

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Michal Skalník**

**Péče o duševně nemocné v Česku: problémy a řešení**

*Diplomová práce*

Praha 2009

Autor práce: **Michal Skalník**

Vedoucí práce: **PhDr. Arnošt Veselý, PhD**

Oponent práce:

Datum obhajoby: **2009**

Hodnocení:

## **Bibliografický záznam**

SKALNÍK, Michal. *Péče o duševně nemocné v Česku: problémy a řešení*. Praha: Karlova univerzita, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, Katedra veřejné a sociální politiky, 2009. 67 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Arnošt Veselý, PhD.

## **Abstrakt**

Již od začátku devadesátých let se v Česku otevřeně mluví o potřebných změnách v systému péče o duševně nemocné. Problémy, které byly již téměř před devatenácti lety formulovány, však ještě ani dnes nejsou vyřešeny a v mnoha z nich se dosáhlo jenom neuspokojivého zlepšení. Hlavním tématem diplomové práce je proto propojení dvou oblastí: problémů, které se v péči o duševně nemocné nacházejí a způsobů řešení, které je na ně možné aplikovat. První část práce je věnována analýze problémů, které jsou pojmenovány v koncepčních dokumentech Psychiatrické společnosti. Výsledkem této analýzy je potvrzení drtivé většiny problémů a zároveň jejich “podložení” potřebnými daty. Závěrem první části je také výčet problémů, u kterých rozsah a kvalita dostupných dat zaostává za informacemi, které jsou k dispozici u problému jiných. Druhá část práce se věnuje popisu řešení, která je možné aplikovat na některé z problémů analyzovaných v první části. Cílem tohoto popisu je představit základní rámec fungování daného řešení, ukázat, jaký vklad dané řešení obnáší od příslušných aktérů a také (je-li je to možné) uvést, jak se daný problém dařilo řešit v minulosti. Výsledkem druhé části práce je vzájemné porovnání zkoumaných řešení a také několik závěrů, které z tohoto porovnání vyplývají. Závěr práce je věnován popisu zodpovědnosti, kterou za problémy péče o duševně nemocné nesou jednotliví aktéři.

## **Abstract**

Problems of mental health care in the Czech republic have been defined in the early nineties. Yet after nineteen years of progress in this area, these problems are still major topics in mental health care policy documents. Main purpose of diploma paper is therefore to analyse mental health care problems and at the same time also might-be solutions. Mental health care problems definitions as conceptualized in mental health care policy documents are found to be plausible. Though the amount of supportive data is sufficient, there are differences in decisiveness of some arguments. Available solutions are brought up and described in various manners in order to show their own logic, rules and after all their usability. Final conclusions consider the roles and responsibilities of various policy actors.

## **Klíčová slova**

Péče o duševní zdraví, veřejná politika, analýza problémů, analýza řešení, Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, Psychiatrická společnost

## **Keywords**

Mental health care, public policy, policy analysis, problem analysis, problem solving, Ministry of Health, Health insurance, Czech psychiatric association

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Všechny citace aktérů, s kterými jsem uskutečnil rozhovory, byly autorizovány.
2. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a studia.

V Praze dne 22.5.2009

Michal Skalník

## **Poděkování**

...patří především mé rodině za podporu při studiu a psaní diplomové práce, vedoucímu práce PhDr. Arnoštovi Veselému, PhD. za pečlivé usměřování mého úsilí a všem, kteří mi pomohli lépe pochopit hloubku a souvislosti tématu mé diplomové práce.

*„...jde o nejtěžší oblast, již je třeba ve zdravotnictví reformovat.“<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Bývalý vedoucí odboru komunikace s veřejností Ministerstva zdravotnictví Tomáš Cikrt o psychiatrii, 11.5.2007, iHNED.cz.

## OBSAH:

<b>1. Úvod</b>	<b>10</b>
<b>2. Definování pojmů</b>	<b>11</b>
<b>3. Cíle práce a otázky, které si klade</b>	<b>12</b>
3.1. Cíle	11
3.2. Výchozí otázky první části	11
3.3. Výchozí otázky druhé části	13
3.4. Závěrečné otázky	14
<b>4. Použité metody</b>	<b>15</b>
4.1. Metody sběru dat	15
4.2. Vlastní metodika práce	15
<b>5. Problémy péče o duševně nemocné (<i>první část</i>)</b>	<b>18</b>
5.1. Ambulantní péče	18
5.1.1. Úvod	18
5.1.2. Systém financování ambulantní péče	19
5.1.3. Nedostatek psychiatrických ambulancí	22
5.1.4. Regionální rozdíly v dostupnosti	23
5.1.5. Nedostatek ambulantní psychoterapie	25
5.1.6. Nedostatek soc. pracovníků v ambulantních službách a krizové pomoci v terénu	26
5.2. Lůžková péče	27
5.2.1. Úvod	27
5.2.2. Nevyhovující poměr lůžkové péče mezi léčebnami a nemocnicemi	28
5.2.3. Nerovnoměrná síť zařízení lůžkové péče	29
5.2.4. Materiální zanedbanost psychiatrických léčeben	31
5.2.5. Nedostatek nelékařských pracovníků v psychiatrických léčebnách	32
5.2.6. Velké rozdíly v nemocniční péči	34
5.2.7. <i>Psychiatrická oddělení nemocnic vs. psychiatrické léčebny</i>	35
5.3. Komunitní péče	35
5.3.1. Úvod	35
5.3.2. Nedostatečné rozvinutí komunitních služeb	36
5.4. Závěr první části	38



<b>6. Způsoby řešení problémů péče o duševně nemocné (<i>druhá část</i>)</b>	<b>41</b>
6.1. Úvod	41
6.2. Nedostatek ambulantních služeb pro duševně nemocné	41
6.3. Nedostatečná síť nemocničních oddělení a velké rozdíly mezi nimi	44
6.4. Zanedbanost budov a vybavení psychiatrických léčeben	46
6.5. Komunitní péče	49
6.5.1. Intermediární péče	50
6.5.2. Meziresortní péče	53
6.6. Vyřešení sociální hospitalizací v psychiatrických léčebnách	54
6.7. Závěr druhé části	56
<b>7. Závěr diplomové práce – zodpovědnost aktérů</b>	<b>58</b>
7.1. Psychiatrická společnost	58
7.2. Zdravotní pojišťovny	60
7.3. Ministerstvo zdravotnictví	60
<b>8. Seznam pramenů</b>	<b>62</b>
8.1. Rozhovory	62
8.2. Literatura citována nebo zmiňována v diplomové práci	62
8.3. Použitá literatura (necitována ani nezmiňována v diplomové práci)	66

## 1. ÚVOD

Prvním podnětem pro napsání této práce bylo rozčarování nad malými výsledky, které přinesli téměř dvě desetiletí vývoje v oblasti péče o duševně nemocné v České republice. Již v Návrhu reformy péče o zdraví z roku 1990 se požaduje "*postupná zásadní restrukturalizace lůžkového fondu psychiatrických léčeben na účelové složky (nemocniční péče, následná péče, ústavní sociální péče), jejich regionalizace a propojení s terénem*"<sup>2</sup>. Dále měla mít reforma za cíl také "*zvýraznění podílu nelůžkových služeb (nejen klasické ambulantní péče, ale i netradičních forem, jako jsou denní a noční stacionáře, krizová centra atd.), vytváření malých (psychiatrických) oddělení všeobecných nemocnic a funkční spojení péče lůžkové, nelůžkové a nezdravotnické (poradenské, sociální)*"<sup>3</sup>

Na začátku letošního roku (2009) Výbor Psychiatrické společnosti schválil Koncepti oboru psychiatrie - 1.revizi 2008<sup>4</sup>, která ve svém úvodu stav péče o duševně nemocné charakterizuje těmito slovy: "*nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče.*" V roce 2008 jsou tedy pojmenovány problémy a zformulovány cíle, které téměř opakují to, co bylo stanoveno již před osmnácti lety. Nejedná se přitom jenom o pouhé opakování starých cílů. Jak se tato práce pokusí dokázat, problémy péče o duševně nemocné z roku 1990 jsou pořád ve větší nebo menší míře problémy i v roce 2009. Počet ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel se pohybuje od patnácti v hl. městě Praze po čtyři v Zlínském kraji, více než 60% akutních lůžek je umístěno v zařízeních následné péče, komunitní péče je neustále na okraji zájmu a nedostatečně rozvinutá.

Práce se dále pokusí dokázat, že každý z těchto problémů si vyžaduje rozdílné řešení, ke kterému musí ve většině případů každý z aktérů přispět svým dílem. Zároveň třeba odmítnout předpoklad, že tím hlavním, co brzdí rozvoj péče o duševně nemocné, je nedostatek finančních zdrojů. Jak na nedávné konferenci<sup>5</sup> věnované organizaci psychiatrické péče vícekrát zdůrazňoval Stefan Priebe<sup>6</sup>, peníze jsou pro zlepšování služeb pro duševně nemocné důležité, častokrát je ale mnohem důležitější vůle ke změnám. Tato práce se snaží blíže představit, na co by se tato „vůle ke změnám“ měla soustředit.

---

2 Citováno z Kamil KALINA, *Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude?*, In: Zdravotnické noviny 48/2002.

3 tamtéž.

4 Dále jen R-KOP.

5 Konference *1st International Congress on Organisation of Psychiatric Care* se konala od 20. – 22. dubna v PL Bohnice. Více na [www: < http://www.icopc.eu/ >](http://www.icopc.eu/)

6 Významný evropský vědec zabývající se výzkumem služeb pro duševně nemocné. Spoluautor publikací *Evidence in Mental Health Care* (Psychology Press, 2002) a také *Choosing methods in Mental Health Research: Mental Health Research from Theory to Practice* (Routledge, 2006)

## 2. DEFINOVÁNÍ POJMŮ

V České republice jsou v souvislosti s oblastí, které se tato práce věnuje, používány různorodé pojmy: psychiatrická péče, péče o duševně nemocné/péče o lidi s duševním onemocněním anebo péče o duševní zdraví. Je proto namístě vysvětlit, proč se v názvu i v textu této práce používá právě označení 'péče o duševně nemocné'.

I když v praktické rovině používání všech těchto označení ničemu nepřekáží, výrazy "psychiatrický", "duševně nemocný" a "duševní zdraví" mají jiný význam a označují různá spektra péče. Např. shodný přívlastek "psychiatrická" definuje v označení "psychiatrická péče", o jaký druh péče se jedná: o psychiatrickou, tj. takovou péči, která je vykonávána psychiatrickými postupy. Označení "psychiatrická péče" se ale v odborných dokumentech<sup>7</sup> běžně používá k označení i jiných druhů péče, které nejsou psychiatrické, např. péče psychologické, sociálně-terapeutické atd.. Termín "péče o duševní zdraví" naopak zahrnuje nejširší možný okruh péče, činností, postupů, protože v něm není určeno, o jaký druh péče se jedná, a tato libovolná péče není omezena na duševní nemoc, ale obecně na duševní zdraví. "Péče o duševně zdraví" tedy může označovat i prevenci, starost o zdravý životní styl, osobní duševní hygienu, vzdělávání atd..

Poněvadž se tato práce zabývá mechanismy a nástroji, které mají zabezpečovat fungování a rozvoj především péče o duševně nemocné, bylo by označení "péče o duševní zdraví" příliš rozsáhlé a ponechalo by důležitou část (např. prevence) bez vysvětlení. Také se ale nezabývá jenom problémy péče, kterou poskytují ambulantní psychiatři, nebo psychiatři v nemocnicích a léčebnách a označení "psychiatrická péče" by nezahrnovalo péči, kterou poskytují jiné profese na bázi postupů odlišných od psychiatrických. Označení "péče o duševně nemocné" je proto pro záběr této práce nejvhodnější. Neurčuje druh péče, ale jenom adresáta péče, kterým je člověk trpící duševním onemocněním, a tímto označením zároveň vymezuje, že se jedná o péči zaměřenou na nemocné a ne na zdravé.

---

<sup>7</sup> Např. dokument Národní psychiatrický program 2007 svým obsahem i prioritami jasně přesahuje oblast, která je stanovena v jeho názvu.

### 3. CÍLE PRÁCE A OTÁZKY, KTERÉ SI KLADE

#### 3.1 Cíle

Cílem první části práce je kriticky zhodnotit problémy péče o duševně nemocné tak, jak jsou pojmenované a popsány Psychiatrickou společností v Konceptci oboru psychiatrie a její 1. revizi z roku 2008 anebo Národním psychiatrickém programu 2007. Podcílem tohoto kritického zhodnocení je jednak ověřit definice problémů, tj. zjistit jestli data, která jsou k dispozici, tyto problémy potvrzují, vyvracejí, nebo poukazují na odchylky a nepřesnosti v původní definici problému<sup>8</sup>. Potažmo je cílem první části práce poskytnout jasné pojmenované problémy podložené daty, nebo v případě problémů, ke kterým data nejsou k dispozici, je podpořit jinými důkazy: např. kvalifikovanými odhady, vyjádřeními zodpovědných institucí, vyvozováním z jiných dat atd..

I když by si čtenář neobeznámený se situací v této oblasti mohl myslet, že vypracované statistiky a jejich analýzy jsou již dávno k dispozici, opak je pravdou. V případě většiny analýz problémů rozebíraných v první části se jedná o původní přínos práce a k přesným, kvantifikovaným popisům problémů se dospívá vlastní analýzou sekundárních dat, nebo - v případě kvalitativních popisů problémů - sběrem dat primárních.

Cílem druhé části práce je kritické zhodnocení možnosti řešení problémů péče o duševně nemocné v ČR. Podcíle druhé části jsou jednak určení možných řešení těchto problémů, jednak popis těchto řešení z různých hledisek (např. právního, ekonomického, politického) a nakonec stanovení zodpovědnosti, již jednotliví aktéři na stavu péče o duševně nemocné mají, a úkolů, které z ní pro ně vyplývají.

#### 3.2 Výchozí otázky první části práce

Otázky k problémům ambulantní péče:

---

<sup>8</sup> „Úkolem analytika je posunout se z obecného pojetí problému ke konkrétním rozměrům problému, tak aby mohli být navrhnuté a zhodnocené alternativy.“ Carl V. PATON a David S. SAWICKI, *Basic methods of policy analysis and planning (2nd edition)*, 1993, s. 151.

Je systém financování ambulantních psychiatrů nastavený tak, že negativně ovlivňuje kvalitu poskytované péče?

Je v České republice nedostatek psychiatrických ambulancí?

Jsou v ČR velké regionální rozdíly v dostupnosti ambulantních psychiatrických služeb?

Je v ČR nedostatečná nabídka psychoterapie?

Je v ČR nedostatek sociálních a krizových služeb v rámci ambulantní psychiatrie?

Otázky k problémům lůžkové péče:

Je poměr rozložení lůžkové psychiatrické péče mezi léčebny a nemocnice nevyhovující?

Jsou psychiatrická lůžková zařízení v ČR rozmístěna nerovnoměrně?

Jsou psychiatrické léčebny materiálně a technicky zanedbané?

Je v léčebnách nedostatek nelékařských pracovníků?

Jsou mezi jednotlivými psychiatrickými odděleními všeobecných nemocnic velké rozdíly v poskytované péči?

Otázky k problémům komunitní péče:

Jsou komunitní služby péče o duševně nemocné rozvinuty v ČR nedostatečně?

### **3.3 Výchozí otázky druhé části práce**

Jaké jsou možnosti řešení problému nedostatku ambulantních služeb pro duševně nemocné (psychiatrické, psychoterapeutické, specializované psychiatrické, krizové a sociální v ambulantní péči) a potažmo regionálních rozdílů v těchto službách?

Jak je možné změnit poměr akutní lůžkové péče mezi léčebnami a psychiatrickými odděleními nemocnic a potažmo rozšířit (a zkvalitnit) nemocniční lůžkovou psychiatrickou péči?

Jaké jsou možnosti řešení zanedbanosti budov a vybavení psychiatrických léčeben?

Jaké jsou možnosti řešení problému nerozvinuté komunitní péče o duševně nemocné?

Jak je možné řešit problém sociálních hospitalizací?

### **3.4 Závěrečné otázky**

Jaká je zodpovědnost jednotlivých aktérů za stav, resp. neřešení problémů péče o duševně nemocné?

Jaké úkoly z této zodpovědnosti pro jednotlivé aktéry vyplývají?

## 4. POUŽITÉ METODY

### 4.1 Metody sběru dat

Metodou sběru dat s největším přínosem pro diplomovou práci byly nestrukturované rozhovory s aktéry z institucí, které se na péči o duševně nemocné podílejí: z Psychiatrické společnosti, z Psychiatrické léčebny Bohnice, ze zařízení komunitní péče, z ambulantní péče, z Ministerstva zdravotnictví a z Všeobecné zdravotní pojišťovny; celkem s 13 odborníky. Rozhovory byly nestrukturované a jejich záměr byl explorační: proniknout prostřednictvím výpovědí jednotlivých aktérů k jejich názorům na příčiny a souvislosti problémů, příčiny a souvislosti jejich řešení. Seznam rozhovorů je uveden v závěrečné práci.

Sekundární data kvantitativního charakteru byly sbírány operativně z následujících zdrojů: statistických (ÚZIS, Český statistický úřad), úředních (interní statistiky MZD, ročenky VZP), koncepčních (Konceptce oboru psychiatrie, její 1. revize). Sekundární data kvalitativního charakteru byly čerpány operativně z těchto zdrojů: legislativních norem (především z oblasti zdravotnictví a sociálních služeb), koncepčních nebo deklarativních dokumentů (konceptce Psychiatrické společnosti, dokumenty EU k duševnímu zdraví atd.), odborných periodik (Zdravotnické noviny, Medical tribune, Tempus Medicorum) a celospolečenských médií.

### 4.2 Vlastní metodika práce

#### 4.2.1 Metodika první části

Pro **určení problémů** péče o duševně nemocné byly použity především koncepční dokumenty Psychiatrické společnosti<sup>9</sup> a to Konceptce oboru psychiatrie<sup>10</sup> (2001), její první revize (2008) a také dokumenty Národního psychiatrického programu 2007. Automatická námitka na tento postup by mohla být na jednostrannost zdrojů, poněvadž výběr problémů by měl být objektivizován právě

---

<sup>9</sup> Psychiatrická společnost je odbornou společností v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

<sup>10</sup> Dále jen KOP.

používáním a konfrontováním vícerych zdrojů informací.<sup>11</sup> Nicméně účelem této práce není podat vyčerpávající výčet problémů, ale jen zabývat se těmi problémy, které jsou považovány za ty nejhlavnější. Pro tento účel byly koncepční dokumenty Psychiatrické společnosti vybrány z následujících důvodů: V první řadě, psychiatrii jako nejdominantnější profesi péče o duševně nemocné jsou hlavním hlasem v této oblasti směrem k zodpovědným institucím (MZd, pojišťovny) i k médiím, což se odráží také v tvorbě dokumentů, které se zabývají potřebnými změnami v dané oblasti. I když svoji koncepci mají i např. kliničtí psychologové, problémům péče o duševně nemocné: např. lůžkové nebo intermediární, se pochopitelně nevěnují. Psychiatrii do svých koncepčních dokumentů zahrnují také části, které pojednávají o problémech a cílech oblastí péče o duševně nemocné, které jsou již doménou jiných, i když příbuzných profesí.<sup>12</sup> Šířka záběru koncepčních dokumentů je tedy zároveň zárukou toho, že z posouzení nebude vynechána žádná část péče. Tento přesah koncepce psychiatrů je pochopitelný i z postavení psychiatrů v systému zdravotnictví: jsou na postech primářů psychiatrických oddělení, ředitelů psychiatrických léčeben, častokrát také vedoucí osobnosti komunitní péče, a mají tedy větší zodpovědnost za stav péče než jiné profese.

Ani tyto důvody však úplně neeliminují riziko, že v práci nebudou zvaženy a posouzeny jiné závažné problémy, které nejsou v oficiální ani mediální rovině akcentovány. Anebo právě naopak, že se tato práce bude zabývat problémy, které naopak v péči o duševně nemocné nejsou natolik podstatnými, jako se z příslušných vyjádření v dokumentech může zdát<sup>13</sup>.

Co se týče prvního případu, péči o duševně nemocné trápí mnoho problémů různého rozsahu a různé závažnosti. Kromě eticko-právního rozměru péče byla tato práce napsána s vědomím, že postihuje všechny nejdůležitější problémy a cíle, které se s péčí o duševně nemocné pojí. Co se týče druhého případu, třeba hned zmínit, že cílem této práce není určovat, které z popisovaných problémů jsou důležitější, než ostatní. V kritickém hodnocení problémů se ale může dospět k závěru, že problém tak, jak je prezentován, je prezentován falešně, nebo nepřesně.

Pro **kritické posouzení problémů** byl zvolen následný postup: U problémů, u kterých se používají kvantitativní kritéria, podle nichž je možné posuzovat jejich závažnost, byla tato kritéria

---

<sup>11</sup> „Při strukturaci problému se analytik nesnaží podat jednu „ideální“ definici problému, ale naopak vyhledat odlišné až protichůdné pohledy na problém. Účelem strukturace problému přitom není říci, který pohled je lepší, či horší, ale pouze poukázat na množství těchto perspektiv a na jejich souvislosti.“ Arnošt VESELÝ, Analýza a vymezení problému, In: *Analýza a tvorba veřejných politik*, 2007, s. 207.

<sup>12</sup> R-KOP se věnuje také ambulancím klinických psychologů, roli praktického lékaře v péči o duševně nemocné a také komunitním službám typu přechodného zaměstnávání nebo komunitního bydlení, kde je již úloha psychiatra minimální.

<sup>13</sup> „Analýzy ukázaly, že pozornost věnována určitým problémům často nekoreluje s jejich skutečnou závažností. To nakolik je problém součástí veřejně-politické agendy (tj. Nakolik se o něm diskutuje v souvislosti s jeho řešením v politice či masmédiích), závisí na mnoha dalších faktorech: na otevřenosti politiků vůči problému, moci a autoritě těch, kterých se problém týká, a také na aktuálnosti dalších problémů, soupeřících o pozornost“ Arnošt VESELÝ, Analýza a vymezení problému, In: *Analýza a tvorba veřejných politik*, 2007, s. 195.



uvedena a získaná data byla s těmito kritérii porovnána. U jiných problémů, u kterých se kritéria (kvantitativní nebo kvalitativní) nepoužívají, byl problém popsán a posouzen vzhledem k jiným skutečnostem.

#### **4.2 Metodika druhé části**

Pro **určení řešení problémů** byla použita jednak data získaná z rozhovorů s aktéry péče o duševně nemocné a zároveň analýza příslušných legislativních a jiných dokumentů.

Pro **kritické posouzení problémů** byla taktéž použita data získaná z rozhovorů s aktéry. Významným nástrojem posouzení jednotlivých řešení bylo konfrontování s vývojem v dané oblasti a dohledávání precedentů. Samozřejmě jenom v případech, kdy bylo dané řešení již používáno a bylo tedy možné zjistit, s jakou úspěšností fungovalo v praxi.

## 5. PROBLÉMY PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

### 5.1 AMBULANTNÍ PÉČE

#### 5.1.1 Úvod

V ambulantní péči se léčí drtivá většina pacientů s psychiatrickou diagnózou. V roce 2007 bylo v psychiatrických ambulancích ošetřeno téměř půl milionu pacientů (464 836). Pro porovnání, na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických léčebnách se jich ve stejném období léčilo více než padesát tisíc (54 759) a v denních stacionářích bylo léčeno více než 6 tisíc pacientů (6 648) starších patnácti let. Z hlediska počtu pacientů se tedy jednoznačně jedná o nejčastěji využívanou formu péče a potažmo problémy ambulantní péče se týkají i největšího počtu pacientů.

Ze všech tří sektorů péče (ambulantní, lůžková, komunitní) byla po roce '89 situace ambulantní péče nejlepší. Nebyla v tak zanedbaném stavu, jak tomu bylo v případě lůžkové péče, a také byla již poměrně dobře rozvinuta a nestála jenom u svého zrodu, jak tomu bylo v případě komunitní péče. Bylo by ale chybou myslet si, že v případě ambulantní sféry má péče o duševně nemocné takřkajíc 'vystaráno'.

Ještě předtím, než budou uvedeny problémy ambulantní péče, je potřeba zdůraznit několik důležitých specifik tohoto druhu péče: v první řadě to, že ambulantní péče hraje v péči o duševně nemocné významnější roli, než je tomu u ambulancí v somatických oborech. Duševní nemoci mívají totiž delší, častokrát periodický průběh, od kterého se také odvíjí dlouhodobý a kontinuální vztah ambulantního psychiatra a jeho pacienta. Provázanost ambulantní péče s lůžkovou je spolehlivě doložena i v statistikách ÚZISu: v roce 2007 byla po propuštění pacienta nutná trvalá ambulantní péče ve více než 50% případů hospitalizací a u více než 31% ambulantní péče dočasná. Pouze u 7,5% hospitalizací nebyla u pacientů po propuštění potřebná žádná další péče.

V druhé řadě se pak v souvislosti s rozvojem farmakologie, požadovaným rozvojem podpůrných ambulantních služeb psychotherapeutických a sociálních, požadovaným rozvojem komunitní péče a obecným trendem zkracování hospitalizací od ambulantní péče o duševně nemocné očekává, že v ní bude poskytována péče většímu počtu a také širšímu spektru pacientů, než tomu bylo v minulosti.

V 'Koncepti oboru psychiatrie' se možná z důvodu jiných priorit (restrukturalizace lůžkové péče, nastartování intermediární péče) konkrétní problémy anebo cíle ambulantní péče objevují jen minimálně: na jednom místě se zmiňuje „nedostatek sociálních pracovníků, kteří po roce 1990 prakticky odešli z ambulantní psychiatrické péče.“ Jako problém se na dalším místě uvádí "značný rozdíl mezi městy a venkovem v pokrytí ambulantními psychiatrickými službami". Cíle rozvoje ambulantní péče se spolu s rozvojem ostatních částí péče uvádí v připomínkách a návrzích pro zlepšení stávající organizaci péče: "Zřizovat plánovitě nové služby podle schválené koncepce s převáděním akutní lůžkové psychiatrické péče do psychiatrických oddělení nemocnic, s důrazem na budování ambulantních a intermediárních služeb". V druhém, již deklarativním dokumentu 'Národní psychiatrický program 2007', jsou cíle pro oblast ambulantní péče stanoveny jako "doplnění a z kvalitnění sítě ambulantní psychiatrické péče včetně obnovení sítě ordinací pro léčbu závislostí"<sup>14</sup>. V dokumentu nejaktuálnějším, v 'Koncepte oboru psychiatrie – 1.revize 2008' jsou problémy ambulantní péče o duševně nemocné rozvedeny do vícero bodů: a) tlak současného systému financování na ošetřování vysokého množství pacientů ambulantním psychiatrem a b) „ve většině regionů chybí dostatečná nabídka psychoterapie“ c) nedostatečná rozvinutost specializovaných ambulancí, d) nedostupná krizová pomoc v terénu (průnik do komunitních služeb).

Strukturováním těchto problémů a cílů z nich mohou být vytvořeny tyto skupiny problémů: A) tlak současného systému financování na ošetřování vysokého množství pacientů ambulantním psychiatrem<sup>15</sup>, B) nedostatek psychiatrických ambulancí, C) regionálně nerovnoměrně rozložení psychiatrických ambulancí, D) nedostatek psychoterapeutických ambulancí, E) nedostatek specializovaných psychiatrických ambulancí, F) nedostatek sociálních pracovníků v ambulantních službách a krizové pomoci v terénu. Z důvodu zaměření této práce na problémy péče o duševně nemocné obecně, se dále nebude analyzovat problém specializovaných ambulancí, které jsou zaměřené jenom na určitý typ pacientů (pedopsychiatrie, gerontopsychiatrie) nebo diagnóz (např. oddělení pro léčbu závislostí).

### 5.1.2 Tlak současného systému financování na ošetřování vysokého množství pacientů

---

<sup>14</sup> Problematice ambulancí pro léčbu závislostí (AT) se tato práce nevěnuje a proto se v ní nebude sledovat ani tento cíl. Léčba drogově závislých sice patří do působnosti oboru psychiatrie, jedná se ale o specifickou patientskou skupinu a zároveň samostatný společenský problém.

<sup>15</sup> Petrifikovaný systém úhrad, který se uvádí ve spojení s tlakem pacientů na psychiatrické ambulance, je již spíše pojmenováním příčiny a bude dále rozebrán v druhé části práce věnované řešení problémů.

## ambulantním psychiatrem

V R-KOP se na adresu tohoto problému uvádí: „*Aby mohl psychiatr plnit všechny úkoly v rámci PPP<sup>16</sup>, musí mít více času na komunikaci s pacientem.*“ A zároveň: „*Petrifikovaný systém úhrad nutí psychiatra ošetřovat vysoký počet pacientů, na které mu zákonitě nezůstává dostatek času.*“ Takto prezentovaný problém má dvě možná pojetí.

První pojetí je, že psychiatr nedostává za výkony, které uskutečňuje, dostatečně zapláceno, neboli jeho práce není dostatečně ohodnocena. Pro obhájení tohoto pojetí, by bylo ale potřeba zároveň obhájit požadavek, aby měli psychiatři hodinu své práce lépe ohodnocenu, než jiní lékaři. V Seznamu zdravotních výkonů je totiž, až na pár výjimek, práce lékařů ohodnocena přibližně stejným počtem bodů. Např. šedesát minut kontrolního vyšetření<sup>17</sup> geriatra má hodnotu 484 bodů<sup>18</sup>, internisty 480 bodů, endokrinologa 484 bodů a psychiatra 475,2 bodů.<sup>19</sup> V tomto směru je požadavek navýšení ohodnocení výkonů ambulantního psychiatra, bez navýšení času výkonu, problematický. Alespoň v tomto případě, kdy se jako důvod uvádí, že „*dominantním tématem je pro ambulantního psychiatra už od poloviny 90. let starost o existenci a financování*“ Při stejném ohodnocení ambulantních specialistů by to znamenalo, že o existenci a financování bojují všichni. Požadavek na lepší ohodnocení práce psychiatra, než jiných odborností, by měl být logicky vznesený na základě jiných důvodů, např. větší náročnosti práce psychiatra.

Druhé pojetí je, že psychiatři mají své výkony podhodnocené časově, tj. čas, kterým je daný výkon definován, je výrazně kratší, než výkon ve skutečnosti trvá. Psychiatr tedy podle tohoto pojetí dennodenně stojí před dilematem, jestli zkracovat potřebnou dobu vyšetření a neprodělavat, nebo vyšetření provést v potřebném čase a prodělavat. Na druhou stranu je tady pochopitelná motivace ambulantních psychiatrů tímto způsobem problém prezentovat a snažit se o nejlepší časové ohodnocení výkonů, i nad rámec skutečných časových potřeb. Je těžkou otázkou, jak tyto dvě varianty objektivně posoudit. Kritérium, které by určilo optimální čas výkonu, je obtížné stanovit i z toho důvodu, že výkony především v psychiatrii mohou trvat značně rozdílnou dobu<sup>20</sup>, a je proto třeba stanovit určitý průměrný čas. Za účelem co nejobjektivnějšího posuzování časové nebo přístrojové

---

<sup>16</sup> Primární psychiatrická péče.

<sup>17</sup> Kontrolní vyšetření mají u odborností různou délku. Aby mohly být jejich hodnoty porovnávány, byly propočtené na 60 minut.

<sup>18</sup> Hodnota bodu je přitom až na výjimky stanovena na 1 Kč. Příloha č.3 k vyhlášce č. 464/2008 Sb.

<sup>19</sup> Jediní, kdo z tohoto principu rovnosti vybočují, jsou kardiologové. Např. kontrolní vyšetření kardiologa má hodnotu 540 bodů.

<sup>20</sup> Např. kontrolní vyšetření psychiatrem 2, které je nejčastějším vyšetřením na pracovišti psychiatrie (podle údajů VZP činí 51% všech vyšetření), může v případě stavu pacienta bez komplikací trvat 10 minut, ale u složitějšího pacienta i 40 minut. V Seznamu výkonů je čas výkonu stanoven na 25 minut.

náročnosti výkonů, jejich opodstatněnosti, ohodnocení, byla zřízena tzv. Pracovní skupina k Seznamu výkonů, která v současnosti funguje pod Ministerstvem zdravotnictví. Jejím úkolem je právě 'objektivizace' příslušných návrhů na změny v Seznamu výkonů. Tato 'objektivizace' návrhů, neboli posouzení jejich opodstatněnosti probíhá na společných jednáních zástupců pojišťoven, profesních sdružení a smluvních zařízení. Za posledních téměř pět let<sup>21</sup> byly jedinými návrhy na prodloužení časů výkonů ty, které prodloužení požadovaly u klinických vyšetření v oboru dětská psychiatrie. Na schválení těchto výkonů se nicméně v Pracovní skupině nenašla shoda a výkony nebyly přijaty. V současnosti neexistuje objektivnější platforma pro posouzení oprávněnosti nebo neoprávněnosti požadavků na změnu v Seznamu odborných výkonů, než je její Pracovní skupina, a proto můžeme požadavky na přehodnocení časů výkonů považovat přinejmenším za problematické. Jednak kvůli tomu, že ze strany ambulantních psychiatrů pro dospělé nebyly ani oficiálně vzneseny, není tedy možné opřít se o stanovisko Pracovní skupiny, a jednak kvůli tomu, že požadavky, které byly vzneseny dětskými psychiatry, byly v této platformě zamítnuty.

Problém tlaku současného nastavení systému financování na práci ambulantních psychiatrů je nutné redefinovat. Co se týče bodového, neboli finančního ohodnocení, jeho nastavení nemůže být příčinou ošetřování nadměrného počtu pacientů z existenčních důvodů, protože v bodovém ohodnocování funguje princip stejné odměny za minutu výkonu, který zabraňuje tomu, aby jedna odbornost (v tomto případě psychiatrii) byla oproti jiným odbornostem znevýhodněna. V rovině časového ohodnocení výkonů může docházet k poddimenzování a následnému tlaku na kvalitu péče, nicméně v současné době neexistují data a ani argumenty, kterými by bylo možné toto tvrzení podpořit.

Na závěr je důležité zdůraznit, že problém časového nebo bodového ohodnocení výkonů nemůže být příčinou nedostatečné dostupnosti ambulantních služeb. I kdyby byly časové a potažmo bodové ohodnocení výkonů navýšeny, problémy s přetížeností psychiatrických ambulancí by to neřešilo. Počet pacientů, kteří potřebují vyšetření, by se nezměnil a nezměnil by se ani počet ambulantních psychiatrů, kteří tato vyšetření poskytují. Spíše by přetíženost psychiatrických ambulancí mohla narůstat, protože psychiatrii by měli podle nového ohodnocení na výkony delší dobu a tím pádem by mohli denně ošetřit méně pacientů. Tímto se dostáváme k dalšímu problému, souvisejícímu s přetížeností psychiatrických ambulancí, a to nedostatečné síti těchto zařízení.

---

<sup>21</sup> Tabulka evidující návrhy psychiatrů v Pracovní skupině je uvedena v druhé části práce.

### 5.1.3 Nedostatek psychiatrických ambulancí

Nadměrný tlak pacientů na ordinace ambulantních psychiatrů signalizuje nedostatek těchto ordinací. Nicméně tento 'tlak na ordinace' je obtížné měřit a kritérií, která by měla určit, jaká hustota sítě ambulantní psychiatrie je dostatečná nebo nedostatečná, je více. První způsob je stanovení určitého normativu (na základě zkušeností, epidemiologických dat, kvalifikovaného odhadu), většinou ve formě: počet ambulantních psychiatrů na určitý počet obyvatel. Psychiatrická společnost ve své 1.revizi KOP stanovuje standardní počet ambulantních psychiatrů na 9 (na 100 000 obyvatel) v městských nebo rurálních oblastech a 10 ve velkoměstských aglomeracích. Další možností by bylo vycházet přímo z aktuální a lokální přetíženosti psychiatrických ambulancí. Např. pomocí kritérií jako jsou čekací lhůty na vyšetření u ambulantního psychiatra anebo počet odmítnutých pacientů z důvodu přetíženosti ambulance. Čekací lhůty nebo počet odmítnutých pacientů u ambulantních psychiatrů nicméně nejsou statisticky podchyceny a ani systematicky lokálně evidovány. Způsob zjišťování dostatečné dostupnosti psychiatrických ambulancí, který využívají např. krajské pobočky zdravotních pojišťoven, je např. odezva od pacientů nebo přímo od lékařů v jejich obvodech. Samozřejmě je otázkou, do jaké míry jsou informace z těchto zdrojů spolehlivým odrazem skutečné dostupnosti ambulantních služeb pro duševně nemocné.<sup>22</sup>

Dalším kritériem by mohly být také doporučení mezinárodních organizací nebo zahraniční zkušenost. To je ale problematické s ohledem na to, že kategorie 'ambulantní psychiatr' se v jejich terminologii nenachází. Např. WHO zahrnuje do kategorie 'outpatient services', která obsahuje ambulantní psychiatrii, také komunitní zdravotní centra nebo organizace poskytující mimoústavní péči. Zahraniční zkušenosti s hustotou sítě ambulantních psychiatrů jsou zase užitečné v prostředí ČR jen částečně. Potřeba určitého počtu ambulantních psychiatrů je totiž taktéž nepřímou závislostí na počtu praktických lékařů, jejich schopnosti správně diagnostikovat psychiatrická onemocnění anebo na rozvinutosti a etablovanosti komunitní péče a nemůže být jednoduše přenesena do jiné země v podobě 'best practice'.

---

<sup>22</sup> Podle šetření z let 1998-1999 vyhledalo lékaře jenom 55,8% osob s afektivní poruchou a 89,8% osob s příznaky neurotické poruchy, diagnostikovanými prostřednictvím dotazníkového diagnostického instrumentu CIDI. Skrytá nemocnost osob trpících duševní poruchou může zkreslovat reálnou potřebu psychiatrických ambulantních služeb. E. DRAGOMIRECKÁ, P. BAUDIŠ, E. SMOLOVÁ, D. DZÚROVÁ, J. HOLUB, *Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky*, In: Česká a slovenská psychiatrie, 98, 2002, No.2, s. 78.

V roce 2007<sup>23</sup> připadlo v ČR na 100,000 obyvatel 6,72 ambulantních psychiatrů<sup>24,25</sup>, což je o 4,28 až 6,28 ambulantních psychiatrů méně, než doporučuje Psychiatrická společnost. Nicméně oproti roku 2001 je to nárůst o 15,4%.<sup>26</sup> Tento nárůst může být přitom považován za stálý trend, poněvadž od roku 1990 do roku 2007 již vzrostl počet ambulantních psychiatrů o 40,4%. Síť ambulantních psychiatrů tedy doznala rozšíření (stejně jako tomu bylo i v předchozích letech) a mohlo by se konstatovat, že cíl rozšiřování sítě ambulantních psychiatrů byl trvale naplňován.

Kdybychom ale porovnali počet ambulantních psychiatrů ne s obecnou populací, ale s počtem pacientů, zjistíme, že tento nárůst ambulancí neznamenal snížení tlaku pacientů na ordinace. Nárůst počtu ambulantních psychiatrů o 15,4% byl totiž v období 2001 - 2007 překonán nárůstem počtu pacientů, který v tomto období činil 19,3%<sup>27</sup>. Jestliže tedy byl počet ambulantních psychiatrů koncem devadesátých let považován za nedostatečný, i když byl vyzdvihován trvalý nárůst ambulantních psychiatrů, musí být konstatováno, že tento pozitivní trend nárůstu pacientů nestačil a jejich tlak na ambulance psychiatrů se zvětšil<sup>28</sup>. Tento závěr podporuje i zjištění výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2004, podle kterého 39% psychiatrů s převážně nebo výhradně ambulantní péčí muselo v průběhu roku z kapacitních důvodů odmítnout alespoň jednoho pacienta<sup>29</sup>.

#### 5.1.4 Regionální rozdíly v dostupnosti

Problémem, který souvisí s nedostatečným počtem psychiatrů, jsou také regionální rozdíly v dostupnosti ambulantních služeb psychiatrů. Z následující tabulky je možné vysledovat rozdíly v počtu ambulantních psychiatrů mezi jednotlivými kraji a porovnat, jak se dostupnost ambulantní psychiatrické péče v jednotlivých krajích vyvinula od roku 2001<sup>30</sup>.

---

23 V době psaní práce jsou nejnovější zdravotnické statistické údaje ÚZISu za rok 2007.

24 Tento údaj je včetně ambulancí AT - na léčbu návykových nemocí.

25 Statistiky ÚZISu, se kterými se v této práci pracuje, používají tzv. přepočtené počty úvazků.

26 Nárůst psychiatrických ambulancí vyjma ambulance AT v tomto období činil 9,11%.

27 Nárůst ambulantních vyšetření v sledovaném období byl 18,3%.

28 Na jednoho ambulantního psychiatra připadlo v roce 1995 561,5 pacientů, v roce 2001 636,7 a v roce 2007 to bylo 666,8 pacientů.

29 STEM MARK, *Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Kvalitativní a kvantitativní výzkum mezi psychiatry a praktickými lékaři*, 2004. Výzkumu se účastnili psychiatři a praktičtí lékaři. V kvantitativní části byl počet respondentů (n) 265.

30 Dřívější rok než 2001 nebyl zvolen z důvodu reformy územní samosprávy, která změnila rozlohu i názvy některých krajů. Mezikrajské porovnávání dat by z tohoto důvodu nebylo přesné.

<i>Kraje</i>	<i>A.p. na 100 000 ob. - 2007</i>	<i>A. p. - 2001</i>	<i>A. p. - 2007</i>	<i>Nárůst v %</i>
Hl. město Praha	15,17	148,75	179,15	20,44
Plzeňský kraj	8,39	43,71	46,33	5,99
Olomoucký kraj	8,21	50,77	52,47	3,34
Jihomoravský kraj	6,99	62,01	78,97	27,35
Jihočeský kraj	6,24	31,28	39,14	25,13
Královhradecký kraj	6,34	31,22	34,75	11,31
Ústecký kraj	5,75	36,06	47,29	31,14
Karlovarský kraj	5,70	12,72	17,13	34,67
Středočeský kraj	5,12	46,74	59,28	26,83
Moravskoslezský kraj	4,67	53,35	58,36	9,39
Kraj Vysočina	4,50	20,35	22,96	12,82
Pardubický kraj	4,23	21,21	21,38	0,80
Liberecký kraj	4,09	15,77	17,55	11,29
Zlínský kraj	3,80	18,65	22,40	20,11
<b>Celkem</b>	<b>7,30</b>	<b>592,59</b>	<b>697,16</b>	<b>17,19</b>

Zdroj: ÚZIS, Český statistický úřad. Propočty vlastní

Poznámka: V počtech ambulantních psychiatrů jsou v některých krajích započítané také úvazky psychiatrů v AT.

Jestliže bychom brali tvrzení o velkých regionálních rozdílech v dostupnosti ambulantní psychiatrické péče jako hypotézu, tak uvedená statistika ji potvrzuje. Vyjma Prahy jako speciálního kraje, jsou rozdíly mezi prvním a posledním krajem více než dvojnásobné.

Tato statistika taktéž ukazuje, že průměrný počet ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel je značně navyšován hl. m. Prahou. Celorepublikový průměr bez hlavního města by činil 5,69 ambulantního psychiatra na 100 000 obyvatel. Praha je taktéž jediným krajem, který dosahuje a zároveň přesahuje standard Psychiatrické společnosti 10 ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel. Jedenáct ze čtrnácti krajů má méně ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel, než je celorepublikový průměr. Pět krajů v ČR se nachází pod polovinou tohoto standardu.

Posledním údajem, který daná tabulka sleduje, je vývoj v počtu psychiatrů od roku 2001. Otázka, která stála za sledováním těchto údajů, byla: Zlepšila se situace v krajích s nejmenším počtem ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel, nebo ne? Počet ambulantních psychiatrů se ve všech pěti nejhůře ambulantními psychiatry obslužených krajích zvětšil, i když v Pardubickém kraji jenom



nepatrně, o 0.8 přepočítaného úvazku psychiatra. Nedá se ale říct, že by nárůst psychiatrů v těchto krajích znamenal zmenšování deficitu, který kraje v počtu ambulantních psychiatrů mají. V čtyřech krajích z pěti nejslabších byl totiž nárůst mezi lety 2001 až 2007 menší než celorepublikový průměr. Tj. ty nejslabší kraje si v tomto období polepšili méně než si v průměru polepšovali kraje v ČR dohromady.

### 5.1.5 Nedostatek psychoterapeutických ambulantních služeb

Psychoterapii může v ČR provozovat klinický psycholog nebo lékař; podmínkou pro obě profese je absolvování tzv. vzdělávacího programu pro funkční specializaci psychoterapie ve zdravotnictví.<sup>31</sup> Tato funkční specializace opravňuje jejího nositele k provádění psychoterapeutických výkonů, které jsou vesměs založeny na rozhovoru psychoterapeuta s pacientem za účelem zlepšení jeho duševního zdraví. Místo psychoterapie v léčebném procesu duševně nemocných je nezastupitelné a pro pacienta by měla být běžně dostupná.

Podle normativů pro ambulantní péči uvedených v R-KOP by měly být v ČR 2 psychoterapeutické ordinace na 100 000 obyvatel v městských anebo rurálních oblastech a 3 psychoterapeutické ordinace na 100 000 obyvatel ve velkoměstských aglomeracích. Evidence nebo statistika počtu lékařů nebo klinických psychologů s psychoterapeutickou specializací, bohužel, není zavedena a tím pádem není možné přesně stanovit vývoj počtu psychoterapeutů, ani jejich aktuální stav. Jejich počet může být nicméně alespoň odhadován. Podle kvalifikovaného odhadu PhDr. Jiřího Růžičky, PhD., místopředsedy České psychoterapeutické společnosti, se počet psychoterapeutů působících ve zdravotnictví pohybuje kolem 800 až 850. Poměr obou psychoterapeutických profesí v tomto počtu Jiří Růžička dále odhaduje na 550 klinických psychologů a 250 až 300 psychiatrů. Tento počet psychiatrů-psychoterapeutů by ještě přesahoval normativ stanovený v R-KOP, podle kterého by v ČR mělo být něco více než 200 psychiatrů v psychoterapeutických ordinacích. Odhadovaný počet psychoterapeutů je ale pro účel odhadu dostupnosti nebo nedostupnosti psychoterapie v ČR jen polovičatý. V normativu 2 nebo 3 psychoterapeutické ordinace na 100 000 obyvatel se totiž jako psychoterapeutická ordinace definuje ordinace, ve které se psychiatr ve více než 50% věnuje psychoterapeutické péči. Z odhadovaného počtu psychoterapeutů již ale není možné odhadnout kolik tyto psychiatři nebo kliničtí psychologové ze své praxe věnují psychoterapii.

---

<sup>31</sup> O náročnosti a zároveň určité profesionalitě tohoto psychoterapeutického programu vypovídá také doba 4 až 5 let, kterou trvá získání psychoterapeutické kvalifikace.

Argumentem pro nedostatek ambulantní psychoterapie může být i problém již zmíněný jako tlak, neboli motivace systému financování ambulantní péče na větší rotaci pacientů v ambulancích psychiatrů. Lékaři (v tomto případě psychiatři) jsou v tomto systému také motivováni k vykonávání péče, jež je časově méně náročná, mezi kterou psychoterapie nepatří. Nicméně jedná se jenom o předpoklad, který nemá čím být podložen.

Nápovědou mohou být např. data z Ročenky VZP za rok 2006. Ze všech výkonů, které byly vykázány na pracovištích psychiatrie patřilo v tomto roce 8,7% výkonů individuální psychoterapii a 4% výkonů psychoterapii skupinové, dohromady tedy 12,7%. Pro porovnání: základní psychiatrická vyšetření (kontrolní, cílené a komplexní) tvořila dohromady 66,6% ze všech výkonů. Vzhledem k tomu, že VZP bylo vykázáno 75% všech výkonů v odbornosti psychiatrie, mohou být tyto poměry považovány za zobecnitelné. Nicméně z těchto poměrů je znovu těžké posoudit, zda se psychoterapii psychiatři nevěnují, protože uvedené údaje se týkají všech psychiatrů, i těch, kteří funkční specializaci v psychoterapii nemají, a tedy ji ani nemohou vykonávat.

Na závěr k tomuto problému třeba říct, že i když se ho nepodařilo podložit 'tvrdými' daty, je možné s ním souhlasit a pokládat ho za důležitý. V obecné rovině není důvod předpokládat, že by psychoterapeutické ambulantní služby měly svou dostupností převyšovat služby ambulantní psychiatrie, u nichž data dokazují jejich nedostatečný počet. Z důvodů nutného dalšího vzdělání pro výkon práce psychoterapeuta a její celkové větší náročnosti by bylo možné přijmout spíše opačný předpoklad.

### **5.1.6 Nedostatek sociálních pracovníků v ambulantních službách a krizové pomoci v terénu**

Sociální pracovníci v ambulantních službách a psychiatrická krizová pomoc v terénu jsou v současnosti typem služby, která je minimálně rozvinuta, o které je toho ještě méně napsáno a o které není zatím publikována žádná evidence. Počet zdravotních sester, psychologů anebo ostatních odborných pracovníků v ambulantních psychiatrických službách trvale klesá. V roce 2007 připadlo na 933 ambulantních psychiatrických odděleních 409,69 úvazků zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (především zdravotní sestry), 69,05 úvazků psychologů a 30,65 úvazků ostatních odborných pracovníků. Pro porovnání: v roce 2000 připadl v průměru 0,65 ZPBD na 1 lékaře v ambulantní psychiatrii, v roce 2007 to bylo již jen 0,59.

Tento trend znamená zároveň pokles možnosti zdravotně-sociálních intervencí ze strany

nelékařského personálu psychiatrické ambulance. Otázkou je, do jaké míry využívají možnosti krizové intervence ambulantní psychiatři, pro které je takový výkon časově náročný a finančně nevýhodný.<sup>32</sup> Z těchto důvodů lze předpokládat, že osobní krizová intervence psychiatra v terénu, bude spíše výjimkou. Možným zlepšením situace v terénní intervencích u duševně nemocných by mohly být krizové intervence v odbornosti psychiatrické sestry.

## 5.2 LŮŽKOVÁ PÉČE

### 5.2.1 Úvod

Hospitalizace je v péči o duševně nemocné, stejně jako v somatické medicíně, stádiem péče, které se realizuje, pokud požadované zlepšení pacientova zdravotního stavu již není možné uskutečnit ambulantně nebo jiným ne-hospitalizačním způsobem. V oblasti péče o duševně nemocné se v lůžkové péči ročně léčí zhruba desetina pacientů v porovnání s počtem pacientů, kteří jsou během jednoho roku ošetřováni v péči ambulantní. V roce 2007 jich bylo v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních ve všeobecných nemocnicích hospitalizováno celkem 54 759.

Co se týče objemu psychiatrických lůžek, lůžková péče byla po roce '89 co do celkového objemu lůžkového fondu rozvinuta dostatečně: v roce 1990 připadlo na 10 000 obyvatel 14 psychiatrických lůžek, které byly v průměru využity z 84%. Jak již bylo zmíněno výše, trend, který v uplynulých téměř dvou desetiletích nastal, spočíval na rozdíl od ambulantní péče, která se co do počtu ambulantních psychiatrů dále rozvíjela, v redukci lůžek.

V KOP jsou jako problémy lůžkové péče pojmenovány zejména stavební, technická a hygienická zanedbanost psychiatrických léčeben a taktéž nedostatek středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pro psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic je jako cíl stanovený jejich celkový rozvoj a zároveň přesun akutní lůžkové psychiatrické péče jako takové z psychiatrických léčeben na psychiatrická oddělení všeobecných

---

<sup>32</sup> Za základní krizovou intervenci, která není pro ambulantního psychiatra časově ani finančně náročná, by bylo možné považovat i telefonický rozhovor s pacientem. Ten se podle dat z Ročenky VZP 2006 podílel na celkovém objemu vykázaných výkonů 1,9%.

nemocnic. V NPP 2007 byla jako konkrétní cíl pro lůžkovou péči opět formulována „*diferenciace akutní a následné lůžkové péče s dopadem na kvalitu a restrukturalizaci lůžkového fondu*“. V 1. revizi KOP je jako problém lůžkové psychiatrické péče znovu zmíněna „*zastaralá struktura lůžkové kapacity*“ a také nerovnoměrné rozložení lůžkové péče s velkými regionálními rozdíly. Problémem konkrétně psychiatrických léčeben „*jsou velké „spádové oblasti“, ve kterých nemají alternativu pro lůžkovou péči, materiálně-technické opotřebení (...) a také nedostatečné personální vybavení.*“. Problémem psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic je velký rozdíl v kvalitě a rozsahu poskytované péče mezi jednotlivými (nasmlouvanými) poskytovateli.

Strukturováním uvedených problémů a cílů mohou být tak jako u ambulantní péče vytvořeny základní skupiny, ve kterých budou problémy blíže popsány. Jsou to tedy A) nevyhovující poměr rozložení lůžkové péče mezi léčebny a psychiatrická oddělení a potažmo nedostatečně rozvinutá síť těchto oddělení, B) nerovnoměrné rozložení sítě psychiatrických lůžkových zařízení, C) velké rozdíly v kvalitě a rozsahu péče poskytované na psychiatrických odděleních, D) materiální zanedbanost psychiatrických léčeben, E) nedostatek nelékařských pracovníků v léčebnách.

### 5.2.2 Nevyhovující poměr rozložení psychiatrické lůžkové sítě mezi léčebny a nemocnice

I když jsou psychiatrické léčebny evidovány jako odborné léčebné ústavy následné péče, vykonávají také péči akutní. V 1. revizi KOP se odhaduje, že tato 'skrytá' akutní péče je v léčebnách poskytována zhruba na 30% lůžek, což při jejich objemu lůžkové péče znamená poskytování cca 67% akutní péče v ČR celkově. Fakt, že dvě třetiny akutní péče jsou poskytovány v zařízeních následné péče, je také jedním z důvodů, proč je požadovaný přesun těchto akutních lůžek z léčeben do nemocnic. „*Jedním z hlavních principů Koncepce je převést většinu akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčeben do nově vzniklých psychiatrických oddělení nemocnic, která by byla pro nemocné dostupnější a vytvořila síť pro léčení akutních psychických poruch.*“<sup>33</sup> Podle KOP „*jsou lépe vybavena pro tento typ nemocných a mohou poskytovat kvalitnější akutní péči.*“ To, v čem se akutní péče na psychiatrických odděleních liší od akutní péče v psychiatrických léčebnách, bude rozebráno v následujících bodech, věnujících se dostupnosti/rozložení lůžkové péče a personálnímu a materiálnímu zabezpečení těchto zařízení.

<sup>33</sup> VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, *Česká psychiatrie – bez kompromisů to nepůjde*, In: Medical Tribune 11/2007.

### 5.2.3 Nerovnoměrné rozložení sítě psychiatrických lůžkových zařízení

To, že rozložení lůžkové péče nebude zrovna rovnoměrné, se dá tušit již z poměru akutní lůžkové péče, která je poskytována v léčebnách: 67%. Jinými slovy: 67% akutních lůžek se nachází v zařízeních, která nemají za úkol ze svého poslání, svým umístěním a ani počtem zajišťovat rychlou dostupnost akutní péče, protože jsou to v první řadě léčebná zařízení péče následné. V ČR jsou tak např. tři kraje, v kterých jsou v každém umístěné tři léčebny a také tři kraje, kde se nenachází žádná léčebna; což mimo jiné vypovídá také o nerovnoměrném rozmístění následné lůžkové péče. V situaci, kdy se 67% akutních lůžek nachází v léčebnách to ale znamená, že kraje bez psychiatrické léčebny mají vedle nedostatku lůžek následné péče zároveň nedostatek lůžek akutních.

V 1. revizi KOP se jako minimální standard pro akutní lůžkovou péči stanovuje vzdálenost do 50 km. Druhým typem normativu je počet 10 lůžek na 10 000 obyvatel. Pokud bychom vycházeli ze stanoveného poměru akutních a následných lůžek tak, jak je uvedený v R –KOP (40:60) znamenalo by to 4 akutní a 6 následných lůžek na 10 000 obyvatel.

Kraje	Nem. psych. odd.	Nem. lůžka	Nem. lůžka na 10 000	PL	PL lůžka	Lůžka na 10 000 celkem
Hl. město Praha	7	401	3,31	1	1358	14,51
Jihočeský	2	65	1,03	3	373	6,92
Plzeňský	2	110	1,96	1	1260	21,89
Karlovarský	1	45	1,46	0	0	1,46
Ústecký	3	121	1,46	3	807	11,53
Liberecký	2	76	1,75	0	0	1,75
Královehradecký	3	111	2,01	1/0 <sup>34</sup>	56/0	3,02/2,01
Pardubický	2	91	1,78	0	0	1,78
Jihomoravský	4	227	1,99	1	827	8,83
Olomoucký	2	115	1,79	2	705	11,31
Moravskoslezský	4	93	0,74	1	1015	8,86
Zlínský	0	0	0	1	1100	17,91
Vysočina	0	0	0	3	1446	29,32
Středočeský	0	0	0	2	680	5,66
Celkem	32	1419	1,37	18	9627	10,77

Tabulka vlastní. Zdroj: ÚZIS a Český statistický úřad

Statistika akutních lůžek i lůžek v ČR celkově nám podává obraz o stavu lůžkového fondu. Co se týče základního standardu: 10 lůžek na 10 000 obyvatel a z toho 4 akutní a 6 lůžek následné péče, tento poměr lůžek akutní a následné péče a také jejich celkový počet je podle statistiky až překvapivě dodržován: 1,37 akutních lůžek na 10 000 obyvatel se nachází v nemocnicích a spolu s 30% z 9,3 lůžek na 10 000 obyvatel v PL dohromady tvoří 4,2 akutních lůžek na 10 000 obyvatel. Podíl lůžek následné péče je 6,5 na 10 000 obyvatel. Problémem těchto propočtů je, že za akutní lůžka počítají také akutní hospitalizace v léčebnách tedy na lůžkách následné péče. Jestli by se statistika měla držet typu lůžek tak, jak jsou vykazována, provozována i proplácena, byl by poměr akutních a následných psychiatrických lůžek v ČR 1,37 ku 9,3, tedy dalece od požadovaného poměru 4 akutní lůžka ku 6 lůžkům následné péče.

<sup>34</sup> V Královehradeckém kraji se nenachází klasická psychiatrická léčebna ale léčebna návykových nemocí, proto jsou čísla uvedena včetně a vyjma lůžek této léčebny.

Průměrný počet psychiatrických lůžek je v ČR přibližně 10,7 na 10 000 obyvatel. Z uvedené statistiky lze lehce poznat, v jakém rozmezí se pohybuje počet lůžek v jednotlivých krajích: od 1,46 lůžka v Karlovarském kraji, až po 29,32 lůžka na 10 000 obyvatel v kraji Vysočina, což je víc než 20ti násobný rozdíl. Kraje s kritickým počtem lůžek jsou Karlovarský, Liberecký a Pardubický, ve kterých jsou méně než 2 lůžka na 10 000 obyvatel. Navíc tyto kraje nemají taktéž žádná lůžka následné péče. Skutečných akutních lůžek, tedy nemocničních, je v každém kraji méně, než je doporučený standard. Ve Zlínském, Středočeském kraji a kraji Vysočina se nenacházejí žádná lůžka akutní nemocniční psychiatrické péče.

Regionální rozdíly v dostupnosti lůžkové psychiatrické péče jsou podle těchto údajů razantní, a to v každém typu srovnání: jestliže porovnáme rozdíly v lůžkách akutní péče, následné péče, nebo lůžkový fond celkově.

Druhé kritérium akutní lůžkové péče, které se v 1. revizi KOP uvádí, je dostupnost akutního psychiatrického lůžka do vzdálenosti 50 km. K tomu, abychom mohli přesně určit, kde je dostupnost pod tímto limitem a kde nad, bychom potřebovali geografickou analýzu. Nicméně podle výsledků první analýzy, počtu lůžek na 10 000 obyvatel, lze předpokládat, že nejméně v krajích Zlínském, Středočeském, Vysočina a Karlovarském bude dostupnost celkově nižší než 50 km.

#### **5.2.4 Materiální zanedbanost psychiatrických léčeben**

Materiální a technická zanedbanost je poměrně obecné označení, které se používá v případě nemocnic i v případě léčeben, když se mluví o potřebě investičních prostředků na jejich obnovu. S nemocnicemi se již ale málokdy, nebo vůbec nespojují označení, která jsou naopak s léčebnami spojována poměrně často, a to: havarijní stav, přeplněné pokoje, chátrající budovy atd. Tyto instituce jsou na konci pomyslného žebříčku materiálně technického stavu nemocničních a léčebných zařízení v ČR a je to tím víc zarážející, čím víc si uvědomíme potřeby typu pacientů, kteří jsou v těchto zařízeních léčeni. Léčebné prostory pro duševně nemocné by měly mít ještě vyšší standard, než v případě prostorů pro léčbu somatických onemocnění, alespoň co se týče architektonického a interiérového řešení. Jak je známo, vhodné prostředí nemocnice nebo léčebny může značnou měrou přispět k úspěšné léčbě hospitalizovaných pacientů.

Situace v léčebnách je v příkrém rozporu s tímto principem a celková úroveň jejich materiálně

technického vybavení nedosahuje ani úrovně běžné všeobecné nemocnice. Ač nejsou k dispozici žádné statistiky, které by toto tvrzení prezentovaly v číslech, každý, kdo je trochu obeznámen s kvalitou ubytování v léčebnách a v nemocnicích, ho bude pokládat za samozřejmost. Jedná se v první řadě o nadměrný počet lůžek v ložnicích<sup>35</sup>, nedostatečná vybavenost oddělení společnými prostory pro pacienty a celkový zanedbaný stav budov a jejího základního zařízení.<sup>36</sup>

Výhodou psychiatrických léčeben, která nicméně zůstává kvůli celkové zanedbanosti budov jakoby v pozadí, je jejich okolní prostředí. Psychiatrická oddělení v léčebnách jsou většinou umístěny v pavilonech nacházejících se v parcích. Pacienti tak mají možnost relaxace v přírodě, procházek a prostředí parku taky léčebnám umožňuje zřídit sportovní areál, farmu, zahradu atd..

### 5.2.5 Nedostatek nelékařských pracovníků v léčebnách

Druhým důvodem vyšší úrovně péče na psychiatrických odděleních nemocnic než v léčebnách, je lepší personální zabezpečení akutní péče na psychiatrických odděleních. V příloze ke každoročně novelizovanému seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je stanovené minimální personální vybavení pro jednotlivé druhy péče. Psychiatrická oddělení nemocnic mají 1,5 až 3 x větší normativy minimálního personálního vybavení (v závislosti od druhu personálu) než psychiatrické léčebny. Problémem ale je zde opět mix následné a akutní péče, které léčebny poskytují a ve kterém není možné přesně říct, kolik personálu působí při akutních lůžkách, resp. akutních pacientech a kolik při lůžkách péče následné. Psychiatrické léčebny si *de facto* mohou na odděleních, kde je potřeba intenzivnější péče, soustředit více personálu, než na odděleních, kde je potřeba personálu objektivně menší. Nicméně, celkově zaměstnávají léčebny méně personálu na určitý počet lůžek než psychiatrická oddělení nemocnic a z těchto dat třeba dále vycházet při jejich celkovém srovnání.

Pro lepší personální vybavení nemocnic mluví i průměrné využití lůžek v těchto zařízeních. Normativy minimálního personálního vybavení jsou totiž stanovené na počet lůžek, a ne na počet pacientů na těchto lůžkách. Tj. při porovnání využití lůžek na psychiatrických odděleních nemocnic (78,5%) s využitím lůžek v psychiatrických léčebnách (94,1%)<sup>37</sup> je zřejmé, že rozdíl v počtu personálu je mezi léčebnami a psychiatrickými odděleními reálně ještě větší, než je dáno v normativech minimálního personálního vybavení.

<sup>35</sup> Výjimkou v psychiatrických léčebnách nejsou ložnice o 12 lůžkách.

<sup>36</sup> Tyto nedostatky byly zmíněny i ve: VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben*, 2008.

<sup>37</sup> Údaje za rok 2007.



V KOP se v otázce personální vybavenosti PL zmiňuje „*Psychiatrické léčebny nemají dostatek středních zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a jiných odborných pracovníků*“. Profese zdravotní sestry (která spadá do již nepoužívané kategorie 'středně zdravotnický pracovník'), ergoterapeutů, jiných odborných pracovníků (mezi které patří různí terapeuti) a sociálních pracovníků jsou přitom profesemi, jež jsou základními pilíři následné léčební péče. Následující tabulka uvádí vývoj počtu výše zmíněných profesí v PL<sup>38</sup>:

Období	Sestry	Psychol. a klin. psych.	Zdravotně sociální prac.	Fyzioterapeuti	Ergoterapeuti	ZPOD <sup>39</sup>	JOP <sup>40</sup>
2004	2859,07	115,36	85,1	61,11	68,64	1259,93	202,5
2007	2952,51	135,45	86,58	63,79	31	1597,63	126,71
Nárůst/ Pokles v %	3,27	17,41	1,74	4,39	-54,84	26,80	-37,42

Zdroj: ÚZIS; vlastní propočty

Po přepočtení stavu jednotlivých kategorií personálu v roce 2007 na počet pacientů, kteří byli denně v průměru hospitalizováni v psychiatrických léčebnách (9059), jsou k dispozici tyto údaje: Na 1 sestru vycházelo v roce 2007 v průměru 3,1 pacientů, na 1 psychologa 66,9 pacientů, na 1 zdravotně-sociálního pracovníka 104,6 pacientů, na jednoho fyzioterapeuta 142 pacientů a na 1 ergoterapeuta 292,2 pacientů.

Jak je z tabulky zřejmé, v kategoriích personálu, které zahrnují terapeutické profese, (tedy ergoterapeutů a různé jiné typy terapeutů<sup>41</sup>) došlo mezi lety 2004 a 2007 k největšímu poklesu. Když si uvědomíme, že se jedná jenom o tříleté období, pokles zejména u ergoterapeutů je až překvapivě razantní. U kategorie psychologů a klinických psychologů došlo jako u jediné pro péči důležité profese k navýšení počtu. Zdravotních sester také v malé míře přibýlo a největší nárůst zaznamenala kategorie ZPOD. Do této kategorie ale spadají profese jako např. ošetřovatelé, sanitáři, laboratorní asistenti nebo řidiči nemocných. Bez toho, abychom zlehčovali nebo podceňovali výkon těchto profesí, nejedná se o

<sup>38</sup> Stav psychologů a klinických psychologů, ergoterapeutů, nebo zdravotně-sociálních pracovníků začal být evidován až v roce 2004, proto nemohl být pro porovnání zvolen dřívější termín.

<sup>39</sup> Zdravotní pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo přímým vedením (§ 29 - § 42, zákon č. 96/2004 Sb.). Např. zdravotnický asistent, ošetřovatel, sanitář, řidič nemocných a raněných.

<sup>40</sup> Jiní odborní pracovníci (§ 43 - § 44, zákon č. 96/2004 Sb.). Pracovníci s vyšším odborným, středním odborným, nebo vysokoškolským vzděláním, např. dramaterapeuti, arteterapeuti.

<sup>41</sup> Jsou evidovány v kategorii jiných odborných pracovníků (JOP).

pracovníky, kteří by měli podíl na terapii nebo léčení pacientů.

### 5.2.6 Velké rozdíly v poskytované péči mezi psychiatrickými odděleními nemocnic

Kvalita a rozsah péče poskytované na psychiatrických odděleních nemocnic se v největší míře odvíjí od celkové kvality a rozsahu péče poskytované v dané nemocnici. Tj. pokud předpokládáme, že mezi nemocnicemi, které provozují psychiatrická oddělení, jsou významné rozdíly v kvalitě a rozsahu poskytované péče, musíme zároveň připustit, že se významné rozdíly v kvalitě a rozsahu péče týkají také psychiatrických oddělení. Zatímco např. psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze disponuje i jednotkou intenzivní péče s 24 hodinovým dohledem, psychiatrické oddělení Svitavské nemocnice nedisponuje ani oddělením uzavřeným.

Problémem samozřejmě je, když daná kvalita anebo rozsah péče klesnou pod určitou standardizovanou úroveň. Tento standard ale zatím nebyl podrobně rozpracován a zdá se že na jeho parametry panuje taky odlišný názor. Kdybychom měli vycházet z názorů na standard nemocniční akutní psychiatrické péče, tak např. podle výboru psychiatrické společnosti: „*Pro řádné fungování a diferenciaci péče by ovšem psychiatrická oddělení neměla být menší než cca 60 lůžek*“<sup>42</sup>. Jenom pro upřesnění představy o velikosti lůžkových psychiatrických zařízení v ČR: jedna léčebna má v průměru 507 lůžek, jedno psychiatrické oddělení jich má v průměru 44. Pod hranicí 60 lůžek se s určitostí nachází většina psychiatrických oddělení, i zmiňované špičkové pracoviště v Ústřední vojenské nemocnici.

Dalším z důležitých kritérií, podle kterých bychom mohli posuzovat a porovnávat psychiatrická oddělení, je rozsah přijímaných pacientů. Některá oddělení totiž nepřijímají pacienty, kteří s hospitalizací nesouhlasí, nebo pro ní nejsou dostatečně motivováni.<sup>43</sup> Tento faktor může v konečném důsledku zkreslovat potřebu akutních lůžek, protože oddělení, které nepřijímá např. pacienty v neklidném stavu, není plnohodnotným akutním oddělením a pacienti v neklidném stavu jeho služby nemohou využít a musí být hospitalizováni v jiném zařízení, psychiatrické léčebny nevyjímaje.<sup>44</sup>

<sup>42</sup> VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, *Česká psychiatrie – bez kompromisů to nepůjde*, In: Medical Tribune 11/2007.

<sup>43</sup> CNS Třinec „*Přijímání jsou nemocní - s výjimkou neklidných stavů*“, Oblastní nemocnice Jičín - „*Nezbytným předpokladem pro hospitalizaci je pacientův souhlas s léčbou a jeho motivace ke spolupráci*“, Nemocnice Most – „*Následující odesíláme na specializovaná pracoviště do jiných zařízení: Stavby spojené s odmítáním psychiatrické hospitalizace*“

<sup>44</sup> „*Velký rozdíl také panuje mezi jednotlivými (nasmlovanými) poskytovateli akutní lůžkové péče. Tyto nesrovnatelnosti mezi jednotlivými akutními lůžkovými odděleními jsou dalším faktorem, který vytváří rozpor ve financování akutní péče a zkresluje počet a potřebu akutních psychiatrických lůžek.*“ R-KOP, s. 4

### 5.2.7 Akutní péče: psychiatrické oddělení nemocnic vs. psychiatrické léčebny

Uskutečněným přehledem se podařilo blíže specifikovat rozdíly mezi akutní péčí na psychiatrických odděleních v nemocnicích a akutní péčí poskytovanou v psychiatrických léčebnách. Rozdíly mezi těmito typy zdravotnických zařízení jsou především v početnějším personálním obsazení psychiatrických oddělení nemocnic a také v jejich lepším materiálně technickém vybavení, především co se týče stavu budov a základního vybavení. V obou případech v neprospěch psychiatrických léčen. Léčebny disponují menším počtem personálu a pokud si ho teoreticky mohou v rámci léčebny přesouvat a soustředit např. na akutních odděleních, je nepravděpodobné, že by se tím vyrovnaly personálnímu vybavení psychiatrických oddělení. Stav budov a materiálně technického vybavení v léčebnách je dlouhodobě zanedbaný a nepochybně na horší úrovni než na psychiatrických odděleních. Pozitivem psychiatrických léčen nicméně je hezčí okolní prostředí.

## 5.3 KOMUNITNÍ PÉČE

### 5.3.1 Úvod

V této práci se spolu s označením 'komunitní' péče, používá také dvojice označení péče intermediární a meziresortní, neboli zdravotně sociální. Toto rozlišení je také používáno v KOP a R-KOP. „*Intermediární služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví.*“<sup>45</sup> Úlohou denních stacionářů, krizových center nebo komunitních psychiatrických sester je poskytovat péči v případech a způsobem, který je již mimo dosah a možnosti ambulantního psychiatra, hospitalizace pacienta však není nutná, ani žádaná. Zařízeními intermediární péče se tak může předejít hospitalizaci nebo její průběh zkrátit. *Služby meziresortní jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb. Charakter jejich činnosti je však zdravotně-sociální.*“<sup>46</sup> Chráněné dílny, podporované zaměstnávání nebo podporované bydlení jsou zařízení nebo programy, které mají pomoci duševně nemocným k znovunabytí sociálních zručností, potažmo i společenské satisfakce a v konečném

---

<sup>45</sup> R-KOP, s. 14

<sup>46</sup> tamtéž.

důsledku i komplexnějšímu duševnímu zdraví a sociálnímu začlenění.

Kdybychom chtěli určit záběr komunitní péče, co do druhu pacientů, museli bychom za její cílovou skupinu označit jak pacienty ambulantní, tak i lůžkové péče. S tím, že intermediární péče je péče s širší cílovou skupinou uživatelů (pacienti výhradně v ambulantní, ale i lůžkové sféře) a péče meziresortní je péčí s užší cílovou skupinou (převážně pacienti s těžšími duševním onemocněním, pacienti, kteří byli hospitalizováni). Poněvadž je komunitní péče nejmladší sférou v oblasti péče o duševně nemocné, je na místě otázka, kde by si mezi dvěma klasickými složkami péče: ambulantní a lůžkovou, měla najít svoje místo. Ze zahraničních zkušeností jsou zřejmé dvě základní varianty: komunitní péče jako doplněk k stávající lůžkové péči a ambulantní péči a komunitní péče jako péče, která zasahuje a přebírá část tradičních pacientů z lůžkové sféry do své péče a rozšiřuje nebo doplňuje péči ambulantní. V KOP i R-KOP se obecně požaduje rozvoj komunitních služeb, avšak nespojuje se se zásahem komunitní péče do lůžkové péče v léčebnách. Tento 'bezzásahový' nebo 'nekonfliktní' model musí být v současnosti chápán jako výsledek dohody psychiatrů, a tedy zároveň jako odbornou veřejností psychiatrů definovaný cílový stav komunitní péče v ČR<sup>47</sup>.

V KOP je jako cíl označen „*rozvoj tzv. intermediární péče (denní stacionáře, domácí péče, návštěvní služba, chráněné dílny a chráněné bydlení, kluby, svépomocné organizace)*“, co ale je hned zmíněno jako problematické: „*tyto nové formy psychiatrické péče vznikají obtížně, protože nemají tradici a jejich financování není vymezeno.*“ V NPP je jako cíl komunitní péče stanoveno „*rozvinutí komunitní péče jak v obsahu vlastní léčebné péče, tak v institucionálním zabezpečení*“. Nejaktuálnější dokument R-KOP hodnotí cíle, které byly stanoveny, jako nedosažené: „*Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. (...) Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny, a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.*“

Z vyjádření o komunitní péči v koncepčních a deklarativních dokumentech by se mohlo na první pohled zdát, že problémů intermediární a meziresortní péče není tak mnoho jako problémů péče lůžkové a ambulantní. V těchto dokumentech je jako cíl pro komunitní péči jednoduše uveden rozvoj těchto služeb a jako problém je označena nedostatečná rozvinutost služeb. V této stručnosti ve výčtu

---

<sup>47</sup> V rozporu s tímto stanoviskem v KOP a R-KOP jsou dokumenty Evropské unie: Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha. (Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii, 2005), ke kterým se ČR přihlásila. Ty jako prioritu politiky duševního zdraví jmenují zařazení duševně nemocných do společnosti, potažmo destigmatizaci duševní nemoci a duševně nemocných. Jako opatření k dosažení tohoto cíle je v Zelené knize navrhována i „*deinstitucionalizace služeb v oblasti duševního zdraví*“. A dále, mezi závazky, které se ministři zdravotnictví EU zavázali v Deklaraci o duševním zdraví pro Evropu podpořit, je také závazek „*rozvíjet komunitní služby, aby nahradily ústavní péči o jedince s vážnými psychickými problémy*“.

problémů je ale zároveň vyjádřena závažnost stavu, ve kterém se komunitní péče nachází. Jak bude ukázáno na následujících řádcích, v případě komunitní péče častokrát chybí úplně základní informace, které jsou u jiných druhů péče běžně k dispozici. To mimo jiné znemožňuje podrobněji popsat problémy, kterými komunitní péče trpí, ale taktéž ukazuje na okrajovou důležitost, která je této péči přikládána. Následná strukturace problémů se tedy v případě komunitní péče omezí na 'nedostatečné rozvinutí služeb'.

### 5.3.2 Nedostatečné rozvinutí komunitních služeb

V R-KOP jsou stanoveny dva typy normativů pro strukturu, velikost a počet zařízení komunitní péče: jeden typ normativů je určený pro cílový stav těchto služeb po změnách uskutečněných v rámci Koncepce a druhý typ pro urgentní doplnění služeb v horizontu 3 let. Urgentní doplnění komunitních služeb má následující parametry: 3 krizová centra nebo mobilní krizové týmy v Praze, 2 v Brně a Ostravě, 1 v každém krajském městě, 50 denních stacionářů a komunitních psychiatrických sester v ČR, 1000 míst v komunitním a chráněném bydlení v ČR, 500 míst v domech a bytech na půl cesty, další možnosti podporovaného bydlení a případového vedení.

V roce 2007 bylo v ČR podle dat ÚZISu 27 stacionářů pro dospělé pacienty s psychiatrickým postižením, ve kterých se ale nacházelo jenom 315 pacientů a dále 14 psychoterapeutických stacionářů, jejichž služby v daném roce využilo celkem 6323 pacientů. V 34 dětských stacionářích bylo podle ÚZISu umístěno jenom 10 pacientů s psychiatrickým postižením. Jiná data jsou naopak uváděna v R-KOP: podle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center by mělo být v resortu zdravotnictví 22 denních stacionářů. Krizová centra s nepřetržitou dostupností psychiatra jsou podle R-KOP v ČR v současnosti pouze tři. Nejaktuálnější evidencí komunitních služeb, zahrnující i rehabilitační a zdravotně-sociální služby, je Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné z roku 2002. Podle tohoto dokumentu Asociace komunitních služeb bylo v roce 2002 v ČR 35 organizací komunitních služeb pro duševně nemocné.<sup>48</sup>

Z těchto údajů jsou zřejmé tři základní nedostatky v evidencích a statistikách komunitních služeb: jsou neaktuální, nesourodé a nekompletní. Přičemž platí, že lépe evidovány jsou služby

---

<sup>48</sup> Je nutné zmínit, že přesnost tohoto adresáře zpochybňují jeho samotní tvůrci: „Uvědomujeme si, že seznam služeb není úplný a při další aktualizaci adresáře se jej pokusíme rozšířit.“

intermediární (především denní stacionáře a krizová centra), než služby meziresortní. Za nejaktuálnější údaje možno pokládat statistiky z publikace Psychiatrická péče (ÚZIS) z roku 2007. Ty poprvé obsahují i počty stacionářů a jejich pacientů.<sup>49</sup> Další aktuální statistikou je stav krizových center s nepřetržitou dostupností psychiatra. Pro intermediární péči z těchto statistik vyplývá, že např. stav denních stacionářů je přibližně poloviční, než jsou doporučené normativy pro urgentní doplnění služeb<sup>50</sup>, podprůměrný je taktéž stav krizových center.

Stav ostatních komunitních, především meziresortních služeb, je zachycen údaji, které jsou staré šest až osm let. Otázkou samozřejmě je, nakolik se dá s takto zastaralými údaji v současnosti pracovat, např. při popisu stavu komunitní péče. Jaký je aktuální stav intermediárních a taky meziresortních služeb, jejich kvalita a dostupnost, se tedy musí usuzovat i zprostředkovaně z jiných zdrojů nebo poznatků. O tom, že rozvoj meziresortních služeb je přinejmenším ohrožen, svědčí např. kritika zákona o sociálních službách<sup>51</sup> ze strany organizací provozujících meziresortní služby pro duševně nemocné, které ho považují za diskriminační vůči svým klientům, a také fakt, že MPSV s obsahem této kritiky souhlasí. "*Lidé trpící duševní chorobou ze systému sociálních služeb vypadli. Snažíme se nyní provádět takové novely, aby se dostali zpátky.*"<sup>52</sup> Dále např. výzkum agentury STEM MARK (2004) mezi praktickými lékaři, ambulantními a lůžkovými psychiatry určil jako jeden z jejich hlavních požadavků v oblasti moderních trendů „*osvětu v oblasti negativního vnímání psychických onemocnění a rozvoj komunitních služeb a jejich spolupráci s primární psychiatrickou péčí.*"<sup>53</sup> K závěrům o stavu komunitní péče je možné dále dospět i vyvozováním z jiných poznatků. Např. fakt, že komunitní péče nevznikala systematicky nebo organizací 'shora' a její vznik byl častokrát výsledkem iniciativy a snažení jednotlivců, podporuje předpoklad, že tyto služby budou v ČR zastoupeny nerovnoměrně. Dalším možným zdrojem poukazujícím na stav komunitní péče jsou vyjádření zástupců komunitní péče: např. podle Asociace denních stacionářů a krizových center probíhal vývoj těchto služeb převážně v 90. letech a v novém desetiletí již téměř žádná nová stacionáře a krizová centra nevznikají.<sup>54</sup>

Efekt, který tato absence dat má, je vidět i na rozsahu, který je komunitní péči v této části věnován: mnohokrát méně než péči ambulantní a přitom by se s relativně novou formou komunitní

---

<sup>49</sup> Zajímavostí však je, že čísla o počtu stacionářů z ÚZISu nesedí z údaji, které jsou uvedeny v R-KOP. Nemusí to znamenat, že tyto statistiky jsou chybné, ale jenom např. používali jiná kritéria pro kategorii 'denní stacionář'.

<sup>50</sup> Normativy určené v R-KOP pracují i s určením počtu míst, které mají být v jednom stacionáři k dispozici. Porovnání tohoto kritéria s aktuálním stavem ale není možné, protože informace o počtu míst v denních stacionářích se v dostupných statistikách nenacházejí.

<sup>51</sup> Zákon č. 108/2006 Sb.

<sup>52</sup> Tehdejší ministr práce a sociálních věcí Petr Nečas, *Chystá se nový zákon upravující práva duševně nemocných*, CT24, 14.6.2008.

<sup>53</sup> STEM MARK, *Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče* (2004), s. 6.

<sup>54</sup> Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., *Koncepce oboru psychiatrie - 1.revize 2008*.

péče mělo pojit mnohem více problémů, než s etablovanou a konstantně narůstající péčí ambulantní. V tom je vidět potřeba dat. Díky přístupným informacím o narůstající počtu pacientů je možné vidět problém, který se prvotně v ambulantní péči nejevil (tlak pacientů na ambulance se i navzdory nárůstu ambulancí zvětšil) a naopak díky nepřístupným informacím není možné vidět problémy, které se potenciálně v komunitní péči o duševně nemocné nacházejí.

## 5.4 ZÁVĚR 1. ČÁSTI

Stav péče o duševně nemocné v ČR se analýzou provedenou v první části potvrdil jako problematický téměř ve všech bodech, které byly prozkoumávány. Jediným problémem, který se nepodařilo potvrdit, byl tlak systému financování ambulantních psychiatrů na ošetřování velkého množství pacientů. Jako závažný problém se jeví nedostatek ambulantních psychiatrů. I když jejich počet stoupá, tento nárůst nestačí pokrýt nárůst pacientů a jejich tlak na ordinace ambulantních psychiatrů se zvyšuje, což má negativní následky na kvalitu a dostupnost psychiatrické péče. Dostupnost ambulantní psychiatrie je dále charakteristická velkými regionálními rozdíly. Lze předpokládat, že prudký nárůst pacientů (mezi lety 2001 a 2007 činil 22,5%) má za následek také snižování kvality a dostupnosti péče u jiných ambulantních služeb v systému péče o duševně nemocné: u psychoterapeutů, specializovaných psychiatrických ambulancí, sociálních a krizových ambulantních služeb. Data, která by popisovala jejich vývoj a současný stav sice chybí, nicméně kvalitativní zjištění a závěry odvozené z jiných kvantitativních dat podporují předpoklad nedostatku těchto služeb.

Lůžková péče trpí extrémními rozdíly v dostupnosti péče (od 1,46 po 29,32 lůžek na 10 000 obyvatel) v jednotlivých krajích. V některých nejsou žádná akutní lůžka v nemocnicích, v některých naopak žádná lůžka následné péče. Léčebny, které následnou péči poskytují, dlouhodobě bojují se zanedbaností budov a zařízení a také s nedostatkem a úbytkem pro péči důležitého nelékařského personálu. Akutní psychiatrická oddělení poskytují co do personálního vybavení a materiálního zabezpečení obecně lepší akutní péči, jsou však mezi nimi velké rozdíly ve škále pacientů, které přijímají, a rozsahu péče, již mohou poskytovat.

I když je rozvoj komunitní péče psychiatry posledních téměř dvacet let zmiňován jako priorita, přinejmenším soustavná evidence těchto služeb je stále velkým dluhem. Bez ní není možné určit směr ani tempo vývoje, dostupnost těchto služeb nebo počet pacientů, kteří tyto služby využívají, potažmo jejich přetíženost. Z analýzy okolností, které rozvoj komunitní péče doprovázejí (především

diskriminující legislativa) a též toho mála dat, která jsou k dispozici, lze předpokládat, že komunitní péče funguje pod mnohem větším tlakem na svou vlastní existenci, než jiné druhy péče a její rozvoj bude spíš záležitostí souběhu podpůrných okolností, než soustavného vývoje.

Jak ukazuje následující tabulka, i když se drtivá většina problémů prezentovaných Psychiatrickou společností ukázala jako opodstatněná, nedostatkem, který se týká přibližně jedné poloviny těchto problémů, je absence relevantných a dostačujících dat. Bez nich musí být na skutečný stav usuzováno z dat, které o problémech vypovídají nepřímě, z kvalifikovaných odhadů nebo logických předpokladů. I když jsou tyto jiné způsoby v diplomové práci považované za dostatečně přesvědčivé, mají obecně nižší validitu, než data kvantitativní, které přímo postihují stav problému. To je vidět i v třech případech, kdy není možné stanovit jak se vlastně problém vyvíjí.

Problémy	Data o problému	Potvrzení problému	Vývoj problému
Systém financování ambulantní péče	Ano	Ne	X
Nedostatek psychiatrických ambulancí	Ano	Ano	Spíše stagnace
Regionální rozdíly v dostupnosti	Ano	Ano	Stagnace
Nedostatek ambulantní psychoterapie	Kval. Odhad	Ano	?
Nedostatek soc. prac. a kriz. pomoci	Ne	Ano	?
Nevyhovující poměr nem. a léčeb.	Ano	Ano	Stagnace
Nerovnoměrná síť lůžkových zařízení	Ano	Ano	Stagnace
Zanedbanost léčeben	Kval. odhad	Ano	Spíše stagnace
Nedostatek nelékařských pracovníků v léčebnách	Ano	Ano	Spíše stagnace
Velké rozdíly v nemocniční péči	Kval. odhad	Ano	Spíše stagnace
Nedostatečné rozvinutí komunitní péče	Částečně ano	Ano	?



## **6. ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V ČR**

### **6.1 Úvod**

V první části diplomové práce byly popsány problémy péče o duševně nemocné. Druhá část je věnována způsobům řešení těchto problémů. Jak bylo v úvodu do této práce řečeno, základní problémy péče o duševně nemocné byly pojmenovány již téměř před dvaceti lety. Těchto téměř dvacet let je taktéž obdobím snah a pokusů o změnu stavu věcí. Rozhodně tedy tato práce nevstupuje na nepoznané území. Snaží se popsat řešení problémů na pozadí aktuálního nastavení systému zdravotnictví a také nastavení systému sociálních služeb.

Způsoby řešení problémů péče o duševně nemocné také není možné rozdělit do skupin, které by kopírovali skupiny problémů, tak jak byly popsány v první části práce. Např. určitý způsob řešení by byl vhodný pouze pro nedostatek ambulantních psychiatrů a druhý jen pro nedostatek psychoterapeutů. Pochopitelně v společnosti obecně nebo v systému zdravotnictví jsou způsoby či nástroje, kterými lze reagovat na mnoho z popsaných problémů, a jsou také nástroje, které je možné a vhodné použít jen u jednoho z nich. Protože jsou např. regionální rozdíly v dostupnosti psychiatrických ambulancí, celková nedostatečná dostupnost těchto služeb nebo nedostatek psychoterapeutických ambulancí, řešitelné jedním typem 'nástrojů', jsou možnosti jejich řešení rozebírány společně v jedné podkapitole 'Nedostatek ambulantních služeb'. Protože je např. problém zanedbanosti psychiatrických léčeben specifický a nesdílí s žádným jiným problémem společné 'nástroje' řešení, je rozebírán v práci rozebírán samostatně.

### **6.2 Nedostatek ambulantních služeb pro duševně nemocné**

Navýšení počtu ambulantních služeb pro duševně nemocné se dá docílit pouze uzavřením více smluvních vztahů mezi poskytovateli těchto služeb (např. psychoterapeutickou ordinací) a pojišťovny. Uzavření smlouvy mezi zdravotním zařízením a pojišťovnou předchází (až na výjimky

uvedené v zákoně) výběrové řízení, které v případě ambulantní péče vyhlašuje krajský úřad<sup>55</sup> na návrh zdravotnického zařízení nebo zdravotní pojišťovny. V zákoně o zdravotním pojištění je ale uvedeno<sup>56</sup>, že i když pojišťovna při uzavírání smluv k výsledkům výběrového řízení přihlíží, výsledky nezakládají právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Pojišťovna je tak de facto jediným, kdo o navýšení ambulantní sítě rozhoduje. Otázkou, kterou se tato část zabývá, je, jak v případě nedostatku ambulantních služeb pro duševně nemocné, docílit navýšení jejich počtu.

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění má zdravotní pojišťovna povinnost zajistit poskytování péče svým pojištěncům. „*Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.*“<sup>57</sup> To, jestli pojišťovna má nebo nemá v daném regionu nebo celkově v ČR dostatek smluvních zdravotnických zařízení, tedy není pro pojišťovnu arbitrární. Prostřednictvím těchto zařízení plní jedno ze svých základních poslání: zajišťuje svým pojištěncům dostupnou a kvalitní zdravotní péči. Tento aspekt akcentuje ve svém Zdravotně-pojistném plánu i největší česká zdravotní pojišťovna: „*VZP ČR chápe smluvní politiku jako kontinuální proces, kterým se naplňuje zákonná povinnost zajistit pojištěncům poskytování zdravotní péče prostřednictvím zdravotnických zařízení.*“ A nebo: „*VZP ČR plánuje uzavírat se zdravotnickými zařízeními smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče tak, aby byla vytvořena síť zdravotnických zařízení, která bude plně odpovídat potřebám pojištěnců a poskytovat jim dostupnou a kvalitní zdravotní péči.*“ Takto obecně stanovená povinnost poskytovat zdravotní péči ale pochopitelně nehraje nijakou roli v konkrétních případech nedostatečné dostupnosti např. ambulantních služeb pro duševně nemocné. A nemůže ani rozhodnout případný spor mezi pojišťovnou a odbornou společností o to, jestli je síť zařízení v daném regionu dostatečná nebo ne.

Jak již bylo uvedeno v první části práce, nedostatek ambulantních ordinací pro duševně nemocné je záležitost, která je nahlížena a hodnocena z různých hledisek. I když se v první části práce podařilo především v případě ambulantních psychiatrů shromáždit dostatek důkazů o tom, že tato síť je nedostatečná, tlak na ni ze strany pacientů se zvyšuje a trpí výraznými regionálními rozdíly, není hned zřejmé, které z těchto argumentů hrají pro pojišťovnu zásadní roli. Při hledání odpovědi na tuto otázku třeba zmínit pár souvislostí.

Dostupnost zdravotnických služeb je v drtivé většině případů otázkou regionální (krajskou, okresní nebo obecní) a ne otázkou celostátní. Údaj o průměrném počtu ambulantních psychiatrů v ČR (6,72 na 100 000 obyvatel v roce 2007) tak jenom napovídá, okolo jakého čísla se bude dostupnost

---

<sup>55</sup> V hlavním městě výběrové řízení vyhlašuje Magistrát hl. m. Prahy.

<sup>56</sup> § 52, 48/1997 Sb.

<sup>57</sup> § 46, od. 1, 48/1997 Sb.

v konkrétních oblastech ČR patrně pohybovat. Toto číslo může být pojišťovnou nebo ministerstvem uznáno jako nedostatečné, rozhodnutí o navýšení počtu psychiatrů musí vycházet z potřeb a stavu sítě v tom kterém regionu. Např. při analýze regionálních rozdílů v počtu ambulantních psychiatrů bylo jejich rozpětí zjištěno od 3,8 na 100 000 obyvatel v Zlínském kraji po 15,17 v hl. m. Praha.

Kvůli těmto rozdílům v dostupnosti péče je posuzování sítě zdravotních služeb a reagování na její nedostatky věcí především krajských poboček zdravotních pojišťoven. Ty mají zpravidla nejlepší obraz o stavu služeb v jejich kraji, a proto taky rozhodují o tom, jestli třeba síť, v tomto případě ambulantních služeb pro duševně nemocné, rozšířit, nebo ne. Slovy ředitelky odboru zdravotní péče VZP MUDr. Miloslavy Švecové „Zajišťování dostupnosti péče a uzavírání smluv s ambulantními zdravotnickými zařízeními je v kompetenci krajských poboček VZP.“

Co se týče zjišťování stavu sítě zdravotnických zařízení, alespoň VZP nemá žádný předepsaný postup, kterým krajské pobočky ověřují dostupnost určité služby a tak se v současnosti jedná o jakousi kombinaci vícerych postupů a vícerych hledisek: od základních údajů o počtu lékařů, přes informace o době kolik ten který lékař ordinuje, až po ohlasy od pojištěnců nebo přímo od lékařů. Může se tedy např. stát, že i když jsou čísla o stavu dostupnosti např. ambulantních psychiatrů v kraji výrazně podprůměrná, ze strany pojištěnců a ani lékařů však není slyšet žádnou negativní odezvu, což krajská pobočka vyhodnotí jako uspokojivý stav sítě. Na neformální úrovni tedy do rozhodování o rozšíření sítě mohou vstoupit regionální lékaři anebo taky odborná společnost.

Jediným formálním a více méně závazným způsobem, kterým může Psychiatrická společnost do rozhodování krajských poboček VZP ovlivnit, je podílet se na vypracování normativů pro jednotlivé druhy ambulantní péče pro duševně nemocné. Žádné závazné nebo alespoň obecně používané normativy v současnosti neexistují. I když byla KOP schválená vědeckou radou MZd, její součástí nebyly žádné konkrétní normativy pro jednotlivé druhy péče.<sup>58</sup> Současná revize KOP již tyto normativy obsahuje a podle slov jejího koordinátora MUDr. Zdeňka Bašného bude Psychiatrická společnost také usilovat o to, aby byly normativy uznány MZd a potažmo z nich vyplývala určitá povinnost pro krajské pobočky je dodržovat.

Řešení problému nedostatku ambulantních služeb ze strany lékařů je v současnosti možné ve dvou rovinách: jednak jejich aktivitou, ohlasem na krajských pobočkách a jednak prosazením schválení normativů jednotlivých druhů ambulantní péče tak, jak jsou stanoveny v R-KOP. Nicméně v případě, že by tyto normativy byly pro pojišťovny závazné, je tady pochopitelný střet zájmů. Pojišťovny by se

<sup>58</sup> Jestli se na krajských pobočkách nějaké normativy nacházejí, je otázkou, do jaké míry jsou v současnosti aktuální a je vůbec možné z nich při posuzování stavu péče vycházet. Např. podle MUDr. Růžičky z České psychoterapeutické společnosti, MZd disponovalo směrnými čísly, které čerpalo z věstníku z roku 1967.

normativy chtěly zaštitit v případě, že s někým smlouvu uzavřít odmítnou, a naopak odborná společnost by je chtěla v tomto případě použít na dotlačení pojišťovny k tomu, aby smlouvu pojišťovna uzavřela.

### **6.3 Nedostatek nemocničních lůžek a velké rozdíly mezi nimi**

Nedostatek psychiatrických akutních lůžek v nemocnicích je problémem, jehož řešení je asi nejvíce vzdálené schopnostem a možnostem Psychiatrické společnosti, ale také Ministerstva zdravotnictví a pojišťoven. O obtížnosti tohoto úkolu vypovídá především vývoj v počtu psychiatrických oddělení: za posledních téměř 8 let žádné nové psychiatrické oddělení v ČR nevzniklo. Tím “nejnovějším“ je psychiatrické oddělení v Havířovské nemocnici s 26 lůžky, které je v provozu od roku 2001.

Vznik nového psychiatrického nemocničního oddělení je na rozdíl od vzniku ambulantních zařízení spojený s velkou počáteční investicí. Ta je taky rozhodujícím faktorem jejího vzniku. Zřizovatel, ke kterému má Psychiatrická společnost nejbližší a který také do svých nemocnic investuje nejvíc peněz, je MZd. Ve většině přímo řízených nemocnic, které jsou všeobecného charakteru (tedy ne specializované, ve kterých není umístěné psychiatrické oddělení možné), ale již psychiatrické oddělení je. Psychiatrické oddělení je taktéž ve všech městech, ve kterých svou činnost má přímo řízená nemocnice MZd, tj. rozšířením péče do dalších přímo řízených nemocnic by se nedosáhlo geografického zlepšení dostupnosti péče. Jediné nemocnice MZd bez psychiatrického oddělení se nacházejí v hl. městě Praze: pražská nemocnice Na Homolce, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a Fakultní nemocnice Na Bulovce. Ve Fakultní Thomayerově nemocnici a Fakultní nemocnici v Motole jsou jenom oddělení dětské psychiatrie. Otázkou ale je, nakolik jsou tyto nemocnice prioritní pro zvyšování dostupnosti psychiatrické akutní péče. V Praze se již nacházejí tři psychiatrická oddělení a v mezikrajském porovnání má Praha největší počet psychiatrických akutních lůžek: 3,31 na 10 000 obyvatel. Což je číslo, které se také nejvíce blíží standardu požadovanému Psychiatrickou společností: 4 na 10 000 obyvatel. Kdybychom za hlavní kritéria považovali počet akutních lůžek a psychiatrických lůžek celkově na 10 000 obyvatel, nebo dostupnost akutního psychiatrického lůžka do určité vzdálenosti (50 km), je třeba říct, že Praha by určitě nebyla regionem s nízkou dostupností akutní psychiatrické péče.

Z tohoto závěru můžeme dále také vyvodit okruh nemocnic a také jejich zřizovatelů, které

připadají pro rozšiřování akutní psychiatrické péče v úvahu. Jsou to především nemocnice spravované krajem (24), nemocnice, kterých zřizovatelem je město anebo obec (18) a nemocnice privátní se 100% podílem krajského nebo obecního majetku (51). Dalších 71 nemocnic je privátních. Ve čtyřech z pěti nemocnic v resortu ministerstva obrany a ministerstva spravedlivosti se již psychiatrické oddělení nachází. Výchozím kritériem pro určování nemocnic, v nichž by měla vzniknout psychiatrická oddělení je samozřejmě potřeba těchto lůžek.<sup>59</sup>

Určení okruhu nemocnic, ve kterých zřízení psychiatrických akutních lůžek přichází v úvahu, je důležité kvůli tomu, abychom si mohli udělat bližší představu o tom, kdo může být zřizovatelem potencionálního nového psychiatrického oddělení. V případě nemocnic, kterých zřizovatelem nebo vlastníkem je kraj nebo obec, může Psychiatrická společnost ovlivňovat vznik nového oddělení i prostřednictvím kraje nebo obce, v případě čistě soukromých nemocnic je tím, kdo rozhoduje, jenom nemocnice nebo vlastník. Nicméně je třeba si položit otázku, s jakou úspěšností může Psychiatrická společnost vznik nového oddělení ovlivňovat.

Zároveň si třeba uvědomit vývojové trendy, které se v posledních letech v nemocniční péči probíhají. Jedná se především o restrukturalizaci a redukci některých oddělení v nemocnicích. Mohlo by se říct, že právě toto je šance pro vznik nových psychiatrických oddělení, nicméně stagnace v rozšiřování sítě nemocničních psychiatrických oddělení naznačuje, že se tomu tak neděje. Navíc podle MUDr. Miloslavy Švecové, ředitelky odboru zdravotní péče VZP, je období, kdy se v nemocnicích zavírali celé nemocniční oddělení, již za zenitem a cesta pro vznik nových psychiatrických oddělení v návaznosti na uzavírání jiných oddělení tady již prakticky není.

Psychiatrická společnost v případě lůžkové péče taktéž nemá tak dobré argumenty, jak je tomu v případě péče ambulantní. Využití lůžek na existujících psychiatrických odděleních není zvláště kritické (v roce 2007 bylo 78,5%), počet hospitalizovaných pacientů i průměrná doba ošetřování trvale klesají<sup>60</sup>. Tyto argumenty se přitom týkají i případného rozšiřování stávajících psychiatrických oddělení. Jejich lůžkový fond zaznamenal od roku 2000 do roku 2007 namísto rozšiřování pokles o 115 lůžek. Dobrým příkladem obtížnosti tohoto úkolu je nejnovější psychiatrické oddělení v republice, ve Fakultní nemocnici Hradec Králové. Tehdejší ředitel Leoš Heger jako důvod zredukování původní kapacity oddělení o šest míst uvedl: „*Lůžková potřeba psychiatrie není tak velká, protože moderní psychiatrie se snaží řešit*

<sup>59</sup> Nelze ale zapomínat také na další kritéria a to je především lůžková kapacita nemocnice. Nemocnice, která má jen tři základní obory v lůžkové části, nebude s největší pravděpodobností uvažovat o zřízení psychiatrického oddělení.

<sup>60</sup> V roce 2000 bylo na psychiatrických odděleních hospitalizováno 18 444 pacientů, v roce 2007 jich bylo jenom 16 616. Taktéž v roce 2000 byla průměrná ošetrovací doba 23,3 dne, v roce 2007 již jenom 20,4.

*pacienty v ambulantní sféře. A ambulantní prostory jsou tady výrazně posílené.*<sup>61</sup> Tím vyjádřil další důvod, který nepodporuje otevírání nových nebo rozšiřování stávajících nemocničních oddělení: snahu současné psychiatrie o léčení většího množství pacientů s duševními onemocněními bez hospitalizace.

Na závěr třeba říct, že vznik nových nemocničních psychiatrických oddělení se z pohledu posledních let, ale i současnosti, jeví jako nerealizovatelný úkol, jako nesplnitelné zadání. V KOP je navíc stanovený jako postupný přesun celkové skryté akutní péče v léčebnách do nových psychiatrických oddělení. V silách Psychiatrické společnosti jednak není vznik nových psychiatrických oddělení iniciovat a jednak pro samotný vznik těchto oddělení není dostatek argumentů. Argument, že akutní péče v nemocnicích by byla pro pacienty dostupnější a svými vyššími personálními standardy také kvalitnější než akutní péče poskytovaná v léčebnách, je třeba ve světle neúspěchu tohoto projektu zvážit a odpovědět si na otázku, jestli by nebylo efektivnější se soustředit na zvýšení kvality akutní péče v psychiatrických léčebnách a vnitřní strukturu jejich lůžkového fondu.

#### **6.4 Zanedbanost budov a vybavení psychiatrických léčeben**

Jen investiční zanedbanost nejznámější psychiatrické léčebny v pražských Bohnicích se odhaduje na více než 1 mld. korun. Situace patrně nebude příliš odlišná ani v ostatních psychiatrických léčebnách, z kterých byla většina, tak jako Bohnice, postavena koncem 19. anebo začátkem 20. století. Miliardové sumy, které je potřeba na modernizaci a humanizaci psychiatrických léčeben, se doposud nepodařilo pro tyto instituce získat, a tak se v průběhu uplynulých let stihl zmodernizovat jenom zlomek z pavilonů, ve kterých se ročně léčí desetitisíce pacientů.

Na rozdíl od nemocničních psychiatrických oddělení je zřizovatelem 15 z 19 léčeben MZd a třeba říct, že zodpovědnost za stav budov a zařízení většiny institucí padá na jeho hlavu. Psychiatrické léčebny pod správou MZd mají jako přímo řízené instituce svůj vlastní podprogram ve programovém financování ministerstva. Ten je sice určený obecně pro odborné léčebné ústavy, jejich drtivou většinu však tvoří právě psychiatrické léčebny. V následující tabulce je znázorněný vývoj financování investičních akcí v psychiatrických léčebnách prostřednictvím tohoto programu.

---

<sup>61</sup> Martin ČERNÝ, *Hradecká nemocnice otevřela novou dominantu, psychiatrii*, In: Hradecký denník, 13.1.2009.

PL	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	celkem
PC Praha 8	0,93	0,10	3,86	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,89
DPL Opařany	0,00	0,00	10,23	13,00	0,00	0,00	4,00	26,44	27,23
PL Bohnice	2,77	0,15	1,60	2,10	2,50	56,54	3,49	0,00	69,16
PL Černovice	0,75	41,76	6,04	0,22	0,00	7,50	1,86	0,00	58,13
PL Jihlava	5,00	0,00	0,00	0,98	0,61	0,00	1,72	21,80	30,11
PL Dobřany	0,00	0,00	0,00	54,67	0,00	1,49	4,06	20,44	80,66
PL Havlíčkův Brod	0,00	0,00	0,10	0,49	0,00	20,00	1,48	0,00	22,07
PL Horní Beřkovice	0,00	0,00	4,00	3,81	4,82	5,08	1,69	6,57	25,96
PL Kosmonosy	0,05	7,25	20,07	19,28	1,47	0,00	6,40	0,00	54,52
PL Opava	1,40	10,65	0,00	0,00	0,17	0,00	0,04	15,15	27,41
PL Šternberk	0,23	3,00	4,00	7,00	0,00	0,00	0,00	18,40	32,63
PL Kroměříž	0,00	0,00	8,20	19,00	15,00	0,00	18,80	24,64	85,64
PL Červený Dvůr	0,00	3,00	1,40	4,50	9,52	5,00	19,60	5,48	48,50
DPL Velká Bíteš	0,00	0,00	0,09	0,52	0,16	0,00	0,00	0,00	0,77
PL Bílá Voda	0,00	0,00	0,10	0,00	0,10	0,00	0,00	13,32	13,51
DPL Branky	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00
Léčebny celkem	11,13	65,91	64,69	125,57	34,34	95,62	63,14	152,23	586,19

Zdroj: MZd.

Za posledních osm let se léčebnám podařilo z MZd na své investiční projekty získat něco více než půl miliardy korun. Pro odhad toho, jestli se jedná o dostatečnou sumu peněz, stačí opět zmínit, že investiční zanedbanost jen jedné z nich, PL Bohnice, činí 1 mld. Všechny léčebny dohromady tedy získali v průběhu osmi let jenom polovici prostředků, které by na svou rekonstrukci potřebovala tato jediná léčebna. Zároveň není v prostředcích vidět žádný výrazný trend jejich navyšování.

Pro porovnání s celkovými investičními prostředky rozdělovanými MZd mohou být uvedeny následující data: od roku 2002 do roku 2008 bylo v programech MZd na reprodukci majetku vydáno

26,343 mld. korun. Z této částky získaly psychiatrické léčebny 2,18 procent. V roce 2009 se počítá s následujícími částkami<sup>62</sup>: celkový objem investic má dosáhnout 1,723 mld. korun, z toho má jít do psychiatrických léčeben 99 milionů korun, což je 5,7% z celkové částky. V letošním roce má být na rekonstrukci a modernizaci dětské části FN v Motole použito 750 milionů korun, což je víc, než za osm let dostaly všechny PL dohromady. Příkladů ukazujících poměr prostředků, které dostávají PL s těmi, které dostávají všeobecné nemocnice, by bylo ještě mnohem víc.

Možná překvapivě bude znít stanovisko MZd, že PL dostávají většinu prostředků, o které požádají. MZd má totiž jako pravidlo svých investičních programů zavedenou 20% spoluúčast žadatele. V případě PL je to hlavní faktor limitující výši prostředků, o které tyto instituce mohou požádat, a tedy i obdržet. Spoluúčast 20% znamená v případě rekonstrukcí pavilonů, kterých cena se pohybuje v desetimilionových částkách, několika milionový výdej z rozpočtu léčebny. Léčebna tedy může do oprav investovat jenom, když si vytvoří dostatečné rozpočtové rezervy nebo se rozhodne, že svoji finanční spoluúčast zabezpečí pomocí úvěru.

Ekonomické možnosti léčeben investovat do oprav svých budov a zařízení jsou vidět v tabulce. To, že přes investiční programy MZd léčebny nejsou schopné obnovovat své budovy a zařízení dostatečným tempem, koneckonců není problémem nastavení podmínek programů, ale především politické podpory, která by měla obnovu léčeben doprovázet. Psychiatrické léčebny totiž trpí celkovou zanedbaností a finanční programy MZd jsou určené na financování jednotlivých akcí v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Není proto divu, že jejich prostřednictvím postupuje obnova léčeben pomalým, nárazovým tempem. Vznik detenčních ústavů (např. v PL Černovice) je příkladem toho, že i nadměrné finanční investice se mohou pro PL najít. Detenční ústavy mají ale oproti psychiatrickým léčebnám jasné místo mezi dosavadními zařízeními, jasnou koncepci.

I když se psychiatři tomuto tvrzení častokrát brání, třeba na rovinu říct, že v současnosti psychiatrické léčebny žádnou koncepci svého rozvoje nemají a to je kromě politické podpory druhý hlavní důvod toho, že se do nich neinvestuje. Zásadní investice do PL by byly investicemi do institucí, jejichž budoucí místo v systému péče o duševně nemocné je nevyjasněné. Za prvé, ze strany psychiatrů bylo v KOP řečeno, že *„péče o akutní psychiatrické poruchy (definované 50ti dny hospitalizace) by se měla postupně přesouvat z psychiatrických léčeben do psychiatrických oddělení nemocnic“*. A za druhé, ze strany EU je navíc v dokumentech, ke kterým se ČR přihlásila, navrhována *„deinstitutionalizace služeb v oblasti duševního*

---

<sup>62</sup> Údaje byly získány z volně přístupné internetové verze Informačního systému programového financování ISPROFIN.



zdraví“<sup>63</sup>. To jsou dva zásadní důvody, proč lze předpokládat, že u PL může dojít k menším nebo větším změnám a proč by měla být ze strany Psychiatrické společnosti jasně formulována koncepce rozvoje léčeben v ČR. Jednak se musí vymezit vůči Evropskou unii<sup>64</sup> zastávanému trendu deinstitucionalizace (např. jasně říct, kde a jakým způsobem se v ČR budou naplňovat její principy, i když k ní formálně docházet nebude) a jednak popsat českou ‘vlastní cestu’ restrukturalizace lůžkového fondu. Překvapivé je, že se těmito otázkám již revidovaná a aktuální koncepce nevěnuje ani v takové míře jako koncepce první. Požadavek přesunu akutní péče z léčeben do nemocnic se v ní již nenachází a podle nové koncepce je problém „*pouze v tom, že psychiatrické léčebny provozují akutní péči, kterou nemají ve smluvním vztahu s pojišťovnami.*“<sup>65</sup>

Nevyjasněnost a proměnlivost názorů na místo PL v struktuře péče o duševně nemocné má ale důsledky, které přesahují samotný problém zanedbanosti a investičního podfinancování těchto institucí. Dá se říct, že se především týkají restrukturalizace lůžkového fondu. O tom problému, přesahujícím ve svých důsledcích i do komunitní péče, bude pojednáno níže.

## 6.5 Nerozvinutost komunitní péče

Asi tím nejdůležitějším aspektem komunitní péče (kterým se tato péče liší od péče ambulantní a lůžkové) je její ‘neukotvenost’ v tradičních vazbách systému péče o duševně nemocné v ČR. Tradiční segmenty péče: ambulantní a lůžková mají taktéž tradiční způsoby financování, některé služby jsou např. součástí větších zdravotnických zařízení, mezi těmito segmenty péče funguje tradiční koloběh pacientů atd.. Komunitní péče, i když se jí pomalu daří pronikat do těchto tradičních vazeb, je ještě stále do značné míry mimo ně a její zástupci musí tak stále bojovat o to, co pro komunitní péči od začátku požadují: stabilní a rovnocenné místo mezi ostatními složkami systému péče o duševně nemocné.

---

<sup>63</sup> Zelená kniha. (Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii, 2005), s. 11.

<sup>64</sup> I když je tady EU zmiňována jako zastánce deinstitucionalizace, samozřejmě není jejím zastáncem jediným. Vymezení se vůči deinstitucionalizaci by potažmo nebylo jenom vymezením vůči EU, ale taky vůči jiným zastáncům deinstitucionalizace.

<sup>65</sup> Psychiatrická společnost, R-KOP, s. 4

Příkladem 'neukotvenosti' komunitní péče byla i situace kolem omezení provozu Centra krizové intervence (CKI), které je součástí PL Bohnice. Jako důvod omezení činnosti tehdejší ředitel PL Bohnice Ivan David uvedl vysokou ztrátovost pracoviště. Podle souhlasného stanoviska MZd se jednalo o nestandardní služby pro osoby, které trpí psychickými problémy a přitom nechtějí být hospitalizovány v běžné psychiatrické léčebně. „Zákazníkem takové služby by měla být obec, která ji může pro své občany financovat. Není však logické, aby ji financovalo zdravotnické zařízení, či zprostředkovaně stát.“ vyjádřil se na adresu CKI tehdejší mluvčí MZd Tomáš Cikrt. Vedoucí CKI Irena Sgallová naopak tvrdila, že její zařízení neposkytuje služby jenom Pražanům: „Naší spádovou oblastí je proto prakticky celá republika a mezi našimi klienty jsou i cizinci. Těžko nás bude platit nějaká obec. Proto patříme do působnosti ministerstva“. Patovou situaci nakonec vyřešila vzájemná dohoda MZd a magistrátu hl. m. Prahy. Tyto instituce poskytli PL Bohnice dotace na obnovení plného provozu CKI.<sup>66</sup>

Tato neukotvenost komunitní péče není dána jenom tím, že se jedná o novou složku péče, ale taky specifiky tohoto druhu péče. Komunitní péče totiž poskytuje služby, které jsou zdravotně-sociální, poskytované mezioborovými týmy, a které spadají do jakési 'mezipůsobnosti' zodpovědných ministerstev zdravotnictví a práce a sociálních věcí a také 'mezipůsobnosti' státní správy a samosprávy. Již z tohoto úvodního přehledu je zřejmá komplikovanost při řešení problémů komunitní péče.

I když se tato komplikovanost týká celé komunitní péče, je vhodné reflektovat rozdíly, které jsou mezi intermediární a meziresortní částí komunitní péče v způsobech financování a v typech poskytovaných služeb. Tyto segmenty komunitní péče budou tedy rozebírány zvlášť.

### 6.5.1 Intermediární péče

Intermediární péči je možné podle vzoru R-KOP rozdělit na tři části: denní stacionáře, krizové služby (krizová centra, krizové týmy) a komunitní psychiatrické sestry. Tyto služby jsou částečně hrazeny ze systému zdravotního pojištění, buď prostřednictvím ošetrovacích dnů a výkonů (denní stacionáře), nebo pouze prostřednictvím vykázaných výkonů (částečně krizové centrum a také komunitní psychiatrické sestry). I když byly do seznamu výkonů v posledních letech zavedeny výkony speciálně pro intermediární péči a mohou tedy být již financované prostřednictvím systému

---

<sup>66</sup> Čerpáno z článků uveřejněných v celostátních dennících

zdravotního pojištění, ještě stále část služeb intermediární péče zůstává hrazena z jiných zdrojů. Např. v sazebníku výkonů jsou nadefinovány výkony emergentní psychoterapie, krizové intervence nebo terénní krizová intervence prováděna psychiatrickou sestrou, které mohou využívat komunitní zařízení, např. krizová centra. Za současné situace je ale nemyslitelné, aby byla ze zdravotního pojištění proplácena např. krizová linka důvěry, která je také důležitou součástí krizového centra a musí být tzv. dotována<sup>67</sup>.

Co se týče financování těchto zařízení prostřednictvím zdravotního pojištění, psychiatři mají možnost financování těchto služeb ovlivnit prostřednictvím Pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů, nebo v případě neschválení jejich návrhů následným lobbingem na MZd. Následující tabulka zobrazuje přehled návrhů v Pracovní skupině týkajících se péče o duševně nemocné.

Návrhy	Datum podání návrhu	Úspěšnost	Odbornost	Úprava / Nový výkon
Kompl. vyšetření dět. psych.	Říj 08	Ne - dalš. j.	306	Ú
Cíl. vyšetř. dět. psych.	Říj 08	Ne - dalš. j.	306	Ú
Kontr. vyšetř. dět. psych.	Říj 08	Ne - dalš. j.	306	Ú
OD dět. psych. péče - následné	Říj 08	Ne - dalš. j.	OD 26	Ú
Indexy psych. a klin. psych.	Říj 08	Ano	901	Ú
Ošetř. den v stac. s psychot. péčí - 3 h.	Září 08	Ne - rozhodne MZd	OD 42	N
Ošetř. den v stac. s psychot. péčí - 6 h.	Září 08	Ne - rozhodne MZd	OD 41	Ú
Emergentní psychoterapie	Kvě 05	Ne - doplnit	910	N
OD Krizového centra	Kvě 05	Ne - doplnit	OD	N
Fototerapie	Září 04	Ne	305	N
Krizová intervence psychiatrem	Září 04	Ne	305	Ú
Ošetřovací den krizového centra	Září 04	Ne	OD	N
Ošetřovací den v denn. stac.	Září 04	Ne	305	Ú

Zdroj: MZd, ANČR<sup>68</sup>

<sup>67</sup> Krizové centra s nepřetržitou dostupností psychiatra jsou v ČR v současnosti tři: jedno je součástí psychiatrické léčebny Bohnice, jedno je součástí psychiatrického oddělení fakultní nemocnice Brno a jedno je zřízeno hl. m. Prahou. Mezi intermediárními službami se jedná o nejvíce prodělečný typ zařízení, což je vidět i na tom, že v ČR ji provozují jenom větší instituce a nevěnuje se jí žádná z řadových organizací působících v intermediárních službách. Rozvoj krizových center s nepřetržitou dostupností psychiatra je tedy v současné době otázkou postoje větších institucí jako jsou léčebny, nemocnice, města nebo kraje, které by tuto službu zřizovaly nebo podporovaly.

<sup>68</sup> Údaje o jednáních Pracovní skupiny byly získány především ze zápisů uveřejněných na webových stránkách MZd a ANČR. Autor nemůže garantovat úplnost dat o jednáních Pracovní skupiny v letech 2004 až 2007.

Z uvedené tabulky je vidět, že psychiatři z komunitní péče využívají platformu Pracovní skupiny na prosazení svých návrhů z okruhu všech druhů psychiatrické péče v největší míře: z třinácti návrhů jich bylo pro oblast komunitní péče určeno sedm. Zároveň byly všechny návrhy na zařazení nových výkonů, s výjimkou fototerapie, návrhy výkonů do oblasti komunitní péče.

Skóre úspěšnosti těchto návrhů musí na první dojem vyznít jako 'blok stav' pro návrhy odborností z péče o duševně nemocné, potažmo komunitní péče: celkem ze sedmi návrhů nebyl pracovní skupinou schválen ani jeden. To však ve všech případech neznamená, že návrhy nakonec nebyly přijaty a zařazeny do vyhlášky. Jak již bylo řečeno, vyhlášku Seznamu výkonů vydává MZd a ze zákona má taky pravomoc zavést změny do vyhlášky bez souhlasu Pracovní skupiny. Jednotlivé odbornosti tak mají možnost svůj návrh do vyhlášky prosadit přes lobbying u náměstků MZd nebo přímo u ministra. Psychiatrům se tak např. nad rámec Pracovní skupiny podařilo prosadit zařazení OD denního stacionáře s frakcionovaným programem<sup>69</sup>. Úspěchem bylo taktéž zařazení nové autorské odbornosti "psychiatrická sestra"<sup>70</sup>, do které jsou zařazeny výkony pro práci komunitní psychiatrické sestry.<sup>71</sup>

Kdyby tedy měla být zhodnocena úspěšnost zavádění nových výkonů do oblasti komunitní péče, odpověď by pravděpodobně zněla: 'půl na půl'. Protože je ale Pracovní skupina odborným fórem a ne politickým, jako důvody odmítnutí je nutné spatřovat především důvody odborné (jak zdravotnické, systémové tak i ekonomické): např. nedostatečná připravenost návrhů, nepřesvědčivost, jejich nesystematičnost, přílišná finanční náročnost, neodhadnutí finančních dopadů navrhovaných změn atd. Poněvadž se o přijetí návrhů rozhoduje na základě hlasování v Pracovní skupině, jejich přijetí je taky ovlivněné tím, jak se podaří návrh předjednat a najít pro něho souhlas např. u MZd anebo ČLS JEP. Úspěšnost politického prosazování návrhů je těžko celkově hodnotit, nicméně na příkladě OD s frakcionovaným programem je vidět, že psychiatrům se daří prosazovat své návrhy i tímto způsobem.

Otázkou opět je, jestli je případná aktivita, tentokrát navrhovatelů z řad komunitní péče nebo samotného ministerstva, dostatečně podpořena koncepcí komunitní péče ze strany Psychiatrické společnosti. Jak již bylo zmíněno, téměř běžným postupem v zahraničí bylo propojení trendu redukce lůžek a zkracování hospitalizací v léčebnách s rozvojem kapacit komunitní péče. V KOP je ale případná redukce lůžek v léčebnách paradoxně zmíněna jenom směrem k rozvoji akutních lůžek v nemocnicích. V aktuální R-KOP se případná návaznost rozvoje komunitní péče na změny v lůžkové nebo ambulantní

---

<sup>69</sup> Vyhláška č. 439/2008 Sb.

<sup>70</sup> Vyhláška č. 493/2005 Sb.

<sup>71</sup> Podle projektu Centra pro rozvoj péče o duševně nemocné *Situační analýza péče o duševně nemocné na území hl. m. Prahy* z roku 2006 byla důvodem selhávání zavádění činnosti komunitních psychiatrických sester jejich nerentabilnost a také komplikované indikace této péče. To bylo ale ještě době, kdy odbornost psychiatrické sestry ještě nebyla zavedena.

péči také nezmiňuje. Možná ne paradoxní ale naopak logické je, že mnohem jasnější a komplexnější postoj vůči rozvoji komunitní péče zaujímá samotné MZd.<sup>72</sup>

## 6.5.2 Meziresortní péče

I když se otázka podpory Psychiatrické společnosti komunitním službám týká intermediární i meziresortních služeb, pro meziresortní služby jsou možnosti rozvoje již méně nebo minimálně závislé na nástrojích a mechanismech, které fungují v systému zdravotnictví a kterými je možné zprostředkovávat rozvoj intermediární péče. Chráněné nebo podporované bydlení, zaměstnání, volnočasové aktivity, dílny nebo sociální firmy poskytují služby, které jsou více sociálního, než zdravotního charakteru. V R-KOP se charakterizují následovně: „*Služby meziresortní jsou většinou poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb. Charakter jejich činnosti je však zdravotně-sociální.*“<sup>73</sup> Financování i organizace těchto služeb jsou v současnosti značně heterogenní, není to však specifickým meziresortních služeb pro duševně nemocné, ale sociálních služeb celkově. Základní legislativní norma, která v současnosti stanovuje pravidla fungování meziresortních služeb pro duševně nemocné, je zákon o sociálních službách a ten vícezdrojové financování přímo zavádí: „*Základními finančními zdroji jsou příspěvek na péči, úhrada uživatelů z vlastních příjmů, příspěvky zřizovatelů sociálních služeb, dotace z veřejných rozpočtů a různé další zdroje (např. dary, sponzorství, vedlejší hospodářská činnost apod.).*“<sup>74</sup> Problémem v případě meziresortních služeb pro duševně nemocné je, že klienti těchto služeb mají díky diskriminačním kritériím zavedeným v zákoně, nárok na menší příspěvek na péči (nebo také žádný), než ve skutečnosti potřebují, a potažmo ani poskytovatelé těchto služeb nemohou tento příspěvek obdržet. Zákon přitom počítá s tím, že „*použití příspěvku na péči umožní uživatelé hradit většinou část nákladů poskytované služby.*“<sup>75</sup>

<sup>72</sup> Např. v důvodové zprávě k vyhlášce 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů je jako důvod zařazení dvou nových ošetřovacích dnů denního stacionáře uvedeno: „*Změna koncepce oboru psychiatrie s postupným rozvolňováním dlouhodobě kritizovaných psychiatrických ústavů i s několikaletou hospitalizací, která se postupně realizuje, představuje také určité dopady do způsobů ambulantní péče o tyto psychiatricky nemocné a časově náročné pacienty, které si vyžádalo uznání nových forem péče. Přispěje k humanizaci péče o tyto pacienty a celkově k úspoře finančních prostředků za dlouhodobé hospitalizace.*“

<sup>73</sup> „*Rozsah činností, které jsou považovány za zdravotní péči (nebo dokonce za péči s dokazatelným přínosem pro zdraví), již dávno není omezen na vlastní formálně definovaný zdravotnický systém. Zdravotní péče totiž výrazně zasahuje také do jiných resortů, především do sociálního, a zejména se váže k činnostem, které provádí nemocný nebo jeho rodina.*“ Kulatý stůl, Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR (2008), s. 125.

<sup>74</sup> MPSV, Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, s. 19.

<sup>75</sup> tamtéž.

Podle organizací poskytujících meziresortní péči nebo organizací obhajujících práva duševně nemocných kritéria zavedené v zákoně, která stanovují do jaké míry je osoba závislá na pomoci jiné osoby, a od toho se odvíjející výši příspěvku, nereflektují speciální charakteristiky duševních nemocí, čehož následkem mnozí duševně nemocní na příspěvek buď nemají nárok, nebo mají nárok na příspěvek nižší kategorie, než ve skutečnosti potřebují.<sup>76</sup> Jak již bylo zmíněno v první části, ze strany bývalého ministra i jeho náměstka<sup>77</sup> byla vyslovena podpora takové změny zákona o sociálních službách, která by vedla k odstranění diskriminace duševně nemocných. Nicméně tato ochota k změnám se zatím nepromítla do návrhů změn příslušného zákona a znevýhodnění duševně nemocných neupravuje ani nejnovější novela zákona o sociálních službách<sup>78</sup>.

Druhým problémem je, že ne všechny služby mají na příspěvek na péči od klienta nárok; např. aktivity na podporu zaměstnávání. Celkově jsou pak meziresortní služby pro duševně nemocné ve větší míře odkázány na dotace ze státního rozpočtu na služby sociální péče, které se ale rok od roku snižují: v roce 2006 činily 7 535 miliónů, v roce 2007 5 911 miliónů<sup>79</sup>, v roce 2008 5 444 miliónů a na rok 2009 byla částka stanovena na 4,5 miliardy.

Většina finančních prostředků (dotací) pro drtivou většinou organizací poskytujících sociální péči jde ze státního rozpočtu krajům, které je pak těmto organizacím přerozdělují prostřednictvím svých rozpočtů; menší část financí putuje ze státního rozpočtu přímo poskytovatelům.<sup>80</sup> Tento poměr zároveň znamená, že o alokaci většiny prostředků se rozhoduje na úrovni kraje. Základem rozhodování je přitom střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který má ze zákona každý kraj povinnost vypracovat „*ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby*“<sup>81</sup>. Míra, do níž jsou v střednědobém plánu služby pro duševně nemocné prioritou, závisí na závěrech dohody mezi územní samosprávou, poskytovateli a uživateli. Je tedy spíše agendou pro regionální poskytovatele meziresortních služeb pro duševně nemocné, než např. pro Psychiatrickou společnost s celostátní působností. Lze také předpokládat, že Psychiatrická

---

<sup>76</sup> Podrobněji např.: Otevřený dopis Sdružení pomoci duševně nemocným ČR řediteli odboru sociálních služeb MPSV ze dne 7.2.2008.

<sup>77</sup> „Náměstek ministra Marián Hošek (KDU-ČSL) již dříve ČTK řekl, že jeho resort připravuje změnu zákona a na příspěvek na péči by v budoucnu měli dosáhnout i lidé s duševním onemocněním.“ *Pražská sdružení ruší služby pro duševně nemocné, nemají peníze*, In *Pražské noviny*, 24.7.2008.

<sup>78</sup> Novela zákona jako sněmovní tisk 659 prošla 13.5.2009 třetím čtením v poslanecké sněmovně.

<sup>79</sup> Uvedená suma neobsahuje dotace zdravotnickým zařízením.

<sup>80</sup> „Tyto dotace budou určeny na podporu služeb, které mají celostátní popřípadě nadregionální charakter, a na podporu rozvoje systému sociálních služeb, včetně řešení mimořádných situací (např. živelní pohroma).“ MPSV, *Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách*, s. 19.

<sup>81</sup> § 95, zákon č. 108/2006 Sb.

společnost, které drtivá většina členů působí v sektoru zdravotnictví, nebude ani žádnou nadměrnou iniciativu směrem k MPSV vyvíjet.<sup>82</sup>

## 6.6 Vyřešení sociálních hospitalizací v léčebnách

Problém sociálních hospitalizací nebyl uveden v první části práce, věnující se problémům péče o duševně nemocné, ze dvou důvodů. Jedná se o problém, který se v žádných koncepčních dokumentech psychiatrů nenachází a v první části práce se systematicky z těchto dokumentů vycházelo. A také jsou sociální hospitalizace problémem, který se netýká přímo kvality nebo dostupnosti péče, ale spíše v sobě nese určité důležité souvislosti v rovině řešení problémů. Proto je mu věnován prostor až v této druhé části práce.

Jednoduše řečeno, při sociálních hospitalizacích se jedná o pacienty, kteří zůstávají hospitalizováni ze sociálních důvodů, i když u nich již zdravotní důvod hospitalizace pominul. Většinou proto, že tito pacienti ještě potřebují sociální péči, není je ale kam propustit; buď se o ně nemá kdo starat, nebo pro ně není místo v sociálním ústavu. Poměr sociálních hospitalizací v psychiatrických léčebnách se přitom odhaduje až na 30%.<sup>83</sup>

Pozitivní efekt *statusu quo* pro pacienta je v tom, že je o něho ze zdravotní stránky a v některých případech také ze stránky sociální postaráno lépe v zdravotnickém zařízení, než v sociálním ústavu. Přínos pro zdravotnické zařízení, v našem případě psychiatrickou léčebnu, je v tom, že za pacienta, který spotřebovává jenom minimální zdravotní péči, dostává od zdravotní pojišťovny zaplacenou plnou sumu. Pro psychiatrické léčebny sociální hospitalizace ale také znamenají přeplnění kapacity (v roce 2007 bylo využití lůžek 94,1%) a v jisté míře i poškozování jejich prestiže nebo také stigmatizaci lékařského personálu. Poněvadž psychiatrické léčebny nehospodaří s výrazným přebytkem, dá se předpokládat, že finanční výhody sociálních hospitalizací převáží i tyto některá negativa.

Tím, kdo na *statusu quo* jednoznačně pouze ztrácí, jsou zdravotní pojišťovny. Podle statistiky zdravotnických účtů zdravotní pojišťovny proplatili psychiatrickým léčebnám a léčebnám závislostí v roce 2006 péči v hodnotě 3,3 miliardy korun. Přepočítáno 30% sociálních hospitalizací by suma zaplacená zdravotními pojišťovnami za péči, kterou platit nemusí a nemají, činila ročně přibližně 900

<sup>82</sup> To, že je jednání s MPSV v podstatné míře agenda mimo Psychiatrickou společnost potvrdil ve vzájemném rozhovoru také koordinátor R-KOP MUDr. Zdeněk Bašný.

<sup>83</sup> Např. MUDr. Zdeněk Bašný, dlouholetý ředitel PL Bohnice odhaduje počet sociálních hospitalizací na 30%. MUDr. Jiří Schwarz, PhD, primář v PL Bohnice, odhadnul počet pacientů, kteří by byly schopni propuštění z tohoto zařízení do ústavu bez psychiatrické péče, na 300. Z celkového počtu hospitalizovaných pacientů je to 22%.

milionů korun.

Psychiatrické léčebny přitom mají na výběr. Příkladně od roku 2007, kdy byl v návaznosti na zákon o sociálních službách novelizovaný zákon o všeobecném zdravotním pojištění, mají zdravotnická zařízení možnost oficiálně mít na svých odděleních i pacienty hospitalizovaných ze sociálních důvodů, přičemž jim zdravotní pojišťovny u těchto pacientů proplatí poskytnutou zdravotní péči formou tzv. zvláštní ambulantní péče.<sup>84</sup> Podle zákona o sociálním zabezpečení by měl část nákladů za poskytnutou sociální péči uhradit příslušný orgán sociálního zabezpečení.<sup>85</sup> Institut zvláštní ambulantní péče by přitom bylo možné používat i v zařízení sociální péče, kdyby se takové zařízení rozhodla léčebna zřídit. V tom případě by byla sociální péče financována prostřednictvím příspěvků na péči s podporou dotací, tedy také z MPSV.

Psychiatrické léčebny tyto možnosti nicméně nevyužívají. Podle MUDr. Miloslavy Švecové, ředitelky odboru zdravotní péče VZP, za víc než dva roky od nabytí účinnosti zákona o sociálních službách neprojevila žádná psychiatrická léčebna ochotu namlouvat zvláštní ambulantní péči pro pacienty, u kterých pominul zdravotní důvod hospitalizace, ale jsou tzv. nepropustitelní. Pobytové a sociální služby, které tito pacienti v psychiatrických léčebnách čerpají, patří k úhradě z jiných zdrojů než z veřejného zdravotního pojištění. Důvod je přitom pragmatický: za zvláštní ambulantní péči od pojišťoven a sociální péči z MPSV by léčebny dostali podstatně méně peněz, než si v současnosti účtují za ošetrovací dny od pojišťoven. Je třeba si však uvědomit, že spolu s nevyužitím institutu zvláštní ambulantní péče psychiatrické léčebny zároveň rezignovaly na úhradu sociální péče ze strany MPSV<sup>86</sup>.

## 6.7 Závěr druhé části

Druhá část práce, která byla věnována zkoumání řešení problémů péče o duševně nemocné, dospěla k vícetým závěrům. Výchozím zjištěním je, že každý okruh problémů má svá vlastní specifika,

---

<sup>84</sup> § 22 od. c) zákon č. 48/1997 Sb.

<sup>85</sup> Alena VLČKOVÁ, *Sociální lůžka – velký problém*, In: Zdravotnické noviny, 18.3.2005.

<sup>86</sup> Zdá se, že jedna velká příležitost na převzetí svého dílu zodpovědnosti ministerstvem práce a sociálních věcí se již propásla. A to v roce 2007, kdy vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, který znamenal změnu systému financování sociální péče a hlavně restrukturalizaci a navýšení prostředků, které stát do sociální péče investuje. V průběhu celkových změn by bylo určitě lehčí najít potřebné prostředky pro financování sociální péče v psychiatrických léčebnách, než je tomu dnes.



od kterých se pak odvíjejí i různé možnosti těchto řešení. Řešení problémů péče o duševně nemocné proto nemohou být v žádném případě redukovány jenom na otázku finančních prostředků nebo na otázku vůle k řešení ze strany jednoho z aktérů (MZd nebo pojišťovny). Následující tabulka rekapituluje možnosti dílčích řešení, kteří jednotliví aktéři při jednotlivých problémech mají k dispozici.

Aktéři/Problémy/Řešení	Psychiatrická společnost	MZd	Zdrav. Pojišťovny
Nedostatek ambulantních služeb	Normativy/Aktivita na regionální úrovni	Uznání normativů	Souhlas s normativy/ Podpora rozšiřování služeb v regionech
Nedostatek akutních lůžek v nemocnicích	? (minimální)	?	?
Zanedbanost psychiatrických léčeben	Jasná koncepce a podpora	Investice	?
Nerozvinutá komunitní péče <sup>87</sup>	Jasná koncepce a podpora	?	Podpora případné koncepce
Sociální hospitalizace v léčebnách	? (nezmiňován jako problém)	Politické řešení problému	? (penalizace léčeben)

Problémem, který má nejlepší předpoklady být vyřešen, je problém nedostatku ambulantních služeb. Psychiatři, MZd i zdravotní pojišťovny mají své dílčí možnosti, jak k řešení tohoto problému přispět. Nejhuře řešitelným problémem, z hlediska možností jednotlivých aktérů, je problém nedostatku akutních psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích. Ani jeden z aktérů totiž nemá možnost výrazně přispět k řešení problému. Psychiatři sice mají určitou možnost lobbingu, nicméně nemají na své straně důležité argumenty a rozvoj nemocničních psychiatrických oddělení je v posledních téměř

<sup>87</sup> Jak již bylo zmíněno, tento problém, především oblast meziresortní péče, přesahuje do oblasti sociálních služeb. Aktérem disponujícím potřebným řešením v této oblasti je MPSV.

osmi letech nulový. Problémy zanedbaných psychiatrických léčeben a nerozvinuté komunitní péče jsou na stejné úrovni potencionální 'řešitelnosti'. Oba potřebují jasnou koncepci a podporu ze strany Psychiatrické společnosti a zároveň také určitý vklad ze strany MZd (v případě meziřesortní péče také MPSV) anebo zdravotních pojišťoven. Problém sociálních hospitalizací v psychiatrických léčebnách, zdá se, závisí na MZd, i když by ho v základní rovině mohly řešit také léčebny nebo zdravotní pojišťovny. Řešení, ve smyslu trvalé a systémové změny dosavadního stavu, je ale víceméně v rukách MZd a jeho jednání s MPSV.

## **7. ZÁVĚR DIPLOMOVÉ PRÁCE – ZODPOVĚDNOST AKTÉRŮ**

Diplomová práce byla věnována především dvěma věcem: tomu co by se mělo řešit a jak by se to mělo řešit. Zbývá tedy ještě dodat: kdo by měl řešit problémy péče o duševně nemocné? Jak bylo dokázáno, tyto problémy nejsou řešitelné jediným aktérem, ale jenom společnou souhrou těch, kteří je mohou ovlivnit. Odpověď na tuto otázku bude tedy hledána prostřednictvím určení zodpovědnosti, kterou jednotliví aktéři za péči o duševně nemocné mají. Řešením problémů péče o duševně nemocné necht' je uvědomění a konání podle této zodpovědnosti.

### **7.1 Psychiatrická společnost**

Základním úkolem, kterým má Psychiatrická společnost (každá odborná společnost) ovlivňovat podobu svého oboru, je stanovování směru vývoje oboru, trendů, které by se měly následovat, koncepce, která by se měla naplňovat. Odborná společnost psychiatrů si tuto svoji povinnost splnila, jak již ale bylo řečeno, neodpověděla v ní jasně na některé základní otázky, kterým obor čelí: Jaké má být místo komunitní péče v celkovém systému péče o duševně nemocné, především pak v souvislosti se změnami v jiných částech péče? Jestli je existence sociálních hospitalizací problémem a jak by se měl případně řešit? V revidované koncepci se již Psychiatrická společnost nevěnuje ani těm problémům, ke kterým se vyjádřila v její první verzi: např. jestli jsou akutní lůžka v léčebnách problémem a jak tento problém případně řešit. Jsou jenom tři základní důvody proč se těmto problémům PS ve svých

dokumentech nevěnuje vůbec nebo jenom vágně: buď si myslí, že není její úlohou se k nim vyjadřovat, nepovažuje je za problémy, nebo při nich nedospěla ke konsenzu a tak se k nim raději nevyjadřuje. Druhou možností (nedostatek konsenzu) by podporoval jednak pohled na vyjádření jednotlivých psychiatrů v médiích, ve kterých se psychiatři k problémům vyjadřují různě a také fakt, že za nekonsensuální označují psychiatry MZd i VZP<sup>88</sup>.

Pečlivá koncepce oboru zůstává i po 1. revizi té původní dluhem Psychiatrické společnosti vůči péči o duševně nemocné. Dluhem především pro komunitní péči a pro péči v psychiatrických léčebnách. Jasná koncepce oboru, za kterou si bude odbornost stát, přitom není jenom nějakým doplňkem k celkovému řešení problémů. V tomto úkolu je de facto nemůže v ČR nikdo zastoupit, ani Ministerstvo zdravotnictví. Vyjádření ředitele odboru úhrad zdravotní péče MZd MUDr. Vlastislava Kaplana k úlohám jednotlivých aktérů v oblasti úhrad péče by se dalo aplikovat i na úlohu Psychiatrické společnosti celkově: *"Není naší snahou definovat jako deus ex machina nějaké potřeby péče. Ta potřeba musí vycházet z reality a pro nás ta realita je zvažování potřeby péče v odborných společnostech, případně v zdravotních pojišťovnách a rovněž v následující diskusi obou. Jen v případě, že nedojde k dohodě a potřeba péče je objektivní, může zásadnou státní autorita."*

Dalším dluhem, který Psychiatrická společnost má vůči řešení problémů péče o duševně nemocné, především komunitní péče, je nedostatek dat. I když se v KOP z roku 2001 říká, že statistické sledování dat komunitní péče se připravuje, ani v roce 2009 nejsou statistiky tohoto sektoru péče k dispozici. I kdyby vina na tomto stavu ležela na jiných institucích, v případě jejich nečinnosti by měla Psychiatrická společnost zabezpečit alespoň základní data o stavu a vývoji komunitní péče. Absencí těchto dat vzniká taktéž absence poznatků o problémech komunitní péče a také absence argumentů, které by Psychiatrická společnost mohla použít v jednáních s ostatními aktéry. Tyto argumenty mohou být důležitější než letitá, opakovaná zmiňování výsledků mezinárodního porovnání výdajů na péči o duševně nemocné, ve kterém se ČR umístila na předposledním místě.<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> MUDr. Miloslava Švecová, ředitelka odboru úhrad zdravotní péče VZP: *„Psychiatři nejsou schopní se dohodnout.“* Tomáš Cikrt, bývalý mluvčí MZd: *„...to, co mohou psychiatři udělat dnes a co dosud neudělali, je, aby se především mezi sebou dohodli, co jsou priority toho financování. To nestačí třeba jenom říci, že chceme sedm procent místo tří procent nějakého rozpočtu, to je třeba říci, co konkrétně chceme, dohodnout se na tom, takže psychiatři mají mezi sebou dost velké rozpory dohodnout se na tom a jít do seriózního, ale tvrdého vyjednávání se zdravotními pojišťovnami.“*

<sup>89</sup> Podle údajů Mental Health Economics European Network (2004), které také použila Evropská Komise v Zelené knize o duševním zdraví, jde v Česku ze zdravotnického rozpočtu na duševní zdraví ročně něco kolem 3%. Je to druhý nejhorší stav mezi 19 zeměmi, které byly v tomto výzkumu porovnány. Na poslední příčce se umístilo Slovensko (2%), jiné post-komunistických země jsou již na tom lépe než Česko: Lotyšsko (cca 5%), Polsko (přes 6%), Maďarsko (cca 8%).

## 7.2 Zdravotní pojišťovny

Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je zajišťovat kvalitní a dostupnou péči a tuto svoji zákonnou povinnost si pojišťovny plní především prostřednictvím své smluvní politiky. To ale *vice versa* neznámá, že nekvalitní a nedostupná péče musí být zaviněna špatnou smluvní politikou. Je pochopitelné, že zdravotní pojišťovny svou smluvní politikou nemohou pomoci zlepšit dostupnost lůžkové akutní psychiatrické péče, protože její rozvoj se v první řadě odvíjí od investic do jejího vybudování. Zdravotní pojišťovny taktéž nemohou v zásadné míře pomoci odstranit zanedbání budov a zařízení psychiatrických léčeben. Navýšením plateb od pojišťoven by bylo možné docílit většího zisku léčeben a tedy i možnosti intenzivnějšího se podílení na rekonstrukcích, nicméně není jasné, proč by zdravotní pojišťovny měly ze základního fondu zdravotního pojištění financovat rozsáhlé a finančně náročné rekonstrukce v léčebnách. Jako problém, kterého řešení pojišťovny mohou a také by měly ovlivnit, je snižující se počet některých nelékařských profesí působících v léčebnách a celková poddimenzovanost v personálním vybavení.

Především v oblasti ambulantní a intermediární péče by měly pojišťovny svojí smluvní politikou aktivně ovlivňovat její kvalitu a dostupnost a u intermediární péče navíc mohou podporovat její rozvoj prostřednictvím dohod o nasmlouvání potřebných výkonů, zvýšení jejich úhrad atd. Jako překážka větší a razantnější podpory komunitní péče se ale jeví neřešené problémy psychiatrických léčeben, konkrétně stovky milionů korun, kterými zdravotní pojišťovny každý rok hradí léčebnám sociální hospitalizace. Podle MUDr. Miloslavy Švecové je právě tento problém v celé věci zásadní: „... *pokud se to nevyřeší, tak nemůžeme očekávat větší orientaci na komunitní péči. Pokud nevyřešíme sociální hospitalizace v psychiatrických léčebnách, nemůže dojít k restrukturalizaci psychiatrické péče.*“

## 7.3 Ministerstvo zdravotnictví

V návaznosti na tento problém je zřejmá i hlavní zodpovědnost, kterou v péči o duševně nemocné nese MZd. Právě ono je zřizovatelem většiny psychiatrických léčeben v ČR a nese tedy také zodpovědnost za problémy, kterými tyto instituce trpí. MZd je v okruhu zmiňovaných aktérů jediným, který může vyřešit problém celkové zanedbanosti psychiatrických léčeben. Ze seznamu běžných investičních akcí, na kterých se v posledních letech MZd podílelo, je jasné, že bez mimořádných investic

z resortu zdravotnictví, se situace v léčebnách nijak významně nezlepší. Dalším problémem, který spočívá na aktivitě MZd, jsou sociální hospitalizace v léčebnách. V situaci, kdy psychiatrické léčebny na uspořádání poměrů rezignovaly a nevyužívají možnosti, které nastavil zákon, by mělo Ministerstvo iniciovat hledání řešení. Nepodnikáním nápravných kroků totiž toleruje současný stav, kdy jsou v jeho vlastních zařízeních porušována pravidla hrazení péče pojišťovny.

## 8. SEZNAM PRAMENŮ

### 8.1 Rozhovory (v abecedním pořadí)

Zdeněk Bašný, ředitel BONA, o.p.s.	6.2.2009
	6.5.2009
Ivan David, náměstek pro vědu, výzkum a vzdělávání PL Bohnice	26.8.2008
	10.2.2009
Martin Dlouhý, ekonom	11.3.2009
Erik Herman, ambulantní psychiatr,	2.4.2009
Miroslav Hes, ekonomický náměstek PL Bohnice	2.4.2009
Martin Hollý, ředitel PL Bohnice	29.4.2009
Vlastislav Kaplan, ředitel odboru úhrad zdravotní péče	7.4.2009
Irena Köhlerová, odbor zdravotních služeb MZd	14.1.2009
Jiří Růžička, psychoterapeut, místopředseda ČPS	30.4.2009
Miloslava Švecová, ředitelka odboru úhrad zdravotní péče	11.5.2009
Markéta Tallerová, odbor úhrad zdravotní péče	7.4.2009
Eva Zavadilová, odbor úhrad zdravotní péče	7.4.2009
Lydie Zbuzková, odbor úhrad zdravotní péče	7.4.2009

### 8.2 Literatura citovaná nebo zmiňovaná v diplomové práci

#### Monografie:

PATTON, V. Carl; SAWICKI, David S., *Basic methods of policy analysis and planning (2nd edition)*, 1993, Prentice Hall

VESELÝ Arnošt, Analýza a vymezení problému, In: *Analýza a tvorba veřejných politik*, 2007, Sociologické nakladatelství (SLON)

#### **Výzkumy a studie:**

DRAGOMIRECKÁ E., BAUDIŠ P., SMOLOVÁ E., DZÚROVÁ D., HOLUB J., Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, In. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98, 2002, No.2

KULATÝ STŮL K BUDOUCNOSTI FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR, *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*, 2008

STEM/MARK, *Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Kvalitativní a kvantitativní výzkum mezi psychiatry a praktickými lékaři*, 2004. Dostupné z WWW:

<[http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery\\_psychiatrie\\_zaverecna\\_zprava%20%282%29.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava%20%282%29.pdf)>

#### **Koncepční a strategické dokumenty:**

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ, *Zelená kniha (Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii)*, 2005

MINISTŘI ČLENSKÝCH STÁTŮ V EVROPSKÉM REGIONU SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE(SZO), *Deklarace o duševním zdraví pro Evropu*, 2005

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP, *Koncepce oboru psychiatrie*, 2001

VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, *Národní psychiatrický program 2007*

**Legislativní normy:**

Zákon č. 48/1997 Sb. (o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů)

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

Zákon č.108/2006 Sb. (o sociálních službách)

Vyhláška č. 493/2005 Sb. (kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů)

Vyhláška č. 464/2008 Sb. (o stanovení úhrad bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009)

Vyhláška č. 439/2008 Sb. (kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů)

Sněmovní tisk č.659 (2008) (Vládní návrh na vydání zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Důvodová zpráva k vyhlášce č. 331/2007 Sb.



## Články:

ČERNÝ Martin, *Hradecká nemocnice otevřela novou dominantu, psychiatrii*, In: Hradecký denník, 13.1.2009

KALINA Kamil, *Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude?*, In: Zdravotnické noviny 48/2002

VLČKOVÁ, *Sociální lůžka – velký problém*, In: Zdravotnické noviny, 18.3.2005

VÝBOR PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI, *Česká psychiatrie – bez kompromisů to nepůjde*, In: Medical Tribune 11/2007

*Chystá se nový zákon upravující práva duševně nemocných*, In: ČT24, 14.6.2008

*Pražská sdružení ruší služby pro duševně nemocné, nemají peníze*, In: Pražské noviny, 24.7.2008

## Jiné:

PALEČEK Ján; SUKOVÁ Marie, *Adresář komunitních služeb pro duševně nemocné*, 2002, Dostupné z WWW: < [http://mujweb.atlas.cz/Instituce/asociace\\_komunitnich\\_sluzeb/adresar.htm](http://mujweb.atlas.cz/Instituce/asociace_komunitnich_sluzeb/adresar.htm) >

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, *Zpráva z návštěv psychiatrických léčeben*, 2008. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/dokumenty/dokument.php?back=/cinnost/ochrana.php&doc=1341>>

*Dopis Sdružení pomoci duševně nemocným ČR řediteli odboru sociálních služeb MPSV*  
Dostupné z WWW: <[http://www.soutok.org/dopisy/zdarsky-novela\\_zak.pdf](http://www.soutok.org/dopisy/zdarsky-novela_zak.pdf)>

*Otázky a odpovědi ke zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a ke zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* Dostupné z WWW: <  
[http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky\\_odpovedi\\_22-rev2.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974/otazky_odpovedi_22-rev2.pdf)>

Zápisy z jednání Pracovní skupiny k Seznamu výkonů

Dostupné z WWW: < <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/823-zapisy.html>> a také <

<http://www.ancr.cz/index.php?nid=1834&lid=CZ&oid=193149>>

### **Zdroje statistických dat:**

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)

Informační systém programového financování (ISPROFIN)

Český statistický úřad (ČSÚ)

Ročenka VZP 2006

### **8.3 Použitá literatura (necitovaná ani nezmiňovaná v diplomové práci)**

#### **Monografie:**

SCHEFFLER M. Richard; POTUČEK Martin (eds.), *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*, 2008, Karolínium

PEKOVÁ Jitka; PILNÝ Jaroslav; JETMAR Marek, *Věřejná správa a finance veřejného sektoru (3., vydání)*, 2008, ASPI

GLADKIJ Ivan a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*, 2003, Computer Press

KNAPP Martin (editor), *Mental health policy and practice across Europe: the future direction of mental health care*, 2007, Open University Press

HÁVA Petr; GOULLI Rochdi (eds.), *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*, 2003

### **Legislativa:**

Zákon č. 20/1966 (o péči o zdraví lidu)

Zákon č.128/2000 (o obcích)

Zákon č. 129/2000 (o krajích)

### **Články:**

NĚMEC Jiří, *České zdravotnictví v uplynulých devíti letech (případová studie)*, 2001, ? Dostupné z WWW:

< [http://www.lipa.cz/case\\_lipa\\_X\\_nemec.doc](http://www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc) >

DLOUHÝ Martin, *Mental Health Care System and Mental Health Expenditures in the Czech Republic*,  
In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7/2004

### **Jiné:**

*Model péče o duševně nemocné v regionu hlavního města Prahy. Záznam jednání závěrečné konference projektu „Vzdělávání odborníků, státní správy a samosprávy v oblasti transformace institucionální péče o duševně nemocné*, PDF soubor. Dostupné z WWW: < [http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zprava\\_konference.pdf](http://www.cmhcd.cz/dokumenty/zprava_konference.pdf)>

*Jednací řád. Dohodovací řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění*,

Dostupné z WWW:

<<http://www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=755&name=statut,jed.%C5%99%C3%A1d,c%C3%AD1e.doc>>

*Zdraví pro všechny v 21. století*,

Dostupné z WWW: < [http://www.msmt.cz/Files/HTM/1046zdravi21cil1\\_9str1\\_56.htm](http://www.msmt.cz/Files/HTM/1046zdravi21cil1_9str1_56.htm)>

Odborné časopisy (Zdravotnické noviny, Medical Tribune, Tempus Medicorum), Celospolečenská média