

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED

Inštitút sociologických štúdií

Katedra verejnej a sociálnej politiky

Diplomová práca

2023

Timea Rizikyová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED

Inštitút sociologických štúdií

Katedra verejnej a sociálnej politiky

**Politika starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike
a na Slovensku z perspektívy historického
inštitucionalizmu**

Diplomová práca

Autor práce: Bc. Timea Rizikyová

Študijný program: Verejná a sociálna politika

Vedúci práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2023

Prehlásenie

1. Prehlasujem, že som predkladanú prácu spracovala samostatne a použila len uvedené pramene a literatúru.
2. Prehlasujem, že práca nebola využitá k získaniu iného titulu.
3. Súhlasím s tým, aby bola práca sprístupnená pre študijné a výskumné účely.

V Prahe dňa

Bc. Timea Rizikyová

Bibliografický záznam

RIZIKYOVÁ, Tímea. *Politika starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku z perspektívy historického inštitucionalizmu*. Praha, 2023. 138 s. Diplomová práca (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálnych vied, Inštitút sociologických štúdií, Katedra verejnej a sociálnej politiky. Vedúci práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rozsah práce: 229 369 znakov

Abstrakt

Cieľom predloženej diplomovej práce je priniesť čitateľovi ucelený pohľad na inštitucionálny vývoj v oblasti politik starostlivosti o duševné zdravie v dvoch komparovaných krajinách – v Českej republike a na Slovensku. Tieto krajiny po dlhú dobu zdieľali spoločnú históriu a ich zdravotné politiky vychádzali z rovnakého základu. To určilo ich samostatné smerovanie i v oblasti politik starostlivosti o duševné zdravie, ktorých efektívne nastavenie je v dnešných dňoch dôležité viac ako kedykoľvek predtým. Dostupné svetové i národné štatistiky poukazujú na alarmujúce čísla v oblasti epidemiológie duševných ochorení, na personálne i kapacitné medzery a nedostatočné finančné zdroje vynakladané na túto oblasť.

S využitím historického inštitucionalizmu a jeho konceptov prinášam identifikáciu príčin, prečo obe krajiny po dlhú dobu stagnovali v oblasti politik starostlivosti o duševné zdravie a aké zlomového okamihy stáli za zmenou inštitucionálneho nastavenia týchto politik do dnešnej podoby. V záverečnej časti práce porovnávam nastavenia týchto politik, identifikujem hlavné podobnosti a odlišnosti a takisto formulujem tie najviac problematické oblasti súčasného systému starostlivosti o duševné zdravie. Nakoľko Česká republika reformu psychiatrickej starostlivosti začala implementovať už pred niekoľkými rokmi a Slovensko táto fáza zatiaľ len čaká, práca môže slúžiť i ako poučenie „*blízkeho suseda*“ o tom, akým chybám sa v reformnom procese vyvarovať.

Celú prácu dopĺňajú názory a pohľady 12 expertov na oblasť duševného zdravia z oboch skúmaných krajín.

Abstract

The aim of this thesis is to provide the reader with a comprehensive view of institutional developments in the area of mental health policy in the two compared countries - the Czech Republic and Slovakia. These countries have a long history, and their health policies were based on the same foundations. This determined their different direction also in the area of mental health policies, the effective setting of which is today more important than ever before. The available global and national statistics point to alarming numbers in the area of mental illness, lack of staff and capacity and insufficient financial resources devoted to this area.

Based on historical institutionalism and its concepts, I present identification of the reasons why both countries stagnated in the area of mental health policies for a long time and what were the critical junctures behind the change of institutional settings of mental health care policies to their present form. In the final part of the thesis, I compare these political settings, I identify the main similarities and differences, and also, I formulate the most problematic areas of the current mental health care systems. Since the Czech Republic started to implement the reform of psychiatric care several years ago and Slovakia is still waiting for this phase, the thesis can also serve as a lesson for the "*near neighbour*" of what mistakes to avoid in this process. The thesis is complemented by the opinions and views of 12 experts on mental health.

Kľúčové slová

politika starostlivosti o duševné zdravie, historický inštitucionalizmus, duševné ochorenie, reforma psychiatrickej starostlivosti, reforma duševného zdravia

Keywords

mental health care policy, historical institutionalism, mental illness, mental health care reform, mental health reform

Title/názov práce

The policy of mental health care in the Czech Republic and Slovakia from the perspective of historical institutionalism

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som sa rada pod'akovala svojej vedúcej diplomovej práce PhDr. Karolíne Dobiášovej, Ph.D., za jej cenné rady, konzultácie a pripomienky. Rovnako tak by som chcela pod'akovať všetkým odborníkom v oblasti duševného zdravia, ktorí boli ochotní so mnou previesť rozhovor a podelili sa o svoje názory či skúsenosti. Vážim si to. V neposlednom rade by som chcela pod'akovať svojej rodine a blízkym, bez ktorých by som nebola tam, kde som.

Obsah

ÚVOD	14
1 CIELE PRÁCE A VÝSKUMNÉ OTÁZKY	16
2 DÁTA A METÓDY	18
2.1 Zber dát.....	20
2.2 Analýza získaných dát a limity výskumu	23
3 TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ	24
3.1 Historický inštitucionalizmus	24
3.1.1 Vývoj historického inštitucionalizmu	24
3.1.2 Formálne a neformálne inštitúcie	26
3.1.3 Závislosť na ceste (path dependence)	27
3.1.4 Zlomové okamihy (critical junctures)	28
3.1.5 Vplyv inštitúcií na správanie aktérov	29
3.2 Stručná diskusia vhodnosti využitia historického inštitucionalizmu	30
4 KLÚČOVÉ KONCEPTY A POJMY	31
4.1 Zdravie.....	31
4.1.1 Duševné zdravie.....	33
4.1.1.1 Faktory ovplyvňujúce duševné zdravie	34
4.1.2 Duševné ochorenie.....	35
4.2 Zdravotná politika	37
4.2.1 Politika duševného zdravia	37
5 DUŠEVNÉ ZDRAVIE V ČÍSLACH	40
5.1 Globálna záťaž ochoreniami	43
5.2 Prevalencia duševných ochorení v Českej republike	46
5.3 Prevalencia duševných ochorení na Slovensku	48
6 KLÚČOVÉ INDIKÁTORY V OBLASTI DUŠEVNÉHO ZDRAVIA V ČESKEJ REPUBLIKE A NA SLOVENSKU	52
6.1 Kľúčové indikátory starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku	53
6.2 Zhrnutie indikátorov starostlivosti o duševné zdravie	60
7 VÝVOJ NA POLI POSKYTOVANIA STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE DO ROKU 1993	62
7.1 Obdobie do roku 1918	62
7.2 Obdobie Prvej česko-slovenskej republiky (1918-1938)	64
7.3 Obdobie druhej svetovej vojny (1938-1945).....	65
7.4 Obdobie komunistického režimu v Československu (1948-1989).....	66
8 VÝVOJ POLITIKY STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE V ČESKEJ REPUBLIKE A NA SLOVENSKU PO ROKU 1993	70
8.1 Porevolučné roky (1989-1993).....	70
8.2 Česká republika	72
8.2.1 Transformácia zdravotného systému a upozadený význam duševného zdravia	72

8.2.2	Vznik prvých českých koncepčných a strategických dokumentov	75
8.2.2.1	Koncepcia odboru psychiatrie (2002)	75
8.2.2.2	Národný psychiatrický program (2007).....	77
8.2.2.3	Revidovaná Koncepcia odboru psychiatrie (2008)	78
8.2.3	Reforma psychiatrickej starostlivosti v Českej republike (2013-?).....	80
8.2.3.1	Hlavné ciele reformy psychiatrickej starostlivosti v Českej republike	82
8.2.4	Zdravie 2020 - Národná stratégia ochrany a podpory zdravia a prevencie chorôb a jej Akčný plán č.3: Duševné zdravie.....	84
8.2.5	Strategický rámec Zdravie 2030	85
8.2.6	Národný akčný plán pre duševné zdravie 2020-2030 a zriadenie Rady vlády pre duševné zdravie.....	86
8.2.6.1	Národná rada pre duševné zdravie	88
8.3	Slovenská republika	89
8.3.1	Transformácia systému zdravotnej starostlivosti.....	89
8.3.2	Reforma psychiatrickej starostlivosti 90. rokov 20. storočia (1991) a Koncepcia psychiatrie (1997)	91
8.3.3	Strhnutie pozornosti na oblasť problematiky duševného zdravia – Národný program duševného zdravia (2004)	93
8.3.4	Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria	95
8.3.4.1	Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria (2006)	95
8.3.4.2	Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria (2021)	95
8.3.5	Rada duševného zdravia a Rada vlády SR pre duševné zdravie	96
8.3.6	Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku (2022).....	97
9	KOMPARÁCIA ČESKEJ A SLOVENSKEJ REPUBLIKY V OBLASTI POLITIKY STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE PO ROKU 1989 A DISKUSIA ZÁVEROV S VYUŽITÍM KONCEPTOV HI.....	99
10	PROBLÉMY AKTUÁLNEHO NASTAVENIA OBLASTI STAROSTLIVOSTI O DUŠEVNÉ ZDRAVIE V ČESKEJ REPUBLIKE A NA SLOVENSKU	107
11	ZÁVER.....	112
12	SUMMARY	115
	POUŽITÁ LITERATÚRA.....	118
	TÉZE DIPLOMOVEJ PRÁCE	131

Zoznam skratiek

APA	Americká psychologická asociácia
ČLS JEP	Česká lekárska spoločnosť Jána Evangelisty Purkyně
EÚ	Európska únia
HI	Historický inštitucionalizmus
MZ ČR	Ministerstvo zdravotníctva Českej republiky
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI SK	Národné centrum zdravotníckych informácií Slovenskej republiky
NRHZS	Národný register hradených zdravotných služieb
NÚDZ	Národný ústav duševného zdravia
NZIP	Národný zdravotnícky informačný portál
OECD	Organizácia pre hospodársku spoluprácu a rozvoj
ÚZIS ČR	Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky Českej republiky
WHO	Svetová zdravotnícka organizácia

Zoznam tabuliek, grafov a schém

- Tabuľka č. 1 Prehľad prevedených expertných rozhovorov v Českej republike
- Tabuľka č. 2 Prehľad prevedených expertných rozhovorov v Slovenskej republike
- Tabuľka č. 3 Popis kategórií v rámci kapitoly Duševné poruchy a poruchy správania sa MKCH-10
- Tabuľka č. 4 Kľúčové sféry politik starostlivosti o duševné zdravie
- Tabuľka č. 5 Právne predpisy, ktoré upravujú určitú oblasť starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike
- Tabuľka č. 6 Právne predpisy, ktoré upravujú určitú oblasť starostlivosti o duševné zdravie v Slovenskej republike
- Tabuľka č. 7 Prehľad pracovnej sily v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, na 100 000 obyvateľov
- Tabuľka č. 8 Prehľad dostupnosti služieb v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, na 100 000 obyvateľov; Počet lôžkových zariadení v ČR a SR celkovo
- Tabuľka č. 9 Prehľad počtu psychiatrických ambulancií v Českej republike a na Slovensku
- Tabuľka č.10 Kľúčové udalosti v rozvoji politiky duševného zdravia v Československu po druhej svetovej vojne
- Tabuľka č.11 Prehľad implementačných plánov Národného programu duševného zdravia
- Tabuľka č.12 Kľúčové udalosti v oblasti rozvoja politiky duševného zdravia v Českej republike a na Slovensku po roku 1989
-
- Graf č. 1 Prevalencia duševných ochorení v regiónoch WHO v roku 2019
- Graf č. 2 Odhad prevalencie duševných ochorení naprieč Európou v roku 2018
- Graf č. 3 Vývoj podielu populácie s duševným ochorením v Českej a Slovenskej republike
- Graf č. 4 Globálny vývoj DALYs v rokoch 1990-2019, v miliónoch (duševné ochorenia)
- Graf č. 5 Vývoj počtu duševne chorých v rokoch 2010-2021 v Českej republike
- Graf č. 6 Vývoj počtu pacientov liečených na duševné ochorenie v rokoch 2010-2021 v Českej republike
- Graf č. 7 Vývoj DALYs v rokoch 1990-2021 pre Českú republiku, v tisícoch (duševné ochorenia)
- Graf č.8 Vývoj počtu pacientov liečených na duševné ochorenie v rokoch 2010-2021 na Slovensku

Graf č. 9 Vývoj DALYs v rokoch 1990-2021 pre Slovenskú republiku, v tisícoch (duševné ochorenia)

Schéma č. 1 Interakcia individuálnej zraniteľnosti a stresorov vo vzťahu k problémom s duševným zdravím

Schéma č. 2 Vzorec DALYs

Schéma č. 3 Zlomový okamih v rozvoji politiky starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike/ na Slovensku

Úvod

Duševné zdravie je v dnešnej dobe bez pochyb neoddeliteľnou súčasťou zdravia ako jedného komplexného celku. Rovnako tak je zásadným predpokladom preto, aby ľudia mohli žiť spokojný a produktívny život. Na druhej strane predstavuje jednu z najväčších výziev súčasnej spoločnosti. Má veľký vplyv na jedinca samotného, na jeho pracovné výkony i na medziľudské vzťahy, v ktorých interaguje. Podlomené duševné zdravie vo vzťahu s nedostatočnou prevenciou či liečbou prispieva k horším výsledkom dosiahnutým vo vzdelávaní či k zvyšovaniu nezamestnanosti v štáte.

George Engel, americký internista a psychiater, konceptualizoval na konci 70. rokov 20. storočia tzv. bio-psycho-sociálny model, ktorý zdôrazňuje, že pre pochopenie celkového zdravotného stavu daného človeka nie je možné brať v úvahu len biologické faktory, no je nevyhnutné zohľadniť i faktory psychologické a sociálne (Engel, 1977). Všetky tieto tri faktory sú vzájomne tesne prepojené a deklarované v preambule Ústavy Svetovej zdravotníckej organizácie (ďalej len WHO). Napriek tomu zdravotné systémy mnohých krajín po dlhú dobu bojujú s praktickou implementáciou tohto modelu. V tomto bode je však nutné poznamenať, že síce politiky starostlivosti o duševné zdravie nestáli v minulosti na prvých priečkach naliehavosti v rámci politickej agendy, vo vyspelých krajinách naprieč celým svetom sa postupne dostávajú do popredia záujmu.

Kľúčovým prvkom pre uchopenie tejto problematiky je efektívne nastavená legislatíva v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie, kde sú jednotlivé ustanovenia v súlade so základnými ľudskými právami a potrebami osôb bojujúcimi s psychickými ťažkosťami. Nevyhnutnou súčasťou sú takisto kontrolné mechanizmy, ktoré majú za cieľ sledovať súlad štátnej legislatívy s medzinárodne uznanými normami a záväzkami vyplývajúcimi z ratifikovaných zmlúv (WHO, 2020a). V neposlednom rade nemožno zabúdať na nutnosť zacielenia pozornosti na oblasť prevencie.

V súvislosti s dopadmi a neistotou spojenou či už s pandémiou SARS-CoV-2 (ďalej len Covid-19), vojenským konfliktom na Ukrajine alebo s rastúcimi životnými nákladmi prevedené prieskumy naznačujú, že v roku 2022 mohol byť v priemere, naprieč štátmi EÚ, každý druhý Európan považovaný za osobu ohrozenú depresiou¹ (OECD, 2022). Česká republika a Slovensko sú dodnes krajinami, kde je rozšírená silná stigma spájajúca sa s psychickými ochoreniami a ich následnou liečbou. V počte spáchaných a dokonaných samovrážd sa dokonca

¹ Jednotlivé podiely osôb, ktoré sú ohrozené depresiou sa pohybovali v rozmedzí od 40% v Dánsku či v Holandsku až po 65% v Grécku či na Cypre (OECD, 2022, s.100).

obe krajiny nachádzajú nad európskym priemerom (ČSÚ, 2021; NCZISK, 2021). V mnohých prípadoch je však možné práve takýmto situáciám predísť, či už efektívne nastavenou politikou v oblasti duševného zdravia a s tým spojenou kvalitnou, dostupnou psychologickou a psychiatrickou starostlivosťou alebo šírením osvedy a destigmatizáciou psychických chorôb.

Od 90. rokov 20. storočia Česko a Slovensko kráčajú v oblasti politik starostlivosti o duševné zdravie svojou vlastnou cestou. Obe krajiny bojovali s takmer úplnou absenciou efektívnych systematických krokov a zmien, ktoré by napomohli ku skvalitneniu systému a po dlhú dobu i s malým záujmom zo strany politikov či nedostatkom finančných prostriedkov alokovaných v tejto sfére. Problematickým sa dlhodobo javil malý posun ku naplneniu bio-psycho-sociálneho modelu a z dôvodu personálnych nedostatkov i existencia veľkého previsu pacientov a výhra kvantity nad požadovanou kvalitou. Systémový proces reformy psychiatrickej starostlivosti v Českej republike a pripravovaná reforma psychiatrickej starostlivosti na Slovensku sú krokmi, ktoré môžu byť zaujímavým posunom v oblasti politik duševného zdravia a priniesť tak dlho očakávané zmeny.

Hlavným cieľom tejto diplomovej práce bude priniesť ucelený pohľad na kľúčové udalosti v inštitucionálnom vývoji politik starostlivosti o duševné zdravie v oboch skúmaných krajinách. Tie po desaťročia spájala spoločná história, na základe ktorej ich systémy poskytovania zdravotnej starostlivosti vychádzajú z rovnakého základu. S využitím historického inštitucionalizmu a jeho konceptov identifikujem príčiny toho, prečo systémy v oboch krajinách po dlhú dobu stagnovali a rovnako tak i to, ako dochádzalo k inkrementálnym zmenám a následne i veľkým reformám v rámci inštitucionálneho prostredia na poli politik duševného zdravia. S využitím komparatívneho prístupu identifikujem podobnosti a odlišnosti v realizácii politik starostlivosti o duševné zdravie a na konci predstavím problematické oblasti súčasného nastavenia týchto politik.

1 Ciele práce a výskumné otázky

Hlavným cieľom predloženej diplomovej práce je **priniesť ucelenú analýzu vývoja politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku po roku 1989**. S využitím konceptov historickej inštitucionalizmu identifikujem kľúčové udalosti a zlomové okamihy, ktoré mali vplyv na smerovanie týchto politik v oboch skúmaných krajinách. Vzhľadom na to, že hlavný cieľ diplomovej práce je formulovaný pomerne široko, rozhodla som sa ho pre ďalšie účely rozčleniť na niekoľko **čiasťkových cieľov**, a to nasledovne:

- (A) Popísať vývoj a aktuálny stav v skúmanej oblasti a identifikovať kľúčové udalosti a zlomové okamihy, ktoré tento vývoj ovplyvnili do súčasnej podoby.
- (B) Vysvetliť vznik a dopady inkrementálnych zmien policy designu politik starostlivosti o duševné zdravie v oboch skúmaných krajinách.
- (C) Nájsť podobnosti a odlišnosti v realizácii týchto politik.
- (D) Identifikovať problémové oblasti súčasného inštitucionálneho nastavenia politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku.

V súvislosti s takto formulovanými cieľmi a teoretickým ukotvením práce pokladám **nasledujúce výskumné otázky**:

Cieľ (A) + (B)

Ako sa vyvíjalo inštitucionálne nastavenie politik starostlivosti o duševné zdravie v období pred a po roku 1989?

Aký je aktuálny stav nastavenia politik starostlivosti o duševné zdravie v oboch skúmaných republikách?

Aké dopady mali inkrementálne zmeny v tejto oblasti?

Ktoré zlomové okamihy (angl. „*critical junctures*“) podnietili zmenu v inštitucionálnom nastavení skúmaných politik? Ktoré z inštitúcií naopak v priebehu času pretrvali?

Cieľ (C)

V čom sa líši policy design politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku?

Kedy sa tieto politiky začali vyvíjať odlišne?

Cieľ (D)

Aká je dostupnosť psychiatrickej starostlivosti v oboch krajinách?

Kde je možné identifikovať prípadné slabé miesta v aktuálnom nastavení inštitucionálneho rámca politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku?

2 Dáta a metódy

Vo svojej diplomovej práci som k naplneniu vyššie stanovených cieľov a k zodpovedaniu formulovaných výskumných otázok využila kvalitatívnu **komparatívnu analýzu**². Už od pravekých dôb ľudia prirodzene porovnávajú za účelom nájsť a pochopiť podobnosti i odlišnosti, ktoré vnímajú medzi sebou a ostatnými v situáciách každodenného života. K tomu, aby mohol byť komparatívny výskum využitý (nielen) vo výskume verejnej politiky je ale potrebná prítomnosť základného predpokladu existencie „entít, ktoré je možné porovnávať z hľadiska charakteru a úrovne – ide o tzv. *porovnatelnosť konštruktov*“ (Geissler, Mouralová, 2011, s. 171). Vítek (2001, s. 179) ďalej vedeckú komparáciu definuje ako „činnosť, ktorej cieľom je zo známych faktov vyvodit' niečo, čo sme doposiaľ nevedeli“.

Komparatívna analýza by podľa Geissler a Mouralovej (2011, s. 172) nemala byť vo vedeckom výskume využívaná len za cieľom deskripcie, no mala by v sebe zahŕňať i „*vysvetlenie alebo interpretáciu rozdielov*“. To potvrdzujú i Moses a Knutsen (2019), ktorí upozorňujú na fakt, že mnoho výskumníkov pri prevádzaní vedeckej komparácie svoju pozornosť sústreďujú prevažne na hľadanie podobností medzi prípadmi, no netreba zabúdať i na vnímanie rozdielov – či už tých pôvodných alebo tých, ktoré vyplynú napr. z odlišného vývoja z rovnakej začiatkovej pozície. Vhodnosť využitia komparatívnej analýzy pri výskume na medzinárodnom poli dokladá i možnosť načerpania inšpirácie v praxi iných krajín. „*Snaha poučiť sa z príkladu iných krajín*“ je dokonca základným motívom pre medzinárodné komparácie (Geissler, Mouralová, 2011, s. 175).

Ako napovedá samotný názov tejto práce, prevádzala som komparatívnu analýzu na poli inštitucionálneho nastavenia politik starostlivosti o duševné zdravie dvoch krajín – Českej republiky a Slovenska. Komparácia krajín je vo výskume verejných politik zameraná na štyri ciele, ktorými sú: *popis súvislostí, klasifikácia, testovanie hypotéz a formulácia predpovedí* (Landman, 2013, s. 4). Tieto ciele sú v systematických komparatívnych štúdiách vzájomne prepojené, avšak na niektoré z nich môže byť v závislosti na cieľoch práce kladený väčší dôraz. *Popis súvislostí, javov a udalostí* stál na začiatku rozvoja komparatívnych analýz a je neopomenuteľnou súčasťou výskumného procesu, nakoľko výskumníkov prináša dáta a kontext, ktoré v ďalších krokoch môžu slúžiť k vysvetleniu skúmaných javov. Ďalšiu úroveň predstavuje *klasifikácia*, nakoľko sa snaží „*zoskupiť mnoho samostatných entít do jednoduchších kategórií*“ a znížiť zložitosť problematiky tým, že hľadá vlastnosti, ktoré

² Geissler a Mouralová (2011, s. 173) definujú kvalitatívnu **komparatívnu analýzu** ako „*akýkoľvek porovnávací výskum, kde sú porovnávané oblasti rozkladané do čiastkových javov a ukazovateľov*“.

komparované krajiny zdieľajú, a v ktorých sa naopak odlišujú (Landman, 2013, s. 5). Po popise a následnej klasifikácii nasleduje cieľ nájsť faktory, ktoré vysvetlia získané dáta. *Overovanie hypotéz*, ktoré vychádzajú z určitého teoretického základu, umožňuje vylúčenie konkurenčných vysvetlení prostredníctvom analýzy podobností a rozdielov medzi komparovanými krajinami. Posledným, no zároveň tým najnáročnejším cieľom komparatívnej analýzy krajín je *formulovanie predpovedí a záverov* (Landman, 2013, s. 10).

Landman (2013, s. 28) ďalej popisuje tri základné metódy, ktoré možno využiť v rámci komparácii krajín: komparácia mnohých krajín, komparácia niekoľkých krajín a štúdie jedinej krajiny. Výber konkrétnych prípadov, ktoré budú následne komparované by mal byť v súlade s formulovanými cieľmi výskumu a teoretickým rámcom (Geissler, Mouralová, 2011). Výber Českej republiky a Slovenska ako dvoch krajín, ktoré boli predmetom komparatívnej analýzy bol prevedený zámerne na základe uplatnenia **metódy súhlasu**³ a tento výber spadá do kategórie **komparácie niekoľkých krajín**⁴ (Karlás v Drulák et al., 2008). Českú republiku a Slovensko po dlhé roky spájala spoločná história, no po rozdelení v roku 1993 zaujali rozdielne postoje k tomu, akým smerom by sa mali vydať ich politiky starostlivosti o duševné zdravie. Takáto *stratégia porovnateľných prípadov*, kedy výskumník starostlivo vyberá zväčša dve, v určitom aspekte blízke krajiny, pomáha k získaniu potrebnej kontroly nad analýzou (Lijphart, 1975, s. 163). Analýzy sú v tomto prípade menej rozsiahle, viac intenzívne a dokážu vystihnúť špecifiká oboch skúmaných krajín, čo považujem za vhodné pre rozsah a spracovanie diplomovej práce.

Komparácia bola zameraná na inštitucionálny vývoj v období od roku 1989 po súčasnosť⁵. Pre dosiahnutie vytýčených cieľov diplomovej práce som sa zamerala na skúmanie inkrementálnych zmien, kľúčových politických udalostí a zlomových okamihov (angl. „*critical junctures*“) v tomto vymedzenom období, v snahe naplniť štyri základné ciele vedeckej komparatívnej analýzy tak, ako ich popisujem vyššie⁶. To potvrdzuje i Ragin (1994), ktorý takýto typ komparatívnej analýzy považuje za viac vhodný pre tie štúdie, v ktorých je dôraz kladený na odhalenie podobností a odlišností medzi krajinami, než pre štúdie, ktoré sa snažia o odhaľovanie vzťahov medzi premennými. Geissler a Mouralová (2011) dopĺňajú, že

³ Pozri **Milova metóda súhlasu** (angl. „*method of agreement*“) napr. KOUBA, Karel, et al. Využití Millových metod ve srovnávací politologii: metodologické předpoklady a problémy. *Politologica. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis*, 2008, 6: 107-136.

⁴ Táto kategória zahŕňa výber 2 až 20 krajín (Landman, 2013, s. 28).

⁵ Predpokladá sa zmapovanie oblasti do 05/2023.

⁶ Pozri s. 18.

v komparatívnej analýze je potrebné sledovať i dopady skúmaných politík, čo bude zahrnuté v zodpovedaní výskumných otázok formulovaných k naplneniu cieľa D.

2.1 Zber dát

Dáta, s ktorými som v rámci diplomovej práce pracovala, je možné rozdeliť na primárne a sekundárne (Potůček, Pavlík, 2015). Na začiatku výskumu som previedla rozsiahly desk research. Tento krok, ktorý tvoril významnú časť prípravných prác, je definovaný ako „*proces, v ktorom dochádza k zhromažďovaniu informácií pre ďalšiu analýzu bez nutnosti priameho kontaktu výskumníka a účastníka výskumu*“ (Travis, 2016; Hoover Green, Cohen, 2021, s. 2). Sekundárne dáta⁷ som počas tejto fáze získavala z relevantných tuzemských i zahraničných knižných a elektronických zdrojov. Zameriavala som sa na dostupné odborné štúdie, štatistické dáta z oboch skúmaných krajín, európske i medzinárodné štatistiky, verejnopolitické dokumenty, platnú i už neplatnú legislatívu, dôvodové správy zákonov alebo výročné správy, s cieľom identifikovať relevantné oblasti v rámci politík starostlivosti o duševné zdravie.

Po vypracovaní základného kontextu problematiky a prvotného popisu súvislostí bolo prístupné k výberu respondentov pre získanie primárnych dát. Primárne dáta boli získané z prevedeného systematizujúceho expertného šetrenia, v priebehu ktorého som uskutočnila 12 expertných hĺbkových rozhovorov s poprednými odborníkmi z rôznych oblastí politiky duševného zdravia v oboch skúmaných krajinách (Bogner, Littig, Menz, 2009). Cieľom bolo získať zastúpenie odborníkov v oboch skúmaných krajinách tak, aby bolo možné so získanými dátami ďalej rovnomerne pracovať. Za experta bola považovaná osoba, ktorá mala vo zvolenej oblasti minimálne päťročnú prax a skúsenosť. Rozhovory boli prevádzané postupne v období apríl až jún 2023. Expertný rozhovor je v oblasti skúmania verejných politík často využívanou kvalitatívnou metódou, pričom hlavnou motiváciou výskumníka je existencia expertnej znalosti a odbornosti opýtanej osoby (Monke, 2007). Expertný rozhovor je možné využívať ako samostatnú metódu k získaniu dát v kvalitatívnom výskume, no rovnako tak je vhodné ho kombinovať s inými metódami, napr. s analýzou dokumentov pre dosiahnutie čo najviac relevantného výsledku (Monke, 2007; Döringer, 2020).

Expertné rozhovory boli vedené ako pološtruktúrované, na základe predom pripravených okruhov otázok, ktoré určili predbežný smer, ktorým sa rozhovor vyvíjal, no nemal rigidnú štruktúru. Expertom bolo ponúknutých niekoľko variant, akými je možné

⁷ Pri historickej komparatívnej analýze tvoria sekundárne dáta významnú časť dát, ktoré má výskumník k dispozícii (Geissler, Mouralová, 2011).

rozhovor uskutočniť – online s využitím dostupných platforiem alebo osobné stretnutie. Všetci experti boli predom ústne oboznámení s účelom, pre ktorý je rozhovor prevedený i s tým, ako bude so získanými dátami ďalej nakladané. Zúčastnení experti dostali v prípade záujmu možnosť zaslania okruhov otázok predom prostredníctvom e-mailu. Každý rozhovor bol nahrávaný na diktafón, s ústnym povolením respondentov. Prehľad prevedených expertných rozhovorov uvádzam v Tabuľke č. 1 a v Tabuľke č. 2, oddelene pre každú zo skúmaných krajín.

Tabuľka č. 1 Prehľad prevedených expertných rozhovorov v Českej republike

Expert	Profesijné zameranie experta
Expert_ČR_1	riaditeľ NÚDZ; člen Rady sociálnej prevencie Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP;
Expert_ČR_2	predseda Spoločnosti sociálneho lekárstva a riadenia starostlivosti o zdravie ČLS JEP; podieľal sa na Stratégii reformy psychiatrickej starostlivosti
Expert_ČR_3	koordinátorka naplňovania Národného akčného plánu prevencie samovrážd 2020 – 2030, podieľala sa na projekte Destigmatizácie ľudí s duševným ochorením (NÚDZ)
Expert_ČR_4	neurovedkyňa, spoluzakladateľka a CEO neziskovej organizácie Nevypušť dušu, zástupkyňa užívateľov starostlivosti v Národnej rade pre duševné zdravie
Expert_ČR_5	zakladajúca členka a predsedkyňa Aliancie centier duševného zdravia
Expert_ČR_6	psychiater a bývalý riaditeľ organizácie Starostlivosť o duševné zdravie
Expert_ČR_7	vedúca pracovnej skupiny Prevencia a výskum stigmatizácie, koordinátorka projektu Destigmatizácia ľudí s duševným ochorením (NÚDZ)

Zdroj: vytvorené autorkou

Tabuľka č. 2 Prehľad prevedených expertných rozhovorov v Slovenskej republike

Expert	Profesijné zameranie experta
Expert_SR_1	psychiater, člen autorského kolektívu Základných princípov reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku
Expert_SR_2	prednostka Ústavu epidemiológie Lekárskej fakulty UK v Bratislave, dlhodobo sa venuje skúmaniu duševných ochorení, spolupracuje s Ligou za duševné zdravie
Expert_SR_3	zakladateľ Združenia pre duševné zdravie – Integra, podieľal sa na príprave Reformy psychiatrickej starostlivosti SR (1991)
Expert_SR_4	psychiatrička, bývalá prezidentka SPS SLS, podpredsedníčka Výboru pre kvalitu starostlivosti o duševné zdravie Rady vlády SR pre duševné zdravie
Expert_SR_5	psychiatrička, členka Rady vlády SR pre duševné zdravie

Zdroj: vytvorené autorkou

2.2 Analýza získaných dát a limity výskumu

Všetkých 12 hĺbkových expertných rozhovorov bolo následne z nahrávok doslovne prepísaných do textového súboru. Doslovný prepis rozhovorov som vo svojej práci zvolila z toho dôvodu, aby som akýmkoľvek nedopatrením neopomenula informáciu, ktorú by som v dobe prepisu nemusela považovať za úplne relevantnú, no neskôr by absentovala alebo by bola potrebná pre celkový kontext.

Primárne dáta z expertných rozhovorov v textovej podobe i všetky získané sekundárne dáta som v ďalšom kroku podrobila tematickej analýze, v snahe identifikovať spoločné a rozdielne prvky v inštitucionálnom nastavení skúmaných politík. Tematická analýza je čoraz častejšie využívaná predovšetkým za účelom hlbokého pochopenia skúmanej problematiky a prepojenia informácií, ktoré výskumník získal (Braun, Clarke, 2006). Už počas prepisu rozhovorov som aktívne smerovala k všimaniu si vzorcov, ktoré sa opakovali. V ďalšom kroku som formulovala kódy a následne tak dokázala získané dáta klasifikovať do potenciálnych tém. V poslednom kroku som sadu tém, ktorá vznikla skontrolovala, podobné témy zlúčila a naopak odstránila tie, ktoré v sebe nezahŕňali dostatok údajov (ibid).

Na tomto mieste by som rada uviedla, že som si vedomá limitov, ktoré sú spojené s uskutočňovaním komparatívnej analýzy krajín. Hlavným problémom, ktorý sa spája s týmto typom analýzy je získanie dát, ktoré sú navzájom porovnateľné. Tomu som sa v mojej práci snažila vyhnúť dôkladnou prípravnou fázou, kde som sa zamerala na získanie hlbokých znalostí kontextu problematiky politik starostlivosti o duševné zdravie oboch skúmaných krajín. Oslovovanie respondentov, na základe ktorého v ďalšej fáze prebehli expertné rozhovory, bolo uskutočnené na základe vytvorenej stratégie, ktorá cieľila na zachytenie popredných odborníkov na porovnateľných pozíciách pre obe krajiny zvlášť. V konečnej fáze sa mi síce nepodarilo získať vyrovnaný počet expertných rozhovorov pre obe krajiny⁸, no nepovažujem to za problematiku z dôvodu plného pokrytia diskutovaných oblastí.

Geissler a Muralová (2011, s. 188) upozorňujú tiež na problémy, ktoré pri medzinárodných porovnaníach vyplývajú z jazykových rozdielov a prípadne posunutých významov slov. V tomto prípade som neidentifikovala žiadne jazykové bariéry, vzhľadom na blízkosť úradných jazykov Českej republiky a Slovenska. Nemalou pomocou pri výskume mi takisto bola celková kultúrna blízkosť komparovaných krajín.

⁸ V Českej republike som zrealizovala 7 expertných rozhovorov, na Slovensku 5, pozri tabuľky na s. 21-22.

3 Teoretické východiská

Využitie teoretických konceptov umožňuje výskumníkovi nazrieť na zložitejšiu problematiku prostredníctvom viacerých „optík“, zamerať svoju pozornosť na špecifické aspekty a pohybovať sa v užšom vymedzenom rámci (Reeves et al., 2008, s. 631). Pre pochopenie aktuálneho nastavenia v konkrétnej verejnopolitickej oblasti je nevyhnutné, aby sme poznali kontext z historického i inštitucionálneho hľadiska. S ohľadom na vytýčené ciele tejto diplomovej práce bol za teoretické východisko tejto diplomovej práce zvolený **historický inštitucionalizmus**, nakoľko študuje vplyv historického vývoja a usporiadania inštitúcií na skúmanú politiku.

Historický inštitucionalizmus (ďalej len HI) patrí medzi tzv. tri prúdy nového inštitucionalizmu, spolu so sociologickým inštitucionalizmom a inštitucionalizmom racionálnej voľby (Hay, Wincott, 1998; Bannerman, Haggart, 2015). Empirický záber HI sa postupne značne rozširoval, z pôvodne veľkých otázok vzniku štátov, ekonomických kríz či dôsledkov vojen sa výskumníci začali zameriavať prakticky na všetky typy inštitúcií a to ako na miestnej, tak i regionálnej či národnej úrovni (Fioretos et al., 2016). Dnes je HI rozšírený predovšetkým v oblasti komparatívnej politiky, v medzinárodnej politickej ekonómii, dominuje v rámci európskych integračných štúdií a v popise amerického politického vývoja (Bannerman, Haggart, 2015, s.1). Je to teoretický prístup, ktorý v skratke hovorí jediné, a to: „*na histórii záleží*“ (Kickert, Der Meer, 2011, s. 476).

3.1 Historický inštitucionalizmus

3.1.1 Vývoj historického inštitucionalizmu

Zrod historického inštitucionalizmu je možné zasadiť do 60. a 70. rokov 20. storočia, kedy sa postupne vyvíjal predovšetkým zo štrukturálneho funkcionalizmu a zo skupinových teórií (Hall, Taylor, 1996, s. 937). S predstaviteľmi štrukturálneho funkcionalizmu súhlasí HI v základnej paradigme, kde politika predstavuje komplexný systém viacerých zložiek, ktoré sa vzájomne ovplyvňujú. Nesúhlasne sa však predstavitelia HI stavali k povahe faktorov, ktoré riadia fungovanie celého systému – nie psychologické, kultúrne či sociálne vlastnosti jednotlivcov, ale inštitucionálna organizácia politiky je to, čo udáva smer kolektívnemu konaniu (ibid). S predstaviteľmi skupinových teórií sa predstavitelia HI zhodnú v existencii určitého politického konfliktu medzi opozitnými skupinami vo vnútri politiky, avšak tento konflikt nepovažujú za relevantné vysvetlenie odlišností medzi krajinami v rovnakých politických rezortoch (ibid).

Inštitucionalizmus ako taký však má svoje korene už v antickom skúmaní politiky.

Grécki filozofi Platón a Aristotelés v staroveku chápali nezanedbateľný význam formálnych inštitúcií pre formovanie a štrukturáciu politických stimulov, rozhodnutí a normatívnych hodnôt⁹. Historicky v štúdiu inštitúcií pokračovali stredovekí i novovekí autori Locke, Hobbes, či Montesquieu. James Madison, štvrtý prezident Spojených štátov amerických, skúmal akým spôsobom rozdielne inštitucionálne usporiadania vedú alebo naopak odrádzajú od konkrétneho typu politického rozhodnutia (Steinmo et al., 2008, s. 118). V období pred druhou svetovou vojnou dokonca v niektorých krajinách existovali predstavy o tom, že vhodným inštitucionálnym nastavením je možné zabezpečiť fungovanie demokracie. Tento argument však prestal napĺňať svoj pôvodný účel vo chvíli, kedy demokratické inštitúcie na rôznych miestach vo svete zlomila autokracia (ibid, s. 119).

Do popredia sa začali dostávať požiadavky na vytváranie prediktívnych, falzifikovateľných a testovateľných teórií v sociálnych vedách (ibid). Pôvodný „starý“ inštitucionalizmus prestával byť dostačujúcim, predovšetkým z dôvodu úzkeho zamerania sa na síce zaujímavú, no zdĺhavú a netestovateľnú historickú deskripciu inštitúcií a absentujúcim komparatívnym analýzám (Steinmo, Thelen, Longstreth, 1992). Do popredia sa dostali individualistickejšie prístupy – predstavitelia behaviorizmu, ktorí sa zameriavali na výskum merateľného správania, spolu s predstaviteľmi teórie racionálnej voľby. Oba tieto prístupy mali spoločné individualistické ponímanie človeka ako bytosti, ktorá koná buď ovplyvnená socio-psychologickými črtami alebo na základe jednoduchej vypočítavosti v snahe zabezpečiť si svoj maximálny úžitok (Peters, 2011, s. 1). Politické javy boli „*súhrnným dôsledkom individuálneho správania*“ a formálne či neformálne inštitúcie začali byť odsúvané do úzadia (ibid; March, Olsen, 1984, s. 734). Tieto prístupy ale nezostali rezistentné voči kritike¹⁰ a v 80. rokoch 20. storočia došlo k opätovnému návratu inštitucionalizmu na akademickú pôdu (Hall, Taylor, 1996).

Do odborných analýz začali inštitúcie znovu vstupovať, došlo k výraznému posunu smerom ku komparatívnym analýzám a výskumníci svoj objekt záujmu presunuli zo skúmania premenných ku skúmaniu konkrétnych prípadov a správania či postavenia jednotlivých aktérov (napr. Katzenstein, 1978; Skocpol, Theda, 1979; March, Olsen, 1984; Pierson, 2004). Práve prostredníctvom zmien v inštitucionálnom usporiadaní začali byť vysvetľované rozdielne reakcie štátov na veľké hospodárske výzvy, ktoré sprevádzali 70. a 80. roky 20. storočia

⁹ Medzi najvýznamnejšie diela týchto filozofov, ktoré sa zaoberajú vplyvom inštitúcií na politické správanie patria Platónova „*Republika*“ a Aristotelova „*Politika*“ (Steinmo et al., 2008, s. 118).

¹⁰ Boli označované za **kontextuálne** (kladú až príliš veľký dôraz na ekonomické faktory), **redukcionistické** (príliš úzky záber len na individuálne konanie) či **utilitárne** (March, Olsen, 1984).

(Steinmo, Thelen, 1992).

Postupne vznikol „nový inštitucionalizmus“, ktorý po prvýkrát terminologicky ukotvili March a Olsen v roku 1984 v článku *The New Institutionalism: Organizational Factors in Political Life*. Na tomto mieste by som rada uviedla, že napriek celej rade podobností sa nový inštitucionalizmus od toho starého odlišuje, a to predovšetkým v rozšírenom vnímaní konceptu inštitúcie¹¹ (Kratochvíl, 2008).

Napriek prvotnému, navonok relatívne ucelenému dojmu, predstavuje tento pojem zoskupenie hneď niekoľkých analytických prístupov, ktoré sa postupne začali štiepiť, pričom každý z nich poskytuje iný pohľad na definíciu inštitúcií. Hall a Taylor (1996) rozdeľujú novú inštitucionálnu teóriu na historický inštitucionalizmus, sociologický inštitucionalizmus a racionálny inštitucionalizmus¹². V nasledujúcich podkapitolách sa budem bližšie venovať, vzhľadom na povahu tejto práce, **historickému inštitucionalizmu**.

3.1.2 Formálne a neformálne inštitúcie

Hall a Taylor (1996, s. 937) definujú inštitúcie ako „*formálne i neformálne procedúry, normy, zvyky, ktoré sú zakotvené do organizačnej štruktúry inštitucionálneho rámca*“. Cartwright (2021, s. 69) dopĺňa, že práve inštitúcie „*utvárajú strategické správanie politických aktérov a ich schopnosť zúčastňovať sa politického procesu*“.

Formálne inštitúcie sú záväznými pravidlami a vzniká u nich nárok na vymáhanie. Neformálne inštitúcie naopak predstavujú akési nepísané normy alebo zvyky, ktoré majú význam pre politické výstupy a predstavujú dopad, ktorý majú formálne inštitúcie v mieste, kde sa presadzujú a dodržiavajú (Cartwright, 2021, s. 69-70). Neformálne inštitúcie si však často, aj napriek svojej povahe, získavajú veľkú pozornosť, a to práve pri rokovaní o presadení zmeny inštitúcií formálneho charakteru, typicky pri zmene legislatívy (Kickert, Der Meer, 2011).

Historický inštitucionalizmus vo všeobecnosti zdôrazňuje tri základné rysy inštitúcií, ktoré je potrebné pri výskume brať na zreteľ. Prvým dôležitým bodom je orientácia na historický vývoj jednotlivých inštitúcií. Samotný vývoj inštitúcií nie je samovoľný, no práve

¹¹ Nový inštitucionalizmus rozširuje vnímanie pojmu inštitúcia z úzkeho ponímania čisto politického zoskupenia a pridáva do definície i formálne a neformálne pravidlá, znaky, symboly či politickú kultúru (Kratochvíl, 2008, s. 133).

¹² Podobne i Hay, Wincott, 1998; Bannerman, Haggart, 2015; Peters, 2005 pridáva normatívny, empirický, medzinárodný a sieťový inštitucionalizmus, avšak využívanie tejto klasifikácie je v odbornej literatúre minimálne.

naopak – je závislý na „cestě“ (angl. „*path dependence*“). Rozhodnutia, činy alebo akcie prevedené v minulosti majú významný vplyv na inštitucionálne zmeny, ktoré budú (alebo nebudú) prevedené v budúcnosti. Spoločnosť tak podľa historického inštitucionalizmu nie je možné považovať za tabuľu rasu, kde sú všetky výsledky do budúcnosti možné s takou istou pravdepodobnosťou. V rámci historického inštitucionalizmu je relatívne hlboko zakorenený predpoklad o tom, že politické systémy sú konzervatívne a zmeniť inštitucionálne nastavenie je veľmi náročné (Peters, Pierre, King, 2005). To potvrdzujú i Bannerman a Haggart (2015, s.1) ktorí uvádzajú, že akákoľvek zmena „*normy, postupu či konvencie je už dopredu zaťažená aktuálnym inštitucionálnym kontextom*“.

Druhým bodom je existencia spoločenských mocenských vzťahov. Akákoľvek zmena zavedenej normy alebo postupu je hodnotovo zaťažená a do väčšej alebo menšej miery zvyhodňuje určitú skupinu aktérov oproti iným. Ako poznamenáva Hall a Taylor (1996, s. 961), inštitúcie môžu byť „*prvkom politického diania*“. V konečnom dôsledku tak formujú skupinu, ktorá má hlavný záujem na tom, aby aktuálne inštitúcie zostali zachované a skupinu, ktorá má svoj hlavný záujem na ich zmene. Tretím, nemenej dôležitým bodom je zásadná rola ideí, ktoré sa používajú k presadeniu vlastného záujmu (Bannerman, Haggart, 2015, s.6).

Na tomto mieste považujem za dôležité zmieniť fakt, že zástancovia historického inštitucionalizmu nepovažujú inštitúcie (či už formálne alebo neformálne) za jedinou hybnú silu v politike. Význam sa prikladá takisto vývoju na socioekonomickom poli alebo novovzniknutým ideám (Hall, Taylor, 1996).

3.1.3 Závislosť na ceste (*path dependence*)

Historický inštitucionalizmus, ako uvádzam vyššie, stavia na základnom predpoklade závislosti na ceste (angl. „*path dependence*“) – akejsi všeobecnej skúsenosti, že formálne i neformálne inštitúcie, ktoré boli kedysi ustanovené si do budúcnosti nesú „*genetický kód svojho vzniku*“ a doceliť ich zmenu je veľmi náročné (Potůček, 2016, s. 28). Politické či sociálne výstupy sú práve týmto inštitucionálnym historickým konceptom zásadne ovplyvnené (Císař, 2002). K tomu, aby bolo možné postupovať k ďalšiemu vývoju na poli inštitúcií je podľa predstaviteľov HI nevyhnutné analyzovať pôvodné rozhodnutia a historický kontext. Hall a Taylor (1996, s. 9-10) dodávajú, že všetko čo sa v politike odohrá môže mať veľký vplyv na budúce udalosti.

Napriek tomu, že opustiť zabehnutú cestu a doceliť zmenu v inštitucionálnom nastavení je veľmi ťažké, nie je to nedosiahnuteľné. Je nutné ale brať v úvahu dôvody, prečo je

akákoľvek inštitucionálna zmena náročná. Po **prvé**, inštitúcie neexistujú vo vákuu, no sú zakotvené v inštitucionálnom systéme. V prípade, že dôjde k zmene v jednej z inštitúcií takéhoto súboru, nevyhnutne to bude mať následky pre ostatné. Rovnako tak bude existovať určitá skupina aktérov, ktorí budú v širšom kontexte touto zmenou poznačení či znevýhodnení a pravdepodobne budú klásť odpor. Po **druhé**, každá zmena so sebou nesie nie úplne predvídateľné dlhodobé účinky a následky. V súvislosti s existenciou konkrétnych inštitúcií si ľudia vytvárajú určité návyky a očakávania, ktoré pri zmene zostanú porušené. V mnohých prípadoch sa uprednostní pokračovanie po známej ceste, i keď nie vždy prináša požadované výsledky. **Tretím** hlavným dôvodom, prečo nie je tak jednoduché docieľiť zmenu inštitúcií je existencia počiatočných nákladov, ktoré so sebou takáto zmena prinesie (Steinmo et al., 2008, s. 129). Tieto základné zdroje stability môžu byť narušené externými vplyvmi, ktoré spôsobia šok – zlomové okamihy, vedúci ku nasmerovaniu inštitúcie novou, pozmenenou cestou.

3.1.4 Zlomové okamihy (*critical junctures*)

Historický inštitucionalizmus chápe zmeny v oblasti politiky ako proces, ktorý je charakteristický dlhými, relatívne stabilnými vývojovými obdobiami závislými na historických vzorcoch, ktoré sú prerušované **zlomovými okamihmi** (angl. „*critical junctures*“). Práve tieto zlomové okamihy stoja za spustením určitého sledu udalostí, ktoré na svojom konci vyúsťujú vo veľkú inštitucionálnu zmenu (Peters, Pierre, King, 2005, s. 1276; Kickert, Der Meer, 2011, s. 476). Tieto zlomové okamihy prichádzajú v nie príliš pravidelných a očakávaných intervaloch – preto sú tiež nazývané ako **vonkajší šok**. Dochádza tak k narušeniu dlhých období inštitucionálnej rovnováhy. Toto narušenie spôsobené šokom vytvára priestor k presadeniu náhlejšej a radikálnej zmeny, ktorá bude opäť nasledovaná dlhým, zväčša statickým obdobím. Pierson (1996) i Kickert a Der Meer (2011) zhodne nazývajú tento jav ako tzv. **prerušovaný rovnováhu**. V stabilných obdobiach môže dôjsť k reformám, no tie majú povahu reforiem čiastkových a postupných (Kickert, Der Meer, 2011).

Zmeny sú odborníkmi vysvetľované s využitím piatich základných kauzálnych mechanizmov. Týmito mechanizmami sú vytesňovanie, vrstvenie, presun, konverzia a vyčerpanie. V prípade prvého mechanizmu, **vytesňovania**, dochádza k tomu, že pôvodná a dominantná inštitúcia je postupne úplne nahradená novou, alternatívnou inštitúciou. Táto nová inštitúcia môže byť buď obnovená z kedysi potlačenej alternatívy alebo môže byť pretlačená na základe silnej podpory od mocného aktéra. Proces, pri ktorom dochádza ku včleneniu nového a transformačného prvku do starej štruktúry sa nazýva **vrstvenie**. Obvykle ide o pomalý a postupný proces. **Presun** označuje ten proces, kedy sa stará inštitúcia musí

prispôbiť inštitúcii novej, nakoľko je zastaraná a nefunkčná, prípadne určitým novým podmienkam (typicky napríklad zmene demografickej štruktúry). **Konverzia** predstavuje ten stav, kedy je od starej inštitúcie vyžadované to, aby na seba prevzala novú funkciu. **Vyčerpanie**, ako posledný piaty mechanizmus predstavuje postupný kolaps inštitúcie, ktorá už nie je schopná plniť svoje funkcie (Streeck, Thelen, 2005; Dobiášová et al., 2016, s. 36-37).

3.1.5 Vplyv inštitúcií na správanie aktérov

Na tomto mieste by som rada v krátkosti rozviedla ústrednú inštitucionálnu otázku, ktorú formulovali Hall a Taylor (1996, s. 7) a znie: „*Ako jednotlivé inštitúcie ovplyvňujú vo výsledku správanie jedinca?*“. Historický inštitucionalizmus predpokladá v zásade mix dvoch základných prístupov k tomu, ako túto otázku zodpovedať – kalkulový a kultúrny prístup. Prístup, ktorý je zameraný na **kalkuláciu** predpokladá, že jedinci sa správajú strategicky v snahe maximalizovať svoj zisk. Plne si ale uvedomujú, že existujú i ďalší aktéri a je preto v ich záujme vo finále strategicky zvoliť tú z možností, ktorá na jednej strane spĺňa požadované individuálne preferencie, no na druhej strane existuje šanca, že bude prijatá i ostatnými. Stálosť inštitúcií je vysvetľovaná tým, že aktéri dodržiavajú zažitú vzorce, nakoľko akákoľvek zmena by mohla spôsobiť posun k horšiemu alebo menej žiadúcemu stavu (Hall, Taylor, 1996, s. 940). **Kultúrny** prístup predpokladá, že aktér bude formulovať svoje rozhodnutia na základe toho, čo bude považovať za najviac spoločensky prijateľné. To, že inštitúcie v histórii pretrvávajú a sú ťažko zmeniteľné kultúrny prístup vysvetľuje tým, že sú tak zažité a samozrejme, že aktéri ani nepremýšľajú nad ich zmenou (Hall, Taylor, 1996, s. 939-940).

3.2 Stručná diskusia vhodnosti využitia historického inštitucionalizmu

Pre skúmanie problematiky predloženej diplomovej práce je výber historického inštitucionalizmu vhodný predovšetkým z dôvodu, že zohľadňuje plynutie času a jeho význam a vplyv na formovanie politického procesu a rozhodnutí, ktoré z neho vzniknú. Rovnako tak analyzuje jednotlivé časové postupnosti udalostí vedúce ku zmenám – teória teda dokáže zachytiť vývoj v skúmanej oblasti, čo je pre zvolenú problematiku veľmi vhodné (Pierson, 1996; Kickert, Der Meer, 2011).

Vďaka využitiu historického inštitucionalizmu a jeho teoretických konceptov som mohla pochopiť a vysvetliť inkrementálne i radikálne zmeny v politikách starostlivosti o duševné zdravie oboch krajín. Nielen veľké reformné zmeny, no i zmeny inkrementálne majú dopad na jednotlivé politiky a ich vývoj. Navonok sa tieto zmeny môžu javiť ako bezvýznamné, no práve vďaka následnej komparácii v rámci dvoch krajín s rovnakým nastavením ich dokážem pevnejšie zasadiť do kontextu. Inštitúcie sú ťažko meniteľné a preto sa táto teória hodí do prostredia Českej a Slovenskej republiky, kde síce dochádzalo k zmenám či už vonkajších alebo vnútorných okolností na poli politik starostlivosti o duševné zdravie, no samotný inštitucionálny rámec bol po veľmi dlhú dobu odolný voči väčším zásahom či akejkolvek zmene.

4 Kľúčové koncepty a pojmy

Na tomto mieste by som sa rada venovala niekoľkým kľúčovým konceptom a základným pojmom, ktoré diplomovú prácu prevádzajú v celom jej rozsahu. Považujem za dôležité vymedziť definície a ukotviť ich významy, nakoľko celá oblasť venujúca sa problematike duševného zdravia je veľmi široká a komplexná.

4.1 Zdravie

Zdravie je bezpochyby jednou z najviac cenených hodnôt ľudskej spoločnosti, no napriek tomu do dnešných dní neexistuje jeho všeobecná a celosvetovo jednotne uznávaná definícia. V tomto prípade je ale vhodné položiť si otázku, či je **jediná** definícia zdravia naozaj nevyhnutná. Jednotlivé definície vychádzajú z rozmanitých teoretických a interdisciplinárnych základov a sú ovplyvňované sociokultúrnym prostredím a dobou, v rámci ktorej sa formujú. Znenie definície tiež výrazne ovplyvňuje rozsah jej následnej aplikácie. V neposlednom rade nie je konkrétna definícia len akosi teoretickou otázkou, no má konsekvencie pre prax i podobu národnej zdravotnej politiky. Vzhľadom na vyššie uvedené je cieľ formulovať a presadiť jediná definíciu tak komplexného konceptu, akým je zdravie, prinajmenšom ambiciózny.

WHO na prelome 40. a 50. rokov 20. storočia prijala na Medzinárodnej zdravotníckej konferencii svoju ústavu¹³, kde v preambule zdravie definuje ako „stav úplnej fyzickej, duševnej a sociálnej pohody, nie iba ako neprítomnosť choroby alebo postihnutia“ (WHO, 1948). Definícia v sebe prepája ako negatívne (absencia choroby či postihnutia), tak i pozitívne (stav fyzickej, duševnej či sociálnej pohody) vymedzenie zdravia, diskutabilnou je ale absencia užšieho vymedzenia pohody (angl. „*well-being*“), ktorá je náročne merateľným, subjektívnym pocitom konkrétnej osoby. Napriek tomu ide o výrazný posun od biomedicínskeho modelu¹⁴ smerom k bio-psycho-sociálnemu modelu kladúcemu dôraz i na duševnú zložku zdravia, ktorej bude v tejto práci venovaná majoritná pozornosť.

Definícia zdravia, ktorú predstavila WHO v roku 1946 bola niekoľkokrát upravená¹⁵

¹³ Ústava WHO bola prijatá a podpísaná zástupcami 61 štátov sveta, vrátane vtedajšieho Česko-Slovenska. V roku 1993 bola ústava podpísaná i samostatnou Českou republikou a Slovenskou republikou.

¹⁴ Zdravie ako absencia choroby.

¹⁵ Pozri napr. **Deklaráciu z Alma Aty** (1978), kde k svojej pôvodnej definícii WHO dopĺňa cieľ dosiahnutia „čo najvyššej možnej úrovne zdravia, ktorý je dosiahnuteľný len v súčinnosti ďalších sociálnych a ekonomických odvetví“. **Ottawská charta pre podporu zdravia** (1986) zdravie považuje za „zdroj každodenného života“ a nie „predmet života“, ako definícia WHO z roku 1946.

a doplnená, no napriek tomu je nielen poslednú dekádu odbornou verejnosťou kritizovaná a považovaná za nedostatočnú pre riešenie aktuálnych výziev v systémoch zdravotnej starostlivosti (napr. Huber et al., 2011; Nobile, 2014; Leonardi, 2018; Mazure, 2020). Za najväčšie úskalie je považovaný jej široký rozsah a príliš extrémne vymedzenie „stavu úplnej pohody“ (WHO, 1946). Takúto formuláciu Leonardi (2018, s. 736-737) považuje za problematickú, a to vzhľadom na vytváranie nedosiahnuteľných štandardov. Dosiachnutie stavu úplnej pohody (fyzickej, duševnej alebo sociálnej) je nepravdepodobné, nakoľko podľa prevedených výskumov dospelý človek čelí v priemere 4 telesným alebo duševným príznakom ťažkostí za 14 dní (Wood, 1986). Pre bežného dospelého človeka by tak zdravie mohlo predstavovať len dočasný stav.

Definícia takisto nabáda k nahliadaniu na zdravie a chorobu ako na dva protipóly, ktoré sa navzájom vylučujú. Mazure (2020) upozorňuje, že i osoba, ktorá trpí na poruchu zdravia fyzického či duševného charakteru môže byť považovaná za zdravú. *„Zdravie je vnútorná kategória človeka, ktoré je charakterizovaná schopnosťou plniť spoločenské povinnosti a zároveň byť v súlade s vlastnými i verejnými hodnotami. Za zdravú je považovaná i osoba s poškodením zdravia, ak to zodpovedá jej vnímaniu a ak je schopná naplňať svoje potreby v miere pre ňu prijateľnej“* (Mazure, 2020, s. 336). S prihliadnutím na verejný záujem a s tým spojenú verejnú bezpečnosť má spoločnosť právo na stanovenie hraníc a objektívnych kritérií, na základe ktorých je ešte vlastná iniciatíva jednotlivca posúdiť svoje zdravie akceptovateľná. Pri prekročení stanovených hraníc už daná osoba nemôže byť považovaná za zdravú a jej zdravie je následne posudzované podľa objektívnych kritérií stanovených danou spoločnosťou (ibid).

Odborná verejnosť sa rovnako tak zhoduje, že tri zložky zdravia, ktoré formuluje WHO sú v dnešnej dobe nedostatočné. Nobile (2014) i Mazure (2020) s odkazom na dlhodobé výskumy svojich kolegov identifikujú 5 základných prvkov ľudského zdravia. To tvorí emocionálny, intelektuálny, duchovný, fyzický a sociálny prvok. Všetky prvky sú nezastupiteľné a je nevhodné nazerať na ktorýkoľvek z nich izolovane, i napriek historickej dominancii fyzického prvku. Zdravie je na základe toho definované ako *„stav, kedy je človek schopný uspokojivo realizovať všetky 5 prvkov“* (Mazure, 2020, s. 337).

Napriek všetkým vyššie uvedeným problematickým aspektom, je definícia zdravia z pera WHO dodnes celosvetovo využívaná a snahy o jej alternatívne nahradenie zatiaľ nedosahujú potrebnej úrovne konsenzu. Pre účely tejto diplomovej práce je kľúčové, že v súčasnej spoločnosti je už prekonané redukcionistické poňatie zdravia, ktoré sa zameriava len na fyzické prejavy chorôb a čoraz väčší dôraz je kladený i na zdravie duševné.

4.1.1 Duševné zdravie

Zdravie fyzické a duševné sa vo veľkej miere vzájomne prelínajú. Absencia ktorejkoľvek z jeho zložiek má markantné dôsledky na fungovanie ostatných prvkov. Nedostatočná zhoda na znení definície duševného zdravia je jednou z hlavných prekážok intenzívnejšieho začleňovania iniciatív v tejto oblasti do globálnych zdravotných programov (Manwell et al., 2015). Rozdiely v definovaní duševného zdravia tiež spôsobujú kultúrne odlišnosti naprieč svetom (Marková, Venklárová, Babiaková, 2005). V nadväznosti na podkapitolu venujúcu sa definícii zdravia, ani pri definovaní duševného zdravia sa opäť nie je možné uspokojiť s jeho vymedzením len v zmysle absencie duševnej choroby. Duševné zdravie ako koncept má svoj pôvod predovšetkým v rozvoji verejného zdravia (angl. „*public health*“) a v klinickej psychiatrii (Bertolote, 2008).

WHO definuje mentálne zdravie ako „*stav duševnej pohody* (angl. „*well-being*“), *ktorý umožňuje ľuďom vyrovnávať sa so stresom, uvedomovať si svoje schopnosti, učiť sa, pracovať a prispievať ku rozvoju svojej komunity. Je neoddeliteľnou súčasťou zdravia ako jedného celku a základným ľudským právom*“. Rovnako ako v prípade definície zdravia, i v tomto prípade definícia naráža na náročnú uchopiteľnosť konceptu pohody. Galderisi (2017) upozorňuje, že aj napriek faktu, že pre väčšinu ľudí je dosiahnutie duševnej pohody žiadúcim cieľom, no jej zahrnutie do definície duševného zdravia je riskantné. V bežnom živote sa u ľudí strieda široká paleta pocitov a emócií, ktoré pohodu narúšajú. To by mylne mohlo viesť k predpokladu, že ich duševné zdravie nie je v poriadku a k vytváraniu nereálnych očakávaní.

Experti sa kriticky stavajú i k statickému poňatiu definície WHO. V nadväznosti nato navrhuje Galderisi (2017, s. 231-232) duševné zdravie definovať ako „*dynamický stav vnútornej rovnováhy, ktorý umožňuje jednotlivcovi využívať svoje schopnosti v súlade s univerzálnymi hodnotami danej spoločnosti*“. Dôraz sa v tejto definícii kladie predovšetkým na dynamiku stavu vzhľadom nato, že rozličné životné etapy môžu človeka z rovnováhy vychýliť a je potrebné, aby vzhľadom na situáciu uskutočnil potrebné zmeny¹⁶.

¹⁶ Na nutnosť zohľadňovať dynamiku a bežnú premenlivosť emócií v definícii duševného zdravia upozorňoval už José Bertolote vo svojom článku „*The roots of the concept of mental health*“ z roku 2008, ktorý vyšiel v oficiálnom časopise Svetovej psychiatickej asociácie.

4.1.1.1 Faktory ovplyvňujúce duševné zdravie

V priebehu života človeka môže nastať situácia, kedy prepojením individuálnych, sociálnych, rodinných či kultúrnych determinantov dôjde k oslabeniu duševného zdravia alebo ku zmene pozície človeka v určitom kontinuu duševného zdravia. Duševné zdravie je podľa WHO (2022, s. 19) zo svojho základu závislé na podmienkach, do ktorých sa jedinec narodí, vyrastá v nich a následne žije. Stresory (faktory), ktoré duševné zdravie ovplyvňujú počas života každého z nás je možné v ďalšom kroku rozčleniť na **individuálno-biologické, sociálne a štrukturálne**. Tieto faktory však neexistujú osamote, no do veľkej miery súvisia s vnútornými schopnosťami a naučenými návykmi daného jednotlivca, ktoré využíva pri zvládaní a prekonávaní emócií.

Individuálno-biologickými stresormi môžu byť genetika, komplikácie pri pôrode (napr. nedostatok kyslíku) a s tým spojené následky či užívanie návykových látok matkou počas doby gravidity. Kľúčovým determinantom je v tomto prípade zdravie mozgu, nakoľko množstvo ako ochranných, tak i rizikových faktorov sú či už štruktúrou alebo samotným fungovaním mozgu ovplyvnené (WHO, 2022, s. 19). Nemalé zastúpenie na duševnom zdraví takisto zohrávajú **sociálne** stresory, ktoré sú vo väčšine prípadov determinované sociálnym prostredím jedinca. Vplyv rodiny (predovšetkým správanie rodičov ku dieťaťu), možnosti začlenenia sa do komunity, do vzťahu s priateľmi či kolegami v práci a prístup ku vzdelávaniu alebo zmysluplným pracovným miestam – to všetko formuje príležitosti, ktoré následne umožňujú jedincovi zvoliť si životný smer. Nedostatočné, prípadne stratené príležitosti majú následne nepriaznivý vplyv na stav duševného zdravia človeka. **Štrukturálne** stresory sú tými, ktoré formujú podmienky pre každodenný život. Nielen z komplexného pohľadu zdravia, no i z pohľadu zdravia duševného je mimoriadne dôležité mať možnosť prístupu ku základným komoditám akými sú napr. voda, potraviny či prístrešie. Nemenej dôležitá je i bezpečnosť (ibid; Ottawská charta, 1986).

Schéma č. 1 Interakcia individuálnej zraniteľnosti a stresorov vo vzťahu k problémom s duševným zdravím



Zdroj: WHO, 2022, s. 2; preložené a spracované autorkou

4.1.2 Duševné ochorenie

Duševné ochorenie, často označované i ako duševná porucha alebo choroba¹⁷, je podľa Americkej psychiatrickej asociácie (ďalej len APA) definované ako „stav, ktorý sa vyznačuje narušením kognitívnych funkcií a/alebo emócií, abnormálnym správaním sa, narušeným fungovaním v spoločnosti, prípadne akoukoľvek kombináciou uvedeného“ (APA, 2022). Za duševné ochorenie možno označiť stav, ktorý je podmienený genetickými, vrodenými predispozíciami, no rovnako tak i ten stav, ktorý je podmienený externými vplyvmi či prežitými traumami. Vo väčšine prípadov ale dochádza ku kombinácií niekoľkých faktorov (Mahrová, 2008).

S účinnosťou od 01.01.1993 bola prijatá v poradí 10. revízia Medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a pridružených zdravotných problémov WHO (ďalej len **MKCH-10**), ktorá kodifikuje spôsob akým sa označujú a hierarchicky klasifikujú ľudské ochorenia, zdravotné problémy a ich príznaky. Využíva sa ako štandardný nástroj či už pre klinické použitie, alokáciu zdrojov alebo pre možnosť komparácie dát v epidemiológii chorôb. Klasifikácia je v pravidelných intervaloch revidovaná a aktualizovaná, v súčasnosti je v platnosti jej 11. vydanie, ktoré bolo prijaté na 72. zasadnutí Svetového zdravotníckeho zhromaždenia v roku 2019¹⁸ v Ženeve. V rámci Českej i Slovenskej republiky je však aktuálne ešte stále v platnosti 10. revízia – v Českej republike na prekladoch pracujú od roku 2020 tímy odborníkov, pričom

¹⁷ V práci bude pre prehľadnosť využívaný len pojem **duševné ochorenie**.

¹⁸ V platnosti od 01/2022, 5 ročné prechodné obdobie.

finalizácia a revízne práce sa odhadujú na rok 2023. Na Slovensku od 01.01.2023 platí aktualizovaná verzia MKCH-10, Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len NCZI), ktoré je zodpovedné za aktualizáciu a zverejňovanie MKCH ďalšie informácie o prekladoch a implementácii 11. revízie nezverejnili.

Pre účely tejto diplomovej práce je táto klasifikácia relevantná predovšetkým z dôvodu zahrnutia duševných ochorení, ktoré sú klasifikované v 4. kapitole pod označením F00-F99. Vzhľadom na nedokončené práce na najnovšej revízii klasifikácie bude v tejto práci ďalej používaná MKCH-10, a to vo svojej najnovšej aktualizácii.

Tabuľka č. 3 Popis kategórií v rámci kapitoly Duševné poruchy a poruchy správania sa MKCH-10

Označenie MKCH-10	Názov kategórie
F00-F09	Organické duševné poruchy, vrátane symptomatických
F10-F19	Duševné poruchy a poruchy zapríčinené užívaním psychoaktívnych látok
F20-F29	Schizofrénia, schizotypálne poruchy a poruchy s bludmi
F30-F39	Afektívne poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformné poruchy
F50-F59	Poruchy správania spojené s fyziologickými poruchami a somatických faktorov
F60-F69	Poruchy osobnosti a správania dospelých
F70-F79	Duševná zaostalosť (mentálna retardácia)
F80-F89	Poruchy psychického vývinu
F90-F98	Poruchy správania a emotivity so zvyčajným začiatkom v detstve a počas dospievania
F99-F99	Duševné poruchy, bližšie neurčené

Zdroj: MKCH-10; upravené autorkou

4.2 Zdravotná politika

Durdisová (2005, s. 51) definuje zdravotnú politiku ako „*cieľavedomú činnosť štátu, no i ostatných subjektov hospodárskej a sociálnej politiky, ktorá je zameraná na ochranu, podporu a obnovu zdravia obyvateľstva. Jej výsledkom je potom nepretržitá činnosť zahŕňajúca formuláciu cieľov, mechanizmov či inštitúcií, ktorá sleduje vplyv zdravotníckych a nezdravotníckych faktorov v procese podpory, ochrany a obnovy zdravia*“. Napriek tomu, že existuje niekoľko definícií a poňatí zdravotnej politiky naprieč celým svetom, v zásade sa všetky z nich snažia o dosiahnutie rovnakého cieľa, a to zachovať alebo zlepšiť zdravotný stav obyvateľov danej krajiny. V európskom prostredí sa zdravotná politika začala rozvíjať až v období po ukončení druhej svetovej vojny¹⁹ a vzhľadom na náročnú zdravotnú situáciu naprieč krajinami sa zo zdravotníctva stal politický problém s vysokou prioritou. K rozvoju tiež prispel pokrok v oblasti medicínskych technológií a prudký nárast nákladov na zdravotnú starostlivosť v ekonomicky vyspelých krajinách (Gladkij, Strnad, 2002).

Na európskej úrovni patrí zdravotná politika medzi doplnkové politiky EÚ. Samotnú podobu zdravotnej politiky si potom stanovuje každý členský štát osobitne, a to vrátane vyčlenenia a alokovania finančných zdrojov.

4.2.1 Politika duševného zdravia

Politika duševného zdravia predstavuje „*ucelený rámec pre činnosť, ktorý je založený na konzultácii medzi jednotlivými zúčastnenými stranami. Slúži k určeniu a presadzovaniu hlavných zásad, vytýčených hodnôt a stanovených štandardov pre činnosť, ktorou sa snaží uspokojiť potreby obyvateľstva v oblasti podpory, prevencie a liečby duševného zdravia*“ (Funk, Drew, 2015, s. 522). Základom pre efektívne nastavenie tejto politiky a následné splnenie potrieb osôb, ktoré majú problémy s duševným zdravím, je komplexný a na dôkazoch založený strategický (a následne akčný) plán, ktorý je svojou povahou zameraný predovšetkým na dodržiavanie ľudských práv. Ten sa však nezaobíde bez podpory a preto nemožno opomenúť i nevyhnutnosť politickej vôle smerom k realizácii vytýčených cieľov (ibid). Slovenská republika má svoj Národný program duševného zdravia, ktorý bol vypracovaný v roku 2002. Jeho aktualizovaná verzia na roky 2021-2030 bola schválená vládnyim Uznesením č. 44/2022 v januári roku 2022. Tento kľúčový dokument sa ďalej opiera o Koncepciu štátnej politiky zdravia Slovenskej republiky. V Českej republike je kľúčová Stratégia reformy psychiatrickej starostlivosti, ktorá bola schválená v rámci Národného programu reforiem vtedajším ministrom

¹⁹ Zárodki zdravotnej politiky však možno datovať už od obdobia stredoveku.

zdravotníctva v októbri roku 2013. Bližšie sa týmto a ďalším dokumentom budem venovať v ďalšej časti tejto práce²⁰.

V európskom diskurze zastáva politika starostlivosti o duševné zdravie významné miesto. Za hlavný katalyzátor krízy na poli duševného zdravia považuje poslankyňa Európskeho parlamentu Maria Walshová pandémiu Covid-19, po ktorej rapidne vzrástol dopyt po službách v oblasti duševného zdravia a túto oblasť už nie je možné podceňovať (Healtheuropa, 2023). To dokladá i fakt, že na Konferencii pre budúcnosť Európy²¹, ktorá sa konala od apríla 2021 do mája 2022, bola politika duševného zdravia vyhlásená ako európsky občiansky panel a vo výsledku ukotvená ako jedna zo štyroch prioritných oblastí európskej politiky (ibid).

Funk a Drew (2015, s. 522-524) ďalej definujú niekoľko základných oblastí, ktorým je špecificky potrebné sa venovať na poli politik starostlivosti o duševné zdravie. Pre lepšiu prehľadnosť jednotlivé body zhŕňam v Tabuľke č. 4. Oba základné, vyššie spomenuté dokumenty, sa týmto sféram venujú a bližšie ich rozvíjajú.

Tabuľka č. 4 Kľúčové sféry politik starostlivosti o duševné zdravie

Ludské práva	podpora práv osôb, ktoré čelia problémom s duševným zdravím ako kľúčový prvok a hlavný cieľ; zameranie pozornosti i na marginalizované a znevýhodnené skupiny obyvateľstva
Poskytovanie služieb	presun starostlivosti, ktorej povaha tomu zodpovedá z veľkých nemocníc; rozvoj komunitných služieb; rozvoj následnej starostlivosti
Občianska spoločnosť a jej posilňovanie	podpora a rozvoj organizácií, združujúcich osoby s duševnými problémami; rozvoj podporných skupín
Zlepšovanie kvality	využívanie moderných intervencií; prieskum kompetencií zdravotníckeho personálu v oblasti duševného zdravia; poskytovanie vzdelania aktérom
Udržateľné financovanie	efektívne prerozdelenie financií do rôznych zložiek a sfér politiky

²⁰ Pozri napr. Kapitola 8.

²¹ Diskusné panely vedené v rámci Konferencie pre budúcnosť Európy tvoria jej kľúčový prvok, nakoľko sú v týchto diskusiách rovnomerne geograficky, vekovo i vzdelanostne zastúpení občania z celej EÚ, ktorí môžu spoločne formulovať „budúcnosť“ konkrétnej oblasti.

Evaluácia	hodnotenie ako zásadný článok zistení o tom, či dochádza k naplňovaniu stanovených cieľov
------------------	---

Zdroj: Funk, Drew, 2015, s. 522-523; preložené a vytvorené autorkou

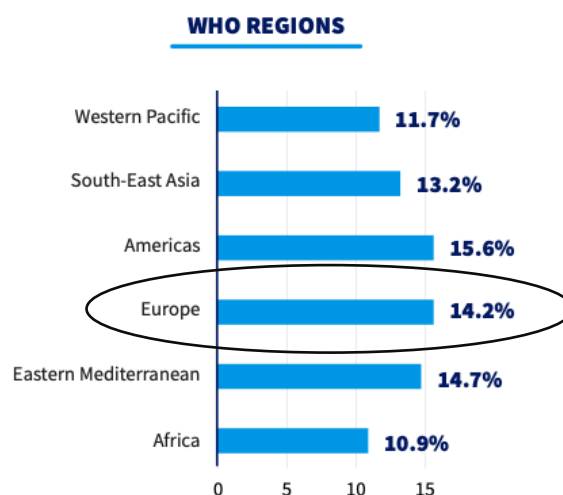
5 Duševné zdravie v číslach

Politika starostlivosti o duševné zdravie je významnou súčasťou zdravotnej politiky štátu. K tomu, aby bola mohla byť táto oblasť efektívne nastavená, je nevyhnutné poznať epidemiológiu výskytu duševných ochorení a celkový stav duševného zdravia obyvateľov konkrétnej krajiny. Vzhľadom na globálny rozsah problematiky duševného zdravia na začiatku uvádzam i jeho svetový a európsky kontext.

V roku 2001 uverejnilo WHO prelomovú „Svetovú správu o duševnom zdraví“, v ktorej formulovala základné odporúčania vedúce k zlepšeniu stavu duševného zdravia na celom svete. Na základe tejto správy krajiny po celom svete začali zavádzať, poprípade posilnili už existujúce politiky starostlivosti o duševné zdravie a rovnako tak stúpol záujem o túto problematiku. Napriek relatívne sľubne vyzerajúcim začiatkom ale najnovšia správa WHO z roku 2022 „Transformácia duševného zdravia pre všetkých“ ukazuje, že pokrok v tejto oblasti je pomalý a vo väčšine sledovaných krajín zostal prístup k duševnému zdraviu ich obyvateľov, a to i napriek alarmujúcim štatistikám, po dlhé roky nezmenený (WHO, 2022).

Podľa dostupných svetových štatistík trpí na problémy s duševným zdravím okolo **950 miliónov** ľudí²². Pomer medzi mužmi a ženami je takmer vyrovnaný, v priemere trpí duševnými ochoreniami 52,4% žien a 47,6% mužov. Geograficky je výskyt mentálnych ochorení možné sledovať vo všetkých regiónoch WHO, sú bežné ako vo vysokopříjmových, tak i nízkopříjmových krajinách sveta.

Graf č. 1 Prevalencia duševných ochorení v regiónoch WHO v roku 2019



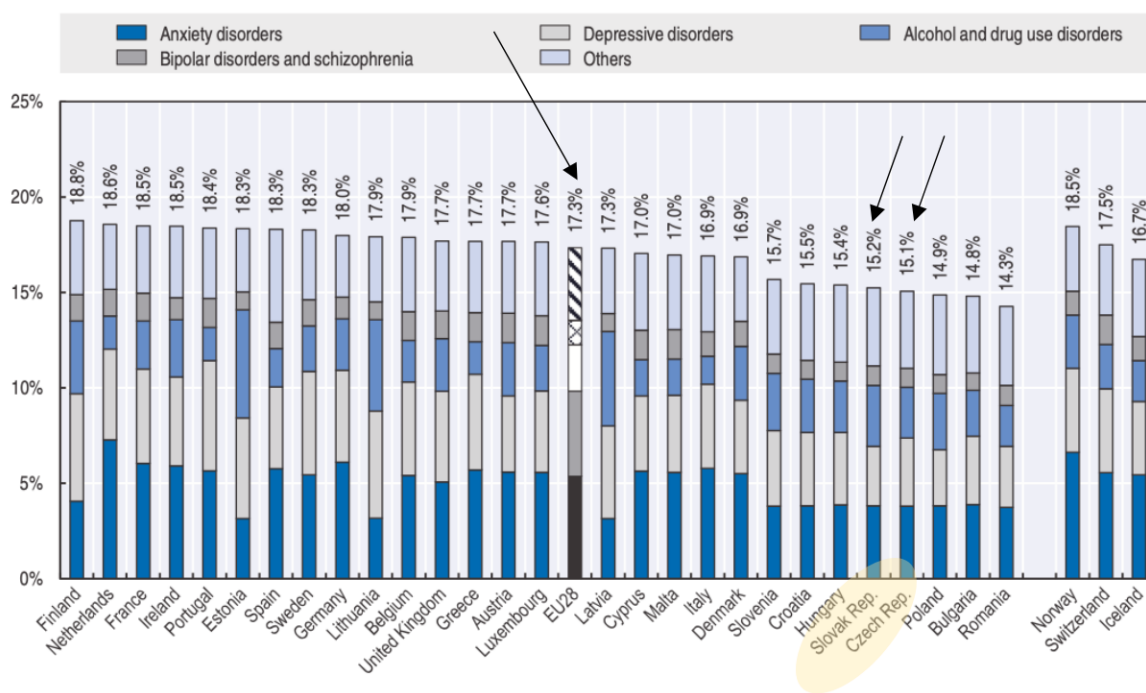
Zdroj: WHO, 2022, s. 45; upravené autorkou

²² V priemere ide o približne 13% celkovej populácie sveta (WHO, 2022, s. 40).

WHO vysvetľuje rozdiely medzi prevenciou duševných ochorení medzi jednotlivými regiónmi na základe 3 faktorov. Prvým sú samotné **demografické faktory**, ktoré ovplyvňujú to, že v krajinách s nízkymi príjmami je rozsiahlejšia populácia detí do 10 rokov, u ktorých je výskyt či následná diagnostika duševných ochorení vo všeobecnosti nižšia. Druhým faktorom je výskyt **vojnových konfliktov** v oblasti Stredomoria. Tretím faktorom sú faktory **sociokultúrne**, ktoré ovplyvňujú vnímanie a konceptualizáciu duševných ochorení či duševného zdravia vo všeobecnosti, a s tým spojenú ochotu odhaliť príznaky alebo ochorenia v prieskumoch a štatistikách.

Napriek faktu, že na európskej úrovni existujú relatívne značné medzery v informáciách o prevalencii duševných ochorení, dáta OECD (2018)²³ poukazujú nato, že každoročne ide o milióny Európanov.

Graf č.2 Odhad prevalencie duševných ochorení naprieč Európou v roku 2018



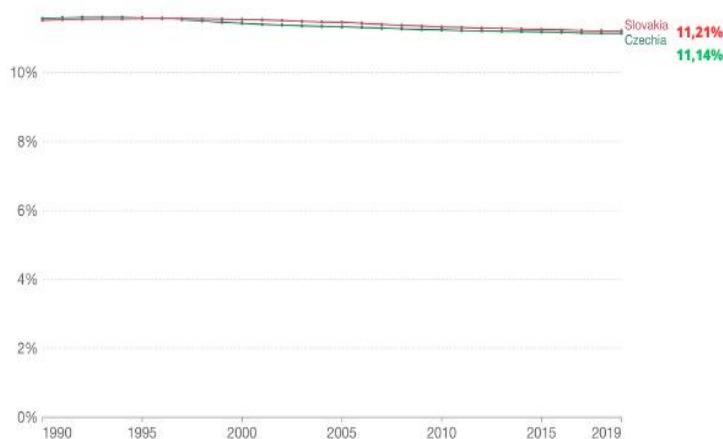
Zdroj: OECD, 2018, s. 22; podľa dát Inštitútu pre metriky a hodnotenie zdravia; upravené autorkou

²³ Vo väčšine prípadov ide o dáta, ktoré vyplývajú z populačných prieskumov jednotlivých krajín, ktoré sú obmedzené len na úzky okruh špecifických duševných ochorení. Relevantnejšie odhady poskytuje **Inštitút pre metriky a hodnotenie zdravia** (angl. „IHME“), ktorý do nich zahŕňa rozsiahlu škálu duševných ochorení, a to naprieč rôznymi vekovými skupinami obyvateľstva.

Podľa dát OECD, ktoré naposledy mapujú rok 2018, duševným ochorením trpelo približne **17%** populácie Európy, v priemere teda 125 miliónov obyvateľov. Medzi najčastejšie duševné ochorenia sa v Európe zaraďuje úzkostná alebo depresívna porucha. Z ťažkých duševných ochorení Európanov postihuje najčastejšie schizofrénia či bipolárna porucha osobnosti. Odhadovaná prevalencia duševných chorôb je s 18,8% najvyššia vo Fínsku, ktoré je nasledované Holandskom a Francúzskom s približne 18,5%. Naopak najnižší výskyt duševných ochorení je podľa dostupných dát v Rumunsku, Bulharsku a Poľsku, s priemerne 14,5%²⁴ (OECD, 2018, s. 22-24). Česká republika a rovnako tak i Slovensko na prvý pohľad vyzerajú ako krajiny, kde obyvatelia trpia duševnými ochoreniami rozhodne menej ako ostatní Európania. Je to ale v skutočnosti tak?

Obe skúmané republiky dosiahli takmer totožných výsledkov, a to hranice **15%**²⁵ obyvateľov, ktorí trpia duševným ochorením. Ak by sme sa pozreli na pomyselný rebríček, ide o štvrtý a piaty najnižší výsledok v rámci celej Európskej únie. Podobné výsledky ukazuje výskum z portálu Our World in Data, ktorý mapuje výskyt 4 najčastejších duševných ochorení²⁶ v krajinách naprieč celým svetom (Dattani, Ritchie, Roser, 2021). Česká a Slovenská republika dosiahli opätovne takmer totožných výsledkov pohybujúcich sa okolo hranice **11%**. I v tomto prípade ide o jednu z najnižších hodnôt v rámci Európy. Porovnateľné hodnoty dosiahlo Bulharsko či Ukrajina, na opačnom póle stojí opäť Francúzsko so 16,6% či Portugalsko, ktoré presiahlo hranicu 18% (ibid).

Graf č.3 Vývoj podielu populácie s duševným ochorením v Českej a Slovenskej republike



Zdroj: Dattani, Ritchie, Roser, 2021; upravené autorkou

²⁴ Pozri Graf č.2 na s. 41.

²⁵ **15,1%** v prípade Českej republiky a **15,2%** v prípade Slovenska (OECD, 2018, s.22); pozri Graf č.2 na s. 41.

²⁶ Depresia, úzkostná porucha, bipolárna porucha a poruchy príjmu potravy.

Samotné OECD a rovnako tak i Ministerstvo zdravotníctva Českej republiky (ďalej len MZ ČR) upozorňujú na rozdiely medzi skúmanými krajinami, ktoré môžu byť zapríčinené stigmou, ktorá je spojená s duševným ochorením či ľahším prístupom k potrebným službám. V Českej republike i na Slovensku je stále možno pozorovať znateľnú stigmatizáciu spojenú s duševným ochorením, ktorá vedie k tabuizácii problémov s duševným zdravím²⁷, na základe čoho dochádza k prehľbovaniu medzery medzi osobami, ktorí liečbu potrebujú a tými, ktorí sú skutočne liečení. V súvislosti s tým môže čiastočne dôjsť ku skresleniu obrazu o tom, že Česi a Slováci sú psychicky zdravší než ostatní Európania, i keď to nemusí vždy zodpovedať skutočnosti.

5.1 Globálna záťaž ochoreniami

Na rozsah duševných ochorení naprieč celým svetom tiež apeluje štúdia venujúca sa globálnej záťaži ochoreniami (angl. „*Global Burden of Disease Study*“²⁸). Tá predstavuje najkomplexnejšiu celosvetovú štúdiu zameranú na epidemiológiu ochorení a je jedným z nástrojov pre sledovanie pokroku v oblasti zdravotníctva a meniacich sa zdravotných problémov. Výsledky tejto štúdie takisto slúžia výskumníkom a tvorcom verejných politík k efektívnemu zacieleniu opatrení, predovšetkým na poli zdravotnej politiky daného štátu. V roku 2018 oznámil Inštitút pre meranie a hodnotenie zdravia tesnejšiu spoluprácu s WHO, v snahe posilniť politickú relevanciu a širšie využitie tejto štúdie (Zhao et al., 2022)²⁹.

Štúdia je zameraná na kvantifikáciu strát, ktoré sú spôsobené širokým spektrom ochorení či rizikových faktorov a zahŕňa tiež ich prevalenciu. Poskytuje tak celkový obraz o úmrtnosti či zdravotnom znevýhodnení obyvateľov danej krajiny naprieč časom, pohlavím a v rôznych fázach životného cyklu. Na štúdiu pracuje tím výskumníkov z celého sveta³⁰, ktorý analyzuje 370 ochorení či úrazov v 204 krajinách, a to od roku 1990 až po súčasnosť (IHME, 2023a).

²⁷ Pozri kapitola č. 10, venujúca sa i stigmatizácii duševných ochorení.

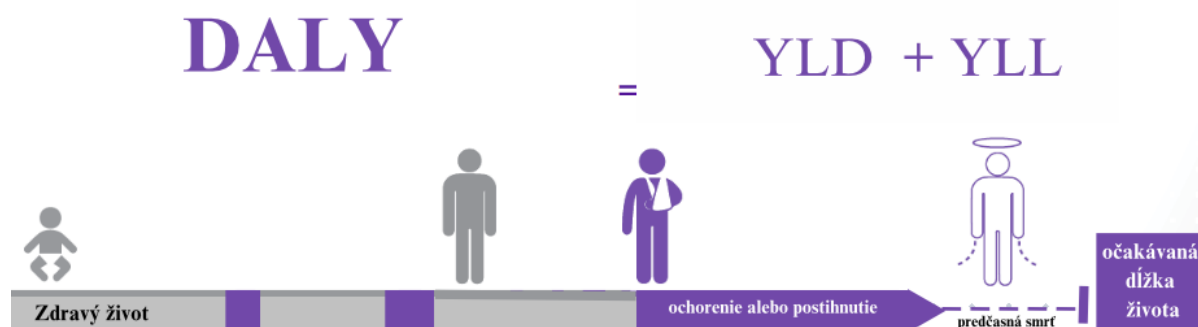
²⁸ Štúdia je vedená **Inštitútom pre meranie a hodnotenie zdravia** (angl. „*IHME*“), ktorý spadá pod Washingtonskú univerzitu v Seattli.

²⁹ V tomto smere ide o krok vpred, kdeže WHO v minulosti formulovalo hneď niekoľko výhrad voči využívaniu tejto štúdie ako nástroja v zdravotnej politike, pozri napr. Cohen, 2000, s. 518-524.

³⁰ Viac ako 9000 výskumných pracovníkov v 162 krajinách sveta (IHME, 2023a).

Vzhľadom na fakt, že samotná mortalita neposkytuje úplne presný obraz o záťaži jednotlivými ochoreniami, v rámci štúdie výskumníci túto záťaž hodnotia pomocou časovej miery **DALY**³¹. Hodnota jedného DALY predstavuje „stratu, ktorá je ekvivalentná jednému roku prežitého v plnom zdraví“ (WHO, 2020b, s. 6). Ide o kombináciu rokov, ktoré sú prežité s určitým zdravotným postihnutím – v stave menej ako plného zdravia (**YLD**) a rokov stratených v dôsledku predčasnej smrti (**YLL**)³². S využitím DALY je tak možné porovnávať záťaž ochoreniami, ktoré síce spôsobujú predčasnú smrť, no len malé postihnutie počas života (typicky napríklad smrť spôsobená utopením sa) s tou záťažou, pri ktorej ochorenie nevedie hneď k predčasnej smrti, no spôsobuje určité postihnutie či znevýhodnenie³³. Vo všeobecnosti sa tak DALY využíva k odhadom celkového počtu rokov stratených v dôsledku príčin a rizikových faktorov, a to nielen na úrovni konkrétnej krajiny alebo regiónu, no i celého sveta (IHME, 2023b).

Schéma č. 2 Vzorec DALYs



Zdroj: Lajoie, 2015, s.3; preložené a upravené autorkou

Prvú štúdiu globálnej záťaže ochoreniami zadala k vypracovaniu Svetová banka a následne ju v roku 1993 uviedla vo svojej prelomovej správe „*World Development Report 1993: Investing in Health*“. Podarilo sa tak získať a upriamiť celosvetovú pozornosť na oblasti, ktoré boli do tej doby zanedbávané. Jednou z týchto oblastí bola i oblasť duševného zdravia. Záťaž duševnými ochoreniami bola identifikovaná ako jedna z najviac podceňovaných a podhodnocovaných, a to hlavne v tradičných prístupoch, ktoré zohľadňovali ako hlavný ukazovateľ mortalitu. Na poli duševných ochorení nie je tento prístup relevantný, čo podporujú

³¹ DALY je skratkou anglického „*disability-adjusted life year*“.

³² YLL je skratkou anglického „*year of life lost*“ a YLD je skratkou anglického „*year lived with disability*“.

³³ Pre presné výpočty DALY, YLD a YLL pozri napr. Lajoie, 2015, s.4 alebo WHO, 2020b, s. 6-8.

i závery samotnej štúdie – duševné ochorenia sú zodpovedné za približne 1% úmrtí, no predstavujú až 11% globálnej záťaže ochoreniami (GBD, 1990, s.3).

Veľkou kompletnou aktualizáciou štúdie z roku 1990 bola štúdia uverejnená v roku 2012, v recenzovanom vedeckom časopise *The Lancet*³⁴. Pokrýva časové obdobie viac ako 20 rokov a vedecké práce vykonával 500 členný odborný tím³⁵. Podľa záverov štúdie napriek tomu, že sa ľudia začali dožívať vyššieho veku, neznamená to, že žili i zdravší a kvalitnejší život. Veľká časť populácie trpiaca duševnými ochoreniami nimi trpí po takmer celý svoj život a depresia bola identifikovaná ako jedna z hlavných príčin zdravotného postihnutia vo všetkých sledovaných regiónoch (IHME, 2013). V roku 2013 bol tento výskumný tím raz tak veľký a predložil opäť aktualizované odhady globálneho zaťaženia ochoreniami. Od roku 2015 sa začala štúdia aktualizovať na pravidelnejšej báze (2016, 2017), v snahe prinášať čo najviac aktuálny obraz o zdravotnom stave obyvateľov celého sveta.

Posledná štúdia bola uverejnená v roku 2020 a zahŕňa nielen významné doplnenia, no i metodologické zdokonalenie. V oblasti duševného zdravia sa venuje 12 duševným ochoreniam naprieč 23 vekovými skupinami v 204 krajinách a územiach sveta. Podľa záverov tejto, zatiaľ poslednej štúdie globálnej záťaže ochoreniami, od roku 1990 nedošlo k zníženiu záťaže a duševné ochorenia patria medzi 10 najčastejších príčin záťaže.

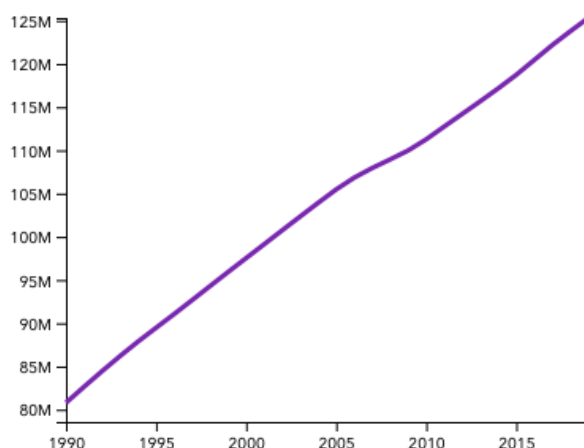
Celosvetový počet **DALYs** stúpol od roku 1990 z pôvodných 80,8 miliónov na **125,3** miliónov. Celkové rozloženie DALYs naprieč svetom je podobné prevalencii duševných ochorení – najvyššie hodnoty vykazuje USA, Austrália a z európskych krajín Portugalsko či Španielsko. Na druhej strane rebríčka nájdeme juhovýchod Ázie alebo Čínu. Odhady YLL zostávajú i po desaťročiach extrémne nízke a neodrážajú predčasnú smrť osôb trpiacich duševnými ochoreniami. V nadväznosti nato je ako jeden z hlavných záverov štúdie formulované odporúčanie k prevedeniu výskumu príčinnej súvislosti duševných ochorení a smrteľnými zdravotnými následkami (Vos et al., 2020; GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

Mať k dispozícii údaje o stratených rokoch zdravého života je nepochybne cenným základom k tomu, aby došlo k pochopeniu záťaže spoločnosti a následne i k identifikácii hospodárskych strát, ktoré jednotlivé ochorenia spôsobujú. Niektoré štáty dokonca poskytujú i finančné vyčíslenie ekonomického dopadu jedného strateného roku zdravého života (Kříž, 2016). Globálny vývoj DALYs v priebehu rokov 1990-2019 ilustrujem na Grafe č.4.

³⁴ **The Lancet** je jeden z najstarších a najviac uznávaných odborných časopisov v oblasti medicíny na svete.

³⁵ Prvotnú štúdiu vykonávali predovšetkým výskumníci Harvardu a WHO (IHME, 2023a).

Graf č. 4 Globálny vývoj DALYs v rokoch 1990-2019, v miliónoch (duševné ochorenia)

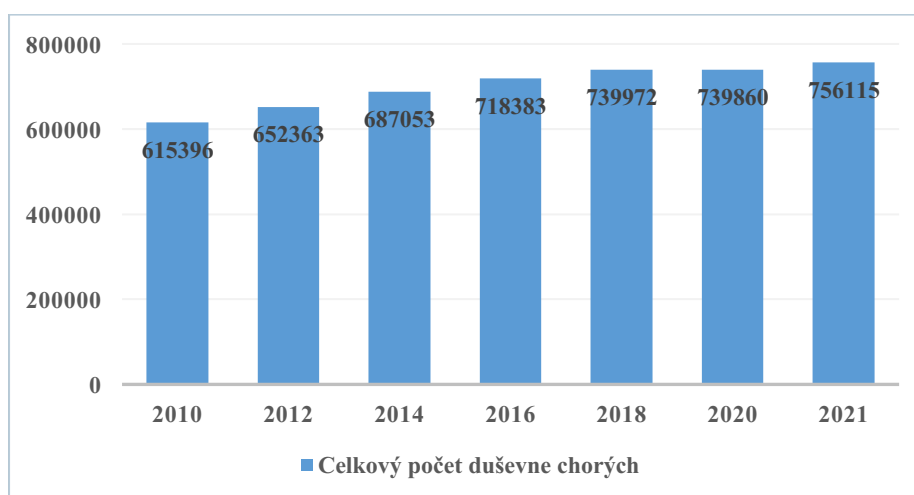


Zdroj: IHME, 2023c; upravené autorkou

5.2 Prevalencia duševných ochorení v Českej republike

Podľa dát dostupných z Národného zdravotníckeho informačného portálu (ďalej len NZIP) bolo v roku 2021 v Českej republike približne **750** tisíc obyvateľov, ktorí trpeli duševným ochorením. Medzi rokmi 2010-2021 došlo k nárastu prevalencie duševných ochorení o necelých 20%³⁶. Graf č. 5 ilustruje vývoj počtu duševne chorých v priebehu poslednej dekády.

Graf č. 5 Vývoj počtu duševne chorých v rokoch 2010-2021 v Českej republike

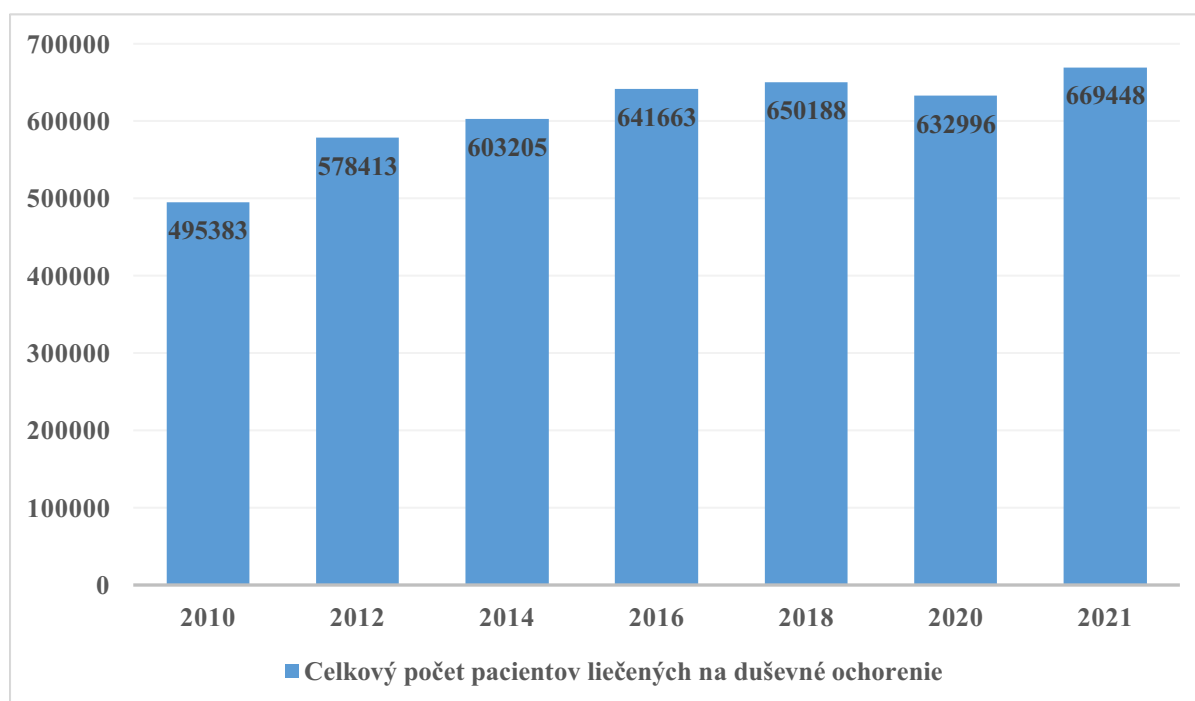


Zdroj: MZČR, 2022; NZIP, 2022; spracované a vytvorené autorkou

³⁶ Prevalencia príznakov duševných ochorení sa podľa dát WHO v Českej republike zvýšila z pôvodných 20% v roku 2017 na 30% v roku 2020 (Svačina et al., 2021).

Výskyt duševných ochorení v rámci Českej republiky je možné sledovať i na základe dát, ktoré poskytuje Národný register hradených zdravotných služieb (ďalej len NRHZS), spravovaný Ústavom zdravotníckych informácií a štatistiky (ďalej len ÚZIS)³⁷ ohľadom diagnostikovaných duševných ochorení. Podľa týchto dát bolo v roku 2021 duševné ochorenie diagnostikované približne 669 tisícom obyvateľom Českej republiky. Najčastejšie diagnostikované boli afektívne poruchy (poruchy nálady)³⁸, typicky predovšetkým **depresia** či úzkostná porucha, Alzheimerova choroba a schizofrénia. Najčastejšie boli duševné ochorenia diagnostikované v Prahe a v Moravskoslezskom kraji.

Graf č. 6 Vývoj počtu pacientov liečených na duševné ochorenie v rokoch 2010-2021 v Českej republike



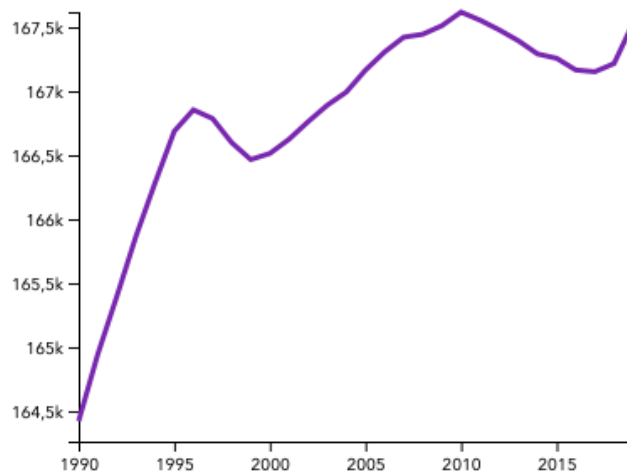
Zdroj: Archív Zdravotníckych ročeniek ÚZIS; spracované a vytvorené autorkou

V Českej republike vo všeobecnosti ochorenia, ich následky a predčasné úmrtia v roku 2019 zapríčinili stratu takmer 3,5 miliónov rokov zdravého života. Duševné ochorenia a ich následky sú zodpovedné za stratu približne **167 tisíc** rokov prežitých v zdraví, čiže 4,7% z celkového počtu (IHME, 2023d). Vývoj je sprevádzaný dvomi výraznejšími poklesmi, prvým v období rokov 1995-2000 a následne v rokoch 2016-2017.

³⁷ Jedinci sú identifikovaní na základe niekoľkých druhov dokladov, ktoré sú využívané pre styk s poisťovňou. Bližšie pozri www.psychiatrie.uzis.cz

³⁸ MKCH-10: F30 – F39, pozri s. 36.

Graf č. 7 Vývoj DALYs v rokoch 1990-2021 pre Českú republiku, v tisícoch (duševné ochorenia)



Zdroj: IHME, 2023d; upravené autorkou

5.3 Prevalencia duševných ochorení na Slovensku

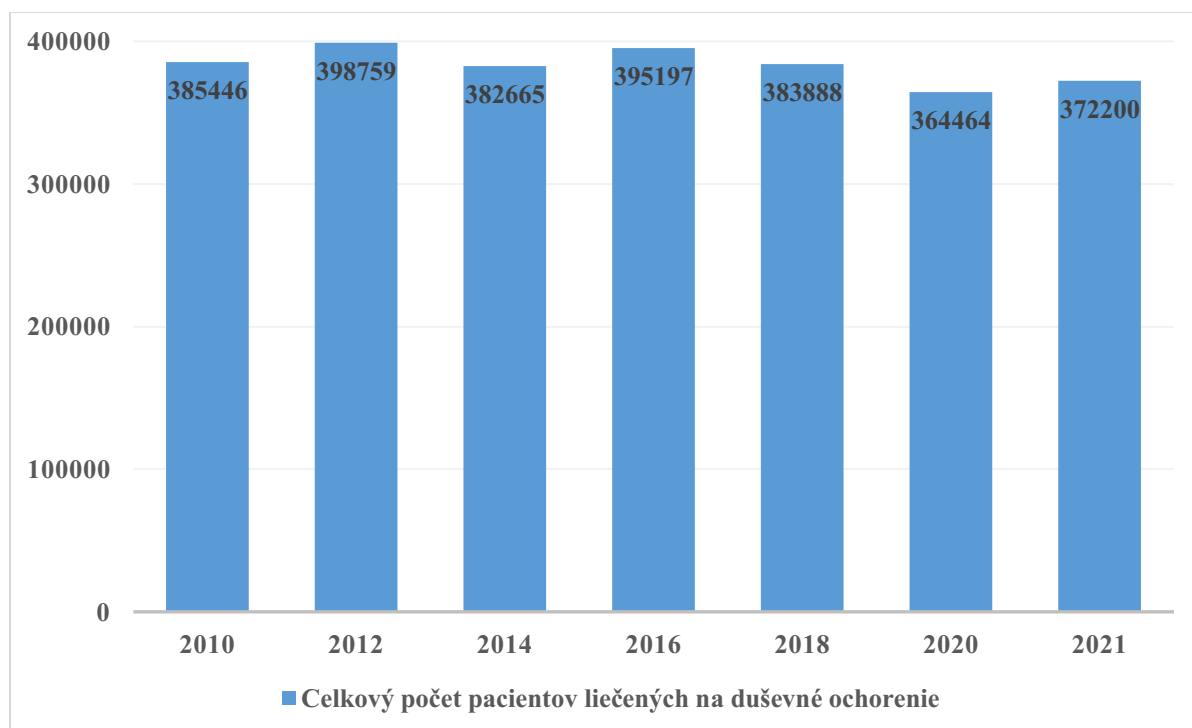
V rámci Slovenskej republiky sleduje výskyt duševných ochorení Národné centrum zdravotníckych informácií (ďalej len NCZI), prostredníctvom hlásení z ambulantných a nemocničných zariadení o počte liečených osôb³⁹. Podľa týchto dostupných dát boli duševné poruchy či poruchy správania diagnostikované za rok 2021 približne **377** tisícom obyvateľom Slovenska. Podobne ako v Českej republike i na Slovensku boli najčastejšie diagnostikované afektívne poruchy (poruchy nálady)⁴⁰, a to v takmer 32% z celkového počtu. Významnú zložku 27% z celkového počtu tvorila i diagnostika neurotických a stresových porúch⁴¹. Najčastejšie diagnostikovaným duševným ochorením bola **depresia**, v tesnom závese s fobickými úzkostnými poruchami. Najviac pacientov, ktorí trpeli duševných ochorením sa nachádzalo v Bratislavskom, Košickom a Banskobystrickom kraji (NCZI, 2022). Vývoj počtu osôb, ktorým bolo diagnostikované duševné ochorenie v priebehu poslednej dekády pre prehľadnosť ilustrujem na Grafe č.8.

³⁹ Hlásenia sa podávajú prostredníctvom *Ročného výkazu o činnosti psychiatrickej ambulancie A (MZ SR) 4-01* a *Hlásenia o pacientovi v ústavnej psychiatrickej starostlivosti ZS (MZ SR) 1-12*.

⁴⁰ MKCH-10: F30 – F39, pozri s. 36.

⁴¹ MKCH-10: F40 – F48, pozri s. 36.

Graf č.8 Vývoj počtu pacientov liečených na duševné ochorenie v rokoch 2010-2021 na Slovensku



Zdroj: Archív Zdravotníckych ročeniek NCZI; spracované a vytvorené autorkou

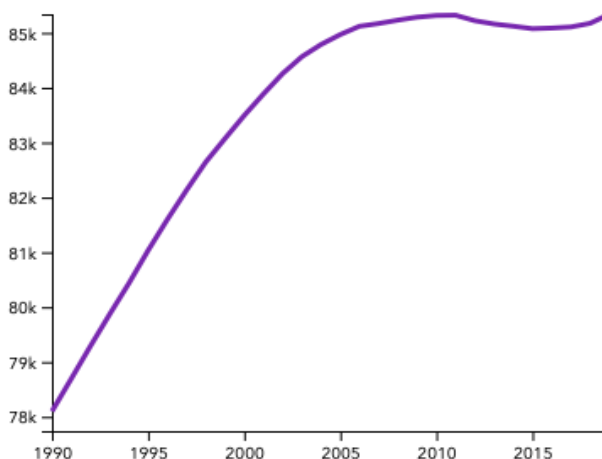
Napriek faktu, že počet liečených osôb opätovne postupne narastá, efektívne nastavenie politiky starostlivosti o duševné zdravie a s tým spojenú alokáciu potrebných finančných zdrojov výrazne limituje nedostatok aktualizovaných epidemiologických údajov o duševných ochoreniach na Slovensku. Posledné dostupné údaje pochádzajú z troch realizovaných epidemiologických štúdií cielených na prevalenciu depresie, úzkostných porúch a alkoholizmu, ktorých výsledky boli uverejnené počas prvej dekády 21. storočia (Heretik et al., 2003; Novotný et al., 2006; Heretik et al., 2008). „Ako je na tom Slovensko v ohľade na stav duševného zdravia nevieme. Jediné údaje, ktoré máme k dispozícii sú o počte ľudí, ktorí sa liečia v systéme psychiatrickej zdravotnej starostlivosti – tie čísla sú relatívne presné. Aký je populačný výskyt, to bohužiaľ nevieme. Máme tak veľmi obmedzené informácie o stave duševného zdravia.“ (Expert_SR_2).

Údaje, ktoré by vykresľovali prevalenciu duševných ochorení na Slovensku v súčasnosti síce absentujú, avšak situácia sa čoskoro zmení. Na konci roku 2023 by mali byť k dispozícii výsledky rozsiahlej populačnej štúdie, ktorá sleduje výskyt najčastejších duševných ochorení na území Slovenskej republiky. „Takže áno, po tomto výskume budeme múdrejší a dokážeme odhaliť, koľko ľudí má príznaky tých najčastejších chorôb, ale

nevyžívajú napr. žiadne z dostupných služieb. Poskytne to informácie, ktoré nemáme a ktoré akútne potrebujeme nato, aby sa mohla reformovať celá sieť politiky duševného zdravia.“ (Expert_SR_2). Slovensko je do dnešných dní krajinou, kde pacienti s príznakmi duševných ochorení nikdy nevyhľadajú odbornú pomoc, či už z dôvodu stále panujúcej stigmy alebo nízkeho povedomia spoločnosti o tejto problematike a vzniká rozsiahla medzera v starostlivosti (Bražinová et al., 2019; Izáková, Králová, Pečeňák, 2021).

Na Slovensku v dôsledku ochorení, následkov ochorení a predčasnej smrti došlo v roku 2019 ku strate približne 1,8 miliónov rokov života prežitého v zdraví. Takmer **87 tisíc** rokov života prežitého v zdraví Slovenská republika stráca na základe duševných ochorení a ich následkov. Podobne ako v Českej republike, i v prípade Slovenska ide o priemerne **4,8%** z celkového počtu (IHME, 2023e). Vývoj DALYs v priebehu rokov 1990-2021 má na Slovensku jednoznačne stúpajúcu tendenciu, pričom masívny nárast pozorujeme predovšetkým v období rokov 1990-2005. Na rozdiel od Českej republiky nie je možné identifikovať výraznejší pokles v akomkoľvek roku zo skúmaného obdobia.

Graf č. 9 Vývoj DALYs v rokoch 1990-2021 pre Slovenskú republiku, v tisícoch (duševné ochorenia)



Zdroj: IHME, 2023e; upravené autorkou

Na konci by som rada uviedla, že popísať stav duševného zdravia obyvateľov konkrétnej krajiny nie je jednoduché a s touto úlohou bojujú nielen odborníci z praxe, no i tvorcovia samotných politík starostlivosti o duševné zdravie. Vo všeobecnosti sú v oboch sledovaných krajinách dostupné dáta mapujúce stav využívania služieb psychiatrickej zdravotnej starostlivosti, avšak v rámci populácie ako Českej republiky, tak i Slovenska existuje veľké množstvo osôb, ktoré tieto služby nevyžívajú, resp. využívajú služby, u ktorých chýba

presnejšia evidencia (Sivčová, 2021). V rámci Slovenskej republiky tiež existujú len veľmi obmedzené a zastaralé dáta ohľadom samotnej epidemiológie duševných ochorení, čo vedie k ťažkostiam pri snahe o zefektívnenie tejto oblasti. Rovnako tak rolu zohráva i miera stigmatizácie a predsudkov ohľadom duševných ochorení v danej krajine, na základe ktorých vznikajú medzery v poskytnutej a potrebnej liečbe⁴². Pri porovnaní počtu osôb v oboch skúmaných krajinách, ktorým bola diagnostikovaná akákoľvek forma duševného ochorenia a medzinárodných odhadov taktiež zistíme, že počty liečených osôb zodpovedajú približne polovici z odhadovaných hodnôt⁴³.

Poznanie distribúcie duševných ochorení a jej pravidelné aktualizácie umožňujú zavádzanie, vyhodnocovanie i prípadné revízie ako preventívnych opatrení, tak i formy liečebných služieb. Takýto monitoring tiež môže poslúžiť ako základ pre budovanie politik starostlivosti o duševné zdravie založených na dôkazoch (angl. „*evidence-based mental health policy*“) (Kráľová et al., 2022).

⁴² Bližšie pozri s. 109.

⁴³ Pozri grafy na s. 40-49.

6 Kľúčové indikátory v oblasti duševného zdravia v Českej republike a na Slovensku

Pre vykonávanie pravidelne aktualizovaného monitoringu oblasti duševného zdravia populácie je nevyhnutné identifikovať relevantné indikátory, ktoré budú reprezentovať rôznorodé oblasti pokrývajúce základné témy verejného duševného zdravia. WHO (2013b, s.19) vo svojom Akčnom pláne pre duševné zdravie 2013-2020 vytýčila ako jeden z hlavných cieľov do roku 2020 dosiahnuť to, že „80% krajín bude pravidelne zhromažďovať a následne hlásiť **aspoň základný súbor** indikátorov duševného zdravia, a to každé 2 roky prostredníctvom svojich národných zdravotných informačných systémov.“ V nadväznosti nato boli jednotlivé členské štáty WHO vyzvané k tomu, aby tieto potrebné údaje zhromažďovali a následne systematicky analyzovali a podávali potrebné reporty, za účelom vytvorenia spoľahlivej databázy pre formulovanie politických odporúčaní (Peitz et al., 2021). V roku 2019 bol tento Akčný plán predĺžený do roku 2030 a v roku 2021 bol 74. Svetovým zdravotníckym zhromaždením aktualizovaný. Aktualizácia prebehla formou schválenia Komplexného akčného plánu pre duševné zdravie 2013-2030 (WHO, 2021). Cieľ dosiahnutia hranice 80% krajín reportujúcich základné indikátory duševného zdravia zostal nezmenený, a zatiaľ nenaplnený.

Najnovšie vydanie Atlasu duševného zdravia (WHO, 2020a, s.17)⁴⁴ poukazuje nato, že podávanie hlásení o indikátoroch špecificky pre oblasť duševného zdravia, v horizonte posledných dvoch rokov, pre verejný i súkromný sektor je splnené len v **13%** členských štátov WHO⁴⁵. **31%** členských štátov WHO pravidelne zozbierava a následne reportuje údaje špecificky pre oblasť duševného zdravia aspoň z hľadiska verejného sektoru⁴⁶; **40%** členských krajín uvádza údaje o indikátoroch duševného zdravia aspoň ako súčasť všeobecných zdravotných štatistík. Relatívne ambiciózny cieľ dosiahnutia hranice 80% krajín, ktoré budú pravidelne nielen zozbieravať, no i reportovať správy o indikátoroch duševného zdravia si teda bude vyžadovať mimoriadne úsilie (WHO, 2020a, s.9).

Česká i Slovenská republika údaje o kľúčových indikátoroch zozbierava a následne uverejňuje predovšetkým v rámci svojich zdravotných informačných systémov – v Českej republike ide o **Ústav zdravotníckych informácií a štatistiky (ÚZIS ČR)**, na Slovensku o

⁴⁴ Atlas duševného zdravia je dokumentom, ktorý bol zostavený tak, aby zhromažďoval údaje o duševnom zdraví naprieč svetom a sledoval tak čiastkové pokroky členských štátov WHO smerom k cieľom, ktoré stanovujú akčné plány duševného zdravia.

⁴⁵ Vrátane Českej republiky.

⁴⁶ Vrátane Českej republiky a Slovenska.

Národné centrum zdravotníckych informácií (NCZI SK). V oboch prípadoch je zriaďovateľom tuzemské ministerstvo zdravotníctva a pravidelné vydávanie týchto štatistík i vykonávanie činnosti je ukotvené ako v českej, tak i v slovenskej legislatíve⁴⁷. Hlavným zdrojom informácií o oblasti psychiatrickej starostlivosti a duševného zdravia vo všeobecnosti sú pre obe skúmané krajiny každoročne vydávané psychiatrické ročenky, ktoré sú verejne dostupné a zverejňované na internetových stránkach národných zdravotných informačných systémov⁴⁸.

Nasledujúca podkapitola vychádza z dát dostupných v rámci národných profilov v Atlase duševného zdravia a z dát zverejnených v tabuľkových výstupoch ročeníek zdravotnej i psychiatrickej starostlivosti.

6.1 Kľúčové indikátory starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku

V nadväznosti na Atlas duševného zdravia z roku 2017 a 2020 som sa v tejto časti svojej diplomovej práce rozhodla venovať piatim základným indikátorom duševného zdravia (angl. „*mental health indicators*“), ktoré slúžia k získaniu a následnému posudzovaniu stavu politik starostlivosti o duševné zdravie danej krajiny: (bližšie pozri WHO, 2017; WHO, 2020a)

1. existencia **samostatnej politiky starostlivosti o duševné zdravie** alebo aspoň plánu či programu, ktorý sa venuje rozvoju tejto oblasti⁴⁹;

⁴⁷ **ÚZIS ČR** je správcom **Národného zdravotníckeho informačného systému**, podľa zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotníckych službách. Zároveň je súčasťou štátnej štatistickej služby a celú svoju činnosť vykonáva podľa a v súlade so zákonom č. 89/1995 Sb. o štátnej štatistickej službe. **NCZI SK** je štátnou organizáciou, ktorej činnosť je upravená predovšetkým zákonom č. 153/2013 Z. z., o národnom zdravotníckom informačnom systéme a zákonom č. 540/2001 Z. z., o štátnej štatistike.

⁴⁸ Publikované výstupy v ročenkách v **Českej republike** vychádzajú predovšetkým z Národného registra hradených zdravotných služieb, Ročného výkazu o činnosti poskytovateľa zdravotných služieb – odbor psychiatria A (MZ) 1-01 a zo zberu dát, ktoré realizujú zdravotné poisťovne. Na **Slovensku** tieto ročne publikované výstupy vychádzajú predovšetkým z Ročného výkazu o činnosti psychiatrickej ambulancie A (MZ SR) 4-01 a z Hlásenia o pacientovi ústavnej psychiatrickej starostlivosti ZS (MZ SR) 1-12.

⁴⁹ V tejto časti práce sú uvedené najnovšie dokumenty týkajúce sa analyzovanej oblasti. V prípade oboch skúmaných krajín ide už niekoľkú variantu stratégií či koncepcií; historický vývoj pozri bližšie Kapitola č.8.

Česká republika

Existencia samostatnej politiky starostlivosti o duševné zdravie: ÁNO

Česká republika disponuje Stratégiou reformy psychiatrickej starostlivosti z roku 2013, ktorá bola schválená Ministerstvom zdravotníctva v súlade s ostatnými národnými i európskymi dokumentami. Stratégia je súčasťou reformy českej psychiatrickej starostlivosti, ktorá predstavuje veľkú systémovú a organizačnú zmenu s hlavným cieľom, a to humanizovať zlepšiť kvalitu života osobám, ktoré trpia duševným ochorením. Implementačná fáza bola započatá v roku 2017. Na vládnej úrovni existuje *Národná rada pre duševné zdravie*, ktorá politiku starostlivosti o duševné zdravie koordinuje; riadi implementáciu dokumentov v tejto oblasti a aktualizuje Národný akčný plán pre duševné zdravie 2020-2030.

Slovenská republika

Existencia samostatnej politiky starostlivosti o duševné zdravie: ÁNO

V roku 2022 boli na Slovensku publikované Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti, v rámci ktorých je za ako hlavný cieľ reformy vytýčená systémová zmena poskytovania starostlivosti v odbore psychiatrie. Na vládnej úrovni je podobne ako v Českej republike i na Slovensku zriadený nadrezortný orgán Rada vlády Slovenskej republiky pre duševné zdravie. Jej hlavnou úlohou je koordinácia jednotlivých aktérov vo fáze tvorby i realizácie politiky v oblasti starostlivosti o duševné zdravie. V súčasnosti sa pripravuje aktualizovaný Národný akčný plán pre duševné zdravie.

2. existencia **samostatného zákona o duševnom zdraví**, poprípade ďalšej legislatívy (napr. zákon o duševnom zdraví zdravotníckych a sociálnych pracovníkov a podobne);

Obe skúmané krajiny v histórii svojej samostatnej existencie prijali hneď niekoľko rôznych koncepcií, stratégií či plánov. Tejto oblasti sa venujem v samostatnej Kapitole č. 8, ktorá je zameraná na vývoj politiky starostlivosti o duševné zdravie ako v Českej republike, tak i na Slovensku. Z tohto dôvodu sa na nasledujúcich riadkoch venujem len právnym predpisom, hlavne zákonom a vyhláškam. Rada by som tiež uviedla, že obe republiky sa v rámci svojej samostatnej existencie zaviazali k dodržiavaniu ľudských práv i práv pacientov s duševným ochorením a to ratifikáciou dokumentov ako napr. Všeobecná deklarácia ľudských práv, Európska sociálna charta atď.

Česká republika

Samostatný zákon, ktorý by bol zameraný vyslovene len na oblasť duševného zdravia v českej legislatíve **neexistuje**. Legislatívne sú ale presne vymedzené a upravené niektoré oblasti starostlivosti o duševné zdravie, typicky napríklad spôsobilosť k určitým právnym úkonom či ochrana osôb s postihnutím na trhu práce, ktoré pre prehľadnosť zhŕňam v nasledujúcej Tabuľke č. 5.

Tabuľka č. 5 Právne predpisy, ktoré upravujú určitú oblasť starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike

Právny predpis	Oblasť starostlivosti o duševné zdravie
Zákon č. 108/2006 Sb. , o sociálnych službách	§70a definuje a vymedzuje pôsobnosť centier duševného zdravia
Zákon č. 262/2006 Sb. , zákonník práce	upravuje postavenie osôb s postihnutím na trhu práce
Vyhláška č. 55/2011 Sb. , o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov	§22 upravuje činnosť adiktológa; §23 činnosť psychológa; §64 upravuje činnosť zdravotných sestier v odbore psychiatrie;
Zákon č. 329/2011 Sb. , o poskytovaní dávok osobám so zdravotným postihnutím	upravuje nárok pacienta na finančné príspevky (napr. u mentálnej retardácie)
Zákon č. 372/2011 Sb. , o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania	Hlava I. upravuje druhy a formy zdravotnej starostlivosti, kam spadá ako lôžková, tak i ambulantná psychiatrická starostlivosť
+ <i>Vestník MZ ČR č. 5/2016</i> <i>Vestník MZ ČR č. 8/2021</i> <i>Vestník MZ ČR č. 15/2022</i>	definícia štandardu starostlivosti, ktorá je poskytovaná v centrách duševného zdravia; štandard akútnej lôžkovej i ambulantnej psychiatrickej starostlivosti

Zdroj: autorka

Slovenská republika

Podobne ako v Českej republike, ani na Slovensku **neexistuje samostatná zákonná úprava**, ktorá by bola venovaná len oblasti duševného zdravia obyvateľov a jeho ochrane. Opätovne ale možno nájsť legislatívu ktorá sa venuje jednotlivým oblastiam, a to predovšetkým úprave výkonu jednotlivých foriem poskytovania starostlivosti o duševné zdravie. Krátky prehľad najdôležitejších právnych predpisov z tejto sféry uvádzam v prehľade v Tabuľke č. 6.

Tabuľka č. 6 Právne predpisy, ktoré upravujú určitú oblasť starostlivosti o duševné zdravie v Slovenskej republike

Právny predpis	Oblasť starostlivosti o duševné zdravie
Zákon č. 311/2001 Z. z. zákonník práce	upravuje podmienky práce a zodpovednosti za prípadné škody u osôb, ktoré trpia duševným ochorením v pracovnom prostredí
Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti	vymedzuje poskytovanie ambulantnej, ústavnej a ošetrovateľskej starostlivosti; §11a vymedzuje práva pacienta v oblasti psychiatrie; §6 upravuje oblasť poskytovania informovaného súhlasu
Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve	§97 upravuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti v ambulantnom zariadení, v psychiatrickom stacionári alebo v psychiatrickej nemocnici
Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách	§43 upravuje sprievodcovskú službu poskytovanú osobám s duševným ochorením;
Vyhláška č. 84/2016 Z. z. ustanovujúca určujúce znaky zdravotníckych zariadení	upravuje výkon ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti

Zdroj: autorka

3. existencia, dostupnosť a poskytovanie **služieb** starostlivosti o duševné zdravie;

- **Ľudské zdroje:** počet psychiatrov a zdravotných sestier, na 100 000 obyvateľov

V tomto prípade som sa rozhodla spojiť dostupné dáta pre obe skúmané krajiny a nerozdeľovať ich do samostatných kategórií. K tomuto kroku ma viedla predovšetkým myšlienka vzájomného porovnania ako konkrétnych údajov, tak i dostupnosti informácií o pracovnej sile v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie. V nadväznosti na Atlas duševného zdravia uvádzam v nasledujúcej tabuľke roky 2014, 2017 a 2020, za ktoré je táto publikácia vydávaná.

Tabuľka č. 7 Prehľad pracovnej sily v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, na 100 000 obyvateľov

Rok a krajina		počet psychiatrov ⁵⁰	počet zdrav. sestier*
2014	SR	10,13	n/a
	ČR	05,03**	26,34**
2017	SR	10,36	22,79
	ČR	12,36	30,35
2020	SR	11,20	23,04
	ČR	15,60	30,39

Zdroj: *Mental Health Atlas Country Profiles: Czech republic 2014, 2017 a 2020; Zdravotnícke ročenky SR; Psychiatrické ročenky ČR; spracované autorkou*

* v oblasti psychiatrie

** za rok 2014 údaje v profile ČR v rámci Atlasu duševného zdravia neboli zverejnené. Ročenka Psychiatrická starostlivosť 2014 z dôvodu technologických a organizačných zmien prevedených v spôsobe zberu dát nezverejňuje údaje o ambulantnej psychiatrickej starostlivosti a počtoch odborných pracovníkov (lekárov/osôb s odbornou spôsobilosťou), nakoľko neboli získané v dostatočne komplexnej podobe, čo narušovalo ich validitu. Z tohto dôvodu v Tabuľke č. 7 uvádzam počty psychiatrov a zdravotných sestier (na 100 000 obyvateľov) len z oblasti psychiatrických nemocníc.

Tabuľka č. 7 vychádza predovšetkým z troch posledných Atlasov duševného zdravia, ktoré boli vytvorené pre roky 2014, 2017 a 2020. Okrem komplexného dokumentu je ku každému vydaniu uverejnený i samostatný profil jednotlivých krajín, ktorý prehľadne poukazuje na jednotlivé oblasti starostlivosti o duševné zdravie. Pre Českú republiku sú tieto prehľady dostupné pre roky 2020 a 2017, zatiaľ čo pre Slovenskú republiku len pre rok 2017. Je nutné podotknúť, že aj napriek zverejneniu tohto dokumentu za rok 2017 Slovenská republika WHO neposkytla takmer žiadne potrebné údaje o pracovnej sile v oblasti duševného zdravia.

V Českej republike je možné pozorovať nárast psychiatrov medzi rokmi 2017 a 2020; počty zdravotných sestier v oblasti psychiatrie zostávajú viac-menej ustálené. Slovenská republika neposkytuje dáta o počte psychiatrov či zdravotných sestier ani Globálnemu zdravotníckemu observatóriu, ktoré pravidelne zozberáva dáta (nielen) v tejto oblasti a zverejňuje ich vo svojich infografikách. Národné centrum zdravotníckych informácií poskytuje v tematických štatistických výstupoch oblasti psychiatrickej starostlivosti publikačné tabuľkové výstupy, no tie sú prevažne zamerané na poskytnutú starostlivosť. Informácie o počtoch psychiatrov či psychiatrického personálu sú zverejnené oddelene pre ambulantných

⁵⁰ Priemer EÚ približne 16 psychiatrov na 100 000 obyvateľov (Eurostat, 2018).

psychiatrov a psychiatrov pôsobiacich v psychiatrických nemocniciach. Pre prehľadnosť udávam v Tabuľke č. 7 konečné počty, prepočítané na 100 000 obyvateľov. I v prípade Slovenska je možné pozorovať mierny nárast psychiatrov medzi pozorovanými rokmi.

- **dostupnosť služieb:** počet zariadení, ktoré poskytujú hospitalizácie pacientom s duševnými ochoreniami, počet lôžok v psychiatrických nemocniciach na 100 000 obyvateľov

Tabuľka č. 8 Prehľad dostupnosti služieb v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie, na 100 000 obyvateľov; Počet lôžkových zariadení v ČR a SR celkovo

Rok a krajina		Počet lôžok v psych.nemocniciach	Počet lôžok na psych. oddeleniach všeob. nemocníc
2014	SR	81,34*	
	ČR	82,40	11,7
2017	SR	81,32	
	ČR	80,94	12,34
2020	SR	80,72	
	ČR	81,24	12,32
Rok a krajina		Počet psych. nemocníc na území krajiny	Počet psych. oddelení všeob. nemocníc na území krajiny
2014	SR	n/a	
	ČR	18 + 3 detské	30
2017	SR	n/a	
	ČR	18 + 3 detské	30
2020	SR	9	39
	ČR	20 + 3 detské	32

Zdroj: *Mental Health Atlas Country Profiles: Czech republic 2014, 2017 a 2020; Zdravotnícke ročenky SR; Psychiatrické ročenky ČR; spracované autorkou*

* údaje o počte lôžok sú v dostupných štatistických výstupoch udané spoločne pod názvom „postel'ná starostlivosť v odborných útvaroch zdravotnej starostlivosti“, preto v Tabuľke č.8 uvádzam súhrnné číslo

Tabuľka č. 8 ukazuje vývoj počtu lôžok v rámci psychiatrických nemocníc a psychiatrických oddelení všeobecných nemocníc. Obe skúmané republiky vykazujú relatívne stabilný lôžkový fond. Pre ilustráciu dopĺňam stručný prehľad počtu psychiatrických nemocníc a jednotlivých psychiatrických oddelení. Za veľmi problematickú ale v tomto prípade hodnotím dostupnosť informácií, predovšetkým v oblasti zoznamu psychiatrických nemocníc či samotných oddelení na Slovensku. Vo verejne dostupných štatistikách výrazne absentuje

ucelený zoznam, ktorý by zhrňal sieť týchto ústavných zariadení tak, ako to predkladá napr. v Českej republike ročenka Psychiatrickej starostlivosti za konkrétne roky. S určitou mierou opatrnosti, vzhľadom na dostupnosť dát, je však možné usúdiť, že Česká republika do dnešných dní disponuje väčším lôžkovým fondom než Slovensko.

- **dostupnosť služieb:** počet psychiatrických ambulancií

Tabuľka č. 9 Prehľad počtu psychiatrických ambulancií v Českej republike a na Slovensku

Rok a krajina		počet psych. ambulancií
2014	SR	347
	ČR	1004
2017	SR	382
	ČR	1007
2020	SR	389
	ČR	1019

Zdroj: Zdravotnícke ročenky SR; Psychiatrické ročenky ČR; spracované autorkou

Vzhľadom na získané dáta, ktoré uvádzam v Tabuľke č. 9, je možné vzhľadom na počty obyvateľov Českej republiky a Slovenska (v pomere približne 2:1) vyvodiť záver, že dostupnosť ambulantnej psychiatrickej starostlivosti je na Slovensku o niečo nižšia, než v Českej republike.

4. existencia a dostupnosť aspoň **2 programov** zameriavajúcich sa na oblasť **prevencie** na poli starostlivosti o duševné zdravie;

V oboch skúmaných republikách existujú programy, ktoré sú zamerané na oblasť prevencie v rámci starostlivosti o duševné zdravie. Existenciu týchto programov by mali jednotlivé krajiny reportovať vo svojich profiloch vyplňaných za účelom spracovania Atlasu duševného zdravia.

Česká republika zverejnila v národnom profile pre roky 2014, 2017 a 2020 nasledovné preventívne programy:

- a) Čistá duša;
- b) Blázní? No a! Program primárnej prevencie pre školy;
- c) Mindset;

- d) Národný program prevencie samovrážd;
- e) Mama v úzkych;
- f) Všetkých päť pohromade – program na podporu duševného zdravia na školách;
- g) Nevypusť dušu.

Slovenská republika zverejnila v jedinom národnom profile v roku 2017 informáciu, že existuje národný program prevencie samovrážd, avšak ohľadom preventívnych programov ďalšie informácie ani zoznamy nedoložila. Tieto programy ale v rámci krajiny existujú, pre ilustráciu uvádzam napr. Duševné zdravie detí určený pedagógom; Zippyho priatelia; Nezábudka a podobne.

5. odhad výdavkov štátu na oblasť starostlivosti o duševné zdravie

Výška výdavkov, ktoré daná krajina vyčlení na oblasť zdravotníctva celkovo závisí od niekoľkých demografických, sociálnych a nepochybne i ekonomických faktorov. Podľa OECD (2022) existujú v Európe veľké rozdiely v úrovni výdavkov, no i v trende rastu výdavkov medzi jednotlivými krajinami. Pomerne výpovedným ukazovateľom je % HDP, čiže to, koľko krajina vynakladá na zdravotnú starostlivosť v pomere k ostatným zložkám jej ekonomiky. V roku 2020 bol priemer Európskej únie 10,9% HDP. Česká republika a rovnako tak i Slovensko sa nachádzajú pod európskym priemerom, a to s **9,2%** HDP v prípade Českej republiky a **7,2%** v prípade Slovenska (OECD, 2022, s. 137). Na oblasť duševného zdravia podľa dostupných dát vynakladajú Česká a Slovenská republika približne **2,5%** HDP, čo je i v tomto prípade pod európskym priemerom, ktorý sa pohybuje okolo 3% HDP (OECD, 2021).

6.2 Zhrnutie indikátorov starostlivosti o duševné zdravie

Prehľad piatich základných indikátorov oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie umožňuje vytvorenie si určitého prehľadu o tom, ako si jednotlivé krajiny v tejto oblasti vedú. Česká republika vyplnila v naposledy dostupnom národnom profile v rámci Atlasu duševného zdravia pre rok 2020, že pravidelne v intervale 2 rokov zverejňuje požadované informácie ako za verejný, tak i súkromný sektor. Slovenská republika v obdobnom dokumente pre Atlas duševného zdravia 2017 uvádza, že pravidelne reportuje dáta o starostlivosti o duševné zdravie pre verejný sektor.

Obe skúmané krajiny disponujú samostatnými politikami starostlivosti o duševné zdravie, ktoré pravidelne aktualizujú. Česká republika sa nachádza v implementačnej fáze

svojej reformy psychiatrickej starostlivosti, zatiaľ čo Slovensko svoju reformu zdĺhavo po dlhé roky pripravuje. Ani v jednej z krajín nie je formulovaná explicitná legislatívna úprava venujúca sa len oblasti duševného zdravia a jeho ochrane, no väčšina oblastí, ktoré do politiky duševného zdravia spadajú legislatívne ukotvené sú. Zverejňovanie informácií o pracovnej sile v oblasti psychiatrie je uspokojivé v rámci Českej republiky, na Slovensku sú tieto informácie síce dostupné, no absentujú obsiahlejšie databázy alebo explicitné zoznamy venujúce sa tejto oblasti. O webovom rozhraní sa takisto nedá povedať, žeby bolo uspôsobené pre hľadanie informácií verejnosťou. Podobný problém vzhľadom i u mapovania siete zdravotníckych zariadení. Česká i Slovenská republika sa venujú prevencii duševných ochorení v rôznych oblastiach a budujú silnú sieť programov nato určených naprieč širokým spektrom obyvateľstva. Z ekonomického hľadiska sa obe republiky nachádzajú pod európskym priemerom v oblasti výdavkov na oblasť starostlivosti o duševné zdravie, i na zdravotnú oblasť vo všeobecnosti.

7 Vývoj na poli poskytovania starostlivosti o duševné zdravie do roku 1993

Česká republika a Slovensko po dlhú periódu zdieľali spoločnú históriu a celkové nastavenie zdravotnej politiky, čo nepochybne zanechalo stopu i na smerovaní samostatných politik starostlivosti o duševné zdravie po rozdelení Československa v roku 1993. Pre lepšie uchopenie problematiky vývoja politik starostlivosti o duševné zdravie v oboch skúmaných krajinách samostatne považujem za relevantné uviesť aspoň krátky historický prehľad vývoja tejto oblasti pred rokom 1993, keďže inštitucionálne zaťaženie tejto doby si obe krajiny „niesli“ i do obdobia svojej samostatnej existencie.

7.1 Obdobie do roku 1918

Do roku 1918 možno pozorovať rozdielny vývoj v oblasti starostlivosti o duševné zdravie medzi **Slovenskom**, patriacim do uhorskej časti vtedajšieho Rakúsko-Uhorska a **českými krajinami**, ktoré spadali pod rakúsku časť tejto dualistickej monarchie.

Duševné ochorenia boli v tomto období zaradené do rezortu zdravotnej starostlivosti a pretrvával vznik a následný rozvoj samostatných zariadení – psychiatrických azylov a neskôr ústavov⁵¹, budovaných na okrajoch miest či obcí, ďaleko od ľudských obydlí⁵². Tie boli však budované predovšetkým v rámci rakúskej časti ríše a pozostávali i z niekoľkých tisíc lôžok; v uhorskej časti dominoval psychiatrický ústav v Budapešti, no inak prevažovali menšie psychiatrické oddelenia vybudované pri všeobecných nemocniciach⁵³, typicky napríklad v Bratislave, Trenčíne či Trnave (Gebhart, 1991; Potůček, Scheffler, 2008, s.23; Mášová, 2008).

Šlo o obdobie, kedy nebola pre liečbu pacientov s duševným ochorením k dispozícii vhodná forma komunitnej starostlivosti, neexistovali, resp. neboli dostupné potrebné účinné psychofarmaká a liečba vo forme ústavnej hospitalizácie sa javila ako tá najvhodnejšia (Shorter v Knapp et al., 2007, s.16; Mášová, 2008). Vo všeobecnosti možno identifikovať dva hlavné smery, ktoré boli pre toto obdobie charakteristické na poli poskytovania či už diagnostiky alebo

⁵¹ Viac k terminológii ohľadom názvoslovia psychiatrická ústav/liečebňa/nemocnica pozri Potůček, Scheffler, 2008, s. 27.

⁵² Duševne chorí obyvatelia neboli príliš tolerovaní a preto boli po dlhú dobu izolovaní mimo spoločnosť.

⁵³ Rakúska časť ríše bola orientovaná viac priemyselne než poľnohospodárska uhorská časť, a pre duševné ochorenia sa tu nenachádzala veľká dávka tolerancie. To bol i jeden z hlavných dôvodov budovania rozsiahlych psychiatrických liečební, najčastejšie mimo alebo na okraji miest. Počet psychiatrov bol však jednoznačne nedostatočný a na tisíce lôžok pripadalo ich pripadalo asi 50-70 (Gebhart, 1991).

samotnej liečby duševných ochorení. Ťažké duševné ochorenia boli liečené v psychiatrických ústavoch, zatiaľ čo menej vážne diagnózy boli, v prípade možnosti pacienta zaplatiť požadovanú čiastku, liečené ambulantne u neurológa. Pre mnohých pacientov bolo oveľa jednoduchšie priznať neurologickú poruchu miesto duševného ochorenia, ktoré už v tej dobe bolo silne stigmatizované (Gask, 2004). Slovensko, okrem územia Bratislavy, rozhodne zaostávalo za českými krajinami a vývoj tejto oblasti bol veľmi pomalý. Vo všeobecnosti možno hovoriť o celkovo horšej dostupnosti zdravotnej starostlivosti v tejto oblasti, personálnych nedostatkoch a pomerne nízkom hygienickom štandarde (Pažitný, 2020). Väčšina dostupných dát z oblasti duševného zdravia je tak za obdobie pred rokom 1918 spojená hlavne s českými krajinami.

Z pôvodnej starostlivosti o duševne chorých pacientov v období stredoveku či raného novoveku, kedy boli zriaďované verejné rádové nemocnice v tesnej blízkosti kostolov či kláštorov sa upevnením svetskej moci začali budovať ošetrojúce azyly pod gesciou jednotlivých miest či obcí. V oboch prípadoch však nie je možné hospitalizáciu pacienta označiť za liečbu, a to predovšetkým z dôvodu absencie lekárskeho personálu, no i veľmi zlej hygienickej situácie, ktorá vyúsťovala do vysokej úmrtnosti ako pacientov, tak i personálu (Nosková, 2020). Akýsi začiatok systematickej starostlivosti o duševne chorých pacientov možno evidovať až s príchodom Jozefa II. a jeho Dekréty z marca roku 1783, ktorý prikazoval vybudovanie oddelenia pre duševne chorých kňazov v rámci nemocnice (Höschl, 1996). Ide o jeden z najväčších bodov zlomu, ktorý ovplyvnil následne usporiadanie a fungovanie psychiatrie na území českých krajín. Následne nato bol vybudovaný samostatný Ústav pre duševne chorých, a to na konci 18. storočia popri Všeobecnej fakultnej nemocnici v Prahe (Vencovský, 1957). Významnú úlohu v tom období tiež zohral prvý český psychiater Jan Theobald **Held**⁵⁴, presadzujúci trpezlivý a láskavý prístup k pacientom, ktorý nebol bežnou praxou v rámci veľkých a preľudnených psychiatrických ústavov (Potůček, Scheffler, 2008). Na rozdiel od svojich predchodcov, ktorí stáli v čele Psychiatrického ústavu v Prahe, svoju funkciu vykonával s reálnym záujmom o odbor psychiatrie a do praxe zapojoval i študentov v snahe konfrontovať ich s reálnymi prípadmi z praxe (Kneidl v Heveroch, 1926).

Medzi hlavné výzvy vtedajšej doby v oblasti duševného zdravia patrilo poskytovanie potrebnej starostlivosti, no zároveň zabránenie neustále navyšujúcemu sa počtu pacientov, ktoré sa začalo stávať vážnym ekonomickým problémom. Slovensko začalo svoju oblasť

⁵⁴ Held bol vo svojej praxi silne inšpirovaný francúzskym psychológom **Philippom Pinelom**, ktorý presadzoval rovnaké práva pre osoby s duševným ochorením ako majú osoby fyzicky choré (Potůček, Scheffler, 2008).

zdravotníctva rozvíjať až v spojitosti s pádom Bachovho absolutizmu, no dostupné zdroje, ktoré by sa tomuto časovému úseku venovali sú veľmi obmedzené. Obdobie prelomu 19. a 20. storočia ja ale v oboch skúmaných krajinách možné charakterizovať masívnym rozvojom biologického prístupu v psychiatrii. Prevládala idea, že k tomu, aby bolo možné porozumieť duševným ochoreniam je nevyhnutné skúmať ľudský mozog a biologické príčiny, ktoré k týmto ochoreniam vedú (Gask, 2004).

Na tomto mieste by som rada upozornila na fakt, že napriek tomu, že v súčasnosti sa moderné politiky duševného zdravia snažia kráčať vpred smerom ku efektívnej komunitnej forme starostlivosti o pacientov s duševným ochorením, v období 19. a začiatku 20. storočia boli prvé psychiatrické ústavy či azyly rozhodne vykročením vpred. Osoby, ktoré bojovali s duševným ochorením v rámci komunit zažívali nedôstojné zachádzanie a neraz žili v neľudských podmienkach⁵⁵. Problematickým samozrejme zostala absencia/nedostatok následnej starostlivosti, ktorá by bola poskytnutá osobám prepusteným z týchto ústavov⁵⁶. Dominantné veľké psychiatrické ústavy začali tiež na prelome 19. a 20. storočia dopĺňať psychiatrické oddelenia v rámci všeobecných nemocníc, a to i v rámci českých krajín (Shorter v Knapp et al., 2007). Vo všeobecnosti je ale možné označiť obdobie budovania veľkokapacitných psychiatrických ústavov za jeden z hlavných a prelomových míľnikov v dejinách nielen českého, no i celoeurópskeho lekárstva.

7.2 Obdobie Prvej česko-slovenskej republiky (1918-1938)

Zánik Rakúsko-Uhorska a založenie Prvej česko-slovenskej republiky na začiatku 20. rokov 20. storočia prinieslo se sebou rozmach v oblasti výskumu na poli starostlivosti o duševné zdravie. V Brne a v Bratislave vznikli nové univerzity, v rámci ktorých lekárske fakulty zriaďovali i katedry psychiatrie a podnietili vedecký rozvoj tejto sféry. Toto obdobie tiež bolo sprevádzané nárastom počtu inštitúcií i lôžok vo všeobecnosti, avšak v českej časti šlo opäť predovšetkým o budovanie veľkokapacitných psychiatrických ústavov a nasledovanie pôvodného inštitucionálneho usporiadania z čias Rakúsko-Uhorska. V období trvania Prvej česko-slovenskej republiky bolo týchto ústavov v českej časti krajiny až 10, zatiaľ čo na

⁵⁵ Shorter (v Knapp, 2007, s. 16-18) uvádza, že napr. v Dánsku boli duševne chorí obyvatelia zatváraní a držaní v drevených klietkach alebo pripútaní na reťaziach spolu s hospodárskymi zvieratami v maštaliach. Situácia v českých krajinách alebo na Slovensku nebola natoľko kritická, no napriek tomu absentovali vhodné hygienické podmienky (Nosková, 2020).

⁵⁶ Existovalo len niekoľko súkromných charitatívnych spolkov, ktoré sa starali o prepustených pacientov, no prevažne sa nachádzali vo Francúzsku, Taliansku či Nemecku.

Slovensku po dlhú dobu neexistoval žiadny (Mášová, 2008). Slovenská časť republiky taktiež pokračovala v zavedenom trende, a to v budovaní ďalších psychiatrických oddelení, avšak z dôvodu neustále zvyšujúceho sa dopytu po potrebe hospitalizácie pacientov bolo nakoniec odkúpené kúpeľné zariadenie v Pezinku. To bolo následne transformované na psychiatrický ústav s kapacitou približne 400 lôžok a stalo sa výnimkou v rámci systému poskytovania starostlivosti o duševne chorých v tejto časti republiky (Gebhart, 1991). Vďaka posilneniu role výskumu došlo i k uplatňovaniu nových metód v liečbe a až 2/3 duševne chorých pacientov mohlo byť z psychiatrických ústavov prepustených (Potůček, Scheffler, 2008). Inovatívne metódy využívané predovšetkým v 20. a 30. rokoch 20. storočia je však dnes možné označiť za kontroverzné a riskantné. Mnohé z nich pri ich aplikácii neboli overené a na toto obdobie v rozvoji psychiatrie je dnes nazerané ako na veľmi smutnú historickú kapitolu (Gask, 2004).

V tomto období je ďalej možné pozorovať zárodky prevencie na poli psychiatrie, a to predovšetkým vďaka poskytovanému poradenstvu ako zo strán psychiatrov, tak i psychologov. Veľkým obmedzením však boli personálne kapacity, ktoré nedokázali naplňať dopyt a rovnako tak i fakt, že vo väčšine prípadov boli tieto služby poskytované buď dobrovoľne alebo z rozpočtov charitatívnych organizácií. Nemožno teda hovoriť o vytvorení systému prevencie či už na regionálnej alebo národnej úrovni (Gebhart, 1991).

V spojitosti s rozmáhajúcim sa svetovým vojnovým konfliktom bolo mnoho odborníkov nútených emigrovať a rovnako tak došlo k uzavretiu českých univerzít. Vo všeobecnosti masívne poklesla úroveň kvality zdravotnej starostlivosti, ktorá bola do tej doby porovnateľná s úrovňou starostlivosti poskytovanej v západoeurópskych krajinách (Potůček, Scheffler, 2008).

7.3 Obdobie druhej svetovej vojny (1938-1945)

Vypuknutie druhej svetovej vojny spôsobilo odklon pozornosti venovanej oblasti duševného zdravia. V marci roku 1939 došlo k rozpadu Prvej česko-slovenskej republiky a k vytvoreniu samostatnej Slovenskej republiky a Protektorátu Čechy a Morava.

Zatvorené české univerzity znamenali koniec sľubne fungujúcemu výskumu, veľká časť lekárov a odborníkov odišla do exilu a už sa späť nikdy nevrátili. Vojnový konflikt mal takisto tragické následky pre duševne chorých pacientov, ktorí boli jednou zo skupín obyvateľstva, ktorú čakala výrazná eliminácia. Psychiatrická liečebňa v Dobřanoch bola zbombardovaná a pacienti, ktorí prežili boli presunutí do väzníc, kde na základe slabých hygienických podmienok čelili epidémii týfusu, v dôsledku ktorej asi 1000 z nich zomrelo (Potůček, Scheffler, 2008).

Slovensko na tom v oblasti vzdelávacích inštitúcií počas vojny nebolo tak kriticky, predovšetkým vzhľadom na fakt, že univerzita v Bratislave zostala funkčná. Prvý slovenský profesor psychiatrie Karol **Matulay** sa zaslúžil o niektoré radikálne zmeny v oblasti liečby duševne chorých osôb – začal rozvíjať pracovnú a športovú terapiu, založil detské psychiatrické oddelenie a upravil nevyhovujúce podmienky v psychiatrickej liečebni v Pezinku (Morovicsová et al., 2016). Oblasť psychiatrie a duševného zdravia vo všeobecnosti však samozrejme ani tu nebola na prvých priečkach politickej agendy. V roku 1942 prebehla deportácia psychicky chorých pacientov do koncentračných táborov a počty lôžok slúžiacich pre hospitalizáciu pacientov neboli dostatočné. Rovnako tak upadala i nie príliš vysoká úroveň v rámci psychiatrických liečební (Gask, 2004; Potůček, Scheffler, 2008).

Po kapitulácii nacistického Nemecka v roku 1945 a ukončení fašistickej okupácie museli obe krajiny riešiť celkové narušenie činnosti zdravotníckych zariadení. Nedostatočné personálne obsadenie malo vyriešiť zriadenie nových lekárskech fakúlt, či obnova pôvodných univerzít. Pozornosť začala byť po zahraničnom vzore sústredená na dovtedy prehliadané oblasti akými boli napr. detská psychiatria a psychiatria dospelých (Gebhart, 1991). V tomto období takisto veľký vplyv získavajú zástancovia sociálneho prístupu v rámci psychiatrie, ktorých cieľovou skupinou boli predovšetkým vojaci vracajúci sa z vojny. Po prvýkrát sa začínajú objavovať i skupinové terapie (Gask, 2004).

7.4 Obdobie komunistického režimu v Československu (1948-1989)

Po druhej svetovej vojne sa vtedajšie Československo dostalo pod silný vplyv Sovietskeho zväzu a bolo riadené komunistickými zásadami (Alexa et al., 2015; Pažitný, 2020). Model poskytovania zdravotnej starostlivosti založený na verejnom zdravotnom poistení fungujúci od dôb monarchie Rakúsko-Uhorska bol po druhej svetovej vojne na území Československa transformovaný na **Semaškov**⁵⁷ **centralistický model** zdravotníctva. Akékoľvek zdravotné zariadenie bolo zoštátnené a poskytovatelia zdravotnej starostlivosti boli začlenení do krajských a okresných ústavov národného zdravia⁵⁸. Oblasť zdravotníctva bola považovaná za jedno z odvetví národného hospodárstva, s čím je spojené i jeho centrálné plánovanie (Alexa et al., 2015; Janečková, Hnilicová, 2015). Je nutné podotknúť, že v období

⁵⁷ Zavedený bol v roku 1952 (Alexa et al., 2015). Model nesie meno **Nikolaja Alexandroviča Semaška**, pôvodne lekára a ľudového komisára pre oblasť zdravotníctva.

⁵⁸ Jednotlivé okresné ústavy národného zdravia pozostávali z kapacitne menších nemocníc a stredísk ambulantnej starostlivosti, zatiaľ čo tie krajské tvorili veľké polikliniky, nemocnice a transfúzne stanice. Riaditeľské pozície mohli byť obsadzované len lekármi (bližšie pozri Alexa et al., 2015, s. 18-19; Pažitný, 2020).

povojnových 50. rokov 20. storočia sa tento systém osvedčil a ukázal sa ako efektívny pri riešení vtedajších potrieb československého zdravotníctva⁵⁹.

Znovu sa otvorili psychiatrické oddelenia, ktoré boli eliminované, no oblasť psychiatrie stále nebola prioritnou v rámci národného merítka (Potůček, Scheffler, 2008). Okolo 50. rokov 20. storočia pokrývali kapacitné možnosti lôžok či už v psychiatrických liečebniach alebo na psychiatrických oddeleniach všeobecných nemocníc len približne 70% celkového dopytu. Vo veľkom sa do liečby duševných ochorení zakomponovali psychofarmaká. Obdobie 50. rokov 20. storočia možno dokonca súhrnne označiť ako revolučné, a to predovšetkým z dôvodu (zväčša náhodného) objavenia psychotropnej medicíny zmierňujúcej symptómy duševných ochorení u pacientov (Gask, 2004).

Vtedajšie prieskumy zdravotného stavu obyvateľstva ukázali, že je nevyhnutné venovať pozornosť i oblasti duševného zdravia obyvateľstva a v roku 1953 bol poradným zborom Ministerstva zdravotníctva schválený návrh psychiatrickej starostlivosti. Ten dôraz kládol predovšetkým na posilnenie role dovtedy nie príliš rozvinutej ambulantnej starostlivosti, na oblasť prevencie duševných ochorení a skvalitnenie infraštruktúry lôžkových zariadení. Svoje požiadavky v tomto smere formulovala i vtedajšia Česko-slovenská psychiatrická spoločnosť, ktorá žiadala predovšetkým vypracovanie výhľadového plánu pre rozvoj psychiatrie. V roku 1958 bola síce na ministerskej úrovni psychiatrii udelená najvyššia priorita, no nie všetky krajské národné výbory situáciu videli rovnako a medzi jednotlivými regiónmi sa začali vytvárať relatívne veľké disproporcie (Gebhart, 1991).

Oblasti starostlivosti o duševné zdravie nepomohli ani ekonomické problémy hlavne 60. rokov 20. storočia a orientácia krajiny predovšetkým smerom na ťažký priemysel. Pacienti mohli využívať zdravotné služby len v presne vymedzených záchytných miestach a nemali právo na výber konkrétneho zariadenia, resp. preferovaného špecialistu. Veľmi zriedkavými boli tiež podporné skupiny alebo fungovanie neziskových organizácií. Vo všeobecnosti možno v 60. rokoch pozorovať, že vtedajšie nastavenie zdravotného systému prestáva byť efektívne a z dôvodu svojej rigidity pružne nereaguje na problematické sféry (Alexa et al., 2015). Politické zmeny vyplývajúce z transformácie Československej socialistickej republiky na federáciu sa v oblasti zdravotníctva prejavili vznikom samostatných ministerstiev zdravotníctva pre obe republiky. Obsah a forma poskytovania zdravotnej starostlivosti i poskytovanie starostlivosti o duševné zdravie zostali bez väčších zmien.

V českej časti krajiny stále prevažoval trend veľkých psychiatrických liečební,

⁵⁹ V tomto období bolo kľúčové znížiť mieru detskej úmrtnosti alebo zabrániť šíreniu infekčných chorôb.

situovaných predovšetkým na okraji veľkých miest alebo dedín, v slovenskej časti kapacity zariadení nepresahovali 300-400 lôžok – naopak, stále prevažoval trend budovania menších psychiatrických oddelení v rámci všeobecných nemocníc, čo pomohlo psychiatrii stať sa viac regionálne dostupnou.

Vo všeobecnosti ale možno pozorovať trend snahy o redukovanie počtu lôžok a vďaka vplyvu sociálnej psychiatrie a dostupnosti medikamentov i snahu o liečbu pacienta v jemu prirodzenom prostredí – ide o prvé zárodky komunitnej starostlivosti. Typickými tiež boli ale ešte stále dlhé hospitalizácie, z dôvodu nemožnosti postarať sa o chorého v domácom prostredí kvôli povinnej zamestnanosti obyvateľstva. Rozhodne pozitívnym faktorom však bol nárast psychiatrov ku koncu 80. rokov 20. storočia a zvyšujúci sa kontakt pacientov s ambulantne poskytovanými službami (Gask, 2004; Potůček, Scheffler, 2008). Pažitný (2020) ale upozorňuje na fakt, že extenzívne narastajúcim počtom ambulantných špecialistov nebolo možné kompenzovať vtedajší alarmujúci stav technologického vybavenia jednotlivých nemocníc.

Tabuľka č.10 Kľúčové udalosti v rozvoji politiky duševného zdravia v Československu po druhej svetovej vojne

Rok	Kľúčová udalosť
1951-2	štát preberá plnú zodpovednosť za zdravotnú starostlivosť; uplatňuje sa Semaškov model zdravotného systému; budovanie okresných a krajských ústavov národného zdravia
1953	vypracovanie prvého provizórneho návrhu psychiatrickej starostlivosti; schválený poradným zborom ministerstva zdravotníctva = formulácia politiky duševného zdravia
1955	Československá psychiatrická spoločnosť požaduje vypracovanie výhľadového plánu rozvoja psychiatrie
1955	zriadenie inštitútov v Prahe a v Bratislave, ktoré prevzali zodpovednosť za postgraduálne vzdelávanie psychiatrov
1958	návrh starostlivosti o duševné zdravie; zaradenie psychiatrie medzi prioritné oblasti ministerstva zdravotníctva, s každoročným vyhodnocovaním naplňovania stanovených cieľov
1959	založenie univerzity v Košiciach v rámci ktorej fungovala psychiatrická klinika
1961	založenie Psychiatrického výskumného ústavu

1963	zavedenie Programu pre psychiatriu, ktorého hlavným cieľom bolo budovanie ambulantných služieb a primárnu prevenciu
1966	do platnosti vstupuje zákon o starostlivosti o zdravie ľudu č. 20/1966 Sb, ktorý zrovnoprávnil starostlivosť o fyzické zdravie so starostlivosťou o zdravie duševné
60. roky	vznik psychiatrického oddelenia na LF UK; otvorenie psychiatrického oddelenia v Českých Budějoviciach; vznik psychiatrickej kliniky v Martine
1968	zmena štátoprávneho usporiadania štátu → federácia zložená z dvoch socialistických republík, rozdelenie úradov na české a slovenské
1977	formulácia ďalšieho návrhu psychiatrie, kde sa opätovne zdôrazňuje zvýšená potreba zacielenia pozornosti na ambulantné služby
1986	revidovaný návrh starostlivosti o duševné zdravie; dôraz sa kladie hlavne na upozad'ovanú gerontopsychiatriu
1989	Nežná revolúcia, ktorá viedla k širokému spektru reforiem a k demokratizácii
90. roky	zrušenie krajských a okresných ústavov národného zdravia; obnovuje sa Česká lekárska komora a Slovenská lekárska komora; zriaďujú sa česká Všeobecné zdravotné poisťovňa a slovenská Národná poisťovňa
1.1.1993	vznik samostatnej Českej republiky; vznik samostatnej Slovenskej republiky

Zdroj: Gebhart, 1991; Alexa et al., 2020; Pažitný, 2020; vytvorené a spracované autorkou

8 Vývoj politiky starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku po roku 1993

Ešte pred tým, ako pristúpim k inštitucionálnemu vývoju na poli politik starostlivosti o duševné zdravie pre každú z krajín zvlášť, považujem za dôležité uviesť, z akého nastavenia zdravotnej politiky a politiky starostlivosti o duševné zdravie vychádzali štáty v roku 1993. Predložená diplomová práca vychádza z **historického inštitucionalizmu**⁶⁰, ktorý je možné v zásade popísať výrokom, že na histórii záleží. Nasledujúca kapitola bude založená predovšetkým na **závislosti na ceste** (angl. „*path dependence*“) a historicky bude vychádzať z obdobia vzniku samostatných štátov a teda i vlastných zdravotných politik a politik starostlivosti o duševné zdravie. To povedie k hlbšiemu porozumeniu samotných politik, no i k tomu, akým smerom sa bude môcť uberať budúci vývoj v tejto oblasti, čo je v súlade s hlavnou myšlienkou zvolenej optiky uplatňujúcej sa v tejto práci – historický inštitucionalizmus sa vždy zameriava na skúmanie politik a jednotlivých inštitúcií v dlhodobom časovom horizonte. Rovnako tak sa budem zameriavať na **zlomové okamihy** (angl. „*critical junctures*“), keďže každá zo skúmaných politik mala svoj prirodzený vývoj ovplyvnený rozhodnutiami formulovanými v čase jej formovania, no v určitých bodoch je táto rovnováha narušená a politika radikálne zmení svoje smerovanie. Vo všeobecnosti sa teda pokúsim, s využitím historického inštitucionalizmu, o identifikáciu podstatných historických i inštitucionálnych míľnikov na poli politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej a Slovenskej republike a o následnú komparáciu získaných poznatkov.

8.1 Porevolučné roky (1989-1993)

Na konci roku 1992 došlo k oficiálnemu rozpadu vtedajšej Českej a Slovenskej Federatívnej republiky a od **01.01.1993** figurujú **Česká a Slovenská republika** ako samostatné nástupnícke štáty bývalého Československa. Nežná evolúcia z novembra roku 1989 a následne nielen politické, no i organizačné či administratívne zmeny pripravili pôdu pre celé spektrum budúcich zmien a otvorili diskusiu o tom, ako bude koncipovaný ďalší vývoj spoločnosti.

Na poli starostlivosti o dušené zdravie obyvateľstva možno vidieť postupný prechod z dominancie dlhodobej starostlivosti smerom k viac efektívnej akútnej forme. Skrátenie doby hospitalizácií a zvýšenie využívania ambulantnej formy psychiatrickej starostlivosti bolo

⁶⁰ Charakteristiku historického inštitucionalizmu a definície jeho základných konceptov pozri bližšie v Kapitole č. 3, na s. 24-30.

nepochybne umožnené a uľahčené pokrokom v oblasti psychofarmakológie⁶¹ a i vďaka pozitívnym zmenám v personálnej oblasti, kde možno identifikovať extenzívny nárast psychiatrov⁶². Je potrebné však upozorniť i na fakt, že išlo o obdobie, kde bola väčšina pozornosti zameraná práve na **biologický aspekt** duševných ochorení a nemožno hovoriť o plnom rozvoji bio-psycho-sociálneho modelu poskytovania starostlivosti (Dobiášová et al., 2016, s. 37). Rozšírené predpisovanie medikamentov síce dokáže potlačiť akútne príznaky daného duševného ochorenia, no nemusí smerovať k liečeniu samotnej príčiny, ktorá za ochorením stojí (Moncrieff, 2008). Na tomto mieste by som tiež rada zmienila fakt, že celková orientácia na biologický aspekt chorôb a takto zameraný odbor psychiatrie bol v súlade s vtedajšou štátnou ideológiou (Potůček, Scheffler, 2008).

Pôvodný model **centrálne riadeného zdravotného systému**, ktorý možno charakterizovať ako tzv. štátne zdravotníctvo (Semaškov model) bol na začiatku 90. rokov 20. storočia postupne nahradený historicky najstarším zdravotným systémom, a to **systémom zdravotného poistenia** (Bismarckov model⁶³). Jeho základ tvorí princíp solidarity, ktorý je postavený na povinných finančných príspevkoch od občanov v rozsahu možností, ktoré udáva ich finančný príjem. Bez ohľadu na ich aktuálny zdravotný stav potrebnú zdravotnú starostlivosť čerpajú na základe toho, ako uznajú za vhodné a potrebné (Janečková, Hnilicová, 2009; Dobiášová et al., 2016). Zmenou oproti pôvodnému, centrálne riadenému zdravotníctvu, financovanému len zo štátneho rozpočtu, je nepochybne existencia nielen štátnych, no i súkromných zariadení a poskytovateľov starostlivosti.

Z hľadiska historického inštitucionalizmu možno na základe vyššie uvedeného uviesť, že pôvodná inštitucionálna kontinuita, ktorá bola charakteristická pre obdobie komunistickej nadvlády bola narušená veľkým zlomovým okamihom v podobe Nežnej revolúcie z roku 1989 a následne i zmenou politického usporiadania ako Českej republiky, tak i Slovenska. Práve koncept zlomových okamihov vysvetľuje to, že v rámci politik môže dôjsť k strmým zmenám,

⁶¹ V tomto období došlo k vyvinutiu veľkého množstva liekov, ktoré dokázali nahradiť dovtedy predpisované psychofarmaká, vyznačujúce sa širokým spektrom nežiadúcich účinkov. Rozvoj prístrojov, predovšetkým magnetickej rezonancie, tiež umožnil hlbšie pochopenie fungovania mozgu.

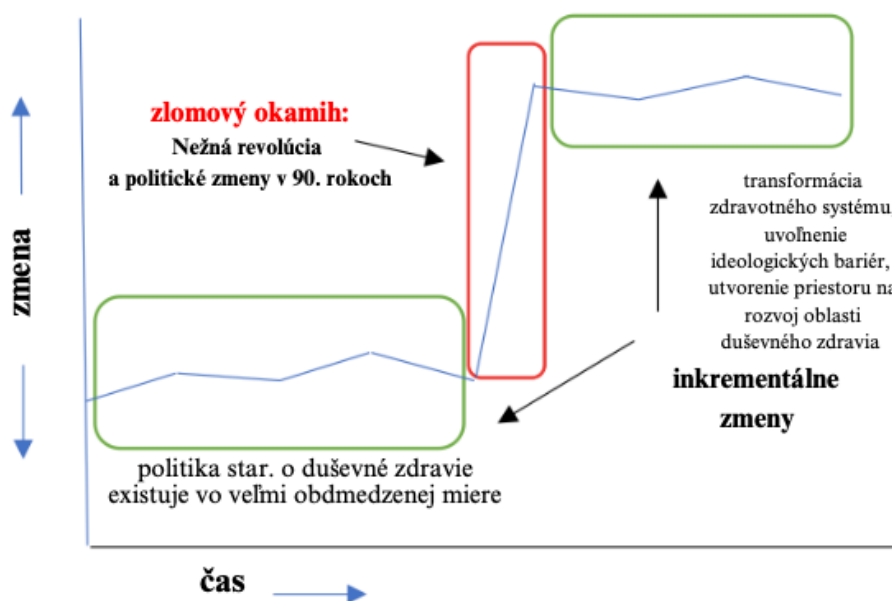
⁶² Problematickou ale stále zostáva personálna nedostatočnosť terapeutov, osobných asistentov či zdravotníckych pracovníkov disponujúcich ošetrovateľskou kvalifikáciou, ktorí by mohli aspoň z časti odľahčiť prácu lekárom. (Libiger, 2005). Nárast počtu psychiatrov bol však markantný, v prípade ambulantných psychiatrov ide dokonca o vzostup o 479% medzi rokmi 1960-1989 (Dobiášová et al., 2016, s. 37).

⁶³ Okrem Českej republiky a Slovenska sa tento model zdravotného systému uplatňuje v dnešných dňoch napríklad v Nemecku, Francúzsku alebo Rakúsku.

ktoré udajú nový smer ich fungovania. Revolúcia a následný rozpad Československa spôsobili masívne otrasy na poli politik vo všeobecnosti, no i v oblasti duševného zdravia. Dlhé, relatívne pokojné obdobie v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie, ktorá síce existovala, no len v obmedzenej forme, bolo týmto zlomovým okamihom radikálne narušené a nasmerovalo skúmanú oblasť nových smerom.

Po rozdelení Československa si oba novovzniknuté štáty osvojili všeobecné medzinárodné dokumenty týkajúce sa základných ľudských práv; systém poskytovania zdravotnej starostlivosti sa plne transformoval a otvorili sa nové možnosti pre rozvoj politiky starostlivosti o duševné zdravie. Napriek tomu, že systémy vychádzali zo spoločného základu nastavenia zdravotnej politiky a inštitucionálneho poľa ako takého, už onedlho možno identifikovať rozdielne smerovanie.

Schéma č. 3 Zlomový okamih v rozvoji politiky starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike/ na Slovensku



Zdroj: Kanis, 2020; preložené a upravené autorkou

8.2 Česká republika

8.2.1 Transformácia zdravotného systému a upozadený význam duševného zdravia

Politika starostlivosti o duševné zdravie sa začala v Českej republike formovať postupne v priebehu druhej polovice 90. rokov 20. storočia. Táto politická agenda bola po dlhé roky upozadovaná na úkor ostatných oblastí, čo bolo typickým znakom väčšiny krajín bývalého

komunistického bloku. Voči duševným ochoreniam v politickej oblasti prevažovala ľahostajnosť a predsudky, ktoré zabraňovali prechodu tejto problematiky vyššie na rebríček politických priorít štátu, alokácii potrebných finančných zdrojov a pozornosti vo všeobecnosti.

Nastavenie, z ktorého vychádzala samostatná Česká republika tak možno charakterizovať ako pomerne stabilné obdobie bez väčšieho záujmu politikov o oblasť psychiatrie či duševného zdravia celkovo. Starostlivosť o duševné zdravie bola jednoducho zahrnutá pod všeobecnú zdravotnú legislatívu (Dlouhý et al., 2010). Je tak nutné upozorniť na veľmi slabé legislatívne pokrytie tejto oblasti samostatne a absenciu konkrétnej politiky či už na národnej alebo regionálnej úrovni. To stálo v ceste zavádzaniu inovatívnejšej a efektívnejšej štruktúrovanej siete starostlivosti o duševné zdravie, na ktorej potrebu už v tej dobe začínali upozorňovať medzinárodné organizácie. Tomov et al. (v Knapp, 2007, s. 422) upozorňujú, že toto pôvodné nastavenie viedlo k tomu, že sa v postkomunistických krajinách nezakorenila zodpovednosť za oblasť duševného zdravia obyvateľstva a nevyvíjala sa prirodzene myšlienka budovania efektívnej a na dôkazoch založenej politiky starostlivosti o duševné zdravie. Krajina na začiatku svojej novodobej samostatnej existencie tak stála pred neľahkou úlohou, a to nielen transformovať celý zdravotný systém, no i uspokojiť vtedajšie alarmujúce potreby v oblasti duševného zdravia jej obyvateľov. Politické zmeny z konca 80. a začiatku 90. rokov ale nepochybne otvorili dvere k vykročeniu vpred v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie. *„Prvým zásadným momentom, ktorý zohral veľkú úlohu v tvorbe a rozvoji tejto oblasti bola určite revolúcia a politické transformácie v rokoch 1989-1991, v tom priestore na východ od bývalej železnej opony. Uvoľnili sa tu ideologické bariéry, ktoré tam figurovali, čo dalo možnosť systémom rozvíjať oblasť duševného zdravia.“* (Expert_ČR_1).

Sociálna a ekonomická transformácia krajiny iniciovala hneď v prvých rokoch svojej samostatnej existencie prijímanie právnych predpisov zdôrazňujúcich základné ľudské práva i práva pacientov. Okrem Listiny základných práv a slobôd, ktorá je súčasťou ústavného poriadku Českej republiky⁶⁴ od roku 1993 krajina prijala napr. Dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd; Európsky dohovor pre prevenciu mučenia a neľudskému či ponižujúcemu zachádzaniu alebo trestaniu; Európsku sociálnu chartu; Chartu práv pacientov a podobne. V oblasti transformácie zdravotného systému smerom k Bismarckovmu modelu zdravotného poistenia boli hneď v prvej polovici 90. rokov schválené kľúčové zákony – Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecnom zdravotnom poistení a Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortných,

⁶⁴ Uznesenie č. 2/1993 Sb., o vyhlásení Listiny základných práv a slobôd ako súčasti ústavného poriadku Českej republiky.

odborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach. Prvým subjektom v sekcii zdravotných poisťovní bola **Všeobecná zdravotná poisťovňa**, zriadená na základe Zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotnej poisťovni České republiky, ktorá je dodnes najväčšou zdravotnou poisťovňou⁶⁵ v krajine. Tých v priebehu 90. rokov vzniklo hneď niekoľko a v roku 1995 ich na českom území pôsobilo až 27. Tento počet sa však v priebehu času už len znižoval. Ako podotýkajú Potůček a Scheffler (2008, s. 88), Česká republika sa úlohy prvej transformácie zdravotného systému zhostila relatívne rýchlo, no rovnako rýchlo začal systém stagnovať, čo malo nemalé negatívne dôsledky predovšetkým na finančnú oblasť.

Zdravotný systém založený na **povinnom zdravotnom poistení** umožnil podpísovanie nezávislých zmlúv poisťovní s ambulantnými psychiatrami či psychológmi (Pec, 2019). V priebehu prvých piatich rokov po reformných krokoch však začali zdravotné poisťovne neustále navyšovať počty uzavretých zmlúv, či už so štátnymi alebo súkromnými zariadeniami, a to na báze vyplácania tzv. poplatkov za služby (angl. „*fee-for-service*“). To sa však ukázalo ako vysoko neefektívne a vysoké náklady s tým spojené viedli v roku 1997 k substitúcii poplatkov za služby tzv. kapitačnými platbami (angl. „*capitation fees*“) – pevne stanovenými čiastkami, ktoré spravidla na mesačnej báze poisťovňa vypláca poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti za účelom pokrytia nákladov na pacienta (Alexa et al., 2015).

90. roky boli tiež obdobím, kedy sa začal rozvíjať neziskový sektor a vznikali prvé neziskové organizácie fungujúce hlavne v sociálnej sfére. Jadro ich činnosti tvorila psychiatrická rehabilitácia poskytovaná v komunitnom prostredí predovšetkým sociálnymi pracovníkmi (Pec, 2019). Rozvoľnenie politickej situácie a postupné budovanie neziskového sektoru podnietilo vznik i niekoľkých patientskych organizácií. Počet psychiatrických lôžok v psychiatrických nemocniciach po Nežnej revolúcii síce pomaly klesal, no napriek tomu toto číslo zostávalo nad európskym priemerom. V roku 1990 disponovala česká psychiatria viac ako 14500 lôžkami v psychiatrických lôžkových zariadeniach. V priebehu nasledujúcich piatich rokov sa tento počet zredukoval o približne 3500 lôžok, no táto tendencia rušiť lôžka sa postupne spomalila (ÚZIS, 2000; Centrum pre rozvoj starostlivosti o duševné zdravie, 2004).

Napriek tomu, že česká vláda v 90. rokoch nevykazovala markantný záujem o oblasť duševného zdravia ako takej, celé obdobie smeruje k zlepšeniu situácie v druhej polovici dekády a na prelome tisícročí (Potůček, Scheffler, 2008).

⁶⁵ Aktuálne v Českej republike funguje 7 zdravotných poisťovní.

8.2.2 Vznik prvých českých koncepčných a strategických dokumentov

8.2.2.1 Koncepcia odboru psychiatrie (2002)

Napriek tomu, že česká vláda v 90. rokoch 20. storočia nevykazovala príliš veľký záujem o prevádzanie zmien v oblasti duševného zdravia, odborníci, predovšetkým z radov psychiatrov, si uvedomovali alarmujúcu potrebu zacielenia pozornosti na túto oblasť a vykonanie zmien s tým spojenými. Snahy o presadenie prvej koncepcie v oblasti duševného zdravia v samostatnej existencii Českej republiky do popredia pretláčala predovšetkým Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP (Raboch, 2019). Pozitívnym faktorom bol v tomto období rozhodne mierny posun v postojoch českej verejnosti k duševne chorým osobám, aj keď stále panovala v tejto oblasti silná stigma (Höschl v WHO, 2001, s. 300). Tímy psychiatrov vedené MUDr. Pavlom Baudišom či neskôr MUDr. Zdeňkom Bašným začali postupne spracovávať už spomínanú **Koncepciu odboru psychiatrie**, a to od roku 1992, kedy bola vymenovaná neformálna pracovná skupina. Táto neformálna pracovná skupina bola oficiálne potvrdená v roku 1995 komisiou Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP. Tá novú odborovú koncepciu o pár rokov neskôr, v roku 2000 schválila na svojom zjazde konanom v Špindlerovom Mlyne. V roku **2002** ju následne uznala a schválila i vedecká rada Ministerstva zdravotníctva Českej republiky, ktorá figurovala i ako kontrolný mechanizmus a priebežne dohliadala na stav napĺňania jednotlivých čiastkových cieľov.

Teoretická **Koncepcia odboru psychiatrie** si vyžadovala uvedenie do praxe, a tak bola po uplynutí dvoch rokov od jej prijatia, na základe neutíchajúceho tlaku zo strany Centra pre rozvoj starostlivosti o duševné zdravie, na Ministerstve zdravotníctva, vytvorená **Komisia pre implementáciu koncepcie** (Raboch, Wenigová, 2012, s. 20-21). S ohľadom na zabezpečenie čo najviac efektívnej implementácie koncepcie bola táto novo vymenovaná komisia zložená z reprezentantov všetkých relevantných segmentov oblasti duševného zdravia, a tak sa k slovu dostávajú okrem odborníkov a lekárov i zástupcovia z radov psychiatrických pacientov a ich príbuzných (Dobiášová et al., 2016). Je nutné podotknúť, že ide o pomerne inovatívny krok, ktorý nebol v českej politickej sfére úplne bežný.

Hlavným cieľom tohto dokumentu bolo pomôcť osobám trpiacim na duševné ochorenie dosiahnuť produktívny a subjektívne uspokojujúci život. Významnou inkrementálnou zmenou, ktorá mala nastať na základe vytvorenia tejto koncepcie bol presun akútnej psychiatrickej starostlivosti z pôvodných veľkých psychiatrických nemocníc na psychiatrické oddelenia, ktoré fungovali v rámci všeobecných nemocníc. Dôraz bol kladený hlavne na prirodzené zázemie pacienta a uskutočňovanie liečby v čo najviac prirodzených podmienkach, a tak postupne

dochádzalo k redukcii lôžkovej kapacity v oboch typoch vyššie zmienených lôžkových zariadení⁶⁶. Koncepcia začala pozornosť zacielať i na vybudovanie dovedy prakticky úplne absentujúcej sféry intermediárnej psychiatrickej starostlivosti⁶⁷, ktorá je akousi samozrejmom podmienkou pre možnosť uplatňovania inovatívnych prístupov v psychiatrickej oblasti.

Pôvodné ambície týkajúce sa presunu akútnej starostlivosti však zostali nenaplnené. Rovnako tak nedochádzalo v tomto období ani k rozvoju liečby pacienta v jemu prirodzených podmienkach a oblasť komunitnej starostlivosti zostávala zaostalá v porovnaní s inými európskymi krajinami (Raiter, 2004; Raboch, Wenigová, 2012; Dobiášová et al., 2016). Veľký posun vpred v oblasti komunitných služieb nespôsobil ani Projekt regionálnej komunitnej starostlivosti, realizovaný v rokoch 1995-1997, ktorý dal priestor vzniku regionálnym tímom komunitnej starostlivosti v Pardubiciach, v Mladej Boleslavi a v Prahe. Tie sa svoju pozornosť zameriavali na prieskum potrieb miestnych psychiatrických pacientov s výhľadom zavádzania nových služieb (Dlouhý et al., 2010).

Tím odborníkov, ktorí boli členmi komisie ustanovenej za účelom implementácie pôvodnej koncepcie, vydal v roku 2005 dokument s názvom **Politika starostlivosti o duševné zdravie: cesty k jej realizácii**, v ktorom po zatiaľ neúspešných rokoch implementácie ponúka tri základné alternatívy smerujúce k reformným krokom zabezpečujúcim dosiahnutie niektorých z vytýčených cieľov. Prvou alternatívou je, v snahe o udržanie balansu medzi rušením psychiatrických lôžok a nestratením personálu, previesť diverzifikáciu služieb poskytovaných psychiatrickými nemocnicami. Druhou možnosťou je zatvoriť určité oddelenia v rámci psychiatrických nemocníc, no a treťou, asi najviac radikálnou možnosťou je zatvoriť vybrané psychiatrické nemocnice ako celok. Celá problematika mala byť bližšie diskutovaná naprieč širokým spektrom aktérov politiky starostlivosti o duševné zdravie (napr. lekári, zdravotné poisťovne, patientske organizácie) a celá zodpovednosť za túto oblasť mala byť prevedená z implementačnej komisie na vtedajšie Ministerstvo zdravotníctva (Centrum pre rozvoj starostlivosti o duševné zdravie, 2005; Dobiášová et al., 2016, s. 39).

Všeobecné prijatie Koncepcie odboru psychiatrie z roku 2002 bolo podľa neskorších analýz skôr teoreticky deklarované, než reálne. Inovatívne prvky, ktoré mali pôvodne smerovať

⁶⁶ Krajiny (napr. Taliansko), ktoré zvolili radikálnu cestu deinštitucionalizáciu a redukcii lôžkových zariadení väčšinou narážali na prekážky v oblasti nedostatočne prispôbených kapacitách ostatných zložiek poskytovania starostlivosti. Pozvoľnejší prechod v tejto oblasti nemožno považovať v českom prostredí za apriori negatívne, aj napriek tomu, že očakávané tempo nebolo nasledované uspokojivo (Raiter, 2004).

⁶⁷ Tá pozostáva napr. z krízových centier, denných stacionárov či zariadení, ktoré svoju činnosť orientujú smerom k rozvoju chráneného bývania alebo chránených dielní určených pre psychiatrických pacientov.

k zvyšovaniu samostatnosti psychiatrických pacientov v praxi uplatňovala len hŕstka „nadšených jednotlivcov“, zatiaľ čo ostatní pasívne rešpektovali zavádzanie nových trendov len do tej chvíle, kým pre nich tieto inovácie nezačali predstavovať záťaž či komplikáciu⁶⁸ (Raiter, 2004). Ciele koncepcie tak v prvých rokoch 21. storočia zostali nenaplnené, čo viedlo vtedajšieho ministra zdravotníctva k rozpusteniu Komisie pre implementáciu Koncepcie odboru psychiatrie (Dobiášová et al., 2016).

8.2.2.2 Národný psychiatrický program (2007)

Niekoľkokrát som sa v tejto diplomovej práci snažila poukázať na nezanedbateľný vplyv medzinárodných organizácií na rozvoj oblasti starostlivosti o duševné zdravie a na výzvy, ktoré jednotlivým štátom predkladajú v snahe zlepšiť kvalitu poskytovanej starostlivosti i zvýšiť celkovú úroveň zdravotníctva. Ku koncu prvej dekády samostatného fungovania Českej republiky si predovšetkým Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP čoraz silnejšie uvedomovala potrebu prevedenia reformy v oblasti duševného zdravia a odstránenia bariér, ktoré stáli v ceste rozvoja tejto marginalizovanej oblasti. „*Psychiatrická spoločnosť sa po dlhú dobu veľmi snažila o to, aby sa presadili zmeny v oblasti duševného zdravia.*“ (Expert_ČR_6). V tejto súvislosti, a rovnako tak v súvislosti so zanedbateľnými výsledkami, ktoré priniesla Koncepcia odboru psychiatrie, výbor Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP vyhlásil v roku 2007 **Národný psychiatrický program**. V tomto prípade nejde len o počín z pera Psychiatrickej spoločnosti, no do tvorby programu bola zapojená i regionálna kancelária WHO. Medzinárodný vplyv nemožno dokumentu uprieť, keďže sa vo svojej podstate opiera hneď o niekoľko podstatných dokumentov – Výzvu európskej ministerskej konferencie WHO, ktorá sa uskutočnila v Helsinkách v roku 2005; Akčný plán duševného zdravia pre Európu; Zelenú knihu Európskej komisie a o uznesenie Európskeho parlamentu o zlepšenie duševného zdravia obyvateľstva (Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2007). Dokument tiež zohľadňuje vtedajšie podmienky v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie a takisto potreby pacientov, ktorí duševným ochorením trpia (Raboch, Wenigová, 2012). Na základe toho je možné usudzovať, že ide o formuláciu politiky orientovanej na dôkazy.

Hlavným cieľom programu bolo dosiahnutie rovnoprávneho postavenia odboru psychiatrie s ostatnými lekáarskymi odbormi. Služby poskytované v tejto oblasti mali byť viac regionálne a nízkoprahové. V dôsledku nadpriemerného počtu dokončených samovražedných

⁶⁸ Takúto záťaž predstavovalo typicky napríklad zapojenie rodinných príslušníkov alebo prirodzeného prostredia do liečby pacienta.

pokusov oproti európskemu priemeru⁶⁹ bol tiež stanovený cieľ redukcie rizík, ktoré vyplývajú z psychiatrického ochorenia. S pôvodnou koncepciou odboru psychiatrie má nový Národný psychiatrický program spoločný všeobecný cieľ, a to dosiahnuť aby stúpala ako kvalita poskytovanej starostlivosti, tak i kvalita života pacientov, ktorí musia čeliť psychickému ochoreniu. Zostal tiež cieľ modernizácie lôžkového fondu, ktorý ako uvidíme neskôr, pretrval až do dnešných dní (Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2007). Dobiášová et al. (2016, s. 40) uvádzajú, že napriek tomu, že Národný psychiatrický program disponoval okrem formulácie konkrétnych cieľov i konkrétnymi úlohami, ktoré mali viesť k ich napĺňaniu, zlyhal v oblasti implementácie a v prerozdelení zodpovednosti. „*Národný psychiatrický program mal bohužiaľ podobný osud ako neúspešná koncepcia odboru psychiatrie.*“ (Expert_ČR_2). Jednu z možných príčin, prečo to tak bolo uvádza Expert_ČR_1: „*Až do toho cca roku 2010, či to chceme priznať alebo nie, nebola celkovej reforme v oblasti duševného zdravia venovaná až taká veľká pozornosť, ako by si problematika zaslúžila. Bohužiaľ z hľadiska politiky je venovanie sa bláznom, samozrejme v úvodzovkách, v tomto historickom období skôr cesta k zisku negatívnych politických bodov, na rozdiel od venovaniu sa postaveniu nového plaveckého bazénu alebo futbalového štadiónu, napríklad. Určite je to jeden z dôvodov, prečo nedošlo do približne roku 2010 k nejakému závažnejšiemu posunu v tejto oblasti.*“

Nedostatočný dôraz kladený na túto zložku zdravotníctva dokladá i fakt, že Česká republika sa umiestnila v rebríčku výdajov smerovaných na oblasť duševného zdravia na predposlednom mieste, s vynaložením približne 3,5% z celkovej útraty na zdravotnú oblasť. Všetky sektory služieb v oblasti duševného zdravia sú tak zásadne podfinancované v porovnaní s ostatnými európskymi krajinami. Za Českom sa umiestnilo už len Slovensko s 2%⁷⁰ (Zelená kniha, 2005, s. 21; Raboch, Wenigová, 2012).

8.2.2.3 Revidovaná koncepcia odboru psychiatrie (2008)

V nadväznosti na rozpustenie implementačnej komisie, ktorá bola ustanovená za účelom zefektívnenia dosahovania cieľov formulovaných v prvotnej koncepcii odboru psychiatrie, výbor Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP menuje v roku 2007 komisiu novú. Pracovná komisia pre revíziu koncepcie odboru psychiatrie pozostávala z 13 členov, ktorí boli

⁶⁹ V Českej republike išlo v roku 2002 v priemere o 15 dokončených **samovrážd** na 100 000 obyvateľov. Európsky priemer v počte dokončených samovrážd sa pohyboval okolo hodnoty 14 na 100 000 obyvateľov (Zelená kniha, 2005, s.17)

⁷⁰ Vo väčšine európskych krajín sa tieto hodnoty pohybovali v rozmedzí **5-10%** (Zelená kniha, 2005, s. 21).

z veľkej väčšiny psychiatrami so širokým rozsahom špecializácii od detskej psychiatrie cez adiktológiu až po gerontopsychiatriu. Koordinátor tejto novovzniknutej pracovnej skupiny MUDr. Zdeněk Bašný⁷¹ ešte v období pred zahájením prác na revidovanej koncepcii osobne vyzval poskytovateľov psychiatrickej starostlivosti k tomu, aby sa spolupodieľali na jej tvorbe prostredníctvom námetov na zlepšenie vtedajšieho stavu a pripomienok k výsledkom zapracovaných do finálneho draftu. Týmto počínom chcela Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP zabezpečiť, že výsledný materiál bude založený na konsenze prijateľnom pre všetkých poskytovateľov starostlivosti v oblasti psychiatrie a každý záujemca, ktorý bude mať snahu participovať na tvorbe dokumentu dostane priestor na aktívnu účasť (Bašný, 2008; Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2008). Zároveň mala byť revidovaná koncepcia budúcim základom pre kvalitatívnu zmenu celého systému poskytovania psychiatrickej starostlivosti a svojím nastavením sa integrovať medzi tie krajiny Európy, ktoré disponujú vyspelou sieťou psychiatrických služieb (Bašný, 2008).

Hlavný cieľ revízie bol koncipovaný v zmysle vyhodnotenie vtedajšej siete psychiatrických služieb a v nadväznosti nato i formulovanie vízie ich budúceho rozvoja. V období okolo roku 2007 sa väčšina poskytovanej starostlivosti sústredila v psychiatrických ambulanciách. Nemožno poprieť, že silná sieť ambulantných služieb je systémom s veľkou radou pozitív, no v českom prostredí už od dôb transformácie zdravotného systému ambulantní psychiatri bojovali s oblasťou financovania. Petrifikovaný systém úhrad vyvíjal silný tlak na psychiatrov, ktorí začali ošetrovať čoraz väčšie množstvo pacientov a postupne sa začala do popredia dostávať nežiadúca kvantita nad požadovanou kvalitou poskytovaných služieb. Rizikovou v tejto oblasti bola tiež skrytá chorobnosť a nedostatočná dostupnosť psychoterapeutických služieb či špecializovaných psychiatrických ambulancií. Opätovne sa dokument pohráva s myšlienkou rozvoja komunitných služieb a celkovo s dosiahnutím modelu vyváženej starostlivosti (angl. „*balanced care*“) (Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, 2008; Dobiášová et al., 2016).

Finálna podoba revidovanej koncepcie bola po zvážení a zapracovaní online pripomienok predložená výboru Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP a na jej zjazde bola táto podoba schválená (Raboch, Wenigová, 2012). Ani finálna podoba sa však nezaobišla bez výskytu problematických oblastí. „*Je pravda, že revidovaná Koncepcia odboru psychiatrie predstavovala teoreticky posun vpred. Problematickou ale bola absencia nejakého časového*

⁷¹ MUDr. Bašný bol súčasťou i úplne prvého tímu, ktorý sa podieľal na tvorbe Koncepcie odboru psychiatrie na prelome tisícročí, pozri Kapitola 8.1.2 na s. 75.

harmonogramu alebo to, ako vlastne tieto ciele ideme dosahovať, aké nástroje k tomu použijeme.“ (Expert_ČR_6). Na absenciu zamýšľaných krokov k dosiahnutiu vytýčených cieľov poukazujú i Dobiášová et al. (2016). *„Česká republika ale rozhodne nebola jedinou krajinou, ktorá by mala určité problémy s realizáciou reformných krokov v tejto oblasti. K tomu, aby určité zmeny v politike alebo dokonca budovanie novej politickej oblasti uspelo, je potrebná podpora a konsenzus mnohých strán.*“ (Expert_ČR_1). Tento výrok potvrdzujú i Muijen a McCulloch (2019), ktorí tvrdia, že najväčší úspech v transformačných stratégiách dosahujú tie krajiny, kde je podoba novej politiky podporovaná naprieč vládou, spája v sebe zdravotnú a sociálnu zložku starostlivosti, alokujú sa na ňu dostatočné finančné zdroje a je trvalo medzinárodne podporovaná. Zlomový okamih však Česká republika v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie mala ešte len pred sebou.

8.2.3 Reforma psychiatrickej starostlivosti v Českej republike (2013-?)

Neustále pribúdajúce počty osôb trpiacich duševným ochorením, zvyšovanie počtu samovražedných pokusov i dokončených samovrážd a narastajúce počty pacientov, ktorých liečba vyžadovala hospitalizáciu len poukazovalo na nie príliš efektívne nastavenie a vedenie politiky starostlivosti o duševné zdravie na začiatku druhej dekády 21. storočia (Raboch, Wenigová, 2012). *„Áno, v tomto období si mladšia generácia psychiatrov začínala uvedomovať, že vlastne ten systém je rovnaký už desiatky rokov. Je pravda, že sme mali lepšie a účinnejšie liečivá, no stále liečime v tých istých kulisách. Nehovorím, že psychiatrické nemocnice sú automaticky hneď zlé a neefektívne, len systém postavený primárne na nich nezodpovedá modernej dobe a vyžadoval si zmenu.*“ (Expert_ČR_6). Predošlé dokumenty, ktoré boli formulované v snahe o zmenu vtedajšieho nastavenia a fungovania oblasti duševného zdravia predovšetkým v dôsledku nedostatočne uchopenej implementačnej fázy vo väčšine zlyhali ešte vo svojich začiatkoch. Nemožno ale na tomto mieste nespomenúť i nie príliš naklonených politických predstaviteľov k tomu, zaoberať sa problematikou duševného zdravia nad minimálny rámec. Alarmujúca potreba reformy vtedajšieho systému však v tomto období bola hlasnejšia ako kedykoľvek predtým.

Reformné kroky, ktoré majú transformovať akýkoľvek systém je ale nevyhnutné nielen efektívne naplánovať, no i náležitým spôsobom implementovať a v priebehu i po ukončení starostlivo vyhodnotiť. Dovtedy fungujúci systém, ktorý sa vyznačoval absenciou zmien systémového charakteru a dlhodobým podfinancovaním, mal svoje ťažisko v poskytovaní psychiatrickej starostlivosti majoritne vo veľkých psychiatrických zariadeniach, ktoré materiálne ani technicky nespĺňali vtedajšie štandardy na poskytovanie starostlivosti.

Jednotlivé zložky, ktoré sa na psychiatrickej starostlivosti podieľali neboli efektívne prepojené a komunitné služby, ktorých budovanie a regionálny rozvoj požadovali odborníci už i v predchádzajúcich koncepcných materiáloch existovali len sporadicky. Deinštitucionalizácia psychiatrickej starostlivosti bola takisto jedným z hlavných cieľov neskoršieho Európskeho akčného plánu pre duševné zdravie pre roky 2013-2020 (WHO, 2015).

Ku zmene došlo v súvislosti s novým programovým obdobím Európskych štrukturálnych a investičných fondov, kde Ministerstvo zdravotníctva učinilo rozhodnutie o alokácii a využití finančných prostriedkov určených pre obdobie 2014-2020 čiastočne na oblasť psychiatrickej starostlivosti (Pec, 2019). Ďalšou zmenou, ku ktorej došlo v období rokov 2010-2012 bolo tiež formovanie politickej podpory a pozornosti smerom k oblasti psychiatrickej starostlivosti. Nový minister zdravotníctva spolu so svojím námestkom boli otvorení k uskutočneniu reformných krokov, čo nepochybne celej situácii výrazne pomohlo posunúť sa vpred.

Výsledkom desiatok rokovaní rozmanitej pracovnej skupiny, ktorá bola ustanovená Ministerstvom zdravotníctva Českej republiky za účelom prípravy Stratégie reformy psychiatrickej starostlivosti a tímu pre tvorbu tejto stratégie bolo oficiálne schválenie dokumentu **Stratégia reformy psychiatrickej starostlivosti**, ktoré prebehlo v októbri roku 2013. Predmetná stratégia bola súčasťou Národného programu reforiem pre rok 2013, no jej skutočná implementačná fáza bola započatá až v roku 2017, a to v súvislosti s napojením reformy psychiatrickej starostlivosti na už spomínané Európske štrukturálne a investičné fondy. Ich alokácia smerom do politiky starostlivosti o duševné zdravie nepochybne predstavuje zlomový okamih, ktorý umožnil rozvoj tejto politiky novým smerom. *„Tie fondy EÚ, tie boli kľúčové preto, aby sme sa pohli z miesta. Ono to bolo v podstate tak, že niektorí osvietení ľudia, v úvodzovkách, ktorí už desaťročia v Českej republike dúfali a robili všetko preto, aby sa systém zmenil a vykazovali určité znalosti o chode európskych inštitúcií vlastne začali tak nejak zákulisne vyjednávať o tom, žeby sa v nasledujúcom plánovacom období mohla nejaká časť tých fondov určených pre Česko využiť na oblasť zdravotníctva. Na oblasť duševného zdravia. Bez tohto impulzu by sa asi len tak niečo nezmenilo.“* (Expert_ČR_6). Dlhodobé podfinancovanie oblasti duševného zdravia tak bolo nepochybne jednou z hlavných príčin (i keď samozrejme nie jedinou), prečo po tak dlhé obdobie nebolo možné presadiť systémovú zmenu. *„Obávam sa, že bez nejakého určitého vplyvu v pozadí a bez možnosti čerpať nie malé finančné prostriedky, aspoň teda v relácii nášho psychiatrického odboru, by sa akákoľvek ďalšie reformná aktivita takéhoto rozsahu len tak nespustila alebo by opäť nepostúpila do implementačnej fázy. Ved' si zoberte tých 20 rokov a xy pokusov predtým. Tých bola celá rada,*

no všetko to bolo založené na iniciatíve jednotlivcov bez systémovej finančnej podpory.“
(Expert_ČR_2).

8.2.3.1 Hlavné ciele reformy psychiatrickej starostlivosti v Českej republike

Napriek tomu, že niektorí autori (pozri bližšie napr. Muijen, McCulloch, 2019) považujú za príliš zjednodušujúce stotožniť prijatie či už národného programu duševného zdravia alebo stratégie automaticky so zlepšením starostlivosti o duševné zdravie, nemožno poprieť určitý posun, ktorý prijatie takéhoto dokumentu sprevádzalo v posledných rokoch (Pec, 2019).

Hlavným garantom novej stratégie bola opäť Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, no fungovala v medziach úzkej spolupráce s Ministerstvom zdravotníctva Českej republiky. Jej hlavným cieľom, ktorý zastrešoval celú plánovanú reformu bolo zabezpečiť zlepšenie kvality života osobám, ktoré sa v akejkoľvek svojej životnej fáze stretávajú s duševným ochorením, ktorému musia čeliť. Tento hlavný cieľ bol ďalej rozčlenený na konkrétne **strategické ciele**: (MZ ČR, 2013)

- a) zníženie stigmatizácie v oblasti duševných ochorení;
- b) zvýšenie spokojnosti pacienta a účinnosti poskytovanej liečby;
- c) zintenzívnené začleňovanie psychiatrického pacienta do komunity;
- d) prepojenie zdravotného a sociálneho rezortu služieb;
- e) humanizácia psychiatrickej starostlivosti.

V oblasti nastavenia samotnej siete poskytovania psychiatrickej starostlivosti boli za hlavné ciele vyprofilované: rozširovanie siete psychiatrických ambulancií; rozširovanie siete psychiatrických oddelení, ktoré fungujú v rámci všeobecných nemocníc a vybudovanie a následné rozširovanie nového prvku, ktorý sa v strategických dokumentov v Českej republike explicitne objavuje po prvýkrát – **centrá duševného zdravia**. Tie mali byť podľa smerníc schválených Ministerstvom zdravotníctva pripadať v počte jedno centrum na oblasť 100 000 obyvateľov⁷². Starostlivosť v rámci centier poskytujú multidisciplinárne tímy, ktoré pozostávajú ako z psychiatrov, psychológov, psychiatrických sestier, tak i zo sociálnych pracovníkov. V tomto prípade je možné uviesť, že ide o zárodoky prepájania zdravotného a sociálneho sektoru, a to i vo forme starostlivosti, ktorá tu je poskytovaná – služby krízovej intervencie, denného stacionáru, ambulantnej zložky starostlivosti psychologického i psychiatrického charakteru a pre núdzové prípady sa tu nachádza i pár lôžok pre prípadnú

⁷² Do roku 2030 ich má na českom území pôsobiť rovných **100** (MZ ČR, 2013).

akútnu hospitalizáciu (MZ ČR, 2013; Pec, 2019). V roku 2017 bola spustená pilotná prevádzka prvých takýchto 30 centier duševného zdravia, ktoré boli po dobu 18 mesiacov hradené z už spomínaných fondov EÚ. *„Táto reforma, ktorá smeruje k posilneniu komunitnej starostlivosti je považovaná za aktuálnu a modernú. Niežby EÚ od nás vyslovene chcela centrá duševného zdravia a trvala na ich vytvorení, no objavila sa tu tá možnosť, chápete. Možnosť, aby tie centrá mohli vzniknúť a aby mohli byť platené z európskych peňazí. To bol opäť veľký impulz k tomu, aby boli naozaj vybudované, že to nebolo akosi hneď nutné platiť zdravotnými poisťovňami alebo ministerstvom, ale objavili sa proste tieto cudzie, v úvodzovkách, peniaze. Takže toto centrámi veľmi pomohlo, že mohli byť, aj keď len dočasne, platené z týchto finančných zdrojov.“* (Expert_ČR_6). Cieľom projektov *„Centrá duševného zdravia I, II a III“*, ktoré realizovalo Ministerstvo zdravotníctva v spolufinancovaní EÚ bolo vytvoriť plnohodnotnú sieť týchto prvých 30 centier duševného zdravia⁷³.

V dnešnej dobe už máme dokonca v tejto oblasti dostupných hneď niekoľko prvotných evaluačných štúdií, ktoré sa zameriavali na jednotlivé etapy uvádzania centier duševného zdravia do prevádzky. V dnešných dňoch je možné na základe týchto evaluácií uviesť, že vznik a rozvoj centier duševného zdravia vykazuje pozitívny dopad na kvalitu života psychiatrických pacientov. Pacienti centier duševného zdravia vykazujú pokles hospitalizačných dní až o 70% v hodnotenom období pred a po vstupe⁷⁴ a takisto služby poskytované v rámci týchto zariadení prispievajú k zvyšovaniu bezpečiu pacientov, i verejnosti (bližšie pozri Řičan et al., 2021). Veľkým hendikepom, s ktorým ale musia centrá duševného zdravia bojovať, sú personálne nedostatky. *„K tomu, aby centrá mohli fungovať i naďalej a predovšetkým, aby sme mohli kráčať k dosiahnutiu pôvodne formulovaného cieľu existencie 100 centier duševného zdravia je potreba vyriešiť to, že nemáme dost' personálu. Nielen toho lekárskeho, ale i sestier a sociálnych pracovníkov. Zároveň je s tým spojená i stále dokola spomínaná nedostatočná spolupráca zdravotného a sociálneho rezortu. To, že centrá duševného zdravia budú včlenené do zákona o sociálnych službách je určite pozitívne, no to nás čaká až v roku 2025.“* (Expert_ČR_5; Expert_ČR_6).

Otázka, ktorá sa ponúka pri veľkých reformných a transformačných projektoch je

⁷³ V súčasnosti je v prevádzke celkovo 33 centier duševného zdravia. 3 z nich sa špecializujú na oblasť poskytovania služieb deťom a adolescentom. **Štandard poskytovaných služieb** v rámci týchto „multidisciplinárnych terénnych tímov“ je bližšie definovaný a ukotvený vo Vestníku MZ ČR č. 5/2016 a v Kritériách kvality Centier duševného zdravia z roku 2021.

⁷⁴ Tieto výsledky je ale potrebné brať do úvahy s určitou dávkou nadhľadu, nakoľko v rámci evaluačného dizajnu nebolo pracované s kontrolnou skupinou. Celkový efekt poklesu v oblasti hospitalizačných dní sa ale nedá poprieť.

nepochybne to, ako dlho potrvá, kým sa krajina dostane v konkrétnej oblasti, tam kde chce byť. Ako som už spomínala vyššie, reforma psychiatrickej starostlivosti bola síce formulovaná v rokoch 2012-2013, no k jej reálnej implementácii došlo až o 4 roky neskôr, z logických dôvodov. K naplneniu niektorých čiastkových i veľkých strategických cieľov však je potrebné viac ako 5-6 rokov, ktoré Českú republiku aktuálne delia od prvotnej praktickej realizácie vytýčených cieľov. Pôvodné predikcie boli stanovené na horizont 15-20 rokov. „*Je a bude to dlhý proces a prechod. Áno, dokážeme ľahko dohľadať informáciu o tom, koľko centier duševného zdravia z toho konečného počtu aktuálne funguje. No ide o to, aký to má ten konečný efekt. Poskytuje sa tam starostlivosť tak, ako bolo vytýčené? Kráčame tým k naplneniu toho hlavného zastrešujúceho cieľa? Jasné, pohli sme sa z miesta a vyzerá to tak, že kráčame správnym smerom. Na nejaké konkrétne závery je však ešte priskoro.*“ (Expert_ČR_7).

8.2.4 Zdravie 2020 - Národná stratégia ochrany a podpory zdravia a prevencie chorôb a jej Akčný plán č.3: Duševné zdravie

Táto národná stratégia včleňovala do českého prostredia opätovne určité prvky metodiky WHO a je akýmsi nástrojom pre samotnú implementáciu medzinárodného dokumentu WHO Zdravie 2020: Európsky politický rámec a stratégia pre 21. storočie⁷⁵.

Inovatívnym prístupom je ukotvenie zdravia ako komplexného celku do sociálneho prostredia a zacielenie pozornosti na rodinné, školské či pracovné prostredie človeka, ktoré má markantný vplyv na stav jeho zdravia. To, že zdravotný rezort sa dostáva do popredia v českom prostredí dokladá i široká podpora tejto Stratégie, a to naprieč rozmanitým spektrom aktérov⁷⁶. Ide teda o kľúčový dokument, ktorého silnou stránkou bola určite silná vízia budúceho žiadúceho stavu. Stratégie vznikla Uznesením vlády Českej republiky č. 23, z januára roku 2014. Doba, počas ktorej bola táto Národná stratégia realizovaná zahŕňala obdobie rokov 2014-2020.

Ešte na konci roku 2013, ktorý dal možnosť vzniku Stratégie reformy Psychiatrickej starostlivosti, bola ustanovená Rezortná pracovná skupina, a to za účelom podpory a ochrany

⁷⁵ Dokument **WHO: Zdravie 2020** bol schválený v roku 2012, s to na 62. zasadnutí Regionálneho výboru WHO pre oblasť Európy a koncipovaný ako vzorová osnova pre moderné európske zdravotné politiky 21. storočia. Zameriava sa prednostne na zlepšenie zdravotného stavu obyvateľstva Európy, no i na znižovanie nerovností v tejto oblasti. Nepochybne relatívne ambiciózný cieľ sa snaží naplňať zefektívnením riadenia tejto oblasti (WHO, 2013a).

⁷⁶ Stratégia bola oficiálne schválená poradou vedenia Ministerstva zdravotníctva Českej republiky a uznesením Poslaneckej snemovne Parlamentu Českej republiky i vlády Českej republiky (MZ ČR, 2014).

verejného zdravia a prevencie chorôb, ktorá takisto slúžila i pre implementáciu programu Zdravie 2020 z pera WHO (WHO, 2013a; MZ ČR, 2014). S národnou stratégiou boli následne zviazané i implementačné dokumenty (zväčša šlo o konkrétne akčné plány), ktoré vychádzali zo strategických cieľov v nej definovaných.

Už rok po schválení tohto strategického materiálu sa však začali objavovať prvé problémy v praktickom prevedení stanovených cieľov. Postupne bolo odhalené, že ciele sú napĺňané disproporčne a hlavný problém spočíva v nezaistení potrebných finančných zdrojov⁷⁷. Tie mali pôvodne prúdiť z Európskych štrukturálnych fondov, no z dôvodu nevyplnenia vhodných výziev k tomu nedošlo. Pracovné komisie, ktoré mali vo svojom zázemí potrebné zdroje ciele dokázali napĺňať, čo však nebol prípad tých komisií, ktoré takýmto zázemím nedisponovali. V roku 2018, po personálnych obmenách na Ministerstve zdravotníctva, bola v dôsledku neplnenia stanovených cieľov v potrebnom rozsahu, započatá revitalizácia Stratégie Zdravie 2020. Pre jej koordináciu bol zriadený i špeciálny Riadiaci výbor programu Zdravie 2020 (MZ ČR, 2018).

Jednotlivé akčné plány, ktoré predstavovali jeden z výstupov prvej realizácie tohto strategického dokumentu, sa do väčšej hĺbky venovali konkrétnejším čiastkovým cieľom, ukazovateľom či rámcovým rozpočtom. Celkovo existovalo 13 akčných plánov, no pre účely tejto diplomovej práce nás bude zaujímať predovšetkým **Akčný plán č.3**, ktorý cieľi na oblasť duševného zdravia. Jeho implementačná fáza bola naplánovaná, v súvislosti s hlavnou Stratégiou, do roku 2020. Akčný plán definuje oblasť duševného zdravia ako nadrezortnú a volá po zahrnutí širokého spektra rezortov do prevedenia reformy poskytovanej starostlivosti. Na tento cieľ nadväzuje i Akčný plán pre duševné zdravie 2020-2030⁷⁸.

Akčný plán ďalej svoju pozornosť zameriaval na systémovú podporu v oblasti budovania centier duševného zdravia a takisto na častokrát opomínanú oblasť kontinuálneho vzdelávania odborného personálu a výskumu v tejto skúmanej oblasti (MZ ČR, 2015).

8.2.5 Strategický rámec Zdravie 2030

Strategický rámec zameraný na rozvoj starostlivosti o zdravie obyvateľov Českej republiky bol schválený vládny uznesením⁷⁹ v júli roku 2020. Minister zdravotníctva bol týmto uznesením vyzvaný, aby v horizonte 3 nasledujúcich mesiacov spracoval a predložil

⁷⁷ Na základe inventúry ohľadom stavu konkrétnych akčných plánov, ktorá sa uskutočnila v roku 2017.

⁷⁸ Pozri Kapitulu 8.1.6, na s. 86.

⁷⁹ Uznesenie vlády ČR č. 743, zo dňa 13.07.2020.

vláde návrh jednotlivých implementačných plánov a takisto aby v horizonte každých dvoch rokov vládu informoval o tom, ako prebieha implementácia tohto Strategického rámcu. Strategický rámec pokrýva dobu realizácie v rozmedzí rokov 2021-2030 a jeho hlavným cieľom je „*zlepšenie zdravia všetkých skupín obyvateľov Českej republiky*“. Ide o koncepčný materiál, ktorý cieľi na medzirezortný presah a je kľúčovým dokumentom udávajúcim smer v oblasti rozvoja starostlivosti o zdravie v Českej republike v horizonte najbližších rokov (MZ ČR, 2019).

Napriek tomu, že nepochybne ide dokument zahrňujúci celú paletu dôležitých oblastí celkového zdravia a rozvoju zdravotného systému ako takého, pre účely tejto diplomovej práce je kľúčový predovšetkým jeden zo špecifických cieľov, a to konkrétne **Špecifický cieľ 2.1**, ktorý nesie názov: Implementácia modelov integrovanej starostlivosti, integrácie zdravotnej a sociálnej starostlivosti, **reforma starostlivosti o duševné zdravie**. V tomto cieľi je kladený dôraz na oblasť destigmatizácie duševných ochorení, posilňovanie rozvoja siete multiodborovej starostlivosti, a to hlavne v oblasti komunitných služieb a takisto na zabezpečenie rovnosti prístupu psychiatrických pacientov ako ku zdravotným, tak i ku sociálnym službám. Tu je možné vidieť, že ešte stále dochádza k striktnému oddeľovaniu týchto dvoch zložiek poskytovania starostlivosti. Strategický rámec tiež prichádza s krátkou evaluáciou vtedajšieho stavu na poli starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike. Identifikuje pozitívny posun starostlivosti z lôžkových zariadení smerom do ambulantnej starostlivosti a rovnako tak mierne zlepšenie a posilnenie spolupráce medzi primárnou starostlivosťou a špecializovanými službami psychiatrickej starostlivosti. Dokument ale upozorňuje na neustále stúpajúce tendencie v oblasti duševných ochorení a záťaž s tým spojenú, čím odôvodňuje zaradenie prebiehajúcej reformy psychiatrickej starostlivosti medzi jeho principiálne čiastkové ciele (MZ ČR, 2019, s. 41).

8.2.6 Národný akčný plán pre duševné zdravie 2020-2030 a zriadenie Rady vlády pre duševné zdravie

Národný akčný plán pre duševné zdravie na roky 2020-2030 bol v roku 2020 schválený českou vládou. Na technickej stránke akčného plánu sa podieľa od roku 2018 pracovná skupina pozostávajúca z expertov na oblasť duševného zdravia, ktorá sa na pravidelnej báze stretávala.

Ide o implementačný dokument troch základných strategických dokumentov, ktorými sú: už niekoľkokrát spomenutá Stratégia reformy psychiatrickej starostlivosti, z roku 2013, u ktorej boli identifikované určité implementačné nedostatky; Strategický rámec Zdravie 2030

z roku 2020 a Strategický rámec Česká republika 2030 z roku 2017. Akčný plán bol zároveň spracovaný na základe sady odporúčaní WHO. Tento dokument bol takisto vytváraný súběžne v dobe, kedy vznikal i Národný akčný plán prevencie samovrážd, ktorý takisto upravuje jednu z dôležitých oblastí politiky starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike.

Jedným z hlavných dôvodov, prečo tento akčný plán vôbec vznikol bola akási premena „*myšlienkového rámcu, v ktorom je vhodné uvažovať o problematike duševného zdravia a celkovo i psychiatrickej starostlivosti ako takej.*“ (MZ ČR, 2020, s. 10). S vyvíjaním určitého tlaku na aplikáciu bio-psycho-sociálneho modelu poskytovania starostlivosti v oblasti psychiatrie a duševného zdravia celkovo sa začalo premieňať i vnímanie duševného zdravia v Českej spoločnosti. „*Je jasné, že v českej spoločnosti nedošlo k radikálnemu pretvoreniu názoru obyvateľstva na duševne choré osoby. Určitý posun ale môžeme pozorovať, i keď je to stále beh na dlhú trať.*“ (Expert_ČR_3). V súvislosti s postupným rozvojom komunitných služieb ale usudzujem, že začína do popredia vystupovať práve veľký význam prostredia. To potvrdzuje i samotný akčný plán, ktorý hovorí o zamestnaní či školskom systéme ako o prostredí, ktoré môže riziká duševných ochorení ako zvyšovať, tak i veľmi účinne zmierňovať. Pôvodnú Stratégiu reformy psychiatrickej starostlivosti akčný plán kritizuje hlavne kvôli nedostatočne ukotvenej oblasti prevencie vzniku duševných ochorení (MZ ČR, 2020).

Akčný plán takisto upozorňuje, že prenechanie celej reformy psychiatrickej starostlivosti len v rukách Ministerstva zdravotníctva nie je tou správnou cestou, nakoľko v prípade, že nebude fungovať spolupráca na úrovni viacerých kľúčových rezortov⁸⁰, nebude možné dosiahnuť nielen nové ciele v tejto oblasti, no ani tie pôvodné, ktoré boli formulované ako dlhodobé ešte v roku 2013. To by predstavovalo veľmi nepríjemné dôsledky nielen pre oblasť starostlivosti o duševné zdravie, no i pre celú Českú republiku.

Na tomto mieste by som takisto v nadväznosti na vyššie uvedené rada dodala, že tá pôvodná prvotná fáza psychiatrickej reformy bola síce financovaná z fondov Európskej únie, no k tomu, aby Česká republika i naďalej získavala finančnú podporu z tohto zdroja je nevyhnutné, aby čo najviac uspokojivo dosahovala pôvodne vymedzené ciele. Postupne tiež vyvstávali i ďalšie nové oblasti, ktorým sa je potrebné v politikách starostlivosti o duševné zdravie venovať – typicky napríklad vysoká miera chudoby, ktorá je spojená so závažnými duševnými ochoreniami či rozvoj poskytovania psychiatrickej starostlivosti pacientom, ktorí

⁸⁰ Najčastejšie je možné hovoriť o žiadúcej spolupráci medzi rezortami Ministerstva práce a sociálnych vecí; Ministerstva školstva, mládeže a telovýchovy; Ministerstva pre miestny rozvoj a krajov.

môžu byť potenciálne nebezpeční (MZ ČR, 2020).

8.2.6.1 Národná rada pre duševné zdravie

V poslednej časti tejto kapitoly, ktorá je venovaná sledovaniu vývoja na poli politiky duševného zdravia Českej republiky, by som rada spomenula orgán, ktorého hlavnou úlohou bolo a je koordinovať a pripravovať aktualizácie Národného akčného plánu pre duševné zdravie a politiky starostlivosti o duševné zdravie ako takej. Týmto orgánom je Národná rada pre duševné zdravie, ktorá vznikla pôvodne pod názvom Rada vlády pre duševné zdravie Uznesením vlády č. 713 z októbra roku 2019. V roku 2022 Rada vlády pre duševné zdravie zmenila svoj štatút i názov a odvtedy figuruje v politike duševného zdravia ako **Národná rada pre duševné zdravie**. Akčný plán, ktorý bližšie rozoberám v predchádzajúcej podkapitole tento orgán ďalej prepája s ďalšími akčnými plánmi, napr. s už **spomenutým Národným akčným plánom prevencie samovrážd 2020-2030** alebo s **Národným akčným plánom pre Alzheimerovu chorobu a iné ochorenia**. Pôsobí takisto v oblasti zabezpečovania čo najviac efektívneho financovania oblasti duševného zdravia. Jej schôdze prebiehajú na pravidelnej báze, a to minimálne 4x ročne⁸¹.

⁸¹ Bližšie k činnosti **Národnej rady pre duševné zdravie** pozri: <https://www.mzcr.cz/rada-vlady-pro-dusevni-zdravi/>.

8.3 Slovenská republika

8.3.1 Transformácia systému zdravotnej starostlivosti

Slovenská republika sa v prvých rokoch svojej samostatnej existencie musela takisto vyrovnávať s novým politickým nastavením, sociálnymi a ekonomickými zmenami a v neposlednom rade i s transformáciou zdravotného systému. Práve tieto sociálne a ekonomické prerody v 90. rokoch 20. storočia započali celú formuláciu slovenskej politiky duševného zdravia. *„Zlomová bola určite revolúcia v 1989. Bez nej by sa oblasť psychiatrie a duševného zdravia posunula a vôbec vyvíjala len naozaj ťažko. Takže určite politické zmeny, ktoré Slovensko postretli boli veľkým bodom zlomu.“* (Expert_SR_5). Dlouhý et al. (2010) uvádzajú, že nielen v Českej republike, no i na Slovensku bola oblasť duševného zdravia mimo hlavnú politickú agendu, čo sa následne prejavilo v neefektívnom nastavení celého systému. Tu by som ale rada dodala, že Slovensko napriek tomu pristúpilo k prvým krokom rozvoja v tejto oblasti už pomerne skoro po reformných zmenách. Na spôsob, akým bola vedená (alebo skôr nevedená) zdravotná politika a politika duševného zdravia za dôb bývalého Československa, Slovensko doplácalo ešte dlhú dobu po rozdelení na samostatné republiky v roku 1993.

Transformácia zdravotného systému, po takmer 40-ročnej skúsenosti s aplikáciou Semaškovho modelu smerom k **modelu systému povinného zdravotného poistenia** (Bismarckov model zdravotného systému), začala s ustanovením Inštitúcie pre zavedenie zdravotného poistenia už v roku 1992 a postupným zavádzaním zmien v tejto oblasti (Potůček, Scheffler, 2008). Zákonom č. 7/1993 Z. z. vzniká inštitúcia slovenskej **Národnej poisťovne**, so sídlom v Bratislave, ktorá fungovala ako inštitúcia verejnoprávna zahŕňajúca pod sebou výkon troch samostatných fondov – fond zdravotného, nemocenského a dôchodkového poistenia. O rok neskôr Slovenská republika prijíma zákon č. 273/1994 Z. z., o zdravotnom poistení, na základe ktorého bol prijatý systém, v ktorom existuje viacero poskytovateľov zdravotného poistenia (z definície šlo o verejnoprávne fondy) a takisto poskytoval definíciu toho, akým spôsobom bude verejné zdravotné poistenie financované. V tomto prípade šlo o vzájomnú kombináciu platieb odvodov od tej časti populácie, ktorá pracovala a platieb smerujúcich zo štátneho rozpočtu za tých, ktorí nepracovali (Pažitný, 2020). Podobne ako v Českej republike i na Slovensku začal fungovať v ambulantnej sfére zdravotníctva kapitačný systém poplatkov (angl. *„capitation fees“*), v kombinácii s úhradami za dni strávené na lôžku v prípade nemocničných zariadení. Touto legislatívnou úpravou takisto vzniká **Všeobecná zdravotná poisťovňa**, ktorá je do dnešných dní najväčšou zdravotnou poisťovňou na území Slovenska. V 90. rokoch 20. storočia je možné na Slovensku pozorovať trend postupného

navyšovania počtu zdravotných poisťovní a v roku 1997 ich existovalo dokonca až 13. Po zavedení obmedzenia minimálneho základného počtu poistencov sa situácia začala upravovať a vytvorením rôznych fúzií sa trh v tejto sfére postupne skonsolidoval⁸² (Potůček, Scheffler, 2008; Pažitný, 2020).

Kľúčovým prvkom premeny pôvodného systému poskytovania zdravotnej starostlivosti bola decentralizácia zdravotnej starostlivosti a pôvodné hierarchické usporiadanie v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti sa úplne rozpadlo. Systém financovania zdravotných služieb sa začal javiť ako nie príliš efektívny a výsledkom bolo fungovanie rozdrobeného systému, v rámci ktorého figurovalo veľké množstvo subjektov poskytujúcich ambulantnú formu starostlivosti. Lôžkový systém fungujúci predovšetkým v rámci nemocničných zariadení nebol efektívny a vôbec nezodpovedal akýmsi modernejším požiadavkám a pokroku, ktorý bol zaznamenaný v tejto oblasti v ostatných krajinách. V tejto dobe je síce možné hovoriť o veľkom nadbytku akútnych lôžok, no takisto o kritickom nedostatku lôžok chronických. Táto zdedená štruktúra ale bola tak zasadená v slovenskom zdravotníctve, že prípadné zmeny sa javili ako veľmi náročné (Zajac, Pažitný, Marcinčin, 2001; Pažitný 2020).

Prvé roky fungovania Slovenskej republiky boli nepochybne, okrem pozvoľnej zmeny celého systému, spojené i s prijímaním medzinárodných dokumentov, ktoré upravovali oblasť ľudských práv i práv pacientov v zdravotnej oblasti poskytovania starostlivosti. Slovensko sa tak postupne stalo zmluvnou stranou veľkého množstva základných a kľúčových ľudskoprávných dohovorov, pre príklad uvádzam nasledovné: Všeobecná deklarácia ľudských práv; Európsky dohovor o ľudských právach; Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach; Európska sociálna charta, Chartu práv pacientov a podobne.

Oblasť politiky starostlivosti o duševné zdravie a poskytovanie starostlivosti duševne chorým pacientom spadala vždy pod všeobecný zdravotný systém. Napriek faktu, že pôvodné legislatívne i ideologické nastavenie v oblasti duševného zdravia nebolo úplne efektívne a ideálne, už od 90. rokov možno pozorovať na slovenskom území záujem o to túto oblasť posunúť vpred. Poskytovanie kvalitnej zdravotnej starostlivosti pacientom s duševnými ochoreniami a ich podpora v čo najviac nezávislom fungovaní v rámci bežného života bola jedna z hlavných priorít vtedajšieho nastavenia (Potůček, Scheffler, 2008; Dragašek, Nawka, 2010). Problémom ale samozrejme bola nedostatočná úroveň financovania služieb v oblasti zdravotníctva všeobecne, s čím súvisí i nedostatok financií alokovaných v oblasti duševného

⁸² V dnešnej dobe na Slovensku figurujú 3 veľké zdravotné poisťovne. Okrem už uvedenej Všeobecnej zdravotnej poisťovne ide o zdravotnú poisťovňu Dôvera a Union.

zdravia.

Takisto by som rada uviedla, že Slovensko v tejto oblasti už od začiatku éry svojej samostatnej existencie čerpá z medzinárodných zdrojov a snaží sa o tvorbu politiky, ktorá je založená na dôkazoch. Slovenská republika tak už v 90. rokoch 20. storočia inovatívne začala smerovať k veľkým systémovým zmenám psychiatrickej starostlivosti, ktoré boli už v tej dobe viac ako žiadúce. V tomto období sa krajina mohla popýšiť statusom jednej z troch krajín, ktoré sa o reformné kroky v tejto komplikovanej oblasti pokúšali ako prvé⁸³ (Izáková et al., 2022). Tomu, prečo nakoniec Slovensko zostalo jednou z posledných krajín, v rámci ktorej nedošlo k modernizácii na poli politiky duševného zdravia a psychiatrickej starostlivosti a tomu, prečo sa ciele inovatívnej reformy nakoniec nezrealizovali, sa budem venovať v nasledujúcich podkapitolách tejto diplomovej práce.

8.3.2 Reforma psychiatrickej starostlivosti 90. rokov 20. storočia (1991) a Koncepcia psychiatrie (1997)

Postavenie pacientov s duševným ochorením, ktorí sa v určitých veciach líšili od ostatnej časti populácie, nebolo na Slovensku v období začiatku poslednej dekády 20. storočia priaznivé. Takisto postavenie psychiatrie ako odboru samotného v rámci systému poskytovania zdravotnej starostlivosti nemožno považovať za výhodné – psychiatrickí pacienti boli vo všeobecnosti po dlhé obdobie v histórii vždy diskriminovaní v porovnaní s pacientami, ktorí trpeli na určitý druh telesného ochorenia či postihnutia. Ako som už niekoľkokrát v tejto práci spomínala, na Slovensku odjakživa prevažoval trend budovania psychiatrických oddelení v rámci všeobecných nemocníc a veľkokapacitné lôžkové zariadenia boli skôr v menšinovom počte. Napriek tomu ale psychiatrické nemocnice, ktoré na Slovensku existovali, boli v drvivej väčšine umiestňované v nevhodných priestoroch, najčastejšie starých zámokoch či kaštiel'och, ktoré boli polohou čo najviac vzdialené od najbližších ľudských obydlí. Pôvodná biologická orientácia odboru psychiatrie pred reformným rokom 1989 situácii takisto neprilepšila. V 90. rokoch 20. storočia sa tak skupina odborníkov rozhodla zamerať sa na zlepšenie tejto situácie (WHO, 2001). *„Keď som ja začínal, čiže niekedy v 90. rokoch, tak začala tá pôvodná prvá reforma. Tá vyvierala – ako by som to povedal – z vnútorných potrieb našich vtedajších odborníkov, ktorí sami cítili, že celé to, ako oblasť psychiatrie a politika starostlivosti o duševné zdravie vyzerá, nie je správne. Takže tie prvotné impulzy určite vychádzali od nás, tvorili sme si ich sami. Lebo psychiatria v tej dobe bola na Slovensku čo sa týka priority úplne, ale že úplne*

⁸³ Slovensko bolo so svojím Národným plánom duševného zdravia dokonca **prvou** krajinou, ktorá disponovala akčným plánom vytvoreným na základe metodiky WHO (Potůček, Scheffler, 2008).

nizučko.“ (Expert_SR_1).

V nadväznosti na vyššie uvedené bola a Slovensku už v roku 1990 sformovaná odborná skupina, zložená prevažne z psychiatrov⁸⁴, ktorí začali prípravné práce na budúcom dokumente Reformy psychiatrickej starostlivosti. Slovenské Ministerstvo zdravotníctva tento dokument o rok neskôr, v roku 1991 schválilo. „*Išlo o veľmi komplexný dokument. Stál veľké množstvo slovenských odborníkov veľké úsilie a dovolila by som si povedať, že ani dnes nie je nejak neaktuálny, pokojne na ňom môžeme stavať. Celkovo to obdobie v 90. rokoch, boli sme ako krajina v tejto oblasti na čele a mohli sme ostatným hovoriť, takto to treba robiť, takto to treba vymyslieť!*“ (Expert_SR_4). Do roku 1991 Slovensko v oblasti duševného zdravia nedisponovalo ani programom, ani špecifickým plánom či už starostlivosti o dušené zdravie alebo komplexnej starostlivosti v odbore psychiatrie. Táto reforma poslúžila v najbližších rokoch k tomu, aby na slovenskom území mohlo dôjsť k rozvoju siete ambulatných psychiatrov a takisto aby vznikli prvotné denné stacionáre. Vo všeobecnosti obsahovala plán o tom, ako zmeniť oblasť psychiatrie v rámci Slovenska tak, aby úroveň zodpovedala modernej dobe a humánnym princípom poskytovania starostlivosti (Izáková, 2018). Dôležitou oblasťou, kde reforma takisto siahala bola oblasť bývalých psychiatrických liečební. Päť z nich bolo v nadväznosti na reformu transformovaných na psychiatrické nemocnice. Reforma tiež kladie dôraz na uplatňovanie regionálneho princípu a tvorbu spádových oblastí pre približne 100 000 obyvateľov, v rámci ktorých by mali byť k dispozícii a fungovať všetky služby psychiatrickej starostlivosti, pričom neregionálne by mali byť na základe potreby dostupné len služby v oblasti špeciálnej liečby (typicky napríklad oddelenie forenznej psychiatrie a pod.) (WHO, 2001). Samotná Reforma psychiatrickej starostlivosti dokonca o 8 rokov neskôr, v roku 1999 vyšla vo Vydavateľstve F i v knižnej podobe.

Na konci ale bohužiaľ je nutné konštatovať, že Reforme psychiatrickej starostlivosti z roku 1991 chýbalo presnejšie vymedzenie zodpovednosti za prevedenie týchto krokov a „pokulhávali“ i finančné zdroje alokované týmto smerom. To všetko, i napriek určitým zjavným úspechom, nakoniec viedlo k zlyhaniu tohto nepochybne veľmi ambiciózneho a prevratného dokumentu. Reforma psychiatrickej starostlivosti ale neupadla do zabudnutia, ale tvorila základ pre **Koncepciu psychiatrie** z roku 1997. Nakoľko sa ale tomuto dokumentu nikdy nepodarilo dosiahnuť uznanie zo strany Ministerstva zdravotníctva, nakoniec slúžila len ako zdroj inšpirácie toho, kam je možné úroveň poskytovania psychiatrickej starostlivosti opäť

⁸⁴ Zakladajúcimi členmi tejto skupiny boli **Jozef Hašto**, **Peter Breier**, **Pavol Černák** a **Alojz Rakús** (Izáková, 2018).

posunúť. Inovatívnym prvkom bolo zacielenie pozornosti Koncepcie na potrebu rozvoja komunitnej formy starostlivosti, ktorá na Slovensku do tej doby v podstate absentovala (Dobiášová et al., 2016). V tomto bode je tak určite možné konštatovať, že oblasti duševného zdravia a jeho problematickým častiam sa na Slovensku už v 90. rokoch 20. storočia dostávala určitá miera pozornosti, avšak v konečnom dôsledku viac verbálne, ako v reálne implementovaných a dosiahnutých cieľoch.

8.3.3 Strhnutie pozornosti na oblasť problematiky duševného zdravia – Národný program duševného zdravia (2004)

Po prvých síce neúspešných, no určite zásadných pokusoch o zmenu na poli politiky starostlivosti o duševné zdravie, sa v auguste roku 2002 slovenské Ministerstvo zdravotníctva rozhodlo vytvoriť, na základe odporúčania WHO, **Národný program duševného zdravia**⁸⁵ - komplexný program venovaný oblasti starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku.

Situácia na Slovensku na prelome tisícročí v oblasti poskytovania psychiatrickej starostlivosti nebola ružová, navyše sa častokrát reálna úroveň a kvalita služieb líšila od úrovne, ktorá bola deklarovaná. „*V tom období povedzme rokov 2000 a ďalej sa určite líšilo to, na akej úrovni sme poskytovali starostlivosť o pacientov niekde povedzme na chirurgii a v psychiatrickej nemocnici.*“ (Expert_SR_3). Lôžkové psychiatrické zariadenia takisto nespádali pod rovnakú právnu úpravu ako klasické všeobecné nemocnice a nemali tak formálne ani rovnaké postavenie. To neraz viedlo k neľudským podmienkam v bývalých psychiatrických liečebniach, ktorých vylúčenie na okrajoch miest a obcí viedlo k pretrhnutiu sociálnych kontaktov psychiatrických pacientov i so svojou najbližšou rodinou. Výrazne tiež absentovala oblasť prevencie a podpory duševného zdravia (MZ SR, 2004). „*Viete, keď som pracoval ešte ako psychiater na gerontopsychiatrii, tak v Biskupiciach sa malo naše oddelenie sťahovať, do priestorov všeobecnej nemocnice na Kramároch. A teraz si predstavte – starcom, ľudom, ktorí mali často nad 80 rokov a trpeli duševných ochoreniami, poskytl priestor v podzemí. Nad hlavami nám šli rúry s odpadom, tma, vlhko, smrad. Som si istý, že keby som pracoval niekde na gynekológii, tak by som starostlivosť pacientom neposkytoval v tomto prostredí. Čiže toto celkovo bola oblasť, s ktorou sme bojovali.*“ (Expert_SR_1).

Tým, že vláda Slovenskej republiky v roku 2004 schválila Národný program duševného zdravia, došlo nielen k jeho uznaniu, no i uznaniu toho, že oblasť duševného zdravia sa stala jednou z **hlavných politických priorít**, a to v celej svojej zložitosti i komplexnosti. Tento

⁸⁵ Uznesenie vlády Slovenskej republiky č. 911, z augusta 2002.

program bol vypracovaný na základe uplatnenia systémového princípu k poskytovaniu starostlivosti o duševné zdravie a s jedným hlavným cieľom – zabezpečiť zrovnoprávnenie starostlivosti o duševné a fyzické zdravie a zlepšiť aktuálny stav zdravia obyvateľstva krajiny (MZ SR, 2004). „Základom, dovoľím si povedať i čiastočne úspechu tohto programu, bola určite spolupráca naprieč rôznymi rezortmi. Spolu sedel rezort zdravotníctva, sociálnych vecí, vnútra, financií a podobne.“ (Expert_SR_4). Vo finálnej podobe dokumentu boli tiež zakomponované podnety širokého spektra zainteresovaných aktérov v tejto problematike. Iný osud než prvé dva pokusy o zmenu oblasti duševného zdravia dokument postrelol i na základe toho, že už v jeho základnej podobe boli presne vymedzené časové harmonogramy spojené s dosahovaním formulovaných cieľov, rozdelenie zodpovedností za jednotlivé sektory a návrh toho, ako sa bude program financovať. Existencia takéhoto implementačného plánu určite napomohla k tomu, aby boli dosiahnuté stanovené ciele. Národný program bol rozvrhnutý na obdobie rokov 2005-2015, no v snahe o užší zámer a viac detailnejšie špecifikované jednotlivé ciele, boli publikované štyri základné implementačné plány, ktoré zahŕňali vždy obdobie približne v horizonte 2 rokov (MZ SR, 2004; Dobiášová et al., 2016; Izáková, 2018). Pre lepšiu prehľadnosť som jednotlivé implementačné plány a ich ciele zhrnula do Tabuľky č.11.

Tabuľka č. 11 Prehľad implementačných plánov Národného programu duševného zdravia

Implementačný plán (obdobie)	Formulované hlavné ciele plánu
Implementačný plán na roky 2006-2007 = väčšina cieľov sa podarila naplniť	definícia optimálnej siete poskytovanej starostlivosti; založenie zdravotne-sociálnych oddelení v rámci lôžkových zariadení
Implementačný plán na roky 2008-2010	zníženie výskytu duševných ochorení; zníženie úmrtnosti, ktorej príčinou je duševné ochorenie; zacielenie na oblasť prevencie
Implementačný plán na roky 2011-2013 = problematické financovanie	duševné zdravie detí a mládeže; prevencia samovrážd, duševné zdravie na pracovisku
Implementačný plán na roky 2014-2015	podpora duševného zdravia; poskytovanie služieb v súlade s individuálnymi potrebami jedincov

Zdroj: rokovania vlády SR v Dobiášová et al., 2016, s.42-43, spracované autorkou

Všetky implementačné plány si vyžadovali naozaj úzku spoluprácu rôznych aktérov na poli politiky starostlivosti o duševné zdravie. Išlo o rozličné ministerstvá, neziskové organizácie, asociácie a takisto boli zapojení i odborníci z praxe. Národný program duševného zdravia bol nepochybne prvým z rady dokumentov, ktorý predstavil implementačnú štruktúru a spôsob, akým bude chcieť dosiahnuť jednotlivé ciele. Podarilo sa dosiahnuť, predovšetkým v prvých rokoch implementačných prác radu úspechov, ktoré o niečo skvalitnili poskytované služby v oblasti psychiatrie. Postupne však absencia politickej vôle začala spôsobovať jeho oslabenie. Izáková (2018, s.5) uvádza, že v prípade, že by *„jednotlivé zmeny, ktoré boli naplánované boli i reálnymi, dovolila by som si tvrdiť, že by sme v dnešných dňoch patrili ku krajinám Európskej únie s tou najlepšou psychiatrickou starostlivosťou. Bohužiaľ, nepatríme. Zmeny, ktoré sa aj začali uskutočňovať sa nakoniec vrátili späť, do toho počiatočného stavu“*. To potvrdzuje i Expert_SR_3: *„Je to smutné, ale nakoniec dosť veľká časť zostala len na papieri“*.

8.3.4 Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria

8.3.4.1 Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria (2006)

Podľa zákona č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti a v súlade s Deklaráciou WHO o duševnom zdraví pre Európu a Akčným plánom duševného zdravia pre Európu z Helsiniek (2005) vydalo v roku 2006 v rámci osobitného Vestníka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky. *„Vydanie a vlastne uverejnenie tejto Konceptie bolo v tom roku 2006 určite ďalším posunom vpred a míľnikom na tej ceste rozvoja politiky duševného zdravia u nás, na Slovensku.“* (Expert_SR_4). Okrem popisu vtedajšieho stavu odboru psychiatrie a náplne zdravotnej starostlivosti v tomto odbore Konceptia potvrdzuje, že starostlivosť, ktorá sa na Slovensku poskytuje psychiatrickým pacientom vychádza z potrieb naplňovania bio-psycho-sociálneho modelu starostlivosti a apeluje na zvýšenú potrebu rozvoja odborných pracovník a odborného vzdelávania osôb, ktoré starostlivosť poskytujú na akejkoľvek úrovni. Konceptia takisto operuje i s pojmom agentúr domácej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorých vytváranie bolo ukotvené v Národnom programe duševného zdravia z roku 2004.

8.3.4.2 Konceptia zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria (2021)

Pätnásť rokov po vydaní prvej Konceptie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria z roku 2006 vydáva Ministerstvo zdravotníctva, opätovne v súlade so zákonom č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, aktualizovanú Konceptiu v odbore psychiatria. Formálna štruktúra oboch dokumentov je veľmi podobná, no s tým rozdielom, že v tejto Konceptii je definované už i **zariadenie komunitnej psychiatrickej starostlivosti**, ktoré je vymedzené ako

„zariadenie, pre zdravotnú a sociálnu komunitnú starostlivosť o duševné zdravie, ktoré je určené pre pacientov s duševnými poruchami a ich blízkym osobám. Komplexný terapeutický prístup má byť poskytovaný na základe case manažmentu.“ (Vestník MZ SR, 2021, s. 160). Budovanie týchto zariadení je však stále ešte vo fáze „kreovania“ a zatiaľ prevláda myšlienka vybudovania aspoň jedného takéhoto zariadenia v rámci každého kraja. Očakáva sa však problém s personálnou obsadenosťou takýchto zariadení a zatiaľ nie sú ani presne vymedzené regióny, v ktorých by sa tieto zariadenia v budúcnosti mohli vybudovať. V rámci týchto zariadení a zloženia multidisciplinárnych tímov, ktoré v nich budú pôsobiť sa v dnešných dňoch zvažuje i ukotvenie role peer konzultanta (Hakszer, 2023).

V súvislosti so snahou o zvyšovanie kvality starostlivosti o psychiatrických pacientov bola v roku 2022 vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva vydaná **Koncepcia humanizácie ústavnej starostlivosti v odbore psychiatria**. Poukazuje na smutný fakt dlhodobého zanedbávania modernizácie ústavných psychiatrických zariadení na Slovensku a takisto na absentujúce štandardy kvality poskytovania tohto typu starostlivosti. Slovensko disponuje síce dostatočným lôžkovým fondom v tomto type zariadenia, avšak je potrebné previesť ich humanizáciu a reprofilizáciu. Za najviac podcenené oblasti Koncepcia identifikuje oblasť detskej psychiatrie a gerontopsychiatrie. Za nedostatočný tiež považuje pokrok v oblasti deinštitucionalizácie psychiatrickej starostlivosti (Vestník MZ SR, 2022).

Pre pripravovanú reformu v oblasti psychiatrie, ktorej sa budem venovať v nasledujúcej kapitole môžu byť tiež prínosné i **Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria**, uverejnená vo Vestníku MZ SR (2022; čiastka 3-8) alebo i **Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore medicína závislostí** (Vestník MZ SR, 2022; čiastka 28-29).

8.3.5 Rada duševného zdravia a Rada vlády SR pre duševné zdravie

V spojitosti s koordináciou aktivít spojených s implementáciou Národného programu duševného zdravia z roku 2004 vznikol nový kolektívny orgán - **Rada duševného zdravia MZ SR** (Vestník MZ SR, 2007). Tá bola koncipovaná ako základný poradný orgán slovenského ministra zdravotníctva a Ministerstva zdravotníctva ako jedného celku. Jej úlohou tiež bolo analyzovať realizáciu tohto Programu duševného zdravia. Jej fungovanie a finančné zabezpečenie spadalo pod gesciu Ministerstva zdravotníctva. Svoju činnosť táto Rada ukončila v roku 2021.

Uznesením vlády SR č. 112/2021, z februára 2021 vznikla **Rada vlády SR pre duševné zdravie**, ktorá má plniť koordinačné, konzultačné a odborné úlohy, a to vo vymedzenej oblasti ako ochrany, tak i podpory duševného zdravia obyvateľov Slovenska. Plynulo nadviazala na

činnosť zrušenej Rady duševného zdravia. Je stálym poradným orgánom vlády SR a jej predsedom je minister zdravotníctva. Organizačne pozostáva z širokého spektra členov z rôznych oblastí duševného zdravia. Svoje zastúpenie v nej majú poverení zamestnanci rôznych ministerstiev, komisár pre osoby so zdravotným postihnutím, prezident Slovenskej komory psychológov, zástupca krajov, zástupca Združenia miest a obcí SR či prezident Slovenskej psychiatrickej spoločnosti. Ohľadom efektivity jej fungovania sa v súčasnosti vedú debaty, i vzhľadom na fakt, že Rada vlády pre duševné zdravie má priniesť nové znenie Národného programu duševného zdravia. *„Rada vlády potrebuje určite ešte trochu času na svoj proces zrenia, kým dôjde nato, aby začala niečo riešiť i aktívne zo svojho vnútra. Je to určite maratón na dlhú trať, keďže jednoducho aj tí, ľudia, ktorí sa v Rade ocitli potrebujú určitý čas nato, aby sa aklimatizovali. Predsa len ide o spoluprácu naprieč všetkými rezortami, čiže treba dať tomu ešte kus času, aby si to mohli ohmatať, pochopiť, prepojiť.“* (Expert_SR_4).

8.3.6 Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku (2022)

Pôvodná Reforma psychiatrickej starostlivosti z roku 1991 je, podľa odborníkov v oblasti duševného zdravia, s ktorými som pre účely tejto diplomovej práce prevádzala rozhovory, stále živá a prítomná (Expert_SR_2; Expert_SR_4; Expert_SR_5). O jej skutočnú realizáciu sa zatiaľ neúspešne po dlhé roky pokúša Slovenská psychiatrická spoločnosť (Toporcerová, 2022).

Hlavným cieľom chystanej **reformy psychiatrickej starostlivosti** na Slovensku je komplexná systémová premena systému v oblasti poskytovania starostlivosti pacientom, ktorí trpia akoukoľvek formou a štádiom duševného ochorenia. Ide o zmenu, ktorá je zasadená do dvoch veľkých reformných projektov – **Reformy zdravotnej starostlivosti a Reformy starostlivosti o duševné zdravie**. Reforma starostlivosti o duševné zdravie je koncipovaná ako multirezortná, čiže bude prepájať ako rezort školstva, tak i sociálny rezort alebo napr. rezort spravodlivosti, zatiaľ čo reforma psychiatrickej starostlivosti bude spadať a i spadá predovšetkým pod Ministerstvo zdravotníctva SR (Izáková, 2018). *„Ide o naozaj posun vpred. Častokrát pokusy v minulosti zlyhali – či už kvôli nedostatočnej podpore zo strany vlády, bez ktorej sa v politike nezaobídeme alebo kvôli nedostatočným finančným zdrojom. V súčasnosti sa k plánovaným reformným krokom stavia pozitívne súčasný minister zdravotníctva i generálny riaditeľ Sekcie zdravia.“* (Expert_SR_4). Reformné zmeny je možné naštartovať i vďaka finančným zdrojom, ktoré sú týmto smerom alokované z Plánu obnovy a odolnosti, zo zdrojov, ktoré poskytuje Európska komisia (Izáková, 2018; Toporcerová, 2022; Expert_SR_5).

Oblasť duševného zdravia je nepochybne široká a zahŕňa pohľady a názory veľkého

množstva rôznorodých aktérov. Napriek tomu sa v roku 2022 podarilo formulovať **Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku**, ktorá pochádza z pera pracovnej skupiny 9 slovenských odborníkov na túto oblasť. Reforma psychiatrickej starostlivosti, ako podstatná súčasť Reformy duševného zdravia na Slovensku zahŕňa tieto oblasti: (Izáková et al., 2022, s. 5)

- oblasť destigmatizácie ako duševných ochorení, tak i psychiatrie ako odboru;
- oblasť zvýšenia dostupnosti psychiatrickej starostlivosti, budovanie nových typov služieb*;
- oblasť prepojenia zdravotnej a sociálnej starostlivosti;
- oblasť modernizácie a zavádzania nových prístupov či už v diagnostike alebo liečbe duševných ochorení;
- oblasť modernizácie materiálneho i technického vybavenia a humanizácia psychiatrickej starostlivosti.

** V oblasti nových služieb ide hlavne o budovanie siete komunitnej starostlivosti, poskytovanej v čo najviac prirodzenom prostredí pre pacienta, ktorá na Slovensku stále zaostáva. Z Plánu obnovy a odolnosti sa má v budúcnosti vystavať 56 komunitných centier. Otázkou ale zostáva, či sa kompetentným osobám podarí zostaviť potrebné služby tak, aby tieto centrá fungovali v zmysle svojich vízií.*

Reformné kroky sú v oblasti duševného zdravia i psychiatrie ako takej na Slovensku nevyhnutné. Odborná verejnosť sa zhoduje, že systém v dnešnej podobe nie je efektívny, psychiatrická starostlivosť nespĺňa základné požiadavky na jej regionálnu dostupnosť. Veľkým problémom je absencia následnej starostlivosti, a nedostatočné personálne kapacity. Reforma psychiatrickej starostlivosti chce svoje kroky viesť i ku zatraktívneniu odboru psychiatrie pre študentov, ktorí sa rozhodujú o svojej lekárskej špecializácii. Slovenská psychiatrická spoločnosť v nadväznosti na vyššie uvedené ustanovila pracovnú skupinu pre reformu psychiatrickej starostlivosti, keďže jej predstavitelia majú záujem na participácii (Toporcerová, 2022). „Keďže som v priamom kontakte s týmito reformnými činnosťami, viem formulovať svoju asi najväčšiu obavu. Dodnes nebola formulovaná Reforma starostlivosti o duševné zdravie. To vidím ako problém a Slovensko bez tejto definície len ťažko vykročí vpred formulovaných cieľom Reformy psychiatrickej starostlivosti“. (Expert_SR_4).

9 Komparácia Českej a Slovenskej republiky v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie po roku 1989 a diskusia záverov s využitím konceptov HI

Predchádzajúca kapitola bola do detailu venovaná vývoju na poli politik starostlivosti o duševné zdravie v dvoch krajinách – v Českej republike a na Slovensku. V nasledujúcej kapitole sa pokúsím previesť komparáciu inštitucionálneho vývoja v oblasti poskytovania psychiatrickej starostlivosti medzi týmito krajinami, a to s využitím základných konceptov historického inštitucionalizmu v zmysle, ako ich bližšie popisujem v Kapitole č. 3. Čiastkovým komparatívnym poznámkam som sa nevyhla ani v niektorých častiach tejto práce.

Vývoj inštitucionálneho rámcu ako českej, tak i slovenskej politiky duševného zdravia možno v skratke charakterizovať typickými **dlhými a relatívne stabilnými obdobiami**, ktoré boli po veľmi dlhú dobu svojej existencie závislé na tom pôvodnom „*genetickom kóde*“, ktoré si obe republiky odniesli z takmer 40-ročného fungovania pod nadvládou komunistického režimu. V tomto bode je teda možné identifikovať závislosť oboch skúmaných krajín na historických udalostiach (angl. „*path dependence*“), ktoré neskôr výrazne ovplyvňovali nastavenie zdravotných politik i politik starostlivosti o duševné zdravie vo všeobecnosti (Hall, Taylor, 1996; Potůček, 2016). Politikám duševného zdravia nebola pred rokom 1989 prikladaná takmer žiadna pozornosť, oblasť zdravotníctva i duševného zdravia bola značne podfinancovaná a veľkú rolu zohrávala idea o menejcennosti osôb, ktoré trpia duševným ochorením. Analyzované obdobie politiky starostlivosti o duševné zdravie pred rokom 1989 tak možno charakterizovať ako obdobie inštitucionálnej kontinuity, bez prítomnosti väčšieho počtu inkrementálnych zmien (Steinmo, Thelen, 1992; Pierson, 1996; Kickert, Der Meer, 2011).

Prvý **zlomový okamih** (angl. „*critical juncture*“) som v skratke načrtla už na začiatku Kapitoly č. 8, spoločne so stručným schematickým zobrazením. Opýtaní odborníci, s ktorými som realizovala systematizujúce expertné šetrenie sa jednohlasne zhodli, že **Nežná revolúcia v roku 1989** a následné **zmeny v politickom usporiadaní** boli hlavnými spúšťacími obrovských inštitucionálnych zmien ako v oblasti zdravotníctva, tak i v oblasti duševného zdravia a poskytovania psychiatrickej starostlivosti o psychicky chorých pacientov (Peters, Pierre, King, 2005). Tento zlomový okamih stál za spustením celého sledu udalostí, vo vtedy už samostatne fungujúcich republikách Česka a Slovenska. Oblasť zdravotníctva na základe tohto bodu zlomu v oboch komparovaných krajinách prešla z pôvodne uplatňovaného Semashkovho modelu zdravotného systému na Bismarckov model povinného poistenia, fungujúceho na

základe princípu solidarity.

Závislosť na ceste (angl. „path dependence“) je možné pozorovať hneď v začiatkoch fungovania nástupníckych štátov bývalého Československa (Hall, Taylor, 1996). Ako Česká republika, tak i Slovensko si záťaž komunistického režimu priniesli do svojej samostatnej éry fungovania a pretlačenie akejkoľvek zmeny na inštitucionálnom poli sa zdalo takmer nemožné. *„Zmeniť také to pôvodné zmýšľanie a zbaviť sa nastavenia, v ktorom tie osoby žili mnohokrát i celý život bola jedna z najťažších a najviac komplikovaných úloh. Jasné, zabezpečiť potrebné financie na reformy alebo získať dosť personálu, aby ste mohli otvoriť multidimenzionálny tím v komunitnom centre, to všetko boli a sú obrovské výzvy a to myslím, že môžem hovoriť za obe republiky. Odhodiť ale predsudky a tie pôvodné idey nepodstatnosti rozvíjania oblasti duševného zdravia, to niekedy vyzeralo nereálne.“* (Expert_SR_3). Toto nastavenia samozrejme malo vplyv i na politické výstupy, ktoré mali byť formulované.

Nepochybne je možné prehlásiť, že Slovenská republika bola pripravená oveľa skôr nato, aby začala s prevádzaním postupných inkrementálnych zmien v nastavení politiky starostlivosti o duševné zdravie. Z pôvodných ideí, ktoré kumulovala najskôr len úzka skupina odborníkov, prevažne na oblasť psychiatrie, sa už v roku 1991 vyvinul dokument **Reformy psychiatrickej starostlivosti** a následne, o 6 rokov i Koncepcia psychiatrie. Reforma bola zlomovým okamihom nielen v zmysle svojho pomenovania, no i v zmysle tom, že posunula vznikajúcu politiku starostlivosti o duševné zdravie, na vzniknutej križovatke, smerom k modernejšiemu a inovatívnejmu fungovaniu tejto oblasti. 90. roky 20. storočia boli bez pochybností pre slovenskú psychiatriu i oblasť duševného zdravia nenahraditeľné. Slovenská republika stála pred úlohou vydať sa smerom buď k pokračovaniu pôvodného fungovania, čo by nepochybne vyhovovalo určitej skupine politických aktérov, alebo vykročiť do neznáma.

Tu zohral veľkú úlohu tlak neformálneho zoskupovania sa odborníkov, ktorým záležalo na tom, aby sa Slovensko nezaseklo v nevyhovujúcom systéme poskytovania psychiatrickej starostlivosti. Napriek tomu, že obe z vyššie spomenutých formálnych inštitúcií (ani Reforma z roku 1991, ani Koncepcia z roku 1997) v konečnej fáze zlyhali na svojej implementácii, nemožno si nevšimnúť, že naštartovali diskusie a posunuli politiku starostlivosti o duševné zdravie na cestu rozvoja. Česká politika starostlivosti o duševné zdravie v prvej dekáde nevykazovala známky akéhokoľvek inštitucionálneho posunu alebo zmeny. Nezáujem zo strany politických predstaviteľov o prevádzanie zmien v oblasti psychiatrie i slabé legislatívne pokrytie tejto oblasti len potvrdzovali základnú tézu HI, a to že *„na histórii záleží“* (Kickert, Der Meer, 2011, s. 476).

Po zmenách začali postupne volať opäť ako i v prípade Slovenska, skupiny zainteresovaných odborníkov, ktorí situáciu videli inak. Pozitívne je ale nutné v tomto období určite zhodnotiť rozvoj fungovania neziskovej oblasti. Prvý posun na poli českej politiky starostlivosti o duševné zdravie zabezpečila Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP, a to na základe vypracovania **Koncepcie odboru psychiatrie** a jej následného schválenia v roku 2002. Možnosť jej vzniku určite v tomto období podporil i mierny posun vo vnímanie duševných ochorení českým obyvateľstvom, i keď nešlo o žiadne veľké transformácie.

Ak by sme si vzali vyššie popísanú situáciu a pozreli by sme sa na obdobie prelomu tisícročí, mohlo by sa zdať, že Slovenská republika je rozhodne napred v budovaní politiky duševného zdravia. Vzhľadom na nedostatočné uchopenie implementačných fází spomínaných dokumentov a nedostatočných finančných zdrojov sa však obe krajiny nachádzali na podobnej pozícii. Obe transformovali svoj zdravotný systém (česká transformácia bola rýchla, slovenská síce pozvoľnejšia, no radikálnejšia), obe sa na základe **zlomového okamihu** pohli z miesta a vykročili smerom k budovaniu modernej psychiatrickej starostlivosti (Peters, Pierre, King, 2005; Kickert, Der Meer, 2011). U ani jednej z krajín sa však pôvodne zamýšľané ciele nepodarilo dosiahnuť v stanovenom období a ciele zostali viac deklarované písomne, ako v realite. Rada by som tiež uviedla, že hlavný cieľ v oboch krajinách bolo predovšetkým zvýšiť kvalitu starostlivosti, ktorá bola pacientom s psychiatrickými ochoreniami poskytovaná a tento cieľ si obe republiky kladú vo viac či menej upravenej podobe dodnes.

Obe skúmané krajiny prišli v prvej dekáde nového tisícročia so svojimi národnými programami psychiatrie⁸⁶. Tu je nutné poukázať na veľmi dôležitý vplyv medzinárodných organizácií, a to predovšetkým WHO. Česko i Slovensko sa snažili svojimi národnými programami nadväzovať na medzinárodné dokumenty alebo vypracovávať dokumenty svoje na základe metodík WHO. Opäť došlo k formulácii nových cieľov, ktoré sa v oboch krajinách dotýkali hlavne oblasti redukcie stigmatizácie duševných ochorení i odboru psychiatrie; zrovnoprávňovania duševných a fyzických chorôb i starostlivosti, ktorá je v oboch prípadoch poskytovaná či modernizácie zastaralého technického a materiálneho vybavenia psychiatrických lôžkových zariadení. V tejto zložke starostlivosti sa Česká republika od Slovenska odlišovala hlavne v pretrvávajúcej tradícii veľkých psychiatrických nemocníc, zatiaľ čo slovenskí pacienti sa liečili skôr na psychiatrických oddeleniach všeobecných nemocníc. To ale neznamená, žeby bývalé liečebne v slovenskom prostredí neexistovali a rozhodne si i oni vyžadovali dávku rekonštrukcie. Výrazné bolo stále pretrvávajúce podfinancovanie oblasti

⁸⁶ Slovenská republika v roku 2004, Česká republika v roku 2007.

duševného zdravia ako v Česku, tak i na Slovensku. Národný program duševného zdravia na Slovensku i napriek svojej nie úplne dokonalej implementácii poskytol naplnenie aspoň časti zo sady formulovaných cieľov a určite je možné pozorovať určité inkrementálne zmeny na poli politiky starostlivosti o duševné zdravie na Slovensku – bola definovaná minimálna sieť služieb v regiónoch, vo vybraných lokalitách sa začali vytvárať regionálne plány pre duševné zdravie a podobne.

Tieto čiastkové posuny a inkrementálne zmeny viedli k lepšiemu ukotveniu problematiky duševného zdravia do spoločnosti a hlavne k uznaniu problematiky duševného zdravia ako jednej z politických priorít štátu.

Ako som už spomínala v predchádzajúcej kapitole, Slovensko bolo jednou z prvých krajín, ktorá mala svoju Reformu psychiatrickej starostlivosti. Napriek veľmi nádejným začiatkom je ale bohužiaľ potrebné usúdiť, že obdobie pozitívnych **zlomových okamihov** a posun vo vývoji vystriedalo pomerne dlhé obdobie **inštitucionálnej nemennosti** a rovnováhy (Peters, Pierre, King, 2005). *„To obdobie medzi rokom 2010 a povedzme obdobím pandémie Covid-19 by som zhodnotila v oblasti rozvoja politiky starostlivosti o duševné zdravie ako statické? To by mohlo byť to správne slovo. Politika duševného zdravia nebola vôbec aktívna, inštitúcie sa extra nevyvíjali. Z veľmi ambiciózných začiatkov sme sa akoby začali vracat' späť.“* (Expert_SR_4). Výrazným zlomovým okamihom v rozvoji a posunutím českej politiky starostlivosti o duševné zdravie vpred bolo uvoľnenie **finančných prostriedkov z Európskych štrukturálnych a investičných fondov** a alokácia časti tohto obnosu práve do pripravovanej reformy psychiatrickej starostlivosti (Pierson, 1996). Zisk tak potrebných zdrojov nepochybne narušil vtedajšie obdobie inštitucionálnej rovnováhy a zmeny z toho vyplývajúce možno pozorovať dodnes. Vznik centier duševného zdravia ako nového typu služby takisto zmenil túto oblasť natoľko, že v dnešnej dobe je v prevádzke niekoľko desiatok týchto centier. Podľa dostupných evaluácií práve ich existencia a fungovanie multidisciplinárnych tímov je jedným z najväčších úspechov prvej fáze reformy. *„Áno, v tejto oblasti sa Česká republika naozaj posunula. Naozaj stratégia reformy a akčné plány majú zmysel a síce pomaly, ale určite kráčame vpred.“* (Expert_ČR_3).

No a čo reformné aktivity na Slovensku? Po dlhom období **inštitucionálnej rovnováhy** a stagnácii sa v roku 2022 podarilo sformulovať Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku, ktoré udávajú smer reforme, ktorá sa bude odohrávať v kontexte Zdravotnej reformy a Reformy starostlivosti o duševné zdravie (Hall, Taylor, 1996). Kľúčovým zlomovým okamihom ale i v tomto prípade nebolo nič iné ako uvoľnenie obnosu finančných prostriedkov, tentokrát z Plánu obnovy a odolnosti, ktorý je naviazaný na fondy

Európskej komisie. Slovenskú republiku tak čaká v najbližších rokoch rušné obdobie, ktoré bude môcť byť snád' po čase vyhodnotené aspoň tak pozitívne, ako prvotné úspechy reformy v Českej republike.

Tu by som ešte rada dodala, že nielen finančné zdroje sú kľúčové, no rovnako tak i udržanie politickej podpory pre začínajúce ale takisto aj pre už prebiehajúce reformné kroky. Fakt, že pre fungovanie inštitúcií je nevyhnutné, aby mali podporu u politických predstaviteľov už v začiatkoch formovania historického inštitucionalizmu dokladajú napr. Hall a Taylor (1996). To začína byť problematické v Českej republike a je tak otázne, ako by bola táto kapitola zakončená, keby túto diplomovú prácu spracovávam o pár rokov neskôr. *„Podpora zhora je určite nevyhnutná preto, aby reforma psychiatrickej starostlivosti mohla úspešne pokračovať. Aktuálne to však nie je veľmi pozitívne naklonené a to môže byť o chvíľu pre reformu problém.“* (Expert_ČR_3).

Historický inštitucionalizmus vo svojej podstate zmeny v politikách vysvetľuje s využitím piatich kauzálnych mechanizmov zmeny⁸⁷. Politiky starostlivosti o duševné zdravie sa vo vyššie uvedenej forme začali rozvíjať ako v Českej republike, tak i na Slovensku po roku 1989 a v priebehu rokov sa aktéri snažili do existujúcej podoby a štruktúry začleňovať potencionálne transformačné prvky. V jazyku historického inštitucionalizmu tak možno nepochybne hovoriť o mechanizme **vrstvenia** (angl. „*layering*“), čiže inštitucionálnej transformácii prostredníctvom základného procesu, kedy sú k existujúcim inštitúciám pripájané nové prvky, čím sa následne mení nielen ich status, no i štruktúra. Základom teda je, že *„nové nenahradzuje staré, ale pridáva sa k nemu“* (Van der Heijden, 2013, s. 2). To len potvrdzuje i fakt, že zväčša je tento proces pomalý a postupný (Streeck, Thelen, 2005). Reformné kroky v Českej republike i na Slovensku pracujú s aktuálne nastavenou politikou starostlivosti o duševné zdravie a včleňujú do nej nové prvky tak, aby postupným procesom došlo k zmene tejto politiky po vzore moderných vyspelých krajín sveta.

Na konci, v Tabuľke č. 12, pre prehľadnosť uvádzam stručný prehľad kľúčových udalostí (angl. „*key events*“) rozvoja inštitucionálneho nastavenia politik starostlivosti o duševné zdravie, a to pre obe skúmané krajiny (Peters, Pierre, King, 2005).

⁸⁷ Popis jednotlivých mechanizmov bližšie uvádzam v Kapitole č.3, na s. 28-29.

Tabuľka č. 12 Kľúčové udalosti v oblasti rozvoja politiky duševného zdravia v Českej republike a na Slovensku po roku 1989

ROK	Česká republika	ROK	Slovenská republika
90.roky	transformácia zdravotného modelu smerom k Bismarckovmu modelu zdravotného poistenia		
1992	ustanovenie neformálnej pracovnej skupiny k tvorbe prvej Koncepcie odboru psychiatrie	1990	ustanovenie odbornej skupiny k tvorbe Reformy psychiatrickej starostlivosti
2002	uznanie a schválenie Koncepcie	1991	schválenie Reformy psychiatrickej starostlivosti
2004	formovanie Komisie pre implementáciu Koncepcie odboru psychiatrie	1997	na základe Reformy psychiatrickej starostlivosti formulovaná Koncepcia psychiatrie
2005	tím odborníkov vydal dokument Politika starostlivosti o duševné zdravie: cesty k jej implementácii a ponúka alternatívy k dosiahnutiu cieľov vytýčených v pôvodnej Koncepcii	1999	publikácia knižnej podoby Reformy psychiatrickej starostlivosti vo Vydavateľstve F
2006	rozpustenie Komisie pre implementáciu Koncepcie, z dôvodu neefektívneho fungovania	2002	započatie prípravných prác na Národnom programe duševného zdravia , metodika WHO
2007	vydanie Národného psychiatrického programu ako výsledok spolupráce Psychiatrickej spoločnosti ČLS JEP a regionálnej kancelárie WHO; ustanovenie novej pracovnej Komisie pre revíziu Koncepcie odboru psychiatrie	2004	schválenie Národného programu duševného zdravia na obdobie 2005-2015 + vytvorenie jednotlivých implementačných plánov naviazaných na program
2008	v revidovanej podobe vychádza	2004	ustanovenie Rady duševného

	d'alsia Koncepcia odboru psychiatrie , ako konsenzus pre všetkých poskytovateľov starostlivosti		zdravia ako poradného orgánu MZ SR
2010-12	formovanie politickej podpory smerom k zamýšľanej reforme psychiatickej starostlivosti	2006	publikácia Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore psychiatria vo Vestníku MZ SR
2012	rozhodnutie o alokácii financií z fondov EÚ do oblasti duševného zdravia	2021	zrušenie činnosti Rady vlády duševného zdravia a ustanovenie Rady vlády SR pre duševné zdravie
2013	prijatie Stratégie reformy psychiatickej starostlivosti , ako súčasť komplexného Národného programu reforiem	2021	zacielenie finančných zdrojov z Plánu obnovy a odolnosti na budúcu reformu psychiatickej starostlivosti
2014	Prijatie Národnej stratégie ochrany a podpory zdravia a prevencie chorôb	2022	publikácia Koncepcie humanizácie ústavnej starostlivosti v odbore psychiatria vo Vestníku MZ SR
2015	Schválenie Akčného plánu č.3 Duševné zdravie	2022	publikácia Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore detská psychiatria a Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore medicína závislostí vo Vestníku MZ SR
2017	spustenie pilotnej prevádzky prvých centier duševného zdravia	2022	formulácia Základných princípov reformy psychiatickej starostlivosti na Slovensku
2017	započatie <u>implementačnej fáze</u> reformy psychiatickej starostlivosti		
2019	uznesením vlády vzniká Rada		

	vlády pre duševné zdravie	
2020	schválenie Strategického rámcu Zdravie 2030	
2020	schválenie Národného akčného plánu pre duševné zdravie 2020-2030 ako implementačného dokumentu už existujúcich strategických dokumentov	
2021-22	publikácia prvých evaluačných správ ohľadom fungovania reformy psychiatrickej starostlivosti	
2022	zmena štatútu Rady vlády pre duševné zdravie a jej premenovanie na Národnú radu pre duševné zdravie	

Zdroj: vlastný výskum autorky

10 Problémy aktuálneho nastavenia oblasti starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku

Napriek tomu, že politiky starostlivosti o duševné zdravie v oboch skúmaných krajinách ušli pomerne dlhú cestu smerom k ich rozvoju a ku skvalitneniu života obyvateľov trpiacich duševným ochorením, dodnes existujú oblasti, ktorým je potrebné venovať zvýšenú pozornosť z dôvodu ich nie príliš efektívneho nastavenia a fungovania.

Narastajúce problémy s duševným zdravím na celom svete môžu viesť k jednej z ďalších kríz oblasti zdravotníctva v štátoch, ktoré nebudú prikladať tejto sfére dostatočnú mieru pozornosti. Pandémia Covid-19 či vojnový konflikt na Ukrajine a s tým spojená hospodárska kríza majú podľa Európskeho parlamentu nezanedbateľný vplyv na zvýšenie miery stresu, úzkosti a depresívnych epizód u obyvateľov jednotlivých krajín (Európsky parlament, 2022). Verejná zdravotníčka Ledia Lazeri v máji roku 2022, v rámci konferencie usporiadanej pod záštitou politickej frakcie Renew Europe Európskeho parlamentu, zhodnotila obrovské zanedbávanie oblasti duševného zdravia pred pandémiou Covid-19 a nazvala politiku starostlivosti o duševné zdravie „sirotou“ v celkovom systéme zdravotníctva. Pandémia však na druhej strane napomohla k tomu, aby sa v oblasti duševného zdravia jednotlivých krajín plne odkrylo to, po čom odborníci z tejto oblasti volali už dlhé roky – zmeniť nastavenie celkovej rétoriky o duševnom zdraví tak, aby nebola spájaná len s jeho zlým stavom a duševným ochorením. Finančné prostriedky by mali prúdiť nielen smerom k liečbe a rehabilitácii duševných ochorení, no i smerom k ich prevencii a odolnosti (Valovičová, 2022). To je jedna z hlavných výziev, ktorá je formulovaná v rámci európskeho diskurzu duševného zdravia v dnešných dňoch.

Aké sú ale problémy v súčasnom nastavení českej a slovenskej politiky starostlivosti o duševné zdravie? Všetci odborníci na oblasť duševného zdravia, s ktorými som viedla rozhovory pre túto diplomovú prácu sa zhodujú, že na poli politik starostlivosti o duševné zdravie došlo v posledných rokoch k určitému posunu a oblasti duševného zdravia sa postupne začalo dostávať tak dlho postrádanú pozornosť. Napriek tomu ale aktuálny stav nie je plne vyhovujúci.

Vo všeobecnosti môžem na tomto mieste konštatovať, že identifikované problematické oblasti sú, až na pár výnimiek, podobné v oboch skúmaných krajinách. Z tohto dôvodu budem jednotlivé problémy charakterizovať v spoločných bodoch ako pre Českú republiku, tak i pre Slovensku. Pre účely tejto práce som sa rozhodla identifikované problematické oblasti jednotlivito rozčleniť do 3 skupín, a to nasledovne:

I. Zastaralé vybavenie psychiatrických lôžkových zariadení a prístup ku pacientovi

Už v predchádzajúcich kapitolách tejto práce som na viacerých miestach spomenula zastaralé a častokrát nevyhovujúce zariadenie predovšetkým psychiatrických nemocníc a lôžkových zariadení vo všeobecnosti. S týmto problémom bojujú ako českí, tak i slovenskí poskytovatelia zdravotnej starostlivosti v oblasti psychiatrie. Medzinárodné organizácie dlhodobo upozorňujú na vplyv okolitého prostredia na liečbu psychicky chorých pacientov, no zmeny v tejto oblasti sú zdĺhavé a častokrát výhľadovo v nedohľadne. *„Ja som v rámci menšieho tímu prechádzala psychiatrické nemocnice a napriek tomu, že som si myslela, že som pripravená, neraz som zostala v šoku. Niečo, sme samozrejme vedeli dopredu, no i tak Vás ten reálny stav prekvapí. Áno, české psychiatrické nemocnice sú často vo veľkých a starých historických budovách, no to nemusí automaticky znamenať i historické materiálne vybavenie. Niečo ako jednolôžková alebo dvojlôžková izba existuje len výnimočne. A čo nás prekvapilo asi najviac a s čím som mala i veľký osobný problém boli často i závažné prípady porušovania ľudských práv, ktoré boli ako systémového, tak i ľudského charakteru zlyhania. Podľa slov niektorých členov hodnotiaceho tímu, typicky právnikov, bolo celkom jasné, že i vo väzniciach sú dôstojnejšie podmienky ako v niektorých psychiatrických nemocniciach⁸⁸.“* (Expert_ČR_4).

Na Slovensku je situácia podobná, i napriek faktu, že psychiatrické nemocničné zariadenia o kapacite lôžok v rade tisícov nikdy nehrali v krajine prím. *„Veľké Leváre, typický starý kaštieľ, síce s veľkou záhradou, no v nevyhovujúcich podmienkach. Bežnou praxou bolo 10-12 pacientov v jednej izbe, nie úplne humánnny prístup personálu - čiže veľká katastrofa. To už dnes našťastie na Slovensku nemáme, no situácia nie je chválitebná. Je tu potreba zapracovať na zlepšení kvality nemocničných zariadení v tejto oblasti.“* (Expert_SR_1). Modernizácia psychiatrických lôžkových zariadení je na Slovensku jednou z hlavných priorít pripravovanej reformy. Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku tiež kladú dôraz na podporu budovania moderných zariadení i na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, ktoré je v súlade s princípmi rešpektu, dôvery a ľudskej dôstojnosti (Izáková et al., 2022, Expert_SR_5).

⁸⁸ Expertka sa zúčastnila hodnotenia 17 českých psychiatrických nemocníc, ktoré bolo realizované v rokoch 2017-2018 na základe metodiky WHO.

Zaistenie štandardu lôžkových zariadení je i jeden z cieľov definovaných v Stratégii reformy psychiatrickej starostlivosti v Česku (MZ ČR, 2013)⁸⁹. O materiálne i technicky zastaralých psychiatrických nemocniciach hovorí i Akčný plán č. 3: Duševné zdravie, vydaný v roku 2015 (MZ ČR, 2015). Napriek tomu je situácia dodnes neuspokojivá a je potrebné venovať tejto oblasti zvýšenú mieru pozornosti.

II. Nedostatočné prepojenie zdravotnej a sociálnej zložky v oblasti poskytovania starostlivosti o duševné zdravie

Fungovanie zdravotnej a sociálnej oblasti ako dvoch striktne oddelených segmentov s minimálnou prepojenosťou je v dnešnej dobe už možné považovať za zastarané. Medzirezortná spolupráca sa javí ako kľúčový aspekt pre umožnenie systematického poskytovania individualizovanej a „na mieru“ šitej komplexnej starostlivosti, ktorej cieľom je pacientovo zotavenie sa (angl. „*recovery concept*“). Práve spolupráca zdravotného a sociálneho rezortu je nevyhnutná pre následné plné prepojenie psychiatrických služieb so službami v sociálnej oblasti (Izáková et al., 2022). V oboch skúmaných republikách toto prepojenie nie je na uspokojivej úrovni. *„Tomu celému systému akútne chýba celkové prepojenie. Problematické je rozhodne i rozdielne financovanie – zdravotné služby sa financujú samostatne, sociálne služby samostatne a potom to chceme nejako prepojiť. Upraviť oblasť financovania týchto oblastí by mohlo napomôcť k zlepšeniu situácie.“* (Expert_ČR_5). *„Kde vidím hlavný problém? V rozdelení agendy na zdravotnú a sociálnu. Potrebovali by sme, aby sme dokázali fungovať s jedným rozpočtom. Aktéri, ktorí vytvárajú služby v oblasti psychiatrie (a nielen tu) musia komplikovane žiadať cez dva systémy o financie, čo je rozhodne brzdiace. Bolo by veľmi inovatívne, keby sme dokázali povedať, že dobre, máme oblasť duševného zdravia a proste máme nato jeden budget, ktorý sa zosype ako zo zdravotnej, tak i sociálnej oblasti. A možno ešte i z nejakých ďalších.“* (Expert_ČR_6).

Dôležitosť tejto problematiky podčiarkuje i jej začlenenie do reformných materiálov v oboch krajinách a dokonca označenie tohto cieľa za jednu z nevyhnutných podmienok vedúcich k úspechu reformy. Napriek tomu sa ale tento cieľ zatiaľ nedarí úplne dosiahnuť. *„Veľmi problematicky vidím nedostatok spolupráce medzi zdravotníctvom a sociálnymi vecami. Tam je nejaká hranica, ktorá je neprekonaná a je to obrovská bariéra. Bio-psycho-sociálny*

⁸⁹ K príprave a vyhodnocovaniu investícií do rozvoja budov bola pripravená zostava typologizovaných informácií o jednotlivých objektoch poskytovateľov starostlivosti. Viac pozri v Projekt: *Štandardná klasifikácia vybudovaného prostredia u poskytovateľov psychiatrickej starostlivosti* (MZ ČR, 2015).

model je potrebné implementovať a nielen rozmýšľať etymologicky.“ (Expert_SR_4).

III. Stigmatizácia duševných ochorení a s tým spojená diskriminácia duševne chorých osôb v rôznych oblastiach bežného života i liečby

Podľa Americkej psychiatrickej asociácie viac než 50% osôb trpiacich na duševné ochorenie na celom svete nie je liečených (Borenstein, 2020). Veľkú rolu v tejto oblasti zohráva ešte stále silná stigmatizácia duševných ochorení a s tým spojené predsudky či diskriminácia duševne chorých osôb. Všetky tieto spomenuté javy môžu byť po dlhú dobu nenápadné, udržovať sa v úzadí alebo naopak, môžu byť vidieť, počuť a byť viac ako zjavné. V oboch z týchto spomenutých prípadov ide o jav, ktorý môže viesť k odmietaniu vyhľadania terapeutickkej alebo lekárskej pomoci u osôb, ktoré vykazujú známky duševného ochorenia a odkladanie tejto liečby z dôvodu strachu alebo nekomfortu s ním spojeného. Motlová et al. (v Potůček, Scheffler, 2008, s. 187) dodávajú, že stigma je jednou z hlavných príčin sociálneho vylúčenia osôb s duševným ochorením, vedie k znižovaniu vlastného sebavedomia danej osoby, k zhoršovaniu príznakov chorôb a k problémom v súkromnej i pracovnej sfére. Holý a Šibor (2008, s. 146) stigmdu duševných ochorení definujú ako *„označenie pre tie vlastnosti, ktoré nápadne odlišujú duševne choré osoby od ostatných ľudí. Je založená na stereotype duševne chorého a jej zdrojom sú obavy ľudí z duševného ochorenia. Vytvára pokrivený obraz psychiatrických pacientov i duševných ochorení a znižuje nádej na ich rehabilitáciu“*.

Už v československej histórii sa ukázalo, že úloha v destigmatizácii tejto oblasti nebude jednoduchá a to obzvlášť pre obyvateľov, ktorí sa odlišovali od zbytku ľudí. Akákoľvek somatická choroba bola vždy tak-nejak akceptovaná, čo však nedalo povedať o duševných ochoreniach (Mášová, 2008).

Obom skúmaným republikám nie je možné uprieť snahy o budovanie a následné rozvíjanie programov zameraných na oblasť destigmatizácie. Táto sféra však je do dnešných jedna z najviac problematických vo všeobecnosti a ako české, tak i slovenské prostredie si so sebou nesie akýsi *„genetický kód“* z minulosti, ktorý je len veľmi ťažko plne transformovateľný. *„Stigma spojená s duševnými ochoreniami stále v slovenskej spoločnosti pretrváva, čo má za dôsledok to, že sa mnohí ľudia, ktorí majú problémy v tejto oblasti hanbia alebo boja vyhľadať odborníka. Ved' čo by predsa povedalo okolie?“* (Expert_SR_2). Napriek tomu je ale nutné podotknúť, že predovšetkým pandémia covid-19 odkryla túto potlačovanú oblasť a možno pozorovať aspoň mierne zlepšenie. Geografická lokalita však zohráva nezanedbateľnú úlohu. *„Áno, stigma je o niečo nižšia, za tie posledné roky to kúsok pokleslo. Dnes už nie je to byť vyšetrený psychiatrom či psychológom tak výnimočné, ako to bolo*

nedajbože 20-30 rokov dozadu. Je ale nutné zohľadniť to, kde sa človek nachádza. Vo všeobecnosti na dedinách je otvorenosť rozhodne menšia, podobne ako i tolerancia k nepriaznivým prejavom duševných ochorení.“ (Expert_SR_5). Podobné názory panujú i u odborníkov v Českej republike. *„Niekam sa to posunulo, to je určite fakt. Na nohy ma ale z mojej sociálnej bubliny úplnej tolerancie a otvorenosti v tejto oblasti vždy postaví čísla z Národného ústavu duševného zdravia. Vyhraté tak rozhodne v tejto oblasti nemáme, práve naopak. Je potreba sa tomu venovať, intenzívne“.* (Expert_ČR_4).

Národný ústav duševného zdravia Českej republiky v roku 2022 apeloval na oblasť politiky zamestnanosti, a to predovšetkým na zamestnávateľov a rozvíjanie oblasti plného a rovného prístupu k pracovným príležitostiam pre osoby trpiace duševným ochorením. Rovnako tak je potrebné zavádzať programy napomáhajúce osobám, ktoré toto obdobie prekonali plne sa etablovať na trh práce. Podobne je táto oblasť upravená v Základných princípoch reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku (NÚDZ, 2022; Izáková et al., 2022). V neposlednom rade je takisto nutné neustále zvyšovať vzdelanosť zdravotného personálu. Tí prichádzajú do kontaktu s pacientom, v dobe, kedy je v častých prípadoch jeho duševné ochorenie v akútnej fáze. *„Záchranné zložky sú paradoxne veľmi stigmatizujúce. Stretávajú sa s ľuďmi v momente, kedy sú v ich najťažších fázach, no už nie sú prítomní v dobe zotavenia sa. Okrem záchranárov sú mimoriadne stigmatizujúci i všeobecní lekári. Prečo? Lebo sú prví na rane.“* (Expert_ČR_7). Kladenie dôrazu na rozvoj vzdelanosti v tejto oblasti je tak nepochybne ďalšou z kľúčových zložiek ako pokračovať v ceste destigmatizácie duševných ochorení.

Všetci opýtaní odborníci sa však zhodli na jednej veci, ktorú by som rada uviedla na konci tejto kapitoly. V dôsledku udalostí posledných rokov si ako česká, tak i slovenská spoločnosť začína postupne uvedomovať, že epizóda duševného ochorenia môže postihnúť každého z nás, a to v akejkol'vek fáze života. To, že je tematika duševného zdravia prítomná v spoločnosti a my nadobudneme uvedomenie, že o duševné zdravie je nutné starať sa rovnako, ako o zdravie fyzické je tým prvým a nevyhnutným krokom vpred. O to viac je a bude potrebné klásť dôraz na politiky duševného zdravia, aby bola táto problematická oblasť verejne komunikovaná a dostávaná i do menších regiónov, kde je aktuálne situácia asi najviac závažná. I to je však možné efektívne zvolenými nástrojmi transformovať – zapájať do diskusií a šíriť osvetu ohľadom peer konzultantov - osôb, ktoré sami o sebe s duševným ochorením zápasili a majú tak tú cennú a nenahraditeľnú osobnú skúsenosť. Ich zapojenie do celého procesu starostlivosti môže napomôcť k postupnej zmene obrazu o duševne chorých osobách, a to tým smerom, že i s duševným ochorením je možné viesť plnohodnotný život bez väčších prekážok.

11 Záver

Predložená diplomová práca sa venovala politikám starostlivosti o duševné zdravie v krajinách, ktoré po dlhé obdobie v minulosti zdieľali spoločnú históriu i územie. Do tejto komparatívnej analýzy som sa rozhodla zapojiť Českú republiku a Slovensko predovšetkým z dôvodu, že ich politiky starostlivosti o duševné zdravie vychádzali z jedného spoločného základu. Bolo zaujímavé pozorovať, ako silná je závislosť na pôvodnej ceste (angl. „*path dependence*“) a ako ťažko je možné dosiahnuť zmenu v oblasti, ktorá bola tak dlho politicky prehliadaná (Peters, Pierre, King, 2005).

V dnešných dňoch už snád' len málokto spochybňuje dôležitosť oblasti duševného zdravia a potrebu starať sa o neho aspoň v takej miere, ako sa staráme o svoju fyzickú schránku. Oblasť duševného zdravia do popredia o to viac vystúpila v spojitosti s nemilými udalosťami, ktoré postihli nielen skúmané republiky, no i celý svet. Svetová zdravotnícka organizácia na pravidelnej báze uverejňuje štatistiky, ktoré varujú pred vypuknutím epidémie duševných ochorení. Efektívne nastavená a fungujúca politika v oblasti duševného zdravia sa tak pomaly ale isto dostáva na vrchol politických priorít a len ťažko možno predpokladať, že by došlo k zmene. V práci som sa snažila predstaviť nielen všeobecné štatistiky ohľadom epidemiológie duševných chorôb, no i dopad duševných ochorení na ekonomiku štátu vo forme globálnej záťaže ochoreniami. V oboch skúmaných republikách stúpa počet osôb, ktorým je diagnostikované duševné ochorenie a je potrebné, aby fungovala kvalitná sieť psychiatrických, psychologických i psychoterapeutických služieb v danom štáte a aby došlo k vzájomnému prepojeniu zdravotnej a sociálnej zložky starostlivosti.

Obe skúmané republiky majú svoje programy zamerané na oblasť rozvoja či už duševného zdravia ako celku alebo osobitne i na oblasť rozvoja psychiatrickej starostlivosti. Legislatívne je táto oblasť ukotvená čiastočne, zatiaľ v oboch republikách absentujú zákony venované len duševnému zdraviu samostatne. Čo sa týka zverejňovania dát v národných informačných systémoch, Česká republika je v tejto oblasti rozhodne ďalej ako Slovensko, kde dáta ohľadom dostupnosti siete služieb, pracovnej sily v oblasti psychiatrie či základné zoznamy na webových stránkach buď absentujú úplne alebo sú len ťažko dohľadateľné v užívateľsky veľmi neprehľadnom systéme. V počte psychiatrov sa obe republiky nachádzajú pod európskym priemerom, a podobný osud má i oblasť vynaložených finančných prostriedkov – či už na oblasť zdravotníctva celkovo alebo na oblasť duševného zdravia samostatne. Rozhodne je možné formulovať úsudok, že táto oblasť je ako v Česku, tak i na Slovensku rozhodne podfinancovaná.

Česko i Slovensko si počas svojej histórie ušli pomerne dlhú cestu. Zmeny v politickom usporiadaní či komunistická nadvláda v posledných desaťročiach rozhodne vývoju v akejkoľvek oblasti štátu nepomohla. Slovensko patrilo po dlhú dobu na tú stranu menej vyspelej krajiny, preto je i oblasť duševného zdravia a dostupnosť informácií o tomto období spojená predovšetkým s českou časťou. No a napriek tomu, že politika starostlivosti o duševné zdravie bola formulovaná už za dôb spoločnej existencie v rámci Československa a na konci 50. rokov 20. storočia bola dokonca formálne ustanovená za politickú prioritu, vývoj v tejto oblasti bol veľmi utlačený. Išlo o dlhé obdobie inštitucionálneho vývoja bez veľkých výkyvov či posunov.

Zlomové okamihy (angl. „*critical junctures*“) spojené či už s revolučným rokom 1989 alebo zmenou štátnosti v roku 1993 umožnili novovzniknutým krajinám formovať svoju vlastnú politiku starostlivosti o duševné zdravie (Hall, Taylor, 1996). Slovensko sa do toho pustilo veľmi aktívne a už na začiatku 90. rokov formulovalo ako jedna z prvých európskych krajín svoju Reformu psychiatrickej starostlivosti. Napriek nie príliš markantným praktickým výsledkom Reforma psychiatrickej starostlivosti na Slovensku nepochybne zmenila smer dovedy fungujúcej oblasti duševného zdravia, ktorej umožnila vykročiť vpred. Česká republika pokračovala opäť v inštitucionálnej rovnováhe, ktorú občas sprevádzali inkrementálne zmeny na poli politiky starostlivosti o duševné zdravie vo forme schválenia koncepcií či programov zameraných na túto oblasť, no na ten najväčší zlomový okamih, ktorý zmenil smerovanie politiky, si krajina musela počkať až do začiatku druhej dekády 21. storočia. Uvoľnenie finančných prostriedkov z európskych zdrojov a ich následné využitie na uskutočnenie Reformy psychiatrickej starostlivosti, bolo rozhodne zlomovým okamihom, ktorý posunul politiku duševného zdravia v Českej republike smerom k moderným politikám vyspelých štátov.

V dnešných dňoch sa začínajú postupne objavovať prvé evaluačné správy, ktoré sa zameriavajú na hodnotenie českej reformy, ktorá bez pochyb znamenala pozitívny posun vpred. Ukázalo sa, že alokácia finančných zdrojov týmto smerom dokáže byť naozaj transformačná a priniesť započatie tak dlho očakávaných zmien. Vďaka financiám z Plánu obnovy a odolnosti sa na Slovensku pripravuje tak dlho očakávaná reforma psychiatrickej starostlivosti, ktorá vzniká v kontexte komplexných reforiem ako oblasti zdravotníctva, tak i oblasti duševného zdravia. Nakoľko sú si komparované republiky dodnes veľmi blízke, príklad Českej republiky dnes slúži Slovensku ako „*poučenie od blízkeho suseda*“ k tomu, aby sa vyvarovalo chybám, ktorými si Česko už prešlo. Veľmi kladne bola hodnotená spolupráca s Českou republikou zo strany slovenských odborníkov, s ktorými som uskutočňovala expertné rozhovory.

Nakoľko predložená diplomová práca vychádza predovšetkým z rozsiahleho desk researchu, prišlo mi vhodné teoretické fakty doplniť názormi a víziami odborníkov, ktorí patria ku špičke v oblasti duševného zdravia v oboch skúmaných krajinách. Útržky z rozhovorov tak dopĺňajú prácu o osobnú odbornú skúsenosť.

Česká i Slovenská republika si na začiatku svojho vzniku prešli turbulentným politickým obdobím. Vo všeobecnosti je inštitucionálny vývoj politik starostlivosti o duševné zdravie možno zasadiť do historického inštitucionalizmu, a to predovšetkým na základe potvrdenia existencie dlhších období inštitucionálnej rovnováhy, ktorá je v rôznych obdobiach histórie narušená zlomovým okamihom (Hall, Taylor, 1996; Steinmo et al., 2008). Ten transformuje a posúva politiku novým smerom. Na základe získaných informácií je možné usúdiť, že v oboch skúmaných republikách dochádzalo v sledovanom období postupne k pridávaniu inovatívnych a transformačných prvkov do pôvodnej inštitucionálnej štruktúry, a teda hovoríme slovami teórie historického inštitucionalizmu o mechanizme „vrstvenia“. Tento argument je podporený i tým, že ako v Česku, tak i na Slovensku bol tento proces zdĺhavý a dodnes nie je ukončený (Streeck, Thelen, 2005). Napriek tomu, že vývoj v oblasti českej a slovenskej politiky duševného zdravia sa odohrával odlišne, obe republiky sa snažia kráčať vpred ku modernému a efektívnemu nastaveniu starostlivosti o duševné zdravie. Ich cieľom bolo a i je zabezpečiť pacientom, ktorí trpia duševným ochorením čo najkvalitnejšiu a najúčinnjšiu formu liečby, ktorá bude vykonávaná čo najbližšie jeho prirodzenému prostrediu.

Na základe prevedených rozhovorov sa mi podarilo identifikovať 3 základné problematické oblasti, ktoré sa v rozhovoroch opakovali najčastejšie a bol na nich kladený najväčší dôraz. Zaujímavým faktom je, že v oboch krajinách sa viac-menej vo všetkých rozhovoroch opakovali podobné alebo rovnaké problematické oblasti. Zastaralé alebo nevyhovujúce vybavenie predovšetkým lôžkových zariadení psychiatrickej starostlivosti, nedostatočné prepojenie zdravotnej a sociálnej zložky starostlivosti a stále panujúca stigma v oblasti duševných chorôb a odboru psychiatrie. Reformy tejto oblasti v oboch krajinách ale nie sú záležitosťou pár mesiacov či rokov. Transformovať systém, ktorý si nesie obrovské „dedičstvo“ zo svojej histórie je úloha, ktorá si bude vyžadovať veľa času. A veľa trpezlivosti, vo všetkých ohľadoch.

12 Summary

This thesis examined mental health care policies in countries that have shared a common history and territory for a long period in the past. I chose the Czech Republic and Slovakia, primarily because their mental health care policies were based on a common foundation, for this comparative analysis. It was interesting to observe how strong the path dependence is and how difficult it is to change an area that has been politically overlooked for so long (Peters, Pierre, King, 2005).

These days, no one questions the importance of the mental health field and the need to take care of it. The area of mental health has come to the fore, especially in connection with the unpleasant events that have affected not only the Czech Republic and Slovakia but also the whole world. The World Health Organisation publishes statistics regularly that warn of an epidemic of mental illness. Effective and functioning mental health policy is thus slowly but surely rising to the top of political priorities. In this thesis, I have tried to present not only the general statistics of the epidemiology of mental illness but also the impact of mental illness on the national economy in the form of the global burden of disease. The number of people diagnosed with mental illness is increasing in both republics and there is a need for a quality network of psychiatric, psychological, and psychotherapeutic services in the state and for the health and social components of care to be interconnected. Both the Czech Republic and Slovakia have programmes focusing on the development of mental health and psychiatric care. Legislation is partially anchored in this area. In both republics, there are no laws dedicated to mental health separately.

Both republics are below the European average in the number of psychiatrists and the mental health sector is underfunded in both the Czech Republic and Slovakia.

For a long time, Slovakia belonged to the less developed side of the country, therefore the area of mental health and the availability of information about this period is mainly connected with the Czech part. However, despite the fact that the policy of mental health care was already formulated during the times of coexistence within Czechoslovakia and was even formally established as a political priority in the late 1950s, the development in this area was very repressed. It was a long period of institutional development without major fluctuations or shifts. The critical junctures associated with the revolutionary year of 1989 allowed the newly formed countries to shape their mental health care policies (Hall, Taylor, 1996). Slovakia took a very active role in this and was one of the first European countries to formulate its Psychiatric Care Reform in the early 1990s. Despite not very marked practical results, the Reform of Psychiatric Care in Slovakia undoubtedly changed the direction of the previously functioning

field of mental health, which it enabled to step forward. The Czech Republic continued to regain its institutional balance, which was occasionally accompanied by incremental changes in the field of mental health care policy in the form of the approval of concepts or programmes aimed at this area, but the country had to wait until the beginning of the second decade of the 21st century for the biggest critical juncture that changed the direction of policy. The release of funds from European sources and their subsequent use for the implementation of the Mental Health Care Reform was a critical juncture that shifted mental health policy towards the modern policies of developed countries.

These days, the first evaluation reports are gradually starting to appear, focusing on the assessment of a reform that has undoubtedly been a positive step forward. It has shown that the allocation of financial resources in this direction can be truly transformative and bring about the long-awaited changes. Thanks to the funding from the Recovery and Resilience Plan, long-awaited reform of psychiatric care in Slovakia is underway, which is being developed in the context of comprehensive reforms of both the health and mental health sectors. As the two republics are still very close to each other, the example of the Czech Republic now serves as a "lesson from a close neighbour" for Slovakia to avoid the mistakes that the Czech Republic has already gone through. The cooperation with the Czech Republic was very positively assessed by the Slovak experts with whom I conducted expert interviews.

In general, the institutional development of mental health care policies can be situated within historical institutionalism, primarily by acknowledging the existence of extended periods of institutional equilibrium that are disrupted by critical junctures at different times in history (Hall and Taylor, 1996; Steinmo et al., 2008). Based on the information obtained, it is possible to conclude that in both republics there was a gradual addition of innovative and transformative elements to the original institutional structure, and thus we speak of a layering mechanism. This argument is supported by the fact that both in the Czech Republic and Slovakia this process was lengthy and is still not completed (Streeck, Thelen, 2005). Despite the fact that the development of Czech and Slovak mental health policy has unfolded differently, both republics are striving to move forward to a modern and efficient mental health care setting. Their aim was and is to ensure that patients suffering from mental illness receive the highest quality and most effective form of treatment, carried out as close as possible to their natural environment.

Outdated or inadequate facilities, particularly in inpatient psychiatric care facilities, inadequate linkages between health and social care, and the continuing stigma attached to mental illness and the field of psychiatry are the three main problem areas in the current mental

health policy settings in both countries. It is important to bear in mind that reforms in this area in both countries are not a matter of a few months or years. Transforming a system that carries a huge 'legacy' from its history is a task that will take a long time. And a lot of patience, in all directions.

Použitá literatura

1. ALEXA, Jan, et al. Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*, 2015, 17.1: 165 s.
2. American psychiatric association. What is Mental Illness? 2022 [online] [cit. 18.03.2023] Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
3. BANNERMAN, Sara; HAGGART, Blayne. Historical institutionalism in communication studies. *Communication Theory*, 2015, 25.1: 1-22.
4. BAŠNÝ, Zdeněk. Revize koncepce oboru psychiatrie, proč, jak a kdy – krátký úvod. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2008. 104.2: 73.
5. BERTOLOTE, José. The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry*, 2008, 7.2: 113.
6. BOGNER, Alexander; LITTIG, Beate; MENZ, Wolfgang. Introduction: Expert interviews - An introduction to a new methodological debate. *Interviewing experts*. New York, Palgrave Macmillan, 2009. 275 s. ISBN 978-0-230-24427-6
7. BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 2006, 3.2: 77-101.
8. BRAŽINOVÁ, Alexandra, et al. Mental health care gap: The case of the Slovak republic. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 2019, 46: 753-759.
9. BRYNYCH, Ladislav et al. Kritéria kvality Center duševního zdraví. Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb. 2021, 41 s.
10. CARTWRIGHT, Madison. Historical institutionalism and technological change: the case of Uber. *Business and Politics*, 2021, 23.1: 67-90.
11. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Politika péče o duševní zdraví v ČR. Zpráva o současném stavu. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskuzi. Praha, 2005. 34 s.
12. CÍSAŘ, Ondřej. Teorie mezinárodních vztahů a evropská studia. *Politologický časopis*, 2002, 1: 50-67.
13. ČSÚ, 2021. Sebevražednost v Česku setrvale klesá. [online] [cit. 18.01.2023] Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazednost-v-cesku-setrvale-klesa>
14. DATTANI, Saloni; RITCHIE Hannah; ROSER, Max. Mental health. 2021. [online] [cit. 26.03.2023] In: *ourworldindata.org* Dostupné z: <https://ourworldindata.org/mental-health#citation>
15. Declaration of Alma-ata. World Health Organization. Regional Office for Europe, 1978.

16. DLOUHÝ, Martin, et al. Mental health policies in four eastern European countries. *Central European Journal of Public Policy*, 2010, 4.2: 4-17.
17. DOBIÁŠOVÁ, Karolína et al. The development of mental health policies in the Czech Republic and Slovak Republic since 1989. *Central European Journal of Public Policy*, 2016, 10.1: 35-46.
18. DÖRINGER, Stefanie. The problem-centred expert interview. Combining qualitative interviewing approaches for investigating implicit expert knowledge. *International Journal of Social Research Methodology*, 2021, 24.3: 265-278.
19. DRAGAŠEK, Jozef; NAWKA, Alexander. Mental healthcare in the Slovak Republic: current situation and future challenges. *International Psychiatry*, 2010, 7.4: 88-90.
20. DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha, Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9
21. ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 1977, 196.4286: 129-136.
22. Eurostat. Number of psychiatrists: how do countries compare? 2018. [online] [cit. 16.06.2023] Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/productseurostat-news/-/ddn-20181205-1>
23. FIORETOS, Orfeo; FALLETI, Tulia G.; SHEINGATE, Adam. Historical Institutionalism in Political Science. *The Oxford Handbook of Historical Institutionalism*, 2016. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199662814.013.1
24. FUNK, Michelle; DREW, Natalie. Mental health policy and strategic plan. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 2015, 21.7: 522-526.
25. GALDERISI, Silvana et al. A proposed new definition of mental health. *Psychiatria Hungarica*, 2017, 51.3: 407-411.
26. GASK, Linda. *A short introduction to psychiatry*. London, Sage Publications Ltd, 2004. 175 s. ISBN 0 7619 7138 6
27. GBD 1990. Summary results, sensitivity analysis and future directions, 1990.
28. GBD 2019. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 2022, 9.2: 137-150.
29. GEBHART, Jaroslav. Trends in Mental Health Care in Czechoslovakia. *International Journal of Mental Health*, 1991, 20.4: 21-45.

30. GEISSLER, Hana; MOURALOVÁ, Magdalena. Současné metodologické otázky veřejné politiky. Praha, Nakladatelství Karolinum, 2011. 305 s. ISBN 978-80-246-1865-4
31. GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Olomouc, UPOL, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8
32. HAKSZER, Lucia. Ľudia s duševnými poruchami majú byť súčasťou komunity. Izolácia im neprospieva. In: *zdravotnickýdeník.cz*, 2023. [online] [cit. 04.07.2023] Dostupné z: <https://www.zdravotnickýdeník.cz/2023/01/ludia-a-s-dusevnymi-poruchami-maju-byt-sucastou-komunity-izolacia-im-neprospieva/>
33. HALL, Peter A.; TAYLOR, Rosemary CR. Political science and the three new institutionalisms. *Political studies*, 1996, 44.5: 936-957.
34. HAY, Colin; WINCOTT, Daniel. Structure, agency, and historical institutionalism. *Political studies*, 1998, 46.5: 951-957.
35. Health Europa. Making mental health policy a core part of the EU agenda. 2023 [online] [cit. 28.03.2023]. Dostupné z: <https://www.healtheuropa.com/making-mental-health-policy-a-core-part-eu-agenda/120800/>
36. HERETIK, Anton et al. EPID – Epidemiológia depresie na Slovensku. Nové Zámky, Psychoprof, 2003. 200 s. ISBN 80-968798-3-9
37. HERETIK, Anton et al. EPIAF – Epidemiológia alkoholizmu a fajčenia na Slovensku. Nové Zámky, Psychoprof, 2008. 152 s. ISBN 978-80-89322-01-5
38. HOLÝ, Luboš; ŠIBOR, Jiří. Stigma duševního onemocnění a škola. Současný diskurs zkoumání školy a zdraví. *School and Health*, 2008, 21.3: 145-152.
39. HOOVER GREEN, Amelia; COHEN, Dara Kay. Centering human subjects: The ethics of “desk research” on political violence. *Journal of Global Security Studies*, 2021, 6.2 doi: 10.1093/jogss/ogaa029
40. HÖSCHL, Cyril. Psychiatrie pro praktické lékaře. Jinočany, H&H, 1996. 424 s. ISBN 80-85787-96-2
41. HÖSCHL, Cyril. Country profile: Czech Republic. s. 298-300. In: WHO. Mental Health Determinants and Populations Teams. Atlas: country profiles of mental health resources 2001, 2001. 508 s.
42. HUBER, Machteld, et al. How should we define health? *Bmj*, 2011, 343. doi: 10.1136/bmj.d4163
43. IHME. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, IHME, 2013. 50 s. ISBN 978-0-9840910-6-5

44. IHME. About GBD. 2023a. [online] [cit. 20.05.2023] Dostupné z: <https://www.healthdata.org/gbd/about>
45. IHME. What is a DALY? 2023b. [online] [cit. 22.05.2023] Dostupné z: <https://www.healthdata.org/gbd/faq#What%20is%20a%20DALY?>
46. IHME. GBD Results, DALYs. 2023c. [online] [cit. 23.05.2023] Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
47. IHME. GBD Results, DALYs. Czechia. 2023d. [online] [cit. 23.05.2023] Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/-state=e>
48. IHME. GBD Results, DALYs. Slovak republic. 2023e. [online] [cit. 23.05.2023] Dostupné z: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/-state=eyJpZCI6Ij>
49. IZÁKOVÁ, Ľubomíra. Aktuálna situácia v odbore psychiatria na Slovensku. *Integrácia*, 2018, 1-2: 4-7.
50. IZÁKOVÁ, Ľubomíra; KRÁLOVÁ, Mária a Jan PEČEŇÁK. Najčastejšie psychické poruchy v psychiatrických ambulanciách – súčasnosť a nová klasifikácia MKCH-11. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 2021, 117.1: 33-41.
51. IZÁKOVÁ, Ľubomíra et al. Základné princípy reformy psychiatrickej starostlivosti na Slovensku. Nové Zámky, Psychoprof, 2022. 30 s. ISBN 978-80-89322-32-9
52. JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. Úvod do verejného zdravotníctví. Praha, Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9
53. KANIS, Anton. The EU Common Agricultural Policy through the lens of sociological and historical institutionalism. Wageningen University, 2020, 29 s. [online] [cit. 12.06.2023] Dostupné z: <https://edepot.wur.nl/523728>
54. KARLAS, Jan. Komparatívni prípadová studie. s. 62-91. In: DRULÁK, Petr et al. Jak zkoumat politiku. Kvalitativní metodologie v politologie a mezinárodních vztazích. Praha, Portál, 2008. 255 s. ISBN 978-80-7367-385-7
55. KATZENSTEIN, Peter. Between Power and Plenty: Foreign Economic Policies of Advanced Industrial States. Madison, University of Wisconsin Press, 1978. 344 s. ISBN 978-02-990-756-06
56. KICKERT, Walter JM; VAN DER MEER, Frans-Bauke. Small, slow, and gradual reform: What can historical institutionalism teach us? *International journal of public administration*, 2011, 34.8: 475-485.

57. KNEIDL, Cyril. Příspěvek k dějinám péče o choromyslné v Čechách od r. 1790-1890. In: HEVEROCH, Antonín; FRABŠA, František. Ústavy pro choromyslné v Čechách. Praha, Zemský správní výbor v Čechách, 1926. s. 18-49.
58. Komisia európskych spoločností. Zelená kniha. Zlepšovanie duševného zdravia obyvateľstva. K stratégii duševného zdravia pre Európsku úniu. Brusel, 2005. 14 s.
59. KOUBA, Karel et al. Využití Millových metod ve srovnávací politologii: metodologické předpoklady a problémy. *Politologica. Acta Universitatis Palackianae Olomucensis*, 2008, 6: 107-136.
60. KRÁĽOVÁ, Mária, et al. Mental health of the Slovak population during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *World Journal of Clinical Cases*, 2022, 10.25: 8880.
61. KRATOCHVÍL, Petr. Teorie evropské integrace. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-467-0
62. KŘÍŽ, Jaroslav. Ztracené roky zdravého života v České republice. *Hygiena*, 2016, 61.2: 88-91.
63. LAJOIE, Julie. Understanding the measurement of global burden of disease. Canada, desLibris, 2015. 16 s. ISBN 978-1-927988-10-7
64. LANDMAN, Todd. Issues and Methods in Comparative Politics: An Introduction. Third Edition. Oxfordshire, Routledge, 2013. 384 s. ISBN 978-0415412377
65. LEONARDI, Fabio. The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 2018, 48.4: 735-748.
66. LIBIGER, Jan. Psychiatrie patnáct let po listopadu 1989. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 2005, 101.2: 73-74.
67. LIJPHART, Arend. II. The comparable-cases strategy in comparative research. *Comparative political studies*, 1975, 8.2: 158-177.
68. MAHROVÁ, Gabriela. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha. Grada Publishing as, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5
69. MANWELL, Laurie A., et al. What is mental health? Evidence towards a new definition from a mixed methods multidisciplinary international survey. *BMJ*, 2015, 5.6: e007079.
70. MARCH, James G.; OLSEN, Johan P. The new institutionalism: Organizational factors in political life. *American political science review*, 1984, 78.3: 734-749.
71. MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a Mira BABIAKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha, Grada, 2006. 352 s. ISBN 8024711516

72. MÁŠOVÁ, Hana. Půjdeš do ústavu! (?) Pokus o reformu péče o lidi s mentálním postižením a psychicky a nervově nemocné v meziválečném Československu. *Speciální pedagogika*, 2008, 18.1: 43-57.
73. MAZURE, Līga. Modern legal definition of human health. In: SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION. *Proceedings of the International Scientific Conference*. 2020. p. 334-343.
74. MONCRIEFF, Joanna. The creation of the concept of an antidepressant: an historical analysis. *Social Science & Medicine*, 2008, 66.11: 2346-2355.
75. MONKE, Stefanie. The expert interview as a method of qualitative social research. Mnichov, GRIN Verlag, 2007. 31 s. ISBN 978-334-6549594
76. MOROVICSOVÁ, Eva, et al. History of Psychotherapy in Slovakia. *European Journal of Mental Health*, 2017, 1.12: 88-103.
77. MOSES, Jonathon W., KNUTSEN Torbjorn L. Ways of Knowing. Competing Methodologies in Social and Political Research. Second Edition. New York: Palgrave Macmillan, 2012. 348 s. ISBN 978-0-230-36069-3
78. MUIJEN, Matt; MCCULLOCH, Andrew. Reform of mental health services in Eastern Europe and former Soviet republics: Progress and challenges since 2005. *BJPsych international*, 2019, 16.1: 6-9.
79. MZ ČR. Strategie reformy psychiatrické péče. Reforma péče o duševní zdraví. 2013. 76 s.
80. MZ ČR. Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Akční plán č.3: Duševní zdraví. 2014. 37 s.
81. MZ ČR. Akční plán č.3: Duševní zdraví. Zdraví 2020. Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 2015, 37 s.
82. MZ ČR. Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017–září 2018. [online] [cit. 17.06.2023]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-za-obdobi-rijen-2017-zari-2018/>
83. MZ ČR. Zdraví 2030. Strategický rámec rozvoje péče o duševní zdraví v České republice do roku 2030. 2019, 100 s.
84. MZ ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. 2020, 60 s.

85. MZ ČR. Psychiatrická péče: Incidence, prevalence, 2022. [online] [cit. 18.05.2023] Dostupné z: https://opendata.mzcr.cz/dataset/psychiatricka-pece-incidence-prevalence-hospitalizace-a-ambulantni-pece/resource/28ecfa0b-5960-4e23-b097-eac501509db7?view_id=060cf4ff-076a-46b1-9ebc-7a79493f35f7
86. MZ SR. Národný program duševného zdravia. 2004. 30 s.
87. NCZI, 2021. Samovraždy a samovražedné pokusy v Slovenskej republike za rok 2020. [online] [cit. 18.01.2023] Dostupné z: <https://www.nczisk.sk/aktuality/Pages/Samovrazdy-a-samovrazedne-pokusy-v-Slovenskej-republike-2020.aspx>
88. NCZI, 2022. Psychiatrická starostlivosť v Slovenskej republike 2021. Správa k publikovaným výstupom. [online] [cit. 09.06.2023] Dostupné z: https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Psychiatricka_starostlivost/Psychiatricka_starostlivost_v_SR_2021_Sprava_k_publicovanym_vystupom.pdf
89. NCZI, 2023. Archív Zdravotníckych ročeniek. [online] [cit. 09.06.2023] Dostupné z: https://www.nczisk.sk/Statisticke_vystupy/Zdravotnicka_rocenka/Pages/Archiv.aspx
90. NOBILE, Marianna. The WHO definition of health: a critical reading. *Med. & L.*, 2014, 33:33.
91. NOSKOVÁ, Kateřina. Vývoj ústavní péče v českých zemích na přelomu 19. a 20. století. Plzeň, Fakulta Západočeské univerzity v Plzni, Katedra historických věd, 2020. Diplomová práce, 72 s. Vedoucí práce PhDr. Roman Kodet, PhD.
92. NOVOTNÝ, Vladimír et al. EPIA – Epidemiológia vybraných úzkostných porúch na Slovensku. Nové Zámky, Psychoprof, 2006. 216 s. ISBN 80-968798-6-3
93. NÚDZ. Stigma je horší než samotné duševní onemocnění. Odborníci z celého světa vyzývají k účinné destigmatizaci. Tisková zpráva, 2022. [online] [cit. 03.07.2023] Dostupné z: <https://www.nudz.cz/pro-media/tiskove-zpravy/stigma-je-horsi-nez-samotne-dusevni-onemocneni-odbornici-z-celeho-sveta-vyzyvaji-k-ucinne-destigmatizaci>
94. NZIP. Duševní onemocnění v Česku. 2022. [online] [cit. 12.04.2023] Dostupné z: <https://nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>
95. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, 2018. ISBN 978-92-64-30335-5
96. OECD/European Union. A New Benchmark for Mental Health Systems. Tackling the Social and Economic Costs of Mental Health. Paris, OECD Publishing, 2021. ISBN 9789264832398

97. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris, OECD Publishing, 2022. ISBN 978-92-64-67515-5
98. Ottawa Charter for health promotion. In: *First international conference on health promotion*. 1986.
99. PAŽITNÝ, Peter. Zdravotný systém Slovenskej republiky. Bratislava, Wolters Kluwer s.r.o., 2020. 176 s. ISBN 9788057102816
100. PEC, Ondřej. Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych international*, 2019, 16.1: 4-6.
101. PEITZ, Diana, et al. Indicators for public mental health: a scoping review. *Frontiers in Public Health*, 2021, 9: 714497.
102. PETERS, B. Guy. Institutional theory: the new institutionalism. New York: Continuum, 2011. 232 s. ISBN 978-1441130426
103. PETERS, Guy B. Institutional theory in political science: the new institutionalism. Londýn: Bloomsbury Publishing, 2005. 208 s. ISBN 9780826473042
104. PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon; KING, Desmond S. The politics of path dependency: Political conflict in historical institutionalism. *The journal of politics*, 2005, 67.4: 1275-1300.
105. PIERSON, Paul. The path to European integration: a historical institutionalist analysis. *Comparative political studies*, 1996, 29.2: 123-163.
106. PIERSON, Paul. Increasing returns, path dependence, and the study of politics. *American political science review*, 2000, 94.2: 251-267.
107. PIERSON, Paul. Politics in Time: History, Institutions, and Social Analysis. Princeton University Press, 2004. 208 s. ISBN: 9780691117157
108. POTŮČEK, Martin; SCHEFFLER, Richard. Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present. Praha, Karolinum Press, 2008. 258 s. ISBN 978-80-246-1466-3.
109. POTŮČEK, Martin; PAVLÍK, Marek. Veřejná politika. Brno, Masarykova univerzita, 2015. [online] 208 s. [cit. 20.01.2023] Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1456/podzim2015/BKV_VPTP/um/50929760/verejna_politika_sazba.pdf
110. POTŮČEK, Martin. Veřejná politika. Praha: C. H. Beck, 2016. 336 s. ISBN 978-80-7400-591-6

111. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Národní psychiatrický program, 2007. [online] [cit. 30.06.2023] Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/strategie-koncepce-reformy/35-narodni-psychiatricky-program-2007>
112. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize, 2008. 36 s. [online] [cit. 30.06.2023] Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf
113. RABOCH, Jiří; WENIGOVÁ, Barbora. Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s., 2012. 183 s.
114. RABOCH, Jiří. 100 let psychiatrické společnosti. Přemýšlej o minulosti a budeš znát budoucnost. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2019. 115.4: 189-198.
115. RAGIN, Charles C. „Introduction to Qualitative Comparative Analysis“ in JANOSKI, Thomas; HICKS, Alexander M. The comparative political economy of the welfare state. Cambridge University Press, 1994. ISBN 0-521-43602-8
116. RAITER, Tomáš. Psychiatrie v ČR 2004. Implementace koncepce psychiatrie z pohledu ambulantní péče. Centrum pro rozvoj duševního zdraví, 2004. [online] [cit. 18.06.2023] Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/STEMMARKBariery_psychiatrie_zaverecna_zprava-2-1.pdf
117. REEVES, Scott; ALBERT, Mathieu; KUPER, Ayelet; HODGES, Brian David. Why use theories in qualitative research? *BMJ*, 2008, 337: 631-634
118. ŘÍČAN, Pavel et al. Dopadová evaluace projektu. Podpora vzniku Center duševního zdraví. MZ ČR, 2021. 21 s.
119. SHORTER, Edward. The historical development of mental health services in Europe. s.15-32. In: KNAPP, Martin et al. Mental Health Policy and Practise across Europe. The future direction of mental health care. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, 2007. ISBN 978-03-3524679
120. SIVČOVÁ, Veronika. Čo vieme o duševnom zdraví obyvateľov Slovenskej republiky? Bratislava, Ústav epidemiológie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského, 2021. 9 s.
121. SKOCPOL, Theda. States and social revolutions: A comparative analysis of France, Russia, and China. Cambridge University Press, 1979. 421 s. ISBN 978-05-1181-5805
122. STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank. Structuring politics: historical institutionalism in comparative analysis. Cambridge University Press, 1992. 272 s. ISBN 978-0521428309

123. STEINMO, Sven; DELLA PORTA, Donatella; KEATING, Michael. Approaches and methodologies in the social sciences. New York, Cambridge University Press, 2008. 383 s. ISBN 978-0-521-70966-8
124. STREECK, Wolfgang; THELEN, Kathleen. Beyond Continuity: institutional change in advanced political economies. New York, Oxford University Press, 2005. 290 s. ISBN 978-0-10-928045-2
125. SVAČINA, Gracián, et al. Czechia: Community-based mental health services: a lifeline during COVID-19. World Health Organization, 2021. 7 s.
126. TANNENBAUM, Cara, et al. Indicators for measuring mental health: towards better surveillance. *Healthcare Policy*, 2009, 5.2: e177
127. TOMOV, Toma et al. Mental health policy in former eastern bloc countries. s. 397-425. In: KNAPP, Martin et al. Mental Health Policy and Practise across Europe. The future direction of mental health care. European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press, 2007. ISBN 978-03-3524679
128. TOPORCEROVÁ, Monika. Hlavná odborníčka pre psychiatriu: Plán obnovy napísali bez nás, no reforma má zelenú. In: *mediweb.hnoline.sk*, 2022. [online] [cit. 04.07.2023] Dostupné z: <https://mediweb.hnoline.sk/zdn/rozhovory/24346043-hlavna-odbornicka-pre-psychiatriu-plan-obnovy-napisali-bez-nas-no-reforma-ma-zelenu>
129. TRAVIS, David. Desk research: the what, why and how. In: *userfocus.co.uk*. 2016 [online] [cit. 16.01.2023] Dostupné z: <https://www.userfocus.co.uk/articles/desk-research-the-what-why-and-how.html>
130. VALOVIČOVÁ, Pavlína. Európska únia dáva mentálne zdravie na prvé miesto. 2022. In: *dennik.sk* [online] [cit. 22.06.2023] Dostupné z: <https://dennikn.sk/blog/2850623/europska-unia-dava-mentalne-zdravie-na-prve-miesto/>
131. VAN DER HEIJDEN, Jeroen. Institutional layering: A review of the use of the concept. *Politics*, 2013, 31.1: 9-18
132. VENCOVSKÝ, Eugen. Počátky české psychiatrie XVIII. A XIX. století. Praha, SZdN, 1957. 187 s.
133. VÍTEK, Miloš. Úlohy a metody komparatívni politiky. Univerzita Hradec Králové, 2001. Scientific papers of the University of Pardubice, Series C: 179-190.
134. VOS, Theo, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 2020, 396.10258: 1204-1222.

135. WHO. Constitution. World Health Organization, 1948
136. WHO. Mental Health in Europe. Country reports from the WHO European Network on Mental Health. Regional Office for Europe, 2001. 98 s.
137. WHO. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Francúzsko: Regional office for Europe, 2013a. 190 s. ISBN 978-92-890-0279-0.
138. WHO. Mental Health Action Plan 2013-2020. 2013b. 45 s. ISBN 978-89-2-41506021
139. WHO. Mental Health Atlas 2014 Country Profile: Czech Republic
140. WHO. The European Mental Health Acton Plan 2013-2020. Regional office for Europe. Dánsko, 2015. 19 s. ISBN 978-92-890-5095-1
141. WHO. Mental Health Atlas. 2017. 62 s. ISBN 978-92-4-151401-9
142. WHO. Mental Health Atlas 2017 Country Profile: Czech Republic
143. WHO. Mental Health Atlas 2017 Country Profile: Slovakia
144. WHO. Mental Health Atlas. 2020a. 136 s. ISBN 978-92-4-003670-3
145. WHO. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. Geneva, Department of Data and Analytics Division of Data, Analytics and Delivery for Impact WHO, 2020b. 46 s. [online] [cit. 26.05.2023] Dostupné z: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7
146. WHO. Mental Health Atlas 2020 Country Profile: Czech Republic
147. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. 2021. 40 s. ISBN 978-924-0031029
148. WHO. World mental health report: transforming mental health for all. 2022. 28 s. ISBN 978-92-4-005086-0
149. WOOD, Philip HN. Health and disease and its importance for models relevant to health research. *Scientific approaches to health and health care*, 1986, 57-70.
150. ZAJAC, Rudolf; PAŽITNÝ, Peter a Anton MARCINČIN. Slovak Reform of Health Care: From Fees to Systematic Changes. *Czech Journal of Economics and Finance*, 2004. 54.9-10: 405-419.
151. ZHAO, Chenkun, et al. Value of a national burden-of-disease study: a comparison of estimates between the Australian Burden of Disease Study 2015 and the Global Burden of Disease Study 2017. *International journal of epidemiology*, 2022, 51.2: 668-678.

Použité právne predpisy

Česká republika

1. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecnom zdravotnom poistení
2. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotnej poisťovni Českej republiky
3. Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortných, odborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovniach
4. Uznesenie č. 2/1993 Sb., o vyhlásení Listiny základných práv a slobôd ako súčasti ústavného poriadku Českej republiky
5. Zákon č. 89/1995 Sb., o štátnej štatistickej službe
6. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálnych službách
7. Zákon č. 262/2006 Sb., zákonník práce
8. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostiach zdravotníckych pracovníkov a iných odborných pracovníkov
9. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotných službách a podmienkach ich poskytovania
10. Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytovaní dávok osobám so zdravotným postihnutím
11. Vestník MZ ČR č. 5/2016
12. Vestník MZ ČR č. 8/2021
13. Vestník MZ ČR č. 15/2022

Slovenská republika

1. Zákon č. 7/1993 Z. z., o zriadení Národnej poisťovne a o financovaní zdravotného poistenia, nemocenského poistenia a dôchodkového poistenia
2. Zákon č. 273/1994 Z. z., o zdravotnom poistení, financovaní zdravotného poistenia, o zriadení Všeobecnej zdravotnej poisťovne a o zriadení rezortných, odvetvových, podnikových a občianskych zdravotných poisťovní
3. Zákon č. 311/2001 Z. z., zákonník práce
4. Zákon č. 540/2001 Z. z., o štátnej štatistike
5. Zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti
6. Zákon č. 578/2004 Z. z., o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch a stavovských organizáciách v zdravotníctve
7. Vestník MZ SR, zo dňa 22.03.2007, čiastka 8-10
8. Vestník MZ SR, zo dňa 06.07.2016; osobitné vydanie
9. Zákon č. 448/2008 Z. z., o sociálnych službách
10. Zákon č. 153/2013 Z. z., o národnom zdravotníckom informačnom systéme

11. Vyhláška č. 84/2016 Z. z., ustanovujúca určujúce znaky zdravotníckych zariadení
12. Vestník MZ SR, zo dňa 29.12.2021, čiastka 31-35
13. Vestník MZ SR, zo dňa 01.03.2022, čiastka 3-8
14. Vestník MZ SR, zo dňa 18.05.2022, čiastka 28-29
15. Vestník MZ SR, zo dňa 28.03.2022, čiastka 9-17

Téze diplomovej práce

Základné údaje:

Jméno studenta/studentky: Tímea Rizikyová

Název v jazyce práce: Politika starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku z perspektívy historického inštitucionalizmu

Název v anglickém jazyce: The policy of mental health care in the Czech Republic and Slovakia from the perspective of historical institutionalism

Klíčová slova: politika duševného zdravia, historický inštitucionalizmus, reforma psychiatrickej starostlivosti, kvalita života

Klíčová slova anglicky: mental health policy, historical institutionalism, reform of psychiatric care, quality of life

Akademický rok vypsání: 2021/2022

Jazyk práce: slovenčina

Typ práce: diplomová práce

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. vymezení výzkumného problému

Od 90. rokov 20. storočia Česko a Slovensko kráčajú v oblasti starostlivosti o duševné zdravie svojou vlastnou cestou. Obe krajiny bojovali s absenciou systematických krokov a zmien, ktoré by napomohli ku skvalitneniu systému a po dlhú dobu i s malým záujmom zo strany politikov a nedostatkom finančných prostriedkov. Problematickým sa po dlhé roky tiež javili len malé kroky ku naplneniu bio-psycho-sociálneho modelu a z dôvodu nedostatku ambulantných psychiatrov a veľkého previsu pacientov i výhra kvantity nad požadovanou kvalitou. Systémový proces reformy psychiatrickej starostlivosti v Českej republike a pripravovaná reforma psychiatrickej starostlivosti na Slovensku sú krokmi, ktoré môžu byť zaujímavým posunom v oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie a priniesť tak dlho očakávané zmeny.

Svoj výskum v diplomovej práci by som chcela zamerať na vysvetlenie vývoja politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku v kontexte rôznych ukazovateľov. V prvom rade pôjde o rutinne zbierané štatistické údaje, ktoré sú verejne dostupné, čo mi umožní zistiť ako systémy v oboch krajinách fungujú. Z plánovaných expertných rozhovorov sa pokúsím získať informácie predovšetkým o kritických oblastiach a stanovím vďaka nim tzv. critical junctures, nakoľko rozhovory budem prevádzať s expertami z rôznych oblastí (napr. z oblasti tvorby politiky, implementácie, poskytovania služieb...). Komparácia mi následne umožní vygenerovanie postupov, ktoré v oboch krajinách fungujú a ktoré naopak nie. Pôjde o tzv. „prirodzený experiment“, ktorý umožní to, aby sa jedna krajina mohla učiť od druhej.

Obe krajiny sú si dodnes blízke, nakoľko ich spája pomerne dlhá spoločná história a samotné systémy poskytovania zdravotnej starostlivosti vychádzajú zo spoločného základu. Nakoľko Česká republika už svoju Reformu psychiatrickej starostlivosti má a Slovensko svoju aktuálne pripravuje, práca by mohla ďalej slúžiť i ako „poučenie“ sa zo skúsenosti blízkeho suseda. Rada by som tiež poukázala na fakt, že podľa môjho aktuálne prevedeného researchu dodnes neexistuje odborná publikácia, ktorá by sa venovala vysvetleniu vývoja v tejto oblasti na poli Česka a Slovenska. Dostupné články (napr. Dlouhý, 2009; Dlouhý, 2014; Dobiášová a kol., 2016) sa venujú oblasti politiky starostlivosti o duševné zdravie buď len v Českej republike alebo len do roku 2015, čo je vzhľadom na veľké systematické zmeny po tomto roku aktuálne nedostatočné. Na Slovensku odborné články či publikácie, ktoré by zohľadňovali i verejne politický aspekt dokonca takmer úplne absentujú. Rovnako tak som nenašla bakalársku či diplomovú prácu, ktorá by sa problematike venovala v takomto ponímaní. V neposlednom rade by som chcela zdôrazniť dôležitosť tejto tematiky vzhľadom na vývoj udalostí v posledných rokoch, kedy je ešte viac ako inokedy dôležité mať efektívne a kvalitne nastavenú politiku starostlivosti o duševné zdravie.

B. Ciele diplomové práce

Na základe vyššie uvedeného si vo svojej diplomovej práci kladiem nasledujúci cieľ, a to: **Vysvetliť vývoj politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku v kontexte historického inštitucionalizmu.** V rámci tohto hlavného cieľu by som následne chcela rozviesť niekoľko čiastočných cieľov, ktoré by zahŕňali:

- a) vysvetlenie samotného vývoja v skúmanej oblasti a identifikáciu kľúčových udalostí, ktoré tento vývoj ovplyvnili
- b) nájdenie podobností a odlišností v realizácii politik starostlivosti o duševné zdravie
- c) vysvetlenie vzniku a dopadov inkrementálnych zmien policy designu politik starostlivosti o duševné zdravie
- d) identifikáciu problémových oblastí súčasného inštitucionálneho nastavenia

C. Výskumné otázky

S ohľadom na takto formulované ciele a teoretické ukotvenie práce pokladám **nasledujúce výskumné otázky**:

1. Ako sa vyvíjalo inštitucionálne nastavenie politik starostlivosti o duševné zdravie v období existencie Československa?
2. Ako sa vyvíjalo inštitucionálne nastavenie politik starostlivosti o duševné zdravie v období po roku 1993?
3. Ktoré udalosti mali pre aktuálne nastavenie týchto politik kľúčovú úlohu? Aké dopady mali inkrementálne zmeny v tejto oblasti?
4. V čom sa líši policy design politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku?
5. Kedy sa tieto politiky začali vyvíjať odlišne? Aké udalosti boli príčinou odlišného vývoju?
6. Aká je dostupnosť psychologickkej a psychiatrickej starostlivosti v oboch krajinách?
7. Kde je možné identifikovať prípadné slabé miesta v aktuálnom nastavení inštitucionálneho rámcu politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej republike a na Slovensku?

D. Teoretická východiska

Teória historického inštitucionalizmu patrí medzi tri prúdy nového inštitucionalizmu (Hay, Wincott, 1998). Vďaka využitiu tohto teoretického konceptu budem môcť pochopiť a vysvetliť inkrementálne zmeny v politikách duševného zdravia oboch krajín. Nielen veľké reformné zmeny, no i zmeny inkrementálne majú dopad na jednotlivé politiky a ich vývoj. Navonok sa tieto zmeny môžu javiť ako bezvýznamné (autori teórie historického inštitucionalizmu dávajú do pozornosti rôzne mechanizmy, ako ku týmto zmenám môže dôjsť), no práve vďaka následnej komparácii v rámci dvoch krajín s rovnakým nastavením ich dokážeme pevnejšie zasadiť do kontextu. Pre zvolenú tému je teória tiež vhodná kvôli tomu, že zohľadňuje plynutie času a jeho význam a vplyv na formovanie politického procesu a rozhodnutí, ktoré z neho vzniknú - teória teda dokáže zachytiť vývoj v skúmanej oblasti, čo je pre zvolenú problematiku veľmi vhodné (Pierson, 1996). Hall a Taylor (1996, s. 937) definujú inštitúcie ako „*formálne i neformálne procedúry, normy, zvyky, ktoré sú zakotvené do organizačnej štruktúry inštitucionálneho rámca*“. Inštitúcie sú ťažko meniteľné a preto sa táto teória hodí do prostredia Českej a Slovenskej republiky, kde síce dochádzalo k zmenám či už vonkajších alebo vnútorných okolností na poli politik starostlivosti o duševné zdravie, no samotný inštitucionálny rámec bol veľmi odolný voči väčším zásahom. Pre pochopenie aktuálneho nastavenia v konkrétnej verejnej politickej oblasti je nevyhnutné, aby sme poznali kontext z historického i inštitucionálneho hľadiska. Rada by som sa v práci hlbšie pozrela nato, ktoré historické udalosti a zmeny (v slovníku teórie HI: critical juncture) viedli k prípadnej reorganizácii nastavenia tejto oblasti.

Ďalšie aspekty teórie historického inštitucionalizmu budem vedieť zaradiť a zhodnotiť až po čase, keď do problematiky preniknem hlbšie (napr. kľúčoví aktéri z hľadiska toho, či sú za zachovanie inštitucionálnych pravidiel alebo nie, a ich dodržiavanie, vid'. Mahoney, Thelen 2010...), predpokladám však tiež využitie „*path dependence*“, čiže teórie závislosti na ceste, nakoľko je veľmi náročné akokoľvek zmeniť politické tendencie, ktoré sa už istým spôsobom zažili a stali sa súčasťou inštitucionálnej siete. Nasledovné rozhodnutia a ich aplikácia je potom sťažovaná (Pierson, 2000).

E. Výzkumný plán

Diplomová práca bude vo všeobecnosti postavená ako **kvalitatívny výskum**. Mojmím zámerom bude vysvetliť určitý jav a porozumieť mu - nebudem sa pokúšať o zovšeobecnenie, no budem sa snažiť pochopiť odlišnosti medzi krajinami. Z hľadiska výskumného designu budem využívať **komparatívnu metódu**, ktorej základným stavebným kameňom bude skúmanie hlavných politických udalostí (Thompson, 2015). Komparovať budem inštitucionálny vývoj a jednotlivé critical junctures v oblasti politik starostlivosti o duševné zdravie v Českej a Slovenskej republike, pričom samotnú komparáciu začnem prevádzať od roku 1993, čiže od doby rozdelenia bývalého Československa a budem pokračovať až do súčasnosti, čiže do prvej konca roku 2022. Moses a Knutsen (2019) upozorňujú, že mnoho výskumníkov pri prevádzaní komparácie svoju pozornosť sústredí hlavne na hľadanie podobností, no netreba zabúdať i na vnímanie rozdielov – či už tých pôvodných alebo tých, ktoré nám postupne vyplynú z odlišného vývoja z rovnakej počiatočnej pozície.

Zdroje, ktoré budem využívať k získaniu odpovedí na výskumné otázky a pre dosiahnutie hlavného i čiastočných cieľov, budú delené na primárne a sekundárne (Veselý, 2011). Mojmím primárnym zdrojom bude prevedené **expertné šetrenie**, kde som si zatiaľ predbežne stanovila za cieľ osloviť 20 popredných odborníkov na zvolenú problematiku – po 10 v každej zo skúmaných krajín tak, aby som získala rovnomerné zastúpenie odborníkov v rôznych sférach. Za experta v mojej práci považujem osobu, má v zvolenej problematike minimálne 5 ročnú prax a skúsenosti. Pre účely diplomovej práce bude využitý **rozhovor**, ktorý patrí medzi najčastejšie využívané metódy v rámci kvalitatívneho výskumu (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 159).

Rozhovory budú vedené **pološtruktúrovane**, čiže na základe predom pripravených okruhov otázok, ktoré budú určovať ich smerovanie, no nebudú mať rigidnú štruktúru. Tieto rozhovory budú doslovne prepísané a následne **tematicky zanalyzované**, s využitím tematického kódovania – dopredu nebudú stanovené tie témy, ktoré hľadáme, tie vystanú až v priebehu samotnej analýzy (Braun, Clarke, 2006). Tematická analýza je využívaná predovšetkým za účelom hlbokého pochopenia skúmanej problematiky a prepojenia získaných informácií. Sekundárnymi zdrojmi budú predovšetkým dostupné dokumenty – odborné štúdie, monografie, štatistiky, aktuálnu i dnes už neplatnú legislatívu, dôvodové správy zákonov či rôzne výročné správy. Dokumenty budem vyhľadávať ako v digitálnych portáloch, tak i fyzicky v knižniciach.

Etika výskumu

Výskumná etika je nepochybne jednou z najdôležitejších súčastí každého prevedeného šetrenia. Je ju potrebné mať na pamäti počas každej fáze výskumu a neprehrešiť sa ako voči respondentom, tak i voči akademickej obci (Fabian, 2018). Pred každým expertným rozhovorom dôjde k oboznámeniu respondenta s účelom, na ktorý budú získané informácie využité a bude ústnou formou požiadané o informovaný súhlas s prípadným nahrávaním rozhovoru a následným využitím dát pre účely diplomovej práce. Každému z respondentov bude poskytnutá možnosť nahliadnutia do diplomovej práce pred jej odovzdaním. V samotnej práci nebudú využívané mená respondentov, budú nazvaní vo forme Expert_SR/ČR_x, kde x bude predstavovať poradové číslo. Každá takáto formulácia bude mať pri sebe zároveň pracovnú pozíciu, ktorú expert zastáva v danej oblasti.

Pri kvalitatívnom výskume sa neraz stretávame s kritikou, že je subjektívny, nedostatočne všeobecný alebo dôveryhodný. Tomu sa pokúsím predísť širokým spektrom získaných dát, či už primárnych alebo sekundárnych. Dôveryhodnosť výskumu (Švaříček, Šedřová, 2014) sa pokúsím zaistiť vložением priamych citácií, ktoré sú považované za posilu autentickejši celého výskumu. Celú prácu budem priebežne konzultovať a zasielať svojej vedúcej, aby sme zaistili neodchýlenie sa od pôvodne stanovených cieľov.

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

1. BRAUN, Virginia, CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006. 3(2), s.77-101.
2. CONRAD, Peter, SCHNEIDER, Joseph. *Deviance and medicalization. From badness to sickness. Expanded edition.* Philadelphia: Temple University Press, 1992. ISBN 0-87722-998-8
3. ČSÚ, 2021. Sebevražednost v Česku setrvale klesá. online. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazednost-v-cesku-setrvale-klesa>
4. ENGEL, George. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 1977. Vol 196 (4286), s. 129-136. DOI: 10.1126/science.847460
5. FABIAN, Anton. Etika vo výskume. Filozofická fakulta UPJŠ, 2018. online. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Lyocsa1/subor/fabian.pdf>
6. FOUCALT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby.* Praha: Lidové noviny, 1994. 209 s. ISBN 80-7106-085-2

7. HAY, Colin, WINCOTT, Daniel. Structure, Agency and Historical Institutionalism. 1998. Political Studies Association. Vol. 46 (5), s. 951-957
8. MOSES, Jonathon W., KNUTSEN Torbjorn L. Ways of Knowing. Competing Methodologies in Social and Political Research. Second Edition. New York: Palgrave Macmillan, 2012. 348 s. ISBN 978-0-230-36069-3
9. NCZISK, 2021. Samovraždy a samovražedné pokusy v Slovenskej republike za rok 2020. online. Dostupné z: <https://www.nczisk.sk/aktuality/Pages/Samovrazdy-a-samovrazedne-pokusy-v-Slovenskej-republike-2020.aspx>
10. PIERSON, Paul. The Path to European Integration: A Historical-Institutionalist Analysis. Comparative Political Studies. 1996. Vol. 96 (2). DOI: 10.1177/0010414096029002001
11. PIERSON, Paul. Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics. The American Political Science Review, 2000. Vol. 94 (2), s.251-267. DOI: 10.2307/2586011
12. ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2014. 386 s. ISBN 978-80-262-0644-6
13. WHO. Mental Health Atlas. 2020. 136 s. ISBN 978-92-4-003670-3

G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce

I would like to focus my research on explaining the development of mental health care policies in the Czech Republic and Slovakia in the context of various indicators. First of all, it will be routinely collected statistical data that is publicly available, which will allow me to find out how the systems in both countries work. From the planned expert interviews, I will try to obtain information mainly on critical areas and through them, I will establish critical junctures, because I will be conducting interviews with experts from different areas (e.g., in the field of policy making, implementation, service provision...). The comparison will enable me to generate procedures that work in both countries, and which do not. It will be a so-called "natural experiment" that will allow one country to learn from another. The two countries are still close today because they have a relatively long history together and the health care systems themselves are based on a common foundation. Since the Czech Republic already has its Reform of Psychiatric Care and Slovakia is currently preparing it, the work could also serve as a "lesson" from the experience of a close neighbour.

H. Podpisy studenta a vedoucího práce

Bc. Tímea Rizikyová

PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Datum:

Oponent: