

# SOCIOEKONOMICKÝ KONTEXT DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ A REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR JAKO VEŘEJNÁ STRATEGIE

souborný článek

Ivan Duškov

Centrum pro sociální a ekonomické  
strategie FSV UK, Praha

**Kontaktní adresa:**

PhDr. Ivan Duškov  
CESES FSV UK  
Celetná 20  
116 36 Praha 1  
e-mail: ivan.duskov@gmail.com

## SOUHRN

**Duškov I. Socioekonomický kontext duševních onemocnění a reforma psychiatrické péče v ČR jako veřejná strategie**

Cílem předkládané práce je zdůraznění vysokých socioekonomických nákladů duševních onemocnění, které jsou společně s nízkou kvalitou života duševně nemocných, jejich rodin a blízkých významným sociálním a veřejně politickým problémem. Řešení takto rozsáhlého problému, který se týká jak zdravotního, tak sociálního sektoru (ale i řady dalších resortů a úrovní vládnutí), vyžaduje uplatnění strategického přístupu k tvorbě a implementaci veřejné politiky. Nastavení vhodného systému péče o duševně nemocné a dalších podpůrných veřejných sociálních služeb totiž nelze zajistit jednoduchým operativním zásahem, nýbrž inkrementální (sice robustní, ale uskutečňovanou postupně) změnou ve veřejných politikách podloženou právě principy strategického vládnutí a strategického řízení. Případ Strategie reformy psychiatrické péče v mnoha ohledech strategickému řízení ve veřejné správě odpovídá, avšak jeho deficity je možné spatřit v nedostatečné komunikaci (jak uvnitř odborné veřejnosti, tak směrem k široké veřejnosti) a v nedostatečném zapojení ostatních resortů a dalších aktérů víceúrovňového vládnutí, což je primárně dáno stále převládajícím, ale již dávno překonaným přístupem k na-

## SUMMARY

**Duškov I. The socioeconomic context of mental health and the reform of psychiatric care in the Czech Republic as a public strategy**

The aim of this research is to highlight the high socio-economic costs of mental illnesses, which together with the low quality of life of people with mental health problems and their families are a significant social and public policy problem. Such an extensive problem, that concerns both health and social sectors (as well as a number of other ministries and levels of government), requires a strategic approach to the development and implementation of public policy. Setting up an appropriate system of mental health care and other supportive public social services cannot be ensured by a simple operative intervention, but by an incremental change in public policies based on the principles of strategic governance and strategic management. The case study of the Strategy for Reform of Psychiatric Care reflects the principles of strategic management in public administration, but its deficits can be seen in the lack of communication (both within the professionals and towards the general public) and in the insufficient involvement of other ministries and other actors of multilevel governance, which is primarily given by the prevailing, but long outdated approach to setting up the so-called health and social boundaries.

stavení tzv. zdravotně-sociálního pomezí.

Předložená práce obsahuje vybrané pasáže z disertační práce autora, která je zaměřena na strategické řízení v resortu zdravotnictví se zvláštním důrazem na politiku duševního zdraví v ČR. Mezi hlavní užití metody lze zařadit *desktop research*, polostrukturované rozhovory s klíčovými *stakeholdery* celého procesu a participativní pozorování.

**Klíčová slova:** veřejná strategie, Strategie reformy psychiatrické péče, socioekonomické náklady duševních onemocnění, zdravotně-sociální pomezí, multidisciplinarita.

The presented work contains selected passages from the dissertation thesis of the author, which focuses on strategic management in the health care sector with a special emphasis on the mental health policy in the Czech Republic. The main methods used in this article include desktop research, semi-structured interviews with key stakeholders of the public policy process, and participatory observation.

**Key words:** public strategy, Strategy for Reform of Psychiatric Care, socio-economic costs of mental illnesses, multidisciplinary, health and social care borders/integration.

## ÚVOD – 21. STOLETÍ JAKO EPOCHA DUŠEVNÍCH CHOROB?

Německy publikující filosof korejského původu Byung-Chul Han ve své publikaci *Vyhořelá společnost*<sup>1</sup> předkládá zajímavou a nosnou tezi. Dle jeho soudu má každá epocha lidstva svou typickou chorobu – zatímco bakteriální a virovou epochou již většina z nás dnes bezprostředně ohrožena není, běžíme v ústretu chorobám jiným, a sice chorobám duševním.

V tomto kontextu je třeba brát v úvahu oponentní tvrzení, podle kterého prevalence duševních chorob ve společnosti zůstává víceméně stejná, nebo že často diskutovaný nárůst je způsoben tím, že se stále mění a zpřesňují diagnostické manuály a užívají se pokročilejší diagnostické metody. Dále že na domnělý nárůst duševních chorob má vliv i to, že přes stále vysokou míru stigmatizace duševně nemocných se v dnešních dnech větší množství lidí k psychiatrovi již nebojí (nestydí) se svým problémem zajít, tudíž se snižuje skrytá psychiatrická nemocnost (což je pozitivní trend).

Nicméně i přes tyto možné limity je nepopíratelné, že duševně nemocným, duševním chorobám a jejich socioekonomickému dopadu a v neposlední řadě samotnému systému péče o duševně nemocné je v celé řadě zodpovědných států věnována značná pozornost. Je to žádoucí, protože globalizované 21. století s sebou přináší celou řadu problémů a výzev, které mají přímý dopad právě na duševní zdraví populace, ale též i na samotný systém péče, jehož nastavení mnohdy nekoresponduje ani s dodržováním lidských práv duševně nemocných, ani s principy efektivně vynakládané zdravotní a sociální péče.

## ČASTO OPOMÍJENÝ KONTEXT – VYSOKÉ POČTY DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH A SOCIOEKONOMICKÉ NÁKLADY DUŠEVNÍCH PORUCH

Tato tvrzení a kontext je nutné ilustrovat a podpořit několika exaktními údaji. Duševní poruchy patří mezi pět hlavních nepřenositelných chorob.<sup>2</sup> Až 10 % veškeré světové populace trpí nějakou formou duševních problémů (zde má autor na mysli pouze deprese, škodlivé užívání návykových látek, demence a schizofrenii). Úzkosti a deprese patří mezi nejvíce rozšířené duševní problémy – v roce 2017 trpělo 322 milionů lidí na světě depresí, nějakou formou úzkostných poruch pak zhruba 264 milionů osob.<sup>3</sup> Ve stejném roce byla publikována studie, podle které souhrnné náklady na depresi a úzkostné poruchy dosahují globálně za rok zhruba 1,15 bilionu amerických dolarů.<sup>4</sup>

V globálním souhrnu byly socioekonomické náklady duševních chorob v roce 2010 odhadovány na 2,5 bilionu amerických dolarů a je predikováno, že v roce 2030 tyto náklady dosáhnou téměř trojnásobku, resp. 6 bilionů amerických dolarů. Za zdůraznění stojí rozlišení těchto socioekonomických nákladů. Nepřímé náklady, které s sebou nese např. ztráta produktivity (nemožnost či neschopnost pracovat a předčasný odchod do penze) a ztráta příjmu (disabilita, čas strávený hledáním péče daný zejména její nedostupností, či předčasná úmrtí), představují v tomto kontextu 1,7 bilionu amerických dolarů, zatímco přímé náklady, tedy zejména náklady na péči (zdravotní i sociální) představují zbylých 0,8 bilionu amerických dolarů.<sup>5</sup>

S těmito daty souvisí i ztráta případného ekonomického růstu. Je odhadováno, že mezi lety 2011 a 2030 může dojít ke globální kumulativní ekonomické ztrátě v důsledku duševních nemocí až ve výši 16,3 bilionu amerických

dolarů, což je nejvíce ze všech sledovaných diagnóz. Pouze pro ilustraci, globální kumulativní ekonomická ztráta z důvodu kardiovaskulárních chorob je odhadována na 15,6 bilionu amerických dolarů a ztráta zapříčiněná diabetem dosahuje výše 8,3 bilionu amerických dolarů.<sup>6</sup>

Jak bylo uvedeno výše, je třeba poukázat na to, že dvě třetiny těchto nákladů souvisí se ztrátou produktivity a příjmu jako takového (to vše v důsledku neléčených duševních problémů, v důsledku pozdní diagnostiky a léčby). V České republice disponujeme národní studií, která výše zmíněný fakt podporuje – duševní onemocnění se podílejí 20 % na celkovém počtu nově přiznaných invalidních důchodů, přičemž jsou nejrychleji rostoucí příčinou obecně pro udělení invalidního důchodu v ČR. Za zdůraznění stojí fakt, že zatímco podíl hlavní příčiny přiznaných invalidních důchodů, kterou jsou nemoci svalové, kosterní soustavy a pojivové tkáně, zůstává víceméně stejný (těsně pod 27 %), podíl třetí nejčastější příčiny (nemoci oběhové soustavy) během sledovaných deseti let klesl z téměř 15 % na 10 % – naopak důchody z důvodu duševního onemocnění se za sledované období zvýšily z 15 % na výše zdůrazněných 20 %.<sup>7</sup>

V Evropě byly socioekonomické náklady na duševní onemocnění v roce 2010 odhadnuty na celkem 461 miliard EUR.<sup>8</sup> Ve prospěch výše zmíněných tvrzení hovoří mj. i národní studie, která mapuje náklady na poruchy mozku v České republice. Její autoři dospěli k závěru, že součet přímých medicínských (diagnostika a léčba), přímých nemedicínských (sociální služby) a ostatních nepřímých nákladů (např. invalidita, pracovní absence apod.) činí v případě duševních chorob 100 mld. Kč ročně. Souhrnné náklady na poruchy mozku obecně (tedy včetně mozkových příhod, nádorů, demence atd.) dokonce šplhají na úroveň 258 mld. Kč, což autoři přepočítali na zhruba 6,8 % tehdejšího HDP.<sup>9</sup>

Duševní onemocnění se dále podílí v Evropě na celkových DALY (*Disability Adjusted Life Years*, tedy roky života vážené disabilitou, což je parametr, který vyjadřuje celkovou zátěž způsobenou onemocněním, vyjádřenou součtem počtu ztracených let života v důsledku narušeného zdraví, disability nebo předčasného úmrtí)<sup>10</sup> za veškerá onemocnění v rozmezí od 19,9 % v Rumunsku až po 35,6 % ve Švédsku.<sup>11</sup> Pokud bychom nahlédli na detailnější procentuální rozložení diagnóz způsobujících DALY v rámci duševních nemocí v Evropě, zjistíme, že s jasnou nadvládou dominují deprese (podílejí se na celkových DALY 40,5 %), s velkým odstupem jsou dále zastoupeny úzkostné poruchy (14,6 %) a škodlivé užívání alkoholu a drog (v souhrnu 20,5 %).<sup>12</sup> Deprese převládají na DALY i celosvětově, úzkostné poruchy jsou pak ve stejném parametru celosvětově na šesté příčce.<sup>13</sup>

Ohnisko důrazu je třeba klást i na mladé, zejména v kontextu toho, že 31 % celosvětové populace ještě nedosáhlo 18 let věku.<sup>14</sup> Okolo 10 % všech dětí na světě má diagnostikovatelnou duševní chorobu.<sup>15</sup> Celá polovina z těchto dětí trpí úzkostnými poruchami a depresemi, druhá polovina pak poruchami chování a ADHD. Celé jedno procento všech dětí na světě trpí vývojovou poruchou autistického spektra (ASD). Právě nárůst ASD se zdá být značně alarmující. V roce 2010 byl odhadnut celosvětový výskyt ASD na 52 milionů případů,<sup>16</sup> což za uplynulých 50 let značí skutečně rapidní nárůst. Obdobně jako u duševních poruch

diskutovaných výše, i ASD má své významné socioekonomické dopady do společnosti. Pro ilustraci, jen ve Spojených státech amerických byl ekonomický dopad ASD (rovněž jsou kalkulovány přímé medicínské náklady, přímé nemedicínské a náklady spojené se ztrátou produktivity) odhadován na 268 miliard amerických dolarů v roce 2015, přičemž v roce 2025 to má být až 461 miliard USD.<sup>17</sup>

Jak již bylo naznačeno výše, ve státech, kde se vede víceméně důsledná evidence, bylo prokázáno, že růst incidence duševních poruch u dětí do 18 let věku je zaznamenatelný (markantní) právě v uplynulých padesáti letech. Z hlediska budoucího vývoje je neutěšený či narušený emocionální a duševní stav u dětí skutečně problém – nejprůkaznější determinanta spokojenosti dospělého člověka nespočívá v úrovni a kvalitě jeho akademického diplomu, nýbrž v jeho emocionálním zdraví, kterého se mu dostávalo v dětství.<sup>18</sup>

Rovněž kladu důraz na to, že náklady duševně nemocných dětí neseme do značné míry všichni – důsledky se projevují kupříkladu nárůstem kriminality, nízkou úrovní vzdělanosti a snižováním produktivity práce.

Bohužel, i v bohatých státech světa se ke specializované či adekvátní péči dostane jen asi jedna čtvrtina duševně nemocných dětí.<sup>19</sup> V nejhudších státech světa je tomu celkem logicky ještě výrazně méně. Právě tento fakt není vůbec lichotivý s ohledem na to, že dnes je vyvinuta velice efektivní léčba pro ohrožené děti, stejně jako existují četné příležitosti, jak zapojit do včasného odhalení duševní choroby a následné asistence školy, komunity apod.<sup>20</sup>

V neposlední řadě incidence, tedy počet nových případů neurodegenerativních poruch (zejména Alzheimerovy demence) ve světové populaci, je snad ještě více alarmující. Byť zvyšující se předpokládaná délka dožití patří mezi významné indikátory kvality života, tento fenomén s sebou bohužel přináší i výskyt poruch, které historicky takové četnosti běžně nedosahovaly. Demence bývá nazývána „tichou epidemií“.<sup>21</sup> Lze to dokumentovat jasnou evidencí. Zatímco v roce 2015 bylo na světě okolo 47 milionů lidí trpících nějakou z forem demence,<sup>22</sup> v roce 2050 to má být až 135 milionů obyvatel<sup>23</sup> (pro ilustraci, o 10 milionů obyvatel více, než má nyní Japonsko).

V porovnání s ekonomickým dopadem ASD s sebou demence nesou ještě významnější náklady. Pouze na léčbu demence bylo v roce 2010 na celém světě vynaloženo 604 miliard amerických dolarů, což je ekvivalent jednoho procenta globálního HDP. Pro ilustraci, kdyby vynaložená péče o demenci byla ekonomikou státu, jednalo by se dnes o dvacátou největší světovou ekonomiku (např. Švédsko, Polsko, Argentina<sup>24</sup>). Náklady na samotnou péči o pacienty postižené nějakou formou demence ve Spojených státech amerických v roce 2050 jsou odhadovány dokonce na 1 bilion amerických dolarů za rok.<sup>25</sup>

V kontextu České republiky byla prevalence v roce 2015 odhadnuta na téměř 160 tisíc osob s tím, že v roce 2020 má být v ČR až 183 tisíc osob trpících nějakou z forem demence a odhad na rok 2050 hovoří až o 383 tisících nemocných.<sup>26</sup>

Demence, stejně jako všechny duševní choroby, s sebou nese skutečně nízkou kvalitu života nemocných osob, stejně jako jejich rodin a blízkých. Bohužel, v případě demence nás svírá ještě jiná potíž – na rozdíl od jiných nemocí (např. rakoviny či kardiovaskulárních nemocí) dosud

neexistuje léčebný postup, který by dokázal demenci zcela zastavit či uzdravit. Zde se patrně prozatím jedná o selhání inovačních modelů v systému zdravotnictví.<sup>27</sup>

O socioekonomickém dopadu různých typů duševních onemocnění již bylo v textu výše uvedeno dost. Avšak ještě jeden údaj stojí za zmínku – ve většině států duševní onemocnění v celkovém souhrnu kráčí potenciální HDP o více než 5 %.<sup>28</sup>

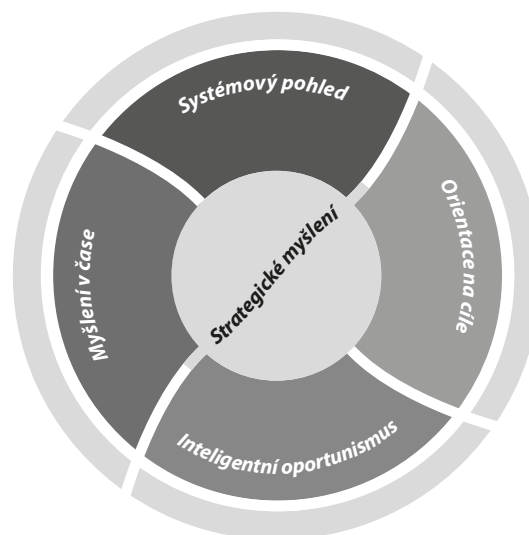
V neposlední řadě je třeba zmínit ještě disproporci mezi počtem duševně nemocných osob a poměrem prostředků investovaných do péče o duševně nemocné. Ze zdravotních rozpočtů je do oblasti duševního zdraví alokováno pouze od 1 do 6 %.<sup>29</sup> Za zdůraznění stojí i znázornění nasazení pracovní síly, která se v rámci zdravotnického systému věnuje duševnímu zdraví – celkově se totiž jedná pouze o 1 % všech zaměstnanců ve zdravotních službách.<sup>30</sup>

Tento relativně široký úvod měl za cíl ukázat, že duševní onemocnění, jejich výskyt a jejich projevy se netýkají pouze zanedbatelné části naší populace, ba naopak. A gradient tohoto výskytu není rozhodně příznivý. Dále bylo zdůrazněno, že duševní onemocnění mají kromě hlubokých niterných negativních projevů přímo u duševně nemocných, jejich rodin a blízkých taktéž významnou negativní zátěž v podobě nákladů socioekonomických.

## PŘÍSTUP K POLITICE DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V ČR

Popis této situace však neznamená objevení Ameriky. Snahy o zvýšení kvality života duševně nemocných prostřednictvím reformy systému péče o duševní zdraví, a ještě újeji v prvním kroku transformací systému psychiatrické péče, jsou v českém kontextu patrné s menší či větší intenzitou a rovněž se silnější a někdy se slabší politickou motivací od počátku 90. let minulého století. Byť si toho mnohdy politická, ale ani odborná a široká veřejnost není vědoma, jedná se patrně o největší a jednu z nejnáročnějších meziresortních strukturálních změn, kterou (zejména) zdravotní a sociální systém péče v ČR již řadu let podstupuje. V širším veřejně politickém diskursu taktéž takřka neustále rezonuje diskuse o přetrvávajících nedostatcích péče, někdy i o drobných výhodách, které v porovnání s některými okolními státy máme, ale zdaleka nejvíce o tom, že byť je vytyčený reformní směr v zásadě dobrý, tak celý proces je nesmírně pomalý a zdaleka nereflektuje všechna specifika, kterým duševně nemocní, jejich rodiny a blízcí čelí.

Výše naznačený, velmi zjednodušený popis kontextu sociálního problému odkazuje k tomu, že abychom byli v našem reformním úsilí úspěšní, tudíž abychom skutečně vylepšili kvalitu života duševně nemocných, jejich rodin a blízkých, a abychom taktéž alespoň částečně zredukovali astronomické socioekonomické náklady, které bohužel stávající nastavení celého systému generuje a kterými odvozeně trpí společnost jako celek, musíme jako nástroj řešení problému aplikovat principy strategického řízení ve veřejné správě.



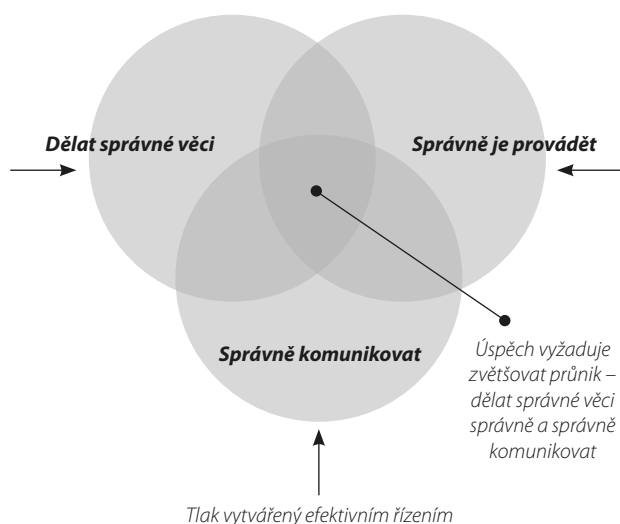
Obr. 1. **Komponenty strategického myšlení.** Zdroj: Mallya, 2007: 20<sup>31</sup> upraveno autorem

## REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ JAKO VEŘEJNÁ STRATEGIE

Strategický přístup byl totiž zvolen již v rámci samotné tvorby Strategie reformy psychiatrické péče, jejíž projekty jsou nyní realizovány, a to v září roku 2012. Co ale strategický přístup, či strategické myšlení ve veřejné politice, znamená?

Bližšímu porozumění **strategickému myšlení** může napomoci Liedtkův model (obr. 1), podle kterého je tento způsob uvažování ve veřejných politikách založen na systémovém (a holistickém) přístupu, na silné orientaci na vytyčené cíle, na tzv. inteligentním oportunismu, který značí ochotu nazírat i alternativní strategie a cesty k dosažení vytyčených cílů a rovněž do značné míry ochotu flexibilně se přizpůsobovat měnícím se podmínkám. Právě toto je velmi podstatný definiční rys, který se v průběhu let zásadně projevuje i v probíhající reformě psychiatrické péče. Kdybychom se flexibilně nepřizpůsobovali měnícím se podmínkám, striktně řečeno bychom museli konstatovat, že původně definované cíle a aktivity k nim vedoucí, formulované ve Strategii reformy psychiatrické péče, nejsou naplňovány, že se tedy jedná o selhání na úrovni implementace veřejné politiky. Konkrétně mám na mysli dvě navzájem související věci, a sice původně deklarovaný vznik a rozvoj služeb tam, kde se jich nedostává, a s tím související vzdělávání a trénování nového potřebného personálu. Tato modelovaná situace však nenastala a určitě by stálo za hlubší analýzu, z jakého důvodu. Nicméně z hlediska kontinuity reformního procesu to není nutně špatně. Služby, konkrétně Centra duševního zdraví, nyní vznikají zpravidla právě ze spolupráce stávajících poskytovatelů služeb (jak zdravotních, tak sociálních), kteří tak budou podpořeni systémovým nastavením jako poskytovatelé komunitní péče o duševně nemocné, což je pozitivní, na druhou stranu, jak již bylo zmíněno, služby vznikají tam, kde v zásadě v jiném nastavení již byly dostupné, byť nyní dostávají jiný

Model „dělat správné věci správně“ doplněný o principy a lidské hodnoty



Obr. 2. Dělat správné věci správně a správně je komunikovat. Zdroj: Ochrana, Půček, 2001<sup>32</sup>

kvalitativní aspekt. Pro zodpovědné garanty veřejné politiky je však podstatné, že kýžených globálních cílů této dlouhodobé politiky je možné dosáhnout pouze tehdy, když se nyní s větší intenzitou zaměří právě na stimulaci a vzdělávání nových poskytovatelů péče (jak zdravotnických, tak nezdravotnických profesí) a zejména na systémově založené financování těchto nových služeb.

V neposlední řadě se strategické myšlení opírá o myšlení v čase – a to nejen tím, že se orientuje na budoucnost, ale se stejnou důležitostí bere v potaz zkušenosti a poznatky dávno minulé, stejně jako kontext přítomný, aktuální.<sup>31</sup>

Strategické myšlení nutně předchází strategickému řízení, které je možno zjednodušeně přiblížit jiným modelem, a sice „dělat správné věci správně“ (obr. 2).

Dělat „správné“ věci nutně odkazuje k normativní klasifikaci – v našem případě, v rámci reformy psychiatrické péče, máme jasně formulovaný veřejně politický problém, který se v obecné rovině opírá jak o naplňování lidských práv duševně nemocných, tak o redukci vysokých socioekonomických nákladů na duševní zdraví, které s sebou přetrvávající systém péče a prevence nese. Koneckonců správnost definovaných specifických cílů ve Strategii reformy psychiatrické péče byla konsensuálně potvrzena v říjnu 2013 historicky nejširším spektrem všech aktérů (*stakeholderů*), kdy byl i následně tento dokument vedením Ministerstva zdravotnictví ČR schválen. Tomu však předcházela poměrně dlouhá a intenzivní moderovaná diskuse, doprovázená analýzami a značnou evidencí (jak české, tak zahraniční provenience).

Další množina prezentovaného modelu odkazuje k tomu, že strategicky řídit znamená definované aktivity i „správně“ provádět – z pohledu projektových manažerů se jedná o poměrně banální věc – každý obecný cíl se musí dekomponovat na konkrétní aktivity, které musejí mít jasně určené výstupy v čase, často se hovoří o tzv. klíčových výkonových indikátorech (KPI's). Ty se posléze monitorují, zdali dosahují vytyčených hodnot. Objevily se stížnosti,

že ve Strategii jsou tyto indikátory nastaveny měkce, že některé chybějí apod. Zde je vhodné připomenout dvě klíčové kontextuální podmínky (v jistém slova smyslu spíše limitace).

Předně, nyní implementované projekty vycházející ze Strategie reformy psychiatrické péče jsou povětšinou financovány z Evropských strukturálních a investičních fondů. Užití těchto fondů má své řídicí dokumenty (tzv. Dohoda o partnerství), svá pravidla, ukotvená v tzv. Operačních programech, a své gestory, tedy Řídící orgány (v našem případě se jedná o dvě ministerstva, a sice MPSV a MMR). Tehdejší pracovní skupina, která tvořila Strategii, šla cestou, která byla nasnadě – jelikož ve Strategii mnohdy nebyly jednotlivé strategické cíle dekomponovány do konkrétních a měřitelných projektových aktivit, hlavní indikátory byly nastaveny v souladu s těmi, které byly plánovány pro využití právě zmíněnými Operačními programy. Druhý, z mého pohledu naléhavější důvod pro užití měkkých indikátorů – optikou Liedtkova modelu strategického myšlení bychom tento důvod spíše nazvali inteligentním oportunismem – byl reakcí na absenci kontinuálně silného politického vedení (*leadershipu*) celé reformy a rovněž na chybějící institucionální zakotvení tvorby a implementace strategií v české veřejné správě obecně. Jinými slovy institucionální prostředí pro dlouhodobé a mezioborové státní strategie na úrovni vlády v ČR zoufale chybí a politická podpora reformy psychiatrické péče se může ze dne na den změnit ze 100% podpory na podporu žádnou – což jsme mimochodem v letech 2013 a 2014 zažili. Jen pro dokreslení, od roku 2012, kdy jsme začali s tvorbou Strategie reformy psychiatrické péče, je v době publikace tohoto článku ve službě již pátý ministr zdravotnictví.

Takto náročná strukturální změna je možná v současném kontextu pouze inkrementálně. Příliš ambiciózní cíle v českém veřejně politickém diskurzu by s ohledem na aktuální kontext (zejména nedostatek kvalifikovaných profesionálů a doposud nevyřešené úhrady za nově zaváděnou péči) mohly vzít za své velmi rychle, dokonce by jimi mohly být reformní aktivity úplně zastaveny (patrně na dlouhá léta dopředu). I přes vše výše zmíněné se domnívám, že kupříkladu rozjezd třiceti Center duševního zdraví během čtyř let není nikterak měkký indikátor, a to zmiňují pouze jeden z mnoha projektů Strategie reformy psychiatrické péče.

Třetím průnikem, přesněji třetí množinou strategického řízení ve veřejné správě, je **správná komunikace** chystaných a následně probíhajících změn. A to jak pozitivní, tak negativní. Jinými slovy je žádoucí sdílet a komunikovat jak věci, které se daří, tak projevy, které se nepovedly. Jen tak si může vynaložené úsilí získat silnou důvěru. V rámci tvorby Strategie zde lze mít čisté svědomí. Tým, který měl na starosti přípravu strategického dokumentu, byl skutečně reprezentativní, dle mého soudu nebyl vynechán žádný aktér, kterého by se problematika psychiatrické péče týkala. To však neznamená, že všem bylo vyhověno – výsledek zmoderovaného konsenzuálního řešení nespočívá v tom, že se vyhovělo všem zúčastněným, nýbrž že všichni zúčastnění s globálními cíli řešení souhlasili.

Při tvorbě Strategie jsme se na Ministerstvu zdravotnictví snažili všemi dostupnými prostředky transparentně

komunikovat, avšak i přesto komunikace nebyla zcela dostatečná. Jedná se o další hendikep veřejné správy – stát ve valné většině případů změnové veřejné politiky dostatečně komunikovat neumí – čest výjimkám. Optikou soukromého sektoru je tento nedostatek nepochopitelný – dokážete si představit, že odborné nebo široké veřejnosti chcete představit nějaký změnový produkt bez náležitě komunikace a bez publicity?

## ZÁVĚR

V komunikaci, osvětových aktivitách a v edukaci obecně čeká celý reformní tým ještě mnoho práce. A ostatně řečeno nejen v komunikaci a v edukaci. Epidemiologická data nás s poměrně velkou naléhavostí informují o tom, že systému prevence a péče o duševně nemocné se musíme dále a ještě intenzivněji věnovat. Etablovanému a efektivnímu zdravotně-sociálnímu systému péče o duševně nemocné

děti, dospělé a seniory však předchází relativně dlouhý pilotní provoz, který je zejména pro budoucí systém úhrad za péči a další plánování klíčový. Klíčový z pohledu kvality služeb, jelikož se jedná o služby multidisciplinární, tedy služby kombinující zdravotní a sociální péči a obhospodářující člověka jako jednu entitu – nikoliv jako entity dvě uměle oddělené. A klíčový rovněž z pohledu nastavení žádoucích a spravedlivých úhrad. Doposud diskuse mající za cíl vyřešit problémy týkající se oddělení, resp. propojení těchto dvou světů (mnohdy nazývaných jako „zdravotně-sociální pomezí“) zpravidla končily na redukci celého robustního tématu na přetahování se o snížení/zvýšení porce financování ze zdravotnictví / ze sociálního sektoru (za konkrétní zdravotní/sociální stav jednotlivce). Je třeba si uvědomit, že jde o komplexní změnu přístupu, ke které se dostaneme jen postupně – ale na základě kvalitních dat, která získáme z pečlivě analyzovaného pilotního provozu multidisciplinárních služeb pro různé potřebné cílové skupiny.

## LITERATURA

- Han B-C. Vyhořelá společnost. Praha: Rybka Publishers 2016.
- Patel V, Saxena S. Transforming lives, enhancing communities – innovations in mental health. *New England Journal of Medicine* 2014; 370 (6): 498–501.
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO; 2017. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: [www.who.int/mental-health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en](http://www.who.int/mental-health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en)
- Thornicroft G et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry* 2017; 210: 119–124.
- Bloom DE, Cafiero ET, Jane-Llopis E et al. The global economic burden of non-communicable diseases. E. E. Forum. Geneva: World Economic Forum 2011.
- Trautmann S, Rehm J, Wittchen H-U. The economic costs of mental disorders. Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO reports* 2016; 17 (9).
- Janoušková M, Winkler P, Kázmér L. Vývoj nově priznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001–2011. *Psychiatrie* 2014; 18 (4): 161–165.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönson B, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 2011; 21 (9): 655–679.
- Ehler E, Bednařík J, Höschl C, Winkler P, Suchý M, Pátá M. Náklady na poruchy mozku v České republice. *Československá neurologie* 2013; 76/109 (3): 282–291.
- Winkler P, Španiel F, Csémy L, Janoušková M, Krejníková L. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2013.
- World Health Organization. *Mental Health Atlas* 2011. Geneva: WHO 2011.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2013.
- World Health Organization (WHO). *Global mental health: How are we doing?* WHO 2015.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). *The state of the world's children 2014 in numbers*. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: [www.unicef.org/sowc2014/numbers/](http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/)
- Global Burden of Disease Study 2010. *Global Burden of diseases, injuries and risk factors study 2010*. Seattle: Institute for Health, Metrics and Evaluation 2012.
- Baxter AJ, Brugha TS, Erskine HE, Scheurer RW, Vos T, Scott JG. The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine* 2015; 45 (3): 601–13.
- Leigh HJP, Du J. Brief report: Forecasting the economic burden of autism in 2015 and 2025 in the United States. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2015; 45 (12): 4135–4139.
- Layard R, Clark A, Cornaglia F, Powdthavee N and Vernoit J. What predicts a successful life? A life-course model of well-being. *The Economic Journal* 2014; 124: 720–738.
- Ford T, Hamilton H, Meltzer H and Goodman R. Child mental health is everybody's business: The prevalence of contact with public sector services by type of disorder among British school children in a three-year period. *Child and Adolescent Mental Health* 2007; 12 (1): 13–20.
- Layard, R., Hagell, A. Report of the WISH Mental Health and Wellbeing in Children Forum 2015: Healthy Young Minds. Transforming the Mental Health of Children. World Innovation Summit for Health 2015. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: [http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH\\_Wellbeing\\_Forum\\_08.01.15\\_WEB-1.pdf](http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH_Wellbeing_Forum_08.01.15_WEB-1.pdf)
- Tímto souslovím („silent epidemy“) byla demence nazvána Shekharem Saxenou na mezinárodní konferenci World Innovation Summit for Health konané v listopadu 2016 v Katarském Dauhá. Shekhar Saxena je od roku 2010 ředitelem divize WHO pro Oblast duševního zdraví a zneužívání návykových látek – pozn. autora.
- Alzheimer Disease International. *World Alzheimer Report 2015*. [cit. 16. 7. 2018] Dostupné z: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>

23. Alzheimer's Disease International (ADI). The global impact of dementia 2013–2050. [cit. 16. 7. 2018] Dostupné z: [www.alz.co.uk/research/GlogalImpactDementia2013.pdf](http://www.alz.co.uk/research/GlogalImpactDementia2013.pdf)
24. List of Countries by Projected GDP. International Monetary Fund World Economic Outlook. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: <http://statisticstimes.com/economy/countries-by-projected-gdp.php>
25. Alzheimer's Association (AA). 2014 Alzheimer's disease facts and figures. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: [www.alz.org/downloads/Facts\\_Figures\\_2014.pdf](http://www.alz.org/downloads/Facts_Figures_2014.pdf)
26. Mátl O, Mátlová M, Holmerová I. Zpráva o stavu demence 2016. Kolik zaplatíme za péči? Česká alzheimerská společnost, o. p. s., 2016. [cit. 16. 7. 2018] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>
27. Rubinstein E, Duggan C, Landingham BV, Thompson D, Warburton W. Report of the WISH Dementia Forum 2015. A Call to Action: The Global Response to Dementia Through Policy Innovation. [cit. 16. 7. 2018]. Dostupné z: [http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH\\_Dementia\\_Forum\\_Report\\_08.01.15\\_WEB.pdf](http://www.wish.org.qa/wp-content/uploads/2018/01/WISH_Dementia_Forum_Report_08.01.15_WEB.pdf)
28. OECD. Making mental health count. The social and economic costs of neglecting mental health care. Paris: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing 2014.
29. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. WHO 2017. [cit. 15. 7. 2018]. Dostupné z: [www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en)
30. Alonso J et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. Depression and Anxiety, 2018; 35 (3): 195–208.
31. MALLYA T. Základy strategického řízení a rozhodování. 1. vyd. Praha: Grada 2007.
32. Ochrana F, Půček M. Efektivní zavádění a řízení změn ve veřejné správě: Smart administration. Praha: Wolters Kluwer Česká republika 2011.

## OZNÁMENÍ

### Vážené kolegyně a vážení kolegové,

s potěšením Vám oznamujeme, že ve dnech 12.–15. června 2019 se bude v Luhačovicích konat **XVIII. celostátní konference biologické psychiatrie s mezinárodní účastí**. Veškeré potřebné informace jsou na webových stránkách kongresu <http://www.kongres-luhacovice.cz/>

Do 31. 3. 2019 je možno se hlásit k aktivní účasti (symposium, přednáška nezařazená do sympozia, poster, workshop) na adresu [hosak@lfhk.cuni.cz](mailto:hosak@lfhk.cuni.cz)

Budeme se těšit na Vaši účast na kongresu

*Výbor Společnosti pro biologickou psychiatrii  
Výbor Sekce biologické psychiatrie PS ČLS JEP*

## ERRATA

Vydání 6/2018, str. 264–270

Článek: **Neuropsychologické metody měření vnímání času**, Lucie Švandová, Radek Ptáček, Tomáš Nikolai, Martina Vňuková, Jiří Raboch

Chybné znění: Podpořeno grantovým projektem GA ČR 16-21302S

Správné znění: **Podpořeno grantovým projektem GA ČR 18-11247S**

*Redakce*