



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

**MALÝ PRŮVODCE REFORMOU
PSYCHIATRICKÉ PÉČE** DUBEN 2017

OBSAH

ÚVODNÍ SLOVO	4
PROČ REFORMA	5
STRATEGIE REFORMY	6
JAKÝ SYSTÉM PÉČE CHCEME	7
ZMĚNY V SYSTÉMU PÉČE	8
UŽIVATELÉ PÉČE	9
DATA A FAKTA	10
ZOTAVENÍ (RECOVERY)	12
MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP	13
KOMUNITNÍ TÝMY	14
SÍŤ SLUŽEB PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	15
AMBULANTNÍ PÉČE	16
AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE	17
NÁSLEDNÁ A SPECIALIZOVANÁ LŮŽKOVÁ PÉČE	18
CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	19
PERSONÁL	21
MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE	22
FINANCOVÁNÍ	23
EVROPSKÉ FONDY	24
ŘÍZENÍ REFORMY	25
INFORMACE O REFORMĚ	26

ÚVODNÍ SLOVO

Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu. Je to dlouhodobý proces, na kterém již několik let pracujeme a který ještě několik desítek let potrvá. Díky financování z evropských fondů bude tento proces v příštích pěti letech výrazně podpořen. Změny se netýkají jen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním.

Proto jsme připravili tohoto průvodce, který stručně a jednoduše představuje naši vizi.

A co všechno reforma psychiatrie zahrnuje?

- ✓ podporujeme **nové služby**
- ✓ zavádíme **nové přístupy**
- ✓ budujeme **nové vztahy**
- ✓ zapojujeme **nové technologie**
- ✓ vytváříme **nové prostředí**
- ✓ nastavujeme **nové financování**

Společně vytváříme nový, moderní systém péče.

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.
předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP

PROČ REFORMA

Důvodem reformy psychiatrické péče je to, že psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a jako zdravotní obor se potýká s dlouhodobou podfinancovaností. Stávající systém péče má své těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století.

Současný model péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné.

Služby v komunitě (ve vlastním prostředí pacientů/klientů) existují jen na některých místech, a to ještě v nedostatečné míře.

Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv lidí s duševním onemocněním, proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“. Hlavními nástroji, jak naplnit tyto cíle, jsou restrukturalizace služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících péči.

STRATEGIE REFORMY

Strategie reformy psychiatrické péče byla schválena ministrem zdravotnictví 7. října 2013 a její první etapa je podpořena Evropskými strukturálními a investičními fondy (ESIF).

Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces, který bude, podle zkušeností z jiných zemí, probíhat 15 až 20 let. V první etapě do roku 2021 budou zahájeny nezbytné systémové změny a vytvořeny předpoklady pro jejich další pokračování.

Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a Psychiatrická společnost ČLS JEP dne 16. června 2016 podepsali **Memorandum o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče**.

- ✓ Ministerstvo zdravotnictví řídí a koordinuje strategické aktivity
- ✓ Zdravotní pojišťovny zajistí dostupnost služeb
- ✓ Odborná společnost je odborným garantem reformy a odpovídá za její věcný obsah



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
Strategie reformy psychiatrické péče

JAKÝ SYSTÉM PÉČE CHCEME

Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované, vzájemně propojené **péče zaměřené na zotavení (recovery)** pacienta/klienta.

Sít služeb bude provázaná a koordinovaná a bude zajišťovat kontinuitu péče. Spolupráce bude podpořena zavedením **multidisciplinárního přístupu**.

Jednotliví poskytovatelé budou mít jasnou regionální odpovědnost, při zachování možnosti volby pacienta/klienta, do jakého zařízení půjde. Pacientům/klientům bude zajištěn dostatečný výběr léčebných a dalších podpůrných metod a přístupů.

Transformace obsahu péče, zavádění nových přístupů a metod zajistí:

- ✓ plný respekt práv pacientů/klientů,
- ✓ maximálně možnou inkluzi pacientů/klientů do běžné společnosti,
- ✓ plnohodnotné zapojování pacientů/klientů i rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby, pomoci a potřebné podpory.

Pro zajištění adekvátní pomoci a podpory i pro pacienty/klienty, kteří sice potřebují pomoc, ale sami ji nevyhledávají, je důležitý **asertivní přístup**. Zakládá se na proaktivním, avšak pozitivním, přímém, nemanipulativním a ohleduplném přístupu.

ZMĚNY V SYSTÉMU PÉČE

Důraz bude kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch.

Podpořena bude spolupráce mezi primární péčí a specializovanými psychiatrickými službami. Bude dobudována síť stávajících všeobecných i specializovaných psychiatrických ambulancí a ambulancí klinických psychologů.

Dojde k výraznému **rozšíření komunitní péče**. Budou vytvořeny **nové typy služeb** – centrum duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Paralelně s tímto procesem dojde k postupné redukci dlouhodobé lůžkové péče.

Cílem je vytvořit **vyvážený model péče** o duševní zdraví (inspirovaný tzv. balanced care modelem), kde:

- ✓ služby reflektují priority pacientů/klientů a těch, kteří o ně pečují,
- ✓ existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními (konvenčními) službami,
- ✓ služby jsou poskytovány co nejbližší bydliště pacienta/klienta,
- ✓ intervence se zaměřuje jak na zmírnění příznaků duševní nemoci, tak na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta/klienta.

UŽIVATELÉ PÉČE

Ti, jimž by reforma psychiatrické péče měla především pomoci, jsou uživatelé péče, tedy pacienti/klienti a jejich blízcí. Musejí proto hrát v reformním procesu nezastupitelnou roli. Pro budoucí nastavení systému péče je jejich pohled a názor klíčový, proto by se měli zapojit do všech aktivit reformy.

Ve společnosti jsou lidé s duševním onemocněním často stigmatizováni, což vytváří další komplikace pro jejich plnohodnotné začlenění do společnosti, při léčbě, vzdělávání, zaměstnání apod. Jedním z cílů reformy je proto **vytvořit dlouhodobé a efektivní destigmatizační kampaně**, které povedou ke zmírnění předsudků vůči těmto nemocným a ke zmenšení či odstranění překážek v jejich uplatnění ve společnosti a v důsledku ke zlepšení jejich kvality života.

Uživatelé péče se také podílejí přímo na poskytování služeb jako tzv. **peer pracovníci**. Jsou to lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a k posilování jejich naděje na zotavení. Jejich role je neocenitelná a nelze je nahradit profesionály.

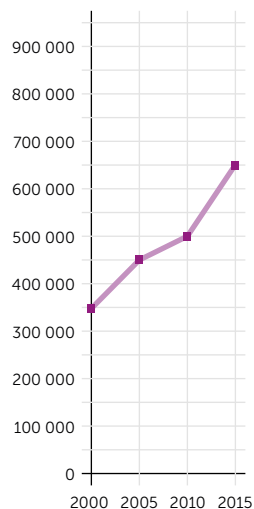
Ve všech projektech reformy se počítá s účastí uživatelů péče i jejich rodinných příslušníků. Velkým úkolem bude **uživatelé péče aktivizovat a zapojit do projektů reformy v jednotlivých oblastech péče i v jednotlivých regionech po celé ČR**.

DATA A FAKTA

V roce 2015 bylo ošetřeno celkem **650 566 pacientů**. Nejvíce pacientů v ambulancích tvoří pacienti s neurotickými poruchami (celkem 40 %, 238 307 pacientů), dále pacienti s afektivními poruchami (celkem 18 %, 104 298 pacientů) a pacienti s organickými duševními poruchami (celkem 12 %, 69 146 pacientů).

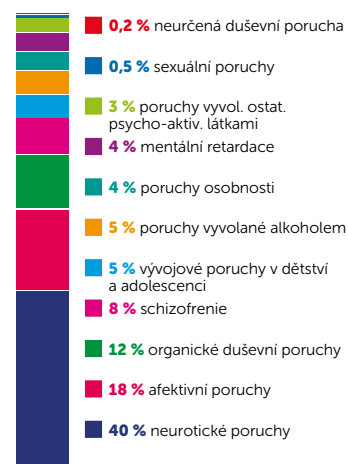
Za posledních patnáct let došlo k **celkovému nárůstu počtu pacientů o 80 %**. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán u pacientů s organickými duševními poruchami (více než 100 %).

POČET PRVNÍCH VYŠETŘENÍ V DANÉM ROCE



Zdroj: UZIS

POČET PACIENTŮ V ROCE 2015



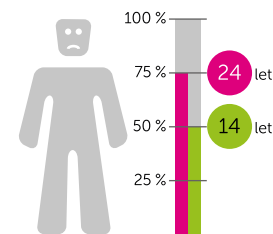
DATA A FAKTA



1 z 5 dospělých má zkušenost s duševním onemocněním



1 z 25 dospělých žije s duševním onemocněním



50 % z chronicky duševně nemocných onemocní před 14. rokem života, 75 % před 24. rokem života

Zdroj: NAMI



V ČR dlouhodobě stoupá počet žadatelů s **duševní nemocí o invalidní důchod**. Někteří z nich trpí **každý pátý nový žadatel**.

Ročně kvůli těmto nemocem dostane nově přiznaný invalidní důchod víc než 27 000 lidí. Invalidní důchody jsou v tomto případě často přiznány již **ve velmi mladém věku**.

Zdroj: NUDZ

ZOTAVENÍ (RECOVERY)

Cílem péče o lidi s duševním onemocněním by mělo být **dosažení plnohodnotného života** bez ohledu na symptomy duševní nemoci.

Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná (Anthony, 1993).

Základním principem zotavení je, že nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení. **Člověk může žít spokojený život, aniž by se nutně musel plně uzdravit ze své nemoci.**

Zotavení člověka je jedinečný a nepřenositelný příběh. Každý z nás se zotavuje z různých věcí různě a nezáleží to primárně na jeho zdravotním stavu, ale na řadě dalších okolností: zkušenostech, temperamentu, charakterových rysech, rodině, přátelích, práci, prostředí, kde žijeme, včetně toho, že i na léčbu každý reaguje jinak. Příběh se vztahuje k životu člověka, ne k jeho nemoci.

V zotavení hrají klíčovou roli: naděje, zmocnění, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí.

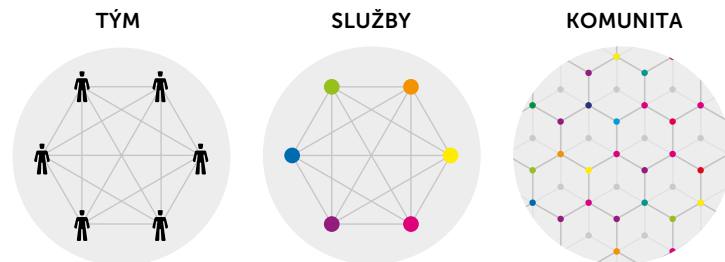
MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP

Systém péče musí být schopen nejen poskytovat pomoc v léčbě duševního onemocnění, ale musí poskytnout **pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech pacientova/klientova života**: celkový zdravotní stav, bydlení, práce, sociální a společenský status atd.

Multidisciplinární přístup je koordinace a spolupráce pracovníků různých povolání a institucí a musí probíhat na třech základních úrovních:

- 1/ Koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu
- 2/ Koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami
- 3/ Koordinace a spolupráce v rámci komunity (včetně místní správy a samosprávy, úřadu práce, odborů sociálních a zdravotních služeb apod.)

Multidisciplinární tým složený z odborníků, kteří mohou ovlivnit kvalitu života duševně nemocných, **pracuje společně ku prospěchu konkrétního pacienta/klienta**. Členové týmů se pravidelně setkávají, sdílejí informace o potřebách klientů a společně řeší jejich životní situace.



KOMUNITNÍ TÝMY

Komunitní týmy jsou v řadě zemí, kde probíhá či proběhla transformace systému institucionální v komunitní péči, páteří specializovaných mimonemocničních psychiatrických služeb.

Komunitní týmy jsou většinou děleny podle typů klientů na komunitní týmy pro děti a adolescenty, dospělé, osoby s problematikou závislosti, osoby s gerontopsychiatrickou problematikou, případně další, více specializované týmy.

Vždy jde o multidisciplinární tým, který úzce spolupracuje s poskytovateli všech zdravotních i sociálních služeb pro duševně nemocné.

Hlavním cílem komunitního týmu je poskytovat pacientům/klientům a jejich rodinám podporu v běžných situacích života a předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci.

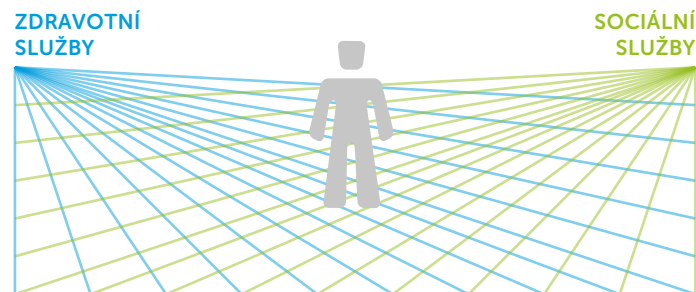
Pokud dojde k hospitalizaci pacienta/klienta, členové týmu **aktivně spolupracují s lůžkovými zařízeními** v průběhu pobytu na lůžku a vytvářejí předpoklady pro rychlý a úspěšný návrat pacienta/klienta zpět do domácího prostředí.

SÍŤ SLUŽEB PRO LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Nově vzniklá **síť péče bude zahrnovat služby zdravotní a sociální**, včetně služeb v oblasti bydlení, práce nebo vzdělávání.

Pro každý kraj bude definována **regionální síť služeb pro lidi s duševním onemocněním** a její žádoucí cílová podoba. Definice sítě bude stanovena na základě regionální analýzy potřeby a stávajícího stavu sítě v každém kraji. Na podobě sítě bude společně pracovat odborná společnost, Ministerstvo zdravotnictví, jednotlivé kraje, obce a zdravotní pojišťovny a zástupci uživatelů služeb. Plány sítě se stanou základem plánovacích procesů a smluvní politiky zdravotních pojišťoven pro zdravotní služby, řízení a financování sítě sociálních služeb v jednotlivých krajích.

Síť služeb pro lidi s duševním onemocněním bude fungovat jako **propojený systém** spolupracujících a vzájemně komunikujících služeb.



AMBULANTNÍ PÉČE

Ambulantní psychiatrická péče bude v síti poskytována formou stávající formy psychiatrických ambulancí nebo formou **ambulance s rozšířenou péčí**.

Tým ambulance s rozšířenou péčí bude zahrnovat psychiatra, klinického psychologa, psychiatrickou sestru a případně další pracovníky. **Pracovníci ambulance s rozšířenou péčí budou spolupracovat na principech multidisciplinární spolupráce.**

Ambulance s rozšířenou péčí bude mít **regionální odpovědnost** za pacienty/klienty z diagnostických skupin, na které bude specializovaná.

Součástí služeb ambulance s rozšířenou péčí může být i **terénní práce**, psychoterapeutické programy, a to i formou **denního stacionáře**. Ambulance s rozšířenou péčí intenzivně bude spolupracovat s lékaři v primární zdravotní péči ve svém spádovém regionu, a to za účelem vzájemného předávání pacientů/klientů a minimalizace čekacích lhůt. Ambulance s rozšířenou péčí také intenzivně bude spolupracovat s rozvíjejícími se komunitními týmy.

AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE

Lůžková péče bude v síti služeb zastoupena v různých formách podle toho, jakému účelu slouží a jaký je podíl zdravotní a sociální složky péče.

Akutní lůžková péče bude **integrována do všeobecné zdravotní péče** a síť bude tvořena menšími kapacitami s přiměřeným spádovým územím zajišťujícím **návaznost péče na somatickou péči a přirozené prostředí pacientů/klientů**. Počet akutních lůžek v systému se bude postupně zvyšovat s ubývajícími kapacitami následně lůžkové péče, která v současné situaci často akutní péči doplňuje.

Akutní lůžka psychiatrické péče budou v síti služeb pro pacienty se všemi psychiatrickými diagnózami, včetně závislostí, lůžek pro péči o děti a dorost a lůžek pro specializovanou péči.



NÁSLEDNÁ A SPECIALIZOVANÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

Pro střednědobé a dlouhodobé hospitalizace budou v síti lůžka následné péče a ve větších zařízeních soustředěna lůžka forenzní péče a lůžka detenční.

Jedním z cílů reformy je **využití kapacit psychiatrických nemocnic pro rozvoj dalších forem péče** o duševně nemocné a zapojení nemocnic do rozvoje nelůžkových forem péče.

Pro jednotlivé psychiatrické nemocnice vzniknou transformační plány, které budou obsahovat především vize a cíle budoucí poskytované péče, role nemocnice v regionálních sítích, návrh organizačního uspořádání, personální strategie nemocnice včetně vzdělávání a rozvoje kvalifikace, návrh opatření k předcházení vstupu pacientů do lůžkové péče (prevence, edukace), opatření k propouštění pacientů do komunitní péče (spolupráce a návaznosti služeb), urbanistický a funkční generel areálu, plány rozvoje infrastruktury, sítí, budov a pozemků včetně plánu potřebných investic a také podmínky realizace, rizika a limitující faktory.

Proces transformace bude probíhat řadu let. Transformační plány budou připraveny v roce 2017 a **první etapa transformace by měla být dokončena do roku 2021**. Celý proces by měl být završen v horizontu cca 15 až 20 let.

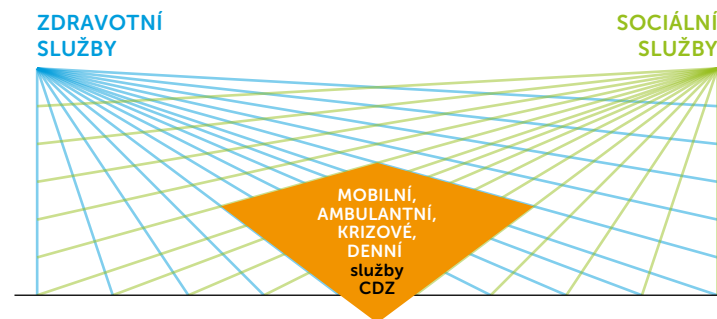
Pro péči, kde je převažující složkou sociální péče, budou v síti malokapacitní **sociálně-zdravotní rezidenční zařízení**, charakteru chráněného bydlení.

CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou **novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním**. V první fázi budou budována centra zaměřená na dospělé pacienty/klienty. Jejich hlavní cílovou skupinou budou pacienti/klienti s vážným duševním onemocněním (tzv. SMI – Severe Mental Illness, což jsou pacienti/klienti s těžkým průběhem schizofrenních onemocnění a bipolární afektivní poruchou). Jedná se o skupinu pacientů/klientů nejvíce ohroženou institucionalizací a vyloučením z běžné společnosti. Cílovou skupinou CDZ budou i osoby s raným výskytem psychotického onemocnění (jedná se o tzv. Early Intervention). Služby založené na stejném principu budou postupně vznikat i pro jiné diagnostické skupiny.

CDZ budou spolupracovat ve svém regionu s dalšími službami, a to jak se specializovanými, tak s těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci, například v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení či volnočasových aktivit.

Služby CDZ budou službami zdravotně-sociálními, které budou poskytovány jedním **společným týmem**.



CENTRUM DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

CDZ bude poskytovat **mobilní, ambulantní, krizové a denní služby**.

Funkcí CDZ pro SMI bude

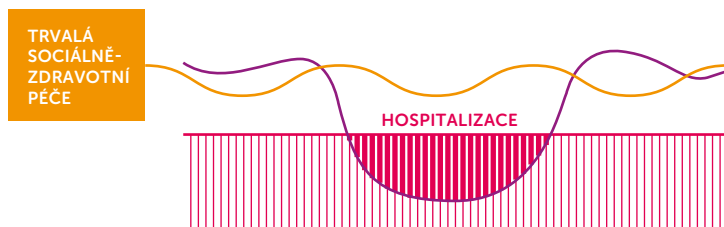
- ✓ prevence hospitalizací či jejich zkracování,
- ✓ včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění,
- ✓ nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

Tým centra duševního zdraví **bude pracovat formou případového vedení** a bude poskytovat flexibilní, individualizovanou službu cílové skupině pacientů/klientů ze spádové oblasti bez čekací doby.



Péče bude nepřetržitá, pacient/klient se v systému péče nebude ztrácet.

Při trvalé péči se pacient/klient nebude propadat do hlubokých krizí a **významně klesne potřeba dlouhodobých hospitalizací**.

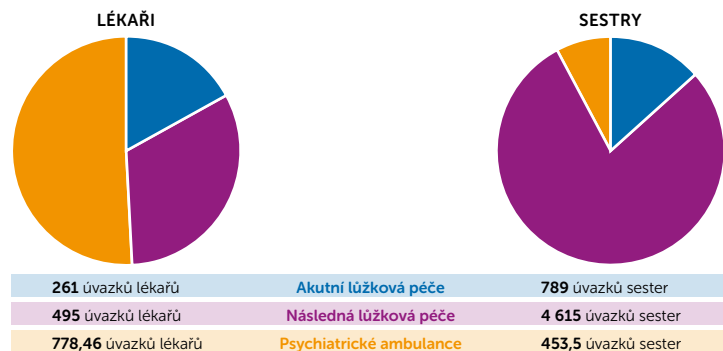


PERSONÁL

Pro zajištění péče o stále se rozrůstající skupinu lidí s duševním onemocněním je jedním z klíčových faktorů počet odborníků, ať už v lékařských nebo nelékařských povoláních. V celkových počtech pracovníků v jednotlivých oborech a povoláních péče o lidi s duševním onemocněním vztahených na počet obyvatel se pohybuje pod průměrem hodnot zemí OECD.

Pro úspěšnou realizaci Strategie reformy psychiatrické péče bude třeba zvýšit **počty lékařů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků** především v ambulantních a terénních službách. Projekty reformy vytvoří podmínky pro zapojení škol připravujících personál do připravovaných změn v péči o duševně nemocné. Jedním z cílů reformy je i **zvýšení atraktivity oboru psychiatrie a péče o duševně nemocné**.

Dalším faktorem, který může napomoci, je **lépe rozdělit role a kompetence jednotlivých povolání při péči o duševně nemocné** s využitím principů multidisciplinární spolupráce v týmech.



Zdroj: VZP, rok 2015

MEZIRESORTNÍ SPOLUPRÁCE

Nezbytnou podmínkou úspěchu realizace Strategie reformy psychiatrické péče je velmi úzká **spolupráce mezi resorty**, které se agendou dotýkají problematiky lidí s duševním onemocněním.

Jedná se především o resorty:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Ministerstvo financí
- Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
- Ministerstvo spravedlnosti
- Ministerstvo obrany

Ve většině vyspělých zemí je pro oblast duševního zdraví spolupráce a odpovědnost jednotlivých resortů upravena zvláštním zákonem právě proto, že jde o problematiku procházející napříč odpovědností řady resortů. V průběhu realizace Strategie reformy psychiatrické péče bude posouzeno i to, zda by v podmínkách ČR bylo vhodným řešením mít samostatný **zákon o duševním zdraví**. Pokud by se nešlo touto cestou, budou v průběhu realizace reformy navrženy dílčí úpravy dotčených zákonů.

FINANCOVÁNÍ

Zdravotní služby v péči o lidi s duševním onemocněním jsou financovány ze zdravotního pojištění zdravotními pojišťovnami a sociální služby ze systému sociálních služeb prostřednictvím jednotlivých krajů.

Stávající systém úhrad není pro budoucí model péče vhodný.

Nemotivuje poskytovatele ke spolupráci, akutní péče je pro poskytovatele ztrátová, komunitní a terénní péče nemá nastaveny mechanismy udržitelných úhrad. Dlouhodobá lůžková péče je motivována k dlouhodobým hospitalizacím a plné obsazenosti lůžek. Zdravotní a sociální systém má financování založeno na jiných principech (úhrada výkonů vázaných na pacienta/klienta vers. úhrada nákladů poskytovatele).

Jedním z cílů reformy je nastavit zcela nový systém úhrad péče o duševně nemocné.

Péče o duševně nemocné je dlouhodobě podfinancovaná ve zdravotní i v sociální oblasti. Předpokládá se růst celkového objemu finančních prostředků do tohoto segmentu péče nad hranici průměru ostatních segmentů zdravotní péče.

Úhradové mechanismy by měly být nastaveny tak, aby motivovaly poskytovatele k chování, které je v souladu se základním záměrem reformy, a to přesunem péče do vlastního prostředí pacienta/klienta.

Na novém systému financování se bude podílet státní rozpočet, zdravotní pojišťovny i kraje.

Systém bude respektovat budoucí podobu sítě služeb pro duševně nemocné, která vznikne v podobě regionálních plánů sítě v každém kraji.

EVROPSKÉ FONDY

Reforma péče o duševní zdraví je podpořena ze dvou programů evropských strukturálních fondů (ESIF):

IROP – Integrovaný regionální operační program

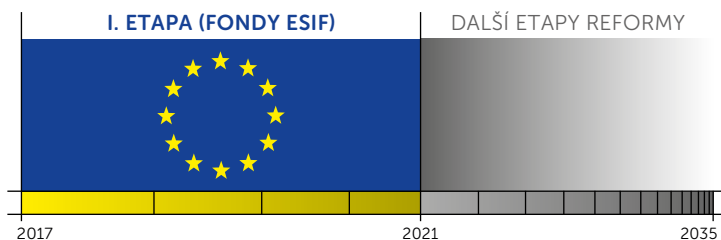
výzva č. 54 (2 miliardy Kč)

Program je určen na investice na zřízení nebo rekonstrukce akutních oddělení všeobecných nemocnic, center duševního zdraví, stacionářů, ambulancí s rozšířenou péčí a vybavení mobilních týmů. Příjemci dotace jsou přímo poskytovatelé zdravotních služeb.

OPZ – Operační program zaměstnanost

výzva č. 39 (1,35 miliardy Kč)

Program je určen na tzv. měkké projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. Příjemci dotace jsou Ministerstvo zdravotnictví, Národní ústav duševního zdraví nebo Ústav zdravotnických informací a statistiky. Prostředky jsou dále distribuovány úhradou mzdových a provozních nákladů nebo veřejnými zakázkami.



ŘÍZENÍ REFORMY

• řídicí výbor

Nejvyšší orgán reformy, ve kterém je zastoupena odborná společnost zástupci výboru a Ministerstvo zdravotnictví náměstkyně ministra.

• odborná rada

Čestná rada odborné garance reformy jmenovaná ministrem zdravotnictví, ve které jsou uznávanými odborníky zastoupeny hlavní skupiny odborné veřejnosti.

• výkonný výbor

Pracovní výbor, ve kterém jsou zástupci Ministerstva zdravotnictví, realizačních týmů projektů a klíčových partnerů reformy.

• gestor projektu

Člen projektového týmu konkrétního projektu odpovědný obvykle za klíčovou aktivitu nebo celý projekt.

• projektové týmy

Pracovníci mající formální vztah (pracovní poměr, DPP, DPČ) ke konkrétnímu projektu.

• tematické pracovní skupiny

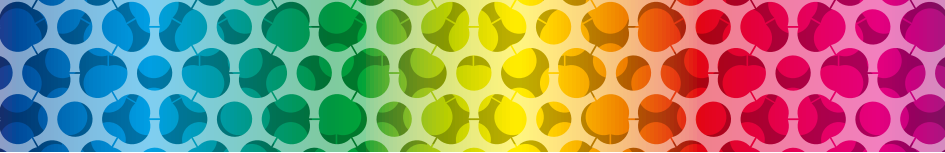
Platforma pro zapojení širší odborné veřejnosti k jednotlivým odborným oblastem a tématům reformy.

INFORMACE O REFORMĚ

Pro lepší informovanost odborné veřejnosti je vydáván elektronický Zpravodaj reformy péče o duševní zdraví, existují internetové stránky www.reformapsychiatrie.cz a intranet pro odbornou veřejnost.

Informace o reformě lze získat i na emailové adrese reforma@psychiatrie.cz





© **Psychiatrická společnost ČLS JEP**
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11, 120 00 Praha 2
e-mail: reforma@psychiatrie.cz
www.psychiatrie.cz
www.reformapsychiatrie.cz

Místo vydání: Praha / **Datum vydání:** duben 2017

Podléhá autorským právům.

Vydala Psychiatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Regionální úřadovnou WHO pro Evropu (BCA 2016–2017) v rámci bilaterální spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví České republiky.



Grafická úprava: >o< Mowshe s.r.o., Školská 24, 110 00 Praha 1
Nakladatel: Galén, spol. s r.o., Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5