozšířen na další cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Akční plány (AP) budou propojeny na střednědobé plány krajů a komunitní plány obcí a budou nástrojem k realizaci právní odpovědnosti krajů a obcí vůči lidem s duševním onemocněním v souladu s platnou legislativou. Každoroční revize plánů dle reálného pokroku v rozvoji služeb a aktuálních potřeb	MPSV, MZ	Průběžně do 2030.

¹²¹ Aktualizace a pokračování Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
všeobecných nemocnic.			a jejich prodloužení na období do roku 2030. ¹²²		
	4.2.5 – Provést mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR ¹²³ a DOZP ¹²⁴ , včetně jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory.	V rámci deinstitucionalizace péče o lidi s duševním onemocněním jsou poskytovateli zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie zpracovány transformační plány. Významný počet pacientů/klientů s duševním onemocněním je však umístěn v domovech se zvláštním režimem, kde je aktuálně 14 354 lůžek, ale kde neznáme detailní potřeby a složení skupiny uživatelů, tzn. nevíme, kolik je z těchto lůžek čerpáno lidmi se SMI.	Provedení mapování počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v DZR a DOZP, a to včetně posouzení jejich potřeb a kompetencí a zpracovaného individuálního plánu podpory v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (§ 39).	MPSV, MZ	Průběžně do 2030.
4.3 – Realizovat rozvoj dalších potřebných komunitních služeb podporujících deinstitucionalizaci	4.3.1 – Posílit krizová centra a služby, zejména na pomoc obětem násilí, traumatu a prevence sebevražd. Zřít specializovaná centra zaměřená na děti s komplexním traumatem.	–	V návaznosti na AP genderově motivovaného násilí a ve spolupráci s ADSKC ¹²⁵ sestavení pracovní skupiny a vypracování návrhu sítě krizových center, zajištění financování a motivace poskytovatelů. Vytvoření pilotního projektu 4 center pro děti s komplexním traumatem, evaluace. Vytvoření minimálně 14 krizových center pro dospělé	MZ, MPSV	Průběžně do 2030.

¹²² Zde je na místě upozornit, že Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 byl schválen bez přílohy č. 8, tj. mapování potřebných kapacit rozvoje sociálních služeb pro cílovou skupinu SMI na následující 3 roky není dosud k dispozici.

¹²³ Domov se zvláštním režimem.

¹²⁴ Domov pro osoby se zdravotním postižením.

¹²⁵ Asociace denních stacionářů a krizových center.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
			populaci regionálně rozložených v rámci ČR. KVANTIFIKACE: Počet obslužených osob v krizových centrech min. 18 000/rok.		
	4.3.2 – Rozvinout stacionární péči pro dětskou i dospělou populaci osob s duševním onemocněním podle regionálních potřeb a struktury obyvatelstva (zaměřenou také na osoby s mentálním postižením a vývojovými poruchami včetně poruch autistického spektra).	–	V rámci existující PS k udržitelnému financování reformy psychiatrické péče zpracování pilotního projektu otevřeného denního stacionáře, jako prevence či zkrácení hospitalizací. Realizace pilotního projektu u min. 3 poskytovatelů. Evaluace pilotního projektu. Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, ADSKC a Odbornou radou pro implementaci Strategie reformy psychiatrické péče dopracování konceptu stacionární péče pro všechny potřebné cílové skupiny. Zpracování standardu a metodik pro všechny zaváděné typy stacionární péče a její rozvoj. KVANTIFIKACE: V roce 2030 existuje 60 nových stacionárních programů na úrovni všech krajů.	MZ, MPSV	Průběžně do 2030.
4.4 – Zavést systém pro zapojování pacientů/klientů	4.4.2 – Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování.	Přestože pomoc peer konzultantů (lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním pomáhající svými zkušenostmi	Ustavení pracovní skupiny ze zástupců existující pracovní skupiny ke vzdělávání na MZ (projekty reformy psychiatrické	MZ, MPSV	1/2023.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.		lidem, kteří s duševním onemocněním bojují) lidem se zkušeností s duševním onemocněním má terapeutický účinek, není jejich pracovní postavení legislativně ukotveno, není vymezeno jako typová pozice v Národní soustavě povolání ani v Národní soustavě kvalifikací.	péče), zástupců uživatelských organizací a organizací neformálních pečovatelských a zástupců relevantních odborů MZ a MPSV. Zpracování návrhu vzdělání peer konzultanta. Zpracování návrhu úpravy zákona č. 108/2006 Sb. a č. 372/2011 Sb. a zákonů č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb. a jejich prováděcích právních předpisů ve vztahu k peer konzultantům. Zásadní úprava vyhlášky č. 271/2012 Sb. ¹²⁶ Zavedení systému vzdělávání peer konzultantů do praxe. Definování typové pozice pracovníků v sociálních službách – peer konzultant a typové pozice ošetřovatel – peer konzultant. První typová pozice bude vymezena jako specializace povolání pracovníků v sociálních službách, a to s odkazem na definici této nové pracovní pozice v zákoně č. 108/2006 Sb. Druhá typová pozice bude vymezena jako specializace povolání ošetřovatel, a to s odkazem na definici této pracovní pozice v zákoně		

¹²⁶ Jedná se o vyhlášku o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka).

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
			č. 96/2004 Sb. Obě typové pozice budou zaneseny v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací.		
5.1 – Systémově (meziresortně) vyřešit problematiku ochranného léčení (ústavní, ambulantní, komunitní).	5.1.3 – Rozvoj lůžkové, komunitní a ambulantní péče o pacienty/klienty se soudně nařízenou ochrannou léčbou (na základě schválené koncepce).	Ústavní forma ochranného léčení je řešena v rámci běžné následné lůžkové péče v psychiatrii, ambulantní forma nepostačuje kapacitou a komunitní multidisciplinární terénní péče chybí. Absentuje systémové uplatnění nástrojů hodnocení rizika a protektivních faktorů a koncepce provázaného systému služeb s adekvátním financováním.	Navržení a vybudování sítě oddělení poskytující péči nemocným s vysokou, střední, nízkou mírou rizikovosti s adekvátním technickým vybavením, dostatečnými odbornými i materiálními kapacitami. Vytvoření metodiky hodnocení rizika a protektivních faktorů u nemocných s uloženou OL ¹²⁷ , spolupráce lůžkových zařízení s FMT a s ambulantními psychiatrii a v rámci ambulancí s rozšířenou péčí. Součástí tohoto systému bude hodnocení průběhu této léčby a definování standardů této léčby včetně uplatnění principů zotavení specificky aplikovaných na skupinu nemocných s OL. Systém umožní léčbu dětí a adolescentů, žen, osob s mentálním postižením tak, aby léčba probíhala v souladu s jejich potřebami včetně potřeb vzdělávacích a sociálních. Na základě	MZ, MPSV	Evaluace pilotního projektu multidisciplinárních týmů 2022, ostatní průběžně.

¹²⁷ Ochranná léčba.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
			evaluace pilotního provozu 2 multidisciplinárních týmů pro pacienty/klienty s uloženým ochranným léčením, vytvoření a publikace závazného standardu pro tuto službu a zavedení udržitelného financování. Zřízení 11 multidisciplinárních týmů pro tuto cílovou skupinu (nad rámec pilotních provozů). Personální posílení a zlepšení koordinace ambulantní péče o nemocné s OL, definování regionální sítě ambulantních služeb. Funkční propojení tohoto systému ochranného léčení s Ústavy výkonu zabezpečovací detence a programy realizovanými MSp ve výkonu trestu odnětí svobody. Implementace systému sběru dat u nemocných s OL ve všech jeho složkách. KVANTIFIKACE: Do roku 2030 k dispozici cca 1 000 lůžek pro OL stratifikovaných dle úrovně rizikovitosti pacientů/klientů, regionálně rozložených a 13 multidisciplinárních týmů v těsné spolupráci s lůžkovými zařízeními.		
5.2 – Zapojit kraje a obce do tvorby a realizace	5.2.2 – Zavést systém dostupných pobytových sociálních služeb	Při zmenšování kapacit u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru psychiatrie bude	Na základě mapování potřeb v u poskytovatelů následné lůžkové péče v oboru	MPSV, MMR, MZ	Průběžně.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
efektivní síť péče o duševní zdraví.	poskytovaných v přirozené komunitě s různou mírou zdravotně-sociální podpory dle individuálních potřeb uživatelů služeb s duševním onemocněním, včetně specializované pobytové sociální služby komunitního typu pro osoby s komplexními potřebami vycházejících z jednotlivých druhů duálních diagnóz a diagnóz typu F00–F03 v rozsahu poskytované celodenní sociální služby. Bydlení musí být domácího charakteru, s nízkým počtem uživatelů v jednotlivých domácnostech a nesmí mít institucionální charakter. Poskytovatel musí systematicky předcházet institucionalizaci těchto osob.	nutné pracovat i s osobami se závažným duševním onemocněním s vyšší komorbiditou a sociálním selháváním, a tedy i potřebou vyšší míry podpory a dohledu, a to včetně duálních diagnóz a diagnóz typu F00–F03. V souladu s nezbytností systematické implementace Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, v návaznosti na § 38 zákona č. 108/2006 Sb. a v návaznosti na doporučení WHO ¹²⁸ by mělo docházet k budování sociálních služeb komunitního typu (bez ohledu na druh registrace či skutečnost, zda jsou pobytové či terénní, nicméně v návaznosti na potřeby konkrétní cílové skupiny), jako prevence trans-institucionalizace vedoucí naopak ke zhoršení duševního zdraví těchto zvláště zranitelných cílových skupin způsobené právě institucionalizací, mj. z ní vycházející depersonifikací a zvýšení míry rizika v chování. Těmito cílovými skupinami jsou např. senioři s diagnózami F00–F03 a lidé s mentálním postižením a přidruženým duševním onemocněním a to	psychiatrie a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit a intenzity podpory v bydlení. Ve spolupráci s MMR ¹²⁹ , MPSV, kraji, obcemi a městy vytvořit a implementovat plány zvyšování kapacit definovaných forem bydlení. KVANTIFIKACE: Realizace 1 chráněného bydlení v každém 100 000 regionu v roce 2029, s celkovou kapacitou 800 lůžek.		

¹²⁸ World Health Organization.

¹²⁹ Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky.

Specifický cíl	Opatření	Odůvodnění	Způsob plnění	Gestor	Termín
		včetně diagnóz F70–F79. Celý systém pobytových sociálních služeb, terénních sociálních služeb a dalších typů bydlení je efektivní pouze v případě, pokud je prostupný, flexibilní a upřednostňuje nezávislost člověka s duševním onemocněním.			
	5.2.3 – Vytvořit systém bydlení pro duševně nemocné ve standardní civilní zástavbě. Využít modely sociálního bydlení, housing first, spolupráce s obcemi, realitními makléři aj. Propojit systém na službu terénních komunitních týmů, které realizují podporu a rozvoj kompetencí u člověka s duševním onemocněním.	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: Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti.	Na základě mapování potřeb v psychiatrických nemocnicích a v rámci krajů identifikace potřebných kapacit bydlení. S využitím dostupných modelů bydlení ve spolupráci s obcemi a městy vytvoření a realizace plánu zajištění dostatečných kapacit bydlení v civilní zástavbě s propojením na podporu terénních komunitních týmů. KVANTIFIKACE: Existence 3 000 míst pro bydlení pro lidi s duševním onemocněním v bytech v civilní zástavbě po celé ČR v roce 2029.	MMR, MPSV, MZ	Průběžně do 2030.

6.2 Datové zdroje pro desk research

Veřejné strategie

- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, Rada ministrů EU, 2005 (dostupné online <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>)
- Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020, MPSV, 2013 (dostupné online <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mpsv/strategie/koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-ceske-republice-do-roku-2020>)
- Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025, MPSV, 2015 (dostupné online https://www.mpsv.cz/files/clanky/27267/Koncepce_socialniho_bydleni_CR_2015-2025.pdf)
- Mental health problems costing Europe heavily, OECD, 2018 (dostupné online <http://www.oecd.org/health/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>)
- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, MZ, 2020 (dostupné online http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi_4114_3.html)
- Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, MPSV, 2015 (dostupné online <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf/af89ab84-31ac-e08a-7233-c6662272bca0>)
- Národní strategie zdraví 2020, vláda ČR, 2015 (dostupné online https://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html)
- Strategie reformy psychiatrické péče, MZ, 2013 (dostupné online http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/)
- Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 3: Duševní zdraví, MZ, 2015 (dostupné online 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)
- Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, revidovaná verze z roku 2019, ÚV ČR, 2019 (dostupné online: https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2019_1.pdf)

Statistiky

- [Nemocenská statistika](#), ČSSZ, 2015–2019
Dočasná pracovní neschopnost (duševní nemoci)
- [Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění](#), ČSSZ, 2018
Invalidní důchody (duševní nemoci)
- [Důchodová statistika](#), ČSSZ, 2010–2019
Invalidní důchody (duševní nemoci)
- [Psychiatrická péče](#), ÚZIS, 2017
Počty nově zjištěných psychiatrických onemocnění
Počty hospitalizovaných a ambulantně léčených
- [Otevřená data](#), ČSSZ
Nejčastější příčiny vzniku invalidity
Počet námitek
Počet nově přiznaných invalidních důchodů v ČR dle skupin diagnóz
Počet vyplácených invalidních důchodů v ČR dle skupin diagnóz
Přehled o počtu důchodců podle druhu důchodu
Ukazatele pracovní neschopnosti podle pohlaví a skupin diagnóz
Výdaje na důchody
Změny mezi stupni invalidního důchodu v roce
- [Registr poskytovatelů sociálních služeb](#), MPSV
Síť sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním
- [Vybrané údaje o sociálním zabezpečení](#), ČSÚ
2. Nemocenské pojištění
2-7. Ukončené případy pracovní neschopnosti podle příčin 2018
Zařízení sociálních služeb
6-3. Uživatelé (klienti) zařízení sociálních služeb v roce 2018
6-4. Počet uživatelů zařízení sociálních služeb podle krajů 2018
6-5. Počet zařízení sociálních služeb podle zřizovatele v roce 2018
6-6. Kapacita zařízení sociálních služeb podle zřizovatele
6-7. Ekonomické ukazatele vybraných zařízení sociálních služeb
- [Informační systém o průměrném výdělku](#)
Mzdová sféra ČR – rok 2019

Právní normy a řídicí akty

- Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejné zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu povolání lékařů a farmaceutů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 519/2004 Sb., o rekvalifikaci uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání a o rekvalifikaci zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 176/2009 Sb., kterou se stanoví náležitosti žádosti o akreditaci vzdělávacího programu, organizace vzdělávání v rekvalifikačním zařízení a způsob jeho ukončení, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení
- Vyhláška č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity, ve znění pozdějších předpisů

- Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška š. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 322/2017 Sb., o stanovení seznamu odvětví zaměstnání, která zahrnují činnosti závislé na ročním období, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 346/2017 Sb., o závazném vzoru potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu a o závazném vzoru potvrzení o ošetření nebo vyšetření uchazeče o zaměstnání ve zdravotnickém zařízení, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 515/2004 Sb., o hmotné podpoře na vytváření nových pracovních míst a hmotné podpoře rekvalifikace nebo školení zaměstnanců v rámci investičních pobídek, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 64/2009 Sb., stanovení druhu prací, které agentura práce může formou dočasného přidělení k výkonu práce u uživatele zprostředkovávat, ve znění pozdějších předpisů
- Nařízení vlády č. 260/2019 Sb., o výši všeobecného vyměřovacího základu za rok 2018, přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2018, redukčních hranic pro stanovení výpočtového základu pro rok 2020 a základní výměry důchodu stanovené pro rok 2020 a o zvýšení důchodů v roce 2020
- Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví (dostupné online https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CD_Z.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c)
- Instrukce náměstkyně ministryně sekce sociálně pojistných systémů č. 2/2016, Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (dostupné online https://www.mpsv.cz/documents/20142/637531/Instrukce_namestkyne_pro_rizeni_sekce_socialne_pojistnych_systemu_2-2016.pdf/67acee18-f96a-3238-1296-1c3282c2f020)
- Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením (dostupné online https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_c.1-2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabili.pdf/5ee51e78-e010-8495-1bd2-d9cc9108d072)

Internetové stránky

- MPSV (<https://www.mpsv.cz/web/cz/pusobnost-mpsv>)
- ČSSZ (<https://www.cssz.cz/web/cz>)
- Portál veřejné správy (<https://portal.gov.cz/obcan/zivotni-situace/socialni-zabezpeceni/>)
- MZ (https://www.mzcr.cz/unie/obsah/2014-2020-reforma-psychiatrie_3837_8.html)
- Strategie reformy psychiatrické péče – Projektový blog strategické projektové kanceláře MZ (<http://www.reformapsychiatrie.cz/>)
- ÚP (<https://www.uradprace.cz/web/cz/urad-prace-cr>)
- Psychiatrická společnost ČLS JEP – Česká psychiatrická společnost, z.s. (<https://www.psychiatrie.cz/>)
- EK (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1106&langId=cs>)
- Informační systém o průměrném výděлку (<https://www.ispv.cz/cz/Uvodni-strana.aspx>)
- Vzdělávací akce IPVZ (<https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/hledani-vzdelavaci-akce>)

Monografie

- Holub M., Šlapák M. Analýza české veřejné správy v "okolí" českého penzijního systému: rodinná politika, zdravotní péče, dlouhodobá péče, bydlení, nezaměstnanost a sociální podpora; jejich propojení s důchodovým systémem. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2017. ISBN 978-80-7416-248-0 (dostupné online http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_428.pdf)
- Janečková E., Mach P. Zákon o sociálních službách - komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2019. ISBN 978-80-7552-246-7
- Krebs V. a kol. Sociální politika. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2015. ISBN 978-80-7478-921-2
- Mahrová G., Venglářová M. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MERRPS. Ekonomické hodnocení ve zdravotnictví: zaměřeno na duševní zdraví, KONCEPT; VERZE 12/2019
- Toresini L., Mezzina R. Za zdmi – deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe. Praha. FOKUS Praha, 2017 (dostupné online <https://www.fokus-praha.cz/index.php/cz/vzdelavame/recenze-publikaci-a-filmu/213-za-zdmi>)

Články v odborných časopisech

- Arnoldová A. Nejdůležitější změny právních předpisů v sociálním zabezpečení v roce 2017 a 2018. In Revizní posudkové lékařství 2017, 20 (3–4), strana 117–128

- Ehler E., Bednařík J., Höschl C., Winkler P., Suchý M., Pátá M. Náklady na poruchy mozku v České republice. In Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie, 2013, 76/109(3), strana 289–291 (dostupné online <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2013-3-9/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>)
- Janoušková M., Winkler P., Kažmír L. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001 až 2011 (Trends In Newly Admitted Disability Pensions Due To Mental And Physical Disorders In The Czech Republic Between 2001 And 2011). In Psychiatrie, 2014, 18(4), strana 161–165
- Kondrátová L. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114 (4), strana 151–158 (dostupné online <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1220>)
- Kondrátová L., Winkler P. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113(3), strana 132–139 (dostupné online http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_132_139.pdf)
- Páv M., Kališová L., Holý M. Poskytování následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních v ČR a možnosti zlepšení realizované v rámci projektu SUPR. In Česká a slovenská Psychiatrie 2017, 113(2), strana 51–58 (dostupné online http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_2_51_58.pdf)
- Průša L. Nová predikce vývoje počtu příjemců příspěvku na péči v ČR do roku 2030. In Demografie, 2018, 60, strana 49–60 (dostupné online <https://www.czso.cz/documents/10180/61449042/prusa.pdf/71e31cff-a2e4-4267-a72f-96afede9d40f?version=1.0>)
- Scheansová A. Šetření psychosociálních potřeb mladých akutně psychotických pacientů (Pilotní studie). In Česká a slovenská Psychiatrie 2007, 103(6), strana 268–279 (dostupné online <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-slovenska-psychiatrie/2007-6/setreni-psycho-socialnich-potreb-mladych-akutne-psychoticky-pacientu-pilotni-studie-4703>)
- Štanglová A., Machů V., Kondrátová L. Program podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním: příklad dobré praxe. In Česká a slovenská Psychiatrie 2018, 114(1), strana 9–15 (dostupné online <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1185>)
- Winkler P., Formánek T., Mladá K., Čermáková P. The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design and methods. In International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2018, 27(3), "e1728" (dostupné online <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/mpr.1728>)
- Winkler P., Csémy L., Janoušková M., Bankovská Motlová L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. In Psychiatrie. 2014, 18(2), strana 54–59

(dostupné online:

http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)

Ostatní

- BDO Advisory s.r.o. Analýza legislativy z pohledu podpory nezávislosti osob se zdravotním postižením, 2019 (dostupné online <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/>)
- FM solutions. Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR, 2015 (dostupné online <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Analýza-vlivu-reformy-psychiatrické-péče-na-oblast-sociálních-slужeb-v-ČR.pdf>)
- FOKUS ČR. Jsou ohroženi chudobou. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. 2017 (dostupné online: <http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura Jsou ohrozeni chudobou.pdf>)
- FOKUS Vysočina, FOKUS Praha, FOKUS Tábor. Brožura pro zaměstnavatele. Paralelní životy, 2014
- Horecký J., Lusková D. Měření kvality v sociálních službách. Tábor, 2019. ISBN: 978-80-907053-9-5 (dostupné online [http://www.apsscr.cz/files/files/Studie%20M%C4%9B%C5%99en%C3%AD%20kvality%20v%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch_FINAL\(1\).pdf](http://www.apsscr.cz/files/files/Studie%20M%C4%9B%C5%99en%C3%AD%20kvality%20v%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch_FINAL(1).pdf))
- Jeřábková V., Průša L. Příspěvek na péči. VÚPSV, v.v.i. Praha, 2013 (dostupné online http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_377.pdf)
- Kasal A., Bechyňová L., Daňková Š., Melicharová H., Winkler, P. Situační analýza prevence sebevražd v České republice. Podklady pro Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030. WHO, 2019 (dostupné online <https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic-december-2019-fin-2.pdf>)
- MMR. Vybrané údaje o bydlení 2018, červen 2019 (dostupné online <https://www.mmr.cz/cs/ministerstvo/bytova-politika/statistiky-analyzy/statistiky-z-oblasti-bytove-politiky/vybrane-udaje-o-bydleni-zde-bude-text>)
- MPSV. Analýza financování sociálních služeb, srpen 2019 (dostupné online <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1079648/Anal%C3%BDza%20financov%C3%A1n%C3%AD%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pr%C3%A1ce%20v%20p%C5%99enesen%C3%A9%20p%C5%AFsobnosti.pdf/8b4ed969-e776-398b-01d9-55b8bbfeabf2>)
- MPSV. Analýza vývoje nemocenského pojištění, 2019 (dostupné online <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225490/Anal%C3%BDza+NP+2019.pdf/8a3a67fd-6df8-2ce4-595f-1cf9d784ddc9>)
- MPSV. Potencionální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb, 2015 (dostupné online <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Potencion%C3%A1ln%C3%AD-dopad-reformy->

[psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8D-do-oblasti-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb.pdf\)](#)

- MPSV. Výdaje na státní politiku zaměstnanosti, 2020 (dostupné online <https://www.mpsv.cz/vydaje-na-statni-politiku-zamestnanosti>)
- MPSV. Aktuální situace v oblasti lékařské posudkové služby (dostupné online https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/03/19_03_29_Vychodiska_LPS_MPSV_b%C5%99ezen2019.pdf)
- MPSV. Tisková zpráva z 21. 2. 2020. MPSV se podařilo zlepšit situaci v Lékařské posudkové službě a navrhuje další kroky (dostupné online https://www.cssz.cz/web/cz/uvod/-/asset_publisher/GQ48v1KeNe0J/content/id/612358)
- MZ. Tisková zpráva z 10. 9. 2019. Ministerstvo zdravotnictví představilo Národní akční plán prevence sebevražd (dostupné online http://www.hygp Praha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-predstavilo-narodni-akcni-plan-prevence-sebevrazd-4352_4352_161_1.html)
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. K úvaze při sestavování seznamu otázek (List of Issues) k první zprávě České republiky o plnění Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (dostupné online https://www.mpsv.cz/documents/20142/225526/List_of_issues_CZ_NGO_.pdf/18f34906-e2c0-f1e9-ea92-a51a2d196327)
- Papežová S., Hollý M. Reforma psychiatrie a transformace psychiatrických nemocnic. 2019 (dostupné online http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2019/12/Reforma-psychiatrie-a-transformace-psychiatrick%C3%BDch-nemocnic-%C3%A9%C5%99ad-vl%C3%A1dy-13-12-2019_V02_anim.pdf)
- Portál veřejné správy. Invalidita a žádost o invalidní důchod (dostupné online <https://portal.gov.cz/obcan/zivotni-situace/socialni-zabezpeceni/duchodove-pojisteni/invalidita-a-zadost-o-invalidni-duchod.html>)
- Průša L., Langhamrová J., Holub M., Bareš P. VÚPSV, v.v.i. Návrh úprav systému financování ošetrovatelské a rehabilitační péče v pobytových zařízeních sociálních služeb - certifikovaná metodika, 2016 (dostupné online https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Navrh_uprav_systemu_financovani_osetrovatelske_pece_v_pobytovych_zarizenich_socialnich_sluzeb.pdf/e21d9950-f1ca-eb03-a508-cb5bf1f57ff)
- Skříčková Z., Špatenka J. Vliv transformace na komunitu, Studie společenských výdajů a přínosů transformace ústavních služeb na služby komunitní, 2013 (dostupné online <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/>)
- Šimíková I. Analýza databáze příjemců dávek hmotné nouze, zhodnocení role nákladů na bydlení a dávek spojených s bydlením ve vztahu k příjemcům dávek hmotné nouze. VÚPSV, v.v.i. Praha, 2012 (dostupné online http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_350.pdf)

- Uhlířová B., Latimier C. Příspěvek k situaci osob pečujících o osoby s mentálním, kombinovaným a tělesným postižením a o osoby s poruchami autistického spektra, 2013 (dostupné online <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/>)
- Vysoký počet sebevražd v Česku má pomoci snížit národní akční plán. In Zdravotnický deník 2019 (dostupné online <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/09/vysoky-pocet-sebevrazd-cesku-ma-pomoci-snizit-narodni-akcni-plan/>)
- Zpráva o plnění opatření Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020 v roce 2018 (dostupné online <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/dokumenty/Zprava-o-plneni-opatreni-NPPRP-za-rok-2018.pdf>)

6.3 Realizované rozhovory

Dodavatel v souladu s obsahem Vstupní zprávy o zpracování této analýzy z března 2020, která byla schválena Zadavatelem, oslovil se žádostí o spolupráci (resp. se žádostí o rozhovor) stakeholdery specifikované v následující tabulce. K oslovení došlo 24. 4. 2020 (bezprostředně poté, co Zadavatel poskytl pověřovací dopis vysvětlující osloveným cíle evaluace a roli Evaluation Advisory CE s.r.o.). Celkem byla žádost o rozhovor adresována 10 stakeholderům.

Tabulka 39: Respondenti (stakeholdeři) pro rozhovory

Stakeholder	Respondent
MPSV, odbor sociálních služeb a sociální práce	Mgr. Jan Vrbický Vedoucí oddělení koncepce sociálních služeb
MPSV, odbor odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS	Mgr. Michal Novák Ředitel odboru odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS
MZ, útvar odpovědný za implementaci SRPP	Ing. Alena Bernau Vedoucí oddělení pro reformu péče o duševní zdraví
MMR, sekce bydlení a sociálního začleňování	Mgr. David Beňák, Ph. D. DiS. Ředitel odboru pro sociální začleňování a RNDr. Jiří Klíma Ředitel odboru politiky bydlení
Územní samosprávné celky (Asociace krajů ČR, Svaz měst a obcí ČR)	Mgr. Radka Vladyková Výkonná ředitelka Svazu měst a obcí ČR (a členka Rady vlády pro duševní zdraví) a MUDR. Jiří Běhounek Hejtman kraje Vysočina (a člen Rady vlády pro duševní zdraví)

Stakeholder	Respondent
Zastřešující organizace poskytovatelů sociálních služeb	PaedDr. Blanka Veškrnová Členka správní rady Asociace komunitních služeb, z.s. (a členka Rady vlády pro duševní zdraví a současně také ředitelka Práh jižní Morava, z.ú.) a Mgr. Petr Hanuš ředitel odborných sekcí Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR
Poskytovatel sociálních služeb - FOKUS Praha, z.ú.	Mgr. Jan Sobotka Výkonný ředitel FOKUS Praha, z.ú. (a člen správní rady Asociace komunitních služeb, z.s.)
Úřad práce ČR, Generální ředitelství, odbor zaměstnanosti	Ing. Eva Stratilová Vedoucí oddělení aktivní politiky zaměstnanosti

Vzhledem k tomu, že v době vyhrazené na rozhovory platil v ČR nouzový stav kvůli epidemii koronaviru a v zájmu ochrany zdraví bylo účelné omezovat osobní kontakt na minimum, většina z uskutečněných rozhovorů proběhla formou videokonference. Výstupy z rozhovorů Dodavatel promítl do obsahu tohoto dokumentu.

Přehled rozhovorů obsahuje následující tabulka.

Tabulka 40: Přehled uskutečněných rozhovorů

Stakeholder	Termín konání rozhovoru	Forma rozhovoru
MPSV, odbor sociálních služeb a sociální práce, oddělení koncepce sociálních služeb	7. 5. 2020	Osobní rozhovor
MPSV, odbor odvolání a správních činností nepojistných dávek a LPS	5. 5. 2020	Odpovědi na dotazy byly respondentem poskytnuty v písemné podobě
MZ, oddělení pro reformu péče o duševní zdraví	20. 5. 2020	Osobní rozhovor
MMR, odbor pro sociální začleňování	4. 5. 2020	Videokonference
MMR, odbor politiky bydlení	11. 5. 2020	Odpovědi na dotazy byly respondentem poskytnuty v písemné podobě
Asociace krajů ČR	28. 5. 2020	Videokonference
Svaz měst a obcí ČR	27. 5. 2020	Odpovědi na dotazy byly respondentem poskytnuty v písemné podobě
Asociace komunitních služeb, z.s.	29. 4. 2020	Videokonference
Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR	4. 5. 2020	Videokonference
FOKUS Praha, z.ú.	5. 5. 2020	Osobní rozhovor
Úřad práce ČR, Generální ředitelství, odbor zaměstnanosti	5. 6. 2020	Osobní rozhovor

Zpracovatel dále dne 29. 4. 2020 doplňkově oslovil krajské úřady (útvary, v jejichž kompetenci jsou sociální služby) za účelem zjištění předpokládaného nárůstu kapacit sociálních služeb navázaného na implementaci Reformy. (Kraje aktuálně pracují na akčních plánech implementace Reformy – zatím jsou k dispozici pouze pracovní verze těchto plánů. Tyto dokumenty vznikají v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné, který realizuje (řídí) MZ.)

Doplňkové dotazování představovala také komunikace s ÚP, konkrétně s oddělením DOZP, PnP a SPOD (z 8. 4. 2020 a 16. 4. 2020) ve věci dostupnosti statistik o průkazech pro osoby se zdravotním postižením (tj. v jakém procentu případů je průkaz přiznán na základě odst. 1 písm. j), odst. 2 písm. m) nebo odst. 3 písm. m) přílohy č. 4 vyhlášky č. 388/2011.