Obsah obrázku Písmo, logo, Grafika, text

Popis byl vytvořen automaticky

**Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035**

**Implementační plán č. 2.5**

**Péče na sociálně zdravotním pomezí**

******

|  |  |
| --- | --- |
| **SOUHRN** | |
| **Název** | Péče na sociálně zdravotním pomezí |
| **Zadavatel** | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| **Gestor tvorby implementačního plánu** | Vrchní ředitel pro zdravotní péči |
| **Rok zpracování implementačního plánu** | 2024-2025 |
| **Schvalovatel implementačního plánu** | vláda České republiky |
| **Datum schválení** |  |
| **Forma schválení** | usnesení vlády České republiky č. |
| **Poslední aktualizace** |  |
| **Doba realizace** | 2025–2035 |
| **Odpovědnost za implementaci** | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| **Kontext vzniku implementačního plánu** | Implementační plán je hlavní prováděcí dokument specifického cíle 2.5. Péče na zdravotně sociálním pomezí, Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“), který představuje zastřešující koncepční materiál resortu zdravotnictví na dalších 10 let.  Strategický rámec Zdraví 2030 byl dne 13. července 2020 schválen usnesením vlády č. 743/20. Na základě interního hodnocení plnění a s ohledem na aktuální dění bylo přistoupeno k aktualizaci Strategického rámce Zdraví 2030 a jeho prolongaci do roku 2035. Navrhované úpravy neovlivní jeho základní směřování ani soulad se Strategickým rámcem ČR 2030, naopak jsou přidány nové priority a cíle tak, aby bylo možné pokrýt i další oblasti, které prozatím nebyly ve Zdraví 2030 nijak ošetřeny. V rámci aktualizace byl specifický cíl *Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče*  *o duševní zdraví* rozdělen na více samostatných prioritních oblastí, a to Péče na sociálně zdravotním pomezí, Péče o duševní zdraví a Specializovaná zdravotní péče. Všechny tyto oblasti spolu úzce souvisí, nicméně vzhledem k jejich obsáhlosti je každá uvedena v samostatném specifickém cíli. Implementační plán může být doplněn dílčími strategickými a prováděcími dokumenty, jako jsou národní akční plány či koncepce. |
| **Stručný popis řešené problematiky a implementačního plánu** | V ČR přibývá osob, které se dlouhodobě nacházejí v nepříznivém zdravotním stavu, což zvyšuje jejich nároky na zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Delší doba dožití je často spojena s dlouhým obdobím přítomnosti jedné a nezřídka více chronických chorob, které mají významný negativní dopad na kvalitu života zejména starších lidí, podílejí se výrazně na spotřebě péče z hlediska požadovaných kapacit i financí a vážou rostoucí počet vysoce kvalifikovaných lékařských i nelékařských odborníků. Jedním z výsledných efektů takového vývoje je dlouhodobě nestoupající počet let strávených ve zdraví u populace v ČR v porovnání s jinými rozvinutými zeměmi EU, kde při řešení otázek péče zejména o chronicky nemocné přistoupili k reformám, jejichž základní charakteristikou je integrace péče a její zefektivnění pomocí inovací. V ČR je dosud (2020) tento problém adresován převážně tradičním extenzivním přístupem: více kapacit v nemocnicích, ambulancích, více lékařů, více sester, přičemž prakticky nedochází k systémovým změnám, které by reagovaly na vývoj v nárocích společnosti na dlouhodobou péči v porovnání s péčí o akutní případy. U chronicky nemocných dochází dále k deficitu soběstačnosti při zajišťování sociálních potřeb, který může v případě jeho nedostatečné vnější saturace vést až k nevratným procesům, které pak násobí nároky na vyžadovanou péči jak ze strany rodiny a blízkých nemocného, tak ze strany poskytovatelů zdravotní péče. Je zřejmé, že je nutné se soustředit jak na lepší koordinaci a rozvoj zdravotní péče zejména o chronicky nemocné, kdy bude zdravotní péče poskytována specializovanými poskytovateli zdravotních služeb v úzké spolupráci s praktickými lékaři, tak na propojení systému zdravotních a sociálních služeb, protože v rámci jejich legislativně i funkčně odděleného poskytování nelze adekvátně reagovat na měnící se potřeby osob s různou mírou závislosti. Specifický cíl usiluje o to, aby byly všem obyvatelům ČR dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny spravedlivé příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru dle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta), a to po celý životní cyklus obyvatel ČR. Široká oblast zahrnuje celé spektrum témat od systémových a regionálních opatření až po cíle stanovené pro vybrané roviny péče o pacienty s potřebou komplexní podpory  Samotný implementační plán blíže popisuje daný specifický cíl a poskytuje informace o hierarchické struktuře prací, harmonogramu a plánovaném rozpočtu, základním souboru sledovaných indikátorů, řídicí a organizační struktuře implementace, systému řízení rizik, systému monitorování a evaluací a také o komunikačním plánu. |

Obsah

[1. Úvod 6](#_Toc256000000)

[2. Základní informace o specifickém cíli 12](#_Toc256000001)

[3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace 14](#_Toc256000002)

[Pravidelný dotační program MZD – Program na podporu péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění 29](#_Toc256000003)

[4. Rozpočet a předpokládané zdroje financování 32](#_Toc256000004)

[1. Soubor indikátorů 35](#_Toc256000005)

[2. Implementační struktura 38](#_Toc256000006)

[3. Řízení rizik 40](#_Toc256000007)

[4. Řízení změn 50](#_Toc256000008)

[5. Monitorování a evaluace 51](#_Toc256000009)

[6. Komunikační plán 52](#_Toc256000010)

# Úvod

Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“) přijatý vládou ČR dne 18. listopadu 2019 usnesením č. 817/2019, který je základním resortním koncepčním materiálem   
s meziresortním přesahem a který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Vzhledem k pandemii Covid-19 byl Strategický rámec Zdraví 2030 aktualizován, aby byl kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví. Aktualizovaný Strategický rámec Zdraví 2030 byl následně schválen vládou dne 13. července 2020 usnesením 743/20. Na základě interního hodnocení plnění a s ohledem na aktuální dění bylo v roce 2024 přistoupeno k aktualizaci a prolongaci Strategického rámce Zdraví 2030 do roku 2035.

Strategický rámec Zdraví 2035 plynule navazuje na Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vč. příslušných akčních plánů a zkušeností z jejich implementace, a především na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR dne 19. dubna 2017 usnesením č. 292, jež svým rozhodnutím také určila základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“.

Strategický rámec Zdraví 2035 tento zastřešující cíl rozpracovává do 3 strategických cílů, které byly formulovány s ohledem na analýzu zdravotního stavu obyvatel České republiky a dostupnosti i fungování českého zdravotnictví, a rovněž byly zvoleny jako základní prioritní oblasti resortu pro příštích deset let:

1. ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace
2. optimalizace zdravotnického systému
3. podpora vědy a výzkumu

Tyto strategické cíle se dále rozpadají na specifické cíle, které podrobněji popisují jednotlivé dílčí cíle, opatření a aktivity, které vedou k jejich plnění. Implementační plány představují hlavní prováděcí dokumenty Strategického rámce Zdraví 2035 a mohou být doplněny dalšími strategickými a prováděcími dokumenty, jako jsou národní akční plány či samostatné dílčí strategie a koncepce.

Obsah obrázku text, snímek obrazovky, Písmo, dopis

Obsah vygenerovaný umělou inteligencí může být nesprávný.

Obrázek č. 1 Struktura specifických cílů Strategického rámce Zdraví 2035

Specifické cíle jsou v rámci implementačních plánů rozpracovány na dílčí cíle, které formulují konkrétní kroky a aktivity, vedoucí k realizaci daného dílčího a tím i specifického (a strategického) cíle. Zároveň ale všechny dohromady pojímají zdravotní péči jako komplexní oblast, která reprezentuje zdraví jako esenciální podmínku prosperity jednotlivce i celé společnosti.

Implementační plán dále poskytuje informace o hierarchické struktuře prací, harmonogramu a plánovaném rozpočtu, základním souboru sledovaných indikátorů, řídicí a organizační struktuře implementace, systému řízení rizik, systému monitorování a evaluací a také o komunikačním plánu.

Stejně jako samotný Strategický rámec Zdraví 2035 je i implementační plán živým dokumentem, který reaguje na změny vnějšího prostředí a na poznatky z realizace a podle toho provádí jednotlivé aktivity. Důsledkem vývoje, reakce na nové poznatky   
či na identifikovanou potřebu, mohou být změnová opatření, jež mohou vyústit v potřebu aktualizace dílčích cílů nebo aktivit vedoucích k jejich realizaci. Na základě Zprávy o průběhu implementace z června 2023 bylo rozhodnuto o takovéto aktualizaci s ohledem na nové výzvy a zjištění, že některá opatření nebyla nadefinována tak, aby dostatečně reagovala na danou problematiku.

Hlavní vizí Strategického rámce Zdraví 2035 je zajištění dostupné zdravotní péče všem obyvatelům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí při jejich současné podpoře v zájmu o udržení a zlepšování jeho zdravotního stavu. V rámci této vize je kladen důraz i na optimalizaci zdravotnického systému za účelem zvýšení jeho efektivnosti a dopadů v souvislosti s demografickými změnami, jež zdravotnický systém výrazně ovlivňují. Zvyšuje se střední délka života i délka života ve zdraví. Nicméně obě hodnoty nedosahují průměru zemí EU.

Zdravotní systém ČR se potýká s problematikou polymorbidních chronicky nemocných pacientů, kteří se opakovaně navracejí do systému zdravotní péče. Potřeby těchto osob se neomezují jen na zdravotní složku, ale je nutné řešit i jejich sociální problémy. Integrovaná péče je komplexním systémem péče nabízející možnosti plánování, realizace, koordinace a hodnocení v uceleném pohledu na individuální potřeby pacienta a poskytující mu potřebnou míru podpory napříč mnoha rovinami jeho života. V horizontální rovině je vnímána jako spolupráce poskytovatelů na stejné úrovni a zahrnuje intenzivní spolupráci praktických lékařů a specialistů s multidisciplinárními týmy. Ve vertikální rovině je péče poskytována různými poskytovateli na různých úrovních péče.

Jednu z důležitých komponent představuje v rámci integrované péče systém integrované zdravotní a sociální péče (dlouhodobé péče), který zohledňuje celistvost potřeb pacienta a je schopen mu poskytovat v jednom komplexu podporu ve zdravotní i sociální rovině. Integrovaná zdravotní a sociální péče představuje koncept, který v podmínkách zdravotního a sociálního systému ČR není zatím dostatečně a jednotně legislativně ukotven, přestože péče o osoby, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, vykazuje závažné limity. Tyto nedostatky pramení především v nepropojenosti obou systémů. Současná situace zajištění péče na tzv. zdravotně sociálním pomezí neodpovídá společenskému vývoji, nereaguje na fakt stárnutí populace ani na nárůst chronicky nemocných pacientů, kteří mají vedle potřeb zdravotních také potřeby sociální a nelze je neustále přesouvat z jednoho systému do druhého. Integrovaná zdravotní a sociální péče (dlouhodobá péče) je v současné době poskytována často nesystematicky různými typy poskytovatelů a její jednotné definování je tedy problematické. V současném systému je tento ucelený druh péče poskytován v nedostatečném rozsahu a jeho komplexnost limitují rozdílná pravidla a podmínky, za kterých jej poskytovatelé zajišťují, a to v závislosti na zdravotně či sociálně orientovaných službách. Je potřebné tedy zvážit a naplánovat způsoby propojování systému zdravotní a sociální péče tak, aby bylo možné pružně a efektivně reagovat na měnící se potřeby osob s chronickými zdravotními problémy, jež mají pro tyto osoby stejně významný dopad i do jejich sociální situace. Tato problematika se týká celého věkového spektra, podstatnou část populace s potřebou zdravotně sociální podpory však představuje seniorská generace.

V rámci systému poskytování integrované zdravotní a sociální péče poskytovateli zdravotních služeb bylo MZD vydáno Metodické doporučení pro následnou a dlouhodobou péči, které bylo uveřejněno ve Věstníku MZD č. 12/2019. Toto doporučení definuje rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí, indikační kritéria pro definovanou péči a jasná kritéria pro přijetí pacienta do nejvhodnějšího zdravotnického zařízení. Dále vymezuje i dlouhodobou péči poskytovanou ve vlastním prostředí pacienta. Významným krokem je proces novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), který byl započat již v roce 2023 a plánovaná účinnost je stanovena pro rok 2025. Cílovým stavem je vytvoření takových podmínek, aby uživatelům sociálních a zdravotních služeb byly tyto služby dostupné v takové vzájemné kombinaci a koordinaci, která odpovídá jejich skutečným potřebám, a to u všech druhů péče a ve všech formách poskytování. Důraz je kladen i na potřebnou kvalitu a ekonomickou efektivitu. Zásadními pilíři jsou definování poskytovatelů sociálně zdravotních služeb včetně stanovení jejich povinností a způsobu poskytování péče, nastavení rovnocenných podmínek pro poskytovatele zdravotních i sociálních služeb z pohledu získávání oprávnění k poskytování svých služeb, nastavení podmínek pro sdílení informací napříč sociálně zdravotními službami, vznik sociálně zdravotní lůžkové péče, nastavení personálních a technických a věcných požadavků pro poskytování zdravotní péče v rámci sociálně zdravotních služeb, rozšíření možnosti poskytování ošetřovatelské péče pro definované ambulantní sociální služby a odlehčovací služby.

I přes tento zásadní posun se v systému zdravotních a sociálních služeb nachází mnoho limitací, které jsou řešeny spíše prostřednictvím jednotlivých intervencí bez vzájemných souvislostí.

Kroky směřujícími k propojování zdravotních a sociálních služeb reflektujících individuální potřeby osob s chronickým onemocněním se v současné době zabývá Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016–2025, jejímž prostřednictvím Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „MPSV“) řeší koncept ukotvení a rozvoje zajištění péče pro osoby s komplexními potřebami v oblasti zajištění sociálních služeb a navrhuje opatření i pro zajištění zdravotní péče. V rámci této strategie jsou řešena mimo další témata zjištění financování sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče, zákonné vymezení parametrů sociálních služeb, jejichž součástí je zdravotní péče, vymezení forem, rozsahu, činností a kvality sociálních služeb včetně jejich standardů a vymezení kompetencí jednotlivých aktérů cílící na propojení zdravotních a sociálních služeb, zajištění adekvátních personálních zdrojů, case managementu a podpory a zabezpečení neformálních pečujících.

Úspěšnost implementace dalších opatření cílených na propojování systému poskytování zdravotní a sociální péče vyžaduje soulad a změnu na všech úrovních jejich řízení, a to i u samotných poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb. Zásadním prvkem tohoto procesu bude intenzivní a úzká spolupráce s MPSV, neboť bez podporovaných změn v systému sociálních služeb a sociálního zabezpečení nebude reálné zdravotní služby adekvátně nastavit. Je nezbytné pokračovat v započaté restrukturalizaci stávajícího systému oddělených zdravotních a sociálních služeb a nastavit intervence i v oblasti samotného zajišťování kvalitní individuálně nastavené komplexní péče ve všech dostupných formách (ambulantní/terénní, ve vlastním sociálním prostředí pacienta, lůžkové/pobytové služby), jež může pacient využívat přechodně i dlouhodobě. Bude potřebné dlouhodobě a efektivně monitorovat dopady implementovaných změn, a to na národní, regionální a místní úrovni. V dobře nastaveném systému bude zajištěn rovný přístup k užívání zdravotních i sociálních služeb v souladu s aktuálními potřebami pacienta. S ohledem na specifika jednotlivých regionů ČR bude implementační plán 2.5 na krajských úrovních implementován v podobách vycházejících z rozdílných specifických potřeb jejich obyvatel a z příkladů dobré praxe vycházejících z domácího i zahraničního prostředí. Na národní i regionální úrovni vzniknou nové koordinační struktury, které budou plnit roli stmelujícího i řešitelského prvku mezi oběma systémy služeb.

**Proces přípravy:**

V rámci přípravy implementačního plánu bylo přistoupeno k monitoraci vývoje současného stavu, kdy došlo v některých oblastech k významným změnám, jež bylo nezbytné při jeho tvorbě zohlednit. Na základě realizace mnohých opatření nastavených již v rámci původního implementačního plánu došlo k zásadním ideovým posunům, a to jak ve vnímání požadavků na intervence na systémové a krajské úrovni, ale i v úrovni některých specifických problematik (paliativní péče, péče o osoby se vzácným onemocněním, geriatrická péče). Poznatky vzešlé z těchto dílčích aktivit (součástí jsou pracovní skupiny, metodická doporučení, doporučené postupy, analýzy, dotazníková šetření aj.) nastavily většinu požadavků na aktualizaci stávající podoby implementačního plánu.

Na základě vyhodnocení Zprávy o implementaci Zdraví 2030, která byla předložena vládě v červnu 2023 byla vyhodnocena nutnost aktualizace a prolongace celého Strategického rámce Zdraví 2030 do roku 2035.

V rámci aktualizace byl specifický cíl *Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví* rozdělen na více samostatných prioritních oblastí, a to péče na sociálně zdravotním pomezí, péče o duševní zdraví a specializovaná zdravotní péče. Všechny tyto oblasti spolu úzce souvisí, nicméně vzhledem k jejich obsáhlosti je každá uvedena v samostatném specifickém cíli.

**V rámci realizace opatření implementačního plánu se předpokládá spolupráce s:**

MPSV, MMR, MV, MF Asociací krajů ČR, IPVZ, NCO-NZO, ÚZIS, SZÚ, KHS, ČLS JEP, profesní komorami, odbornými společnostmi, ČAS, poskytovateli zdravotních služeb, poskytovateli sociálních služeb, zdravotními pojišťovnami, sdruženími poskytovatelů, odborovými svazy, vzdělavateli včetně akreditovaných zařízení. Realizace implementačního plánu do budoucna počítá s vytvořením pracovních skupin za účasti všech důležitých stakeholderů, které se budou věnovat jednotlivým oblastem implementačního plánu v návaznosti na jeho dílčí cíle.

# Základní informace o specifickém cíli

Významným důvodem volby tohoto specifického cíle je výrazné a zrychlující se stárnutí české populace a zvyšující se počet dlouhodobě chronicky nemocných pacientů, kteří potřebují komplexní služby zahrnující zdravotní i sociální složku péče. Vedle stárnutí populace a prodlužující se absolutní délky života má zásadní význam stále relativně krátká doba života ve zdraví, tedy do první vážné nemoci.

Vlivem narůstající celkové nemocnosti populace seniorů jsou hlavními faktory zvyšujícími potřebu efektivních modelů integrované zdravotní a sociální péče (dlouhodobé péče) (zejména narůstající prevalence vážných dlouhodobých onemocnění (zhoubné nádory, kardiovaskulární nemoci, diabetes mellitus, chronická onemocnění dýchacích cest, hypertenze, neurodegenerativní poruchy ve stáří, aj.) a problémy s finančním a personálním zajištěním dostupnosti a s propojením a návazností péče o tuto část populace. Dle Metodického doporučení pro následnou a dlouhodobou péči, které bylo uveřejněno ve Věstníku MZD č.12/2019 navazuje dlouhodobá (zdravotně sociální) péče zpravidla na péči akutní nebo následnou a je možné ji poskytovat nejen ve formě dlouhodobé lůžkové péče ve zdravotnických zařízeních, ale i ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kdy se jedná domácí o péči dlouhodobého charakteru. Péče je zajištěna s ohledem na individuální potřeby pacienta, kdy nastavení intervencí a jejich realizace vede k udržení stávajícího zdravotního stavu. Tato péče může zahrnovat i péči paliativní u pacientů v terminálních stádiích onemocnění s možností přechodného nebo trvalého návratu do vlastního sociálního prostředí.

Cílovým stavem by měla být realizace naplánovaných kroků a vznik a rozvoj integrované zdravotní a sociální péče (dlouhodobé) do systému služeb ČR, který je založen na návaznosti a komplexnosti zajištění zdravotních i sociálních potřeb pacientů s dlouhodobými chronickými obtížemi a výraznou disabilitou realizovaná za spolupráce s dalšími dotčenými aktéry. V rámci intervencí v dílčích cílech by mělo dojít k nastavení systému poskytování služeb na národní i regionální úrovni, zajištění dostupnosti služeb, posílení role praktických lékařů a dalších specializovaných oborů v integrované zdravotní a sociální (dlouhodobé) péči, kontinuálnímu zvyšování kvality poskytovaných služeb, optimalizaci lůžkového fondu ČR ve prospěch lůžkové péče pro pacienty s komplexními chronickými onemocněními, podpoře péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, rozvoji a standardizaci paliativní péče a péče o pacienty se vzácným onemocněním a podpoře rodinných příslušníků a dalších neformální pečovatelů.

Ve Strategickém rámci Zdraví 2035 bylo určeno 9 dílčích cílů, ke kterým díky realizaci jednotlivých opatření povede implementace tohoto IP. Základní přehled uvádí následující tabulka.

|  |  |
| --- | --- |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.1 Vytvoření systémových nástrojů pro podporu a rozvoj integrované zdravotní a  sociální péče a pro standardizaci mechanismů posilujících funkčnost integrovaných  zdravotních a sociálních služeb |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.2 Tvorba a realizace regionálně specifických modelů podpory integrované zdravotní a sociální (dlouhodobé) péče |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.3 Posílení role praktických lékařů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb v procesu poskytování integrované zdravotní a sociální péče |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.5 Zvýšení kvality života pacientů s dlouhodobým chronickým onemocněním |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.6 Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné  a dlouhodobé péče |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.8 Optimalizace programů a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče) |
| Číslo a název dílčího cíle | 2.5.9 Podpora rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů v dlouhodobé péči prostřednictvím programů |

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

# Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

V oblasti integrace zdravotní a sociální(dlouhodobé) péče je nutné vytvořit ve spolupráci s důležitými aktéry zcela nový systém procesů vedoucích k propojování zdravotních a sociálních služeb a nastavit postup mezirezortní a multidisciplinární spolupráce. Opatření pak budou směřovat především do změn v legislativním nastavení, úpravě úhradových mechanismů, vytvoření koordinačních a řídicích struktur v systému na národní i regionální úrovni, přípravu a realizaci pilotních projektů na krajské úrovni i v rámci jednotlivých problematik zdravotní a sociální péče, vytvoření metodik, pro zajišťování kvality péče o pacienty s komplexní potřebou podpory, pro paliativní péči a  péči o pacienty se vzácným onemocněním a posílení role rodinných příslušníků a jiných neformálních pečovatelů. Opatření budou cílena na tvorbu a realizaci pilotních projektů a vypracování doporučených postupů a metodik pro zajišťování komplexu zdravotních a sociálních služeb tedy dlouhodobé péče, jež budou vycházet z příkladů dobré praxe.

Pro integraci zdravotní a sociální (dlouhodobé) péče do struktury zdravotních a sociálních služeb bude potřebné analyzovat stávající strukturu, kapacity a dostupnost jak lůžek následné a dlouhodobé péče, tak i dalších služeb, které do systému péče o pacienty s komplexními potřebami patří. V návaznosti na získaná data budou stanovovány další kroky k řešení rovného přístupu ke službám na zdravotně-sociálním pomezí, a to s ohledem na regionální specifika jednotlivých krajů. V rámci integrace a rozvoje zdravotních a sociálních služeb bude podpora směřována do institucionálních, ambulantních i terénních služeb a významný důraz bude kladen na zajištění jejich dostupnosti. S ohledem na obsáhlost tohoto specifického cíle je nutné celý proces implementace integrované péče realizovat postupnými navazujícími kroky, jež budou kontinuálně sledovány a vyhodnocovány.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dílčí cíl** | **Popis DC – z jakého důvodu byl vybrán, jaký bude jeho dopad/efekt/význam** | **Opatření** | **Doba realizace / od–do** | **Gestor** | **Spolupracující subjekty** | **Stav plnění k 1.2024** | **Další postup** |
| 2.5.1  Vytvoření systémových nástrojů pro podporu a rozvoj integrované zdravotní a sociální péče a pro standardizaci mechanismů posilujících funkčnost integrovaných zdravotních a sociálních služeb | Důvodem je současný demografický vývoj a prodlužování délky života, přičemž délka života ve zdraví neroste v přímé úměrnosti. Existují různé přístupy a systémy řešení podpory a dostupnosti zdravotních a sociálních oblastí péče, a to včetně nejednotného financování. Standardizace mechanismů posilujících funkčnost integrovaných služeb je klíčová pro zajištění rovného přístupu a efektivního využití zdrojů. | Nastavení systémových opatření vedoucích k propojování a integraci zdravotní a sociální péče o osoby s potřebou komplexní podpory z důvodu dlouhodobého chronického onemocnění | 2021–2029 | MZD: SZ-  OZP | V rámci MZD:  SZ, SE, SL, ÚZIS Externí: MPSV, kraje, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | Legislativní ukotvení sociálně zdravotní péče: jsou návrhy změnových zákonů č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,  - plnění prostřednictvím projektu OPZ+ Krajské zdravotně sociální plány („KRAPL“) | Další legislativní proces – platnost změnového zákona a novelizace prováděcích právních předpisů v rámci změnového zákona k řešení problematiky sociálně zdravotních služeb, další kroky v rámci realizace projektu OPZ+ („KRAPL“) |
| Vytvoření a podpora koordinačních a komunikačních mechanismů pro plánování a realizaci zdravotních a sociálních služeb na | 2024-2029 | MZD:  SZ-OZP | V rámci MZD:  SZ, SE, SL, ÚZIS  Externí:  MPSV, kraje, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské org. |
| Dílčí cíl 2.5.2 Tvorba a realizace regionálně specifických modelů podpory integrované zdravotní a sociální (dlouhodobé) péče | Pro plánování dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb včetně jejich monitorace je vysoce závislé na regionálních specifikách, a to v závislosti na jejich demografické a socioekonomické struktuře obyvatel, se kterými úzce souvisí i jejich zdravotní stav. Nastavený ucelený konsenzuální přístup napříč všemi aktéry se zohledněním regionálních problematik zajistí, že všechny aspekty péče budou náležitě koordinovány a efektivně podporovány dle skutečných specifických potřeb krajů. | Příprava a realizace základního modelu podpory integrované sociálně zdravotní péče a nástrojů pro kraje, které umožní zohledňování regionálních specifik reflektujících konkrétní potřebnost  a rozsah integrovaných zdravotních a sociálních služeb jednotlivých lokalit | 2022-2026 | MZD:  SZ-  OZP | V rámci MZD: SSL, SE, ÚZIS  Externí: MPSV, kraje, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, profesní organizace, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace | - Reforma dlouhodobé (sociálně zdravotní) péče: legislativní ukotvení sociálně zdravotní péče: jsou návrhy změnových zákonů č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,  - projekt OPZ+ Zdravotně sociální krajské plány (KRAPL),  - zahrnutí problematiky do Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035.  Realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD) | - návazné kroky v rámci změnového zákona k sociálně zdravotním službám  - další kroky v rámci realizace projektu OPZ+ Zdravotně sociální krajské plány (KRAPL)  - schválení Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035.  Realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD) |
| Vytvoření a podpora rozvoje nástrojů pro regionálně specifické modely integrované zdravotní a sociální (dlouhodobé) péče a podpora jejich rozvoje | 2024–2027 | MZD:  SZ-  OZP | V rámci MZD:  SE, SL  Externí:  ÚZIS, ITEZ, MPSV, kraje a obce, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| Dílčí cíl č. 2.5.3 Posílení role praktických lékařů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb v procesu poskytování integrované zdravotní a sociální péče | S ohledem na rozsah podpory nezbytné u pacientů s dlouhodobým chronickým onemocněním je nutné nastavit systém a procesy kooperace napříč relevantními lékařskými obory. Dále je nezbytné provázat péči poskytovanou napříč relevantními odbornostmi tak, aby byla efektivní a zabraňovala nežádoucímu poskytování duplicitní péče. Významným prvkem musí být podpora pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Spolupráce relevantních lékařských odborností je nezbytná i v rámci nelékařských a nezdravotnických odborností. | Vznik a rozvoj – multidisciplinárních přístupů v péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním se zapojením praktických lékařů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb | 2021-2032 | MZD SZ-  OZP | V rámci MZD:  SZ, SL, SE, IPVZ, NCO NZO, ÚZIS  Externí: MPSV, ČLS JEP, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny | Reforma dlouhodobé (sociálně zdravotní) péče – legislativní ukotvení sociálně zdravotní péče: jsou návrhy změnových zákonů č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách  - PS při NCO NZO  - dotační program MZD k podpoře neformálních pečujících  - začlenění problematiky do Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  - Národní kardiovaskulární plán do roku 2035  - Národní onkologický plán 2030  Realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD) | Pokračování aktivit v rámci:  - PS při NCO NZO  - dotační program MZD k podpoře neformálních pečujících  - schválení a tvorba implementačních plánů Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  -Realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD)  - Tvorba Akčního plánu Národního kardiovaskulárního plánu na období do roku 2028  -realizace Národního onkologického plánu do roku 2030 |
| Nastavení a podpora spolupráce relevantních segmentů zdravotních a dalších služeb zajišťujících péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním se zaměřením na jejich udržení ve vlastním sociálním prostředí | 2021-2032 | MZD  SZ-  OZP | V rámci MZD:  SL, SE  SZ  Externí: MPSV, ČLS JEP, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny |
| Standardizace multidisciplinární spolupráce a konziliární podpory pro specializované lékařské obory v péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním | 2027-2032 | MZD  SZ-  OZP | V rámci MZD: SL, SE  Externí: MPSV, ČLS JEP, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny |
| Dílčí cíl č. 2.5.4  Zvýšení a podpora dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb | S ohledem na vzrůstající poptávku po kapacitách v oblasti integrovaných zdravotních a sociálních služeb je nezbytné se zaměřit na monitoraci, rozvoj a plánování jejich podpory potřebné dostupnosti zdravotní a sociální péče. Aby bylo možní komplexně tyto roviny péče hodnotit, je nezbytné vytvořit nástroje pro náležitý sběr a hodnocení dat. | Podpora vzniku a rozvoje nástrojů pro monitoraci a plánování kapacit integrovaných zdravotních a sociálních služeb | 2021–2029 | MZD  SZ -  OZP | V rámci MZD:  SL, SE, ITEZ, ÚZIS  Externí: MPSV, kraje a obce, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | Reforma dlouhodobé (sociálně zdravotní) péče: legislativní ukotvení sociálně zdravotní péče: jsou návrhy změnových zákonů č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a č. 108/2006 Sb., o sociálních službách  - Viz 2.1.2 Projekt OPZ+ Zdravotně sociální krajské plány,  - Projekt Jadecare  - Projekt SZ data MPSV  - Aktuálně probíhající 31. a 32. výzva IROP – Podpora rozvoje a dostupnosti zdravotní následné péče | - Další proces realizace: Viz 2.1.2 Projekt OPZ+ Zdravotně sociální krajské plány,  -pokračování realizace OPZ+ projektu MPSV „zdravotně sociální data – SZ data“  -pokračování realizace OPZ+ projektu MPSV „Jednotná datová základna“  - pokračování 31. a 32. výzvy IROP II  -pokračování projektu OPZ+ „Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními“ |
| Podpora koordinované zdravotní a sociální péče s využitím nástrojů pro sdílení informací | 2022–2035 | MZD SZ – OZP | V rámci MZD  SL, SE, ITEZ, ÚZIS  Externí: MPSV, kraje, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| Dílčí cíl č. 2.5.5 Zvýšení kvality života pacientů dlouhodobým chronickým onemocněním | Osoby s dlouhodobým chronickým onemocněním se potýkají s mnohočetnými potížemi pramenícími nejen z přítomnosti chronického onemocnění, ale i z limitů v soběstačnosti v oblasti sociální. Systémovou podporu je proto nezbytné cílit specificky s ohledem na konkrétní skupiny těchto pacientů, neboť se jejich potřeby mohou výrazně lišit (např. i dle věkové struktury dané skupiny pacientů). Podporovány budou také metodické i legislativní kroky vedoucí k zajištění kvality života těchto pacientů. | Podpůrné nástroje pro poskytovatele integrovaných zdravotních a sociálních služeb o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním se zaměřením na jejich specifické potřeby | 2024-2035 | MZD  SZ – OZP  ÚZIS | V rámci MZD: SE, SL, ITEZ, ÚZIS  Externí: MPSV, MMR, MPO, kraje, ČLS JEP, profesní organizace, poskytovatelé integrované péče, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace, NNO | OPZ+: Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními  Při MZD byla vytvořena a působí Pacientská rada  PS při MZD pro pediatrii  Národní plán rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  Národní kardiovaskulární plán do roku 2035  Národní onkologický plán 2030 | Pokračování realizace projektu OPZ+ „Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními“  - schválení a tvorba implementačních plánů Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  - Tvorba Akčního plánu Národního kardiovaskulárního plánu na období do roku 2028  -Realizace národního onkologického plánu 2030 |
| Podpora multidisciplinárních přístupů v péči o pacienty a dlouhodobým chronickým onemocněním |
| Optimalizace a podpora dostupnosti zdravotních služeb pro pacienty dětského věku s dlouhodobým chronickým onemocněním | 2024-2034 |
| Podpora rozvoje a dostupnosti zdravotní péče o pacienty se vzácným onemocněním | 2023-2030 | MZD  SZ-OZP | V rámci MZ:  SL, SE, ÚZIS, Externí: poskytovatelé zdravotních služeb, pacientské organizace, SLG ČLS JEP, Centrum pro novorozenecký screening, NNO |
| Vznik a rozvoj multidisciplinárních přístupů v péči o pacienty se vzácným onemocněním | 2023-2034 | MZD SZ-OZP | V rámci MZD: ÚZIS, SL, SE  Externí: MPSV, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, ČLS JEP  , profesní organizace pacientské organizace, SLG ČLS JEP, NNO |  |
| Dílčí cíl č. 2.5.6 Optimalizace programů a podpora dostupnosti následné a dlouhodobé lůžkové péče | Pro efektivní plánování dostupnosti následné péče pro pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním je nezbytná kvalitní analýza a monitorace dané problematiky.  Na základě relevantních dat je následně možné nastavit podporu daných segmentů zdravotních služeb. | Detailní analýza lůžkové kapacity a její struktury ve vybraných regionech ČR | 2022–2026 | MZD:  ÚZIS  SZ- OZP | V rámci MZD:  SZ, SL, SE  ÚZIS, ITEZ  Externí: MPSV, zdravotní pojišťovny, kraje, asociace krajů ČR, profesní organizace | Projekt: „Mapa péče: Zvyšování informovanosti o možnostech podpory života seniorů v domácím prostředí“ publikace:  Atlas dlouhodobé́ péče  Analýza sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé́ péče v ČR  Zároveň vznikl Informační a datový portál o sociálních a zdravotních službách „Mapa péče (viz www.mapapece.cz)“  NZIP – informační portál, kde je dostupná mapa poskytovatelů zdravotních služeb | Splněno.  V dalších obdobích je pravděpodobnost plnění dalších navazujících v souvislosti s projekty „SZ data“. „KRAPL“, „jednotná informační základna“ |
| Zpracování modelu obsahujícího využití lůžkové kapacity ve vybraných krajích v oblasti lůžek následné a dlouhodobé péče a rozvoj struktury lůžek dlouhodobé lůžkové péče | 2022–2026 | MZD:  SZ- OZP  ÚZIS |
| Podpora investičních a neinvestičních nástrojů poskytovatelů lůžkové následné a dlouhodobé péče | 2023–2034 | MZD:  SZ – OZP | V rámci MZD  SL, SE  Externí:  MPSV, MMR, NPO  zdravotní pojišťovny, kraje, asociace krajů ČR, UZIS  ČLS JEP, profesní organizace | IROP II výzva č. 31. a 32. k podpoře následné lůžkové péče  Národní plán rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  Národní kardiovaskulární plán do roku 2035  Národní onkologický plán 2030  Realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD) | -pokračování výzva č. 31. a 32.  - schválení a tvorba implementačních plánů Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  -Pokračování realizace projektu OPZ+ „Integrovaná geriatrická péče o seniory s polymorbiditou s cílem podpory funkčního stavu“ (realizátor MZD)  - Tvorba Akčního plánu Národního kardiovaskulárního plánu na období do roku 2028  -Realizace národního onkologického plánu 2030 |
| Dílčí cíl č. 2.5.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů | Pro pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním je častou realitou opakovaně poskytování lůžkové péče a postupné snižování soběstačnosti a potřeby vnější komplexní podpory jak v oblasti zdravotní, tak sociální. S ohledem na kvalitu jejich života a současný trend deinstitucionalizace je nezbytné cílit podporu na integrované služby schopné je udržet co nejdéle v jejich vlastním sociálním prostředí. V této souvislosti jsou zásadními zdravotními službami služby domácí péče. | Podpora a rozvoj komplexní péče poskytované pacientům s dlouhodobým chronickým onemocněním v jejich vlastním sociálním prostředí | 2023–2032 | MZD  SZ  -OZP  -ONP | V rámci MZD: SE, SL, ITEZ, ÚZIS  Externí: MPSV, profesní organizace, zdravotní pojišťovny, asociace krajů, ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | Koncepce domácí péče  Vytvoření certifikovaného kurzu „Psychosociální intervence a minimální požadavky na rozsah a obsah vzdělávacího programu certifikovaného kurzu „Psychoterapeutická konzultace“,  Projekt OPZ+ MZD „Zvyšování kvality a dostupnosti domácí péče prostřednictvím zavádění nových metod a technologií“    Národní plán rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  KOMPAS Domácí a komunitní ošetřovatelská péče: Klasifikace, doporučené postupy a nákladové modely (ÚZIS) a KOPEC – komplexní domácí péče (NCO NZO) financované z Programu domácí péče, který je financován z Programu švýcarsko-české spolupráce  Realizace projektů OPZ+ (realizátor IPVZ a NCO NZO) „Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti dlouhodobé péče se zaměřením na problematiku poruch kognitivních funkcí a geriatrických pacientů na urgentních příjmech“  a  „Podpora zavedení modelu transdisciplinární péče o pacienty s neurodegenerativním onemocněním“ | Plnění opatření Koncepce domácí péče  Pokračování realizace projektu OPZ+ „Zvyšování kvality a dostupnosti domácí péče prostřednictvím zavádění nových metod a technologií“  - schválení a tvorba implementačních plánů Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  Pokračování realizace projektů OPZ+ (realizátor IPVZ a NCO NZO) „Vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti dlouhodobé péče se zaměřením na problematiku poruch kognitivních funkcí a geriatrických pacientů na urgentních příjmech“  a  „Podpora zavedení modelu transdisciplinární péče o pacienty s neurodegenerativním onemocněním“ |
| Posilování role všeobecných sester poskytujících zdravotní služby pacientům ve vlastním sociálním prostředí | 2023–2032 | MZD SZ  - OZP  - ONP | V rámci MZD: SL, NCO NZO Externí: MPSV, poskytovatelé zdravotních služeb, profesní organizace, zdravotní pojišťovny, Asociace krajů ČR a odborné společnosti poskytovatelé, zdravotní pojišťovny |
| Dílčí cíl 2.5.8 Optimalizace programů a podpora a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče) | V předchozích letech došlo k významnému rozvoji specializované paliativní péče, kdy nyní probíhá její další kultivace v návaznosti na nejnovější odborné poznatky. Velká pozornost je v současné době věnována i podpoře obecné paliativní péči poskytované mimo specializované paliativní týmy. S ohledem na současný rozvoj tohoto segmentu péče a pozornost, která je paliativní péči věnována je za zásadní považováno zajištění řízeného rozvoje paliativní péče v České republice, kterým dojde ke zlepšení kvality a zvýšení dostupnosti zdravotních služeb a služeb péče o zdraví klíčových pro vyrovnání se s demografickým stárnutím společnosti v jednotlivých regionech a rovněž s problémem dostupnosti péče o děti a dospívající se život limitujícím či ohrožujícím onemocněním a jejich rodin. | Strategie rozvoje paliativní péče v České republice | 2024–2027 | MZD SZ – OZP | V rámci MZD: SE, SZ SL, SL, ÚZIS, ITEZ Externí: MPSV, zdravotní pojišťovny, ČSPM ČLS JEP, ČLS JEP, sdružení poskytovatelů zdravotní péče, profesní organizace, pacientské organizace | Projekty OPZ+ Paliativa 1,2,3  Národní plán rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  PS MZD k nastavení podmínek pro investiční podporu paliativní péče z IROPII a vyhlášená výzva č. 71. a 72. výzva IROP – Podpora rozvoje a dostupnosti paliativní péče – SC 4.3 (PR) Pravidelný dotační program MZD – Program na podporu péče o pacienty v terminálním stadiu onemocnění | Pokračování realizace projektu OPZ+ Paliativa 3  Schválení a tvorba implementačních plánů Národního plánu rozvoje geriatrické péče v ČR do roku 2035  Pokračování pravidelného dotačního programu MZD |
| Implementace obecné paliativní péče ve zdravotnických zařízeních (lůžkové péče), ve vlastním sociálním prostředí, praktickými lékaři a dalšími poskytovateli ambulantních zdravotních služeb |
| Neinvestiční podpora poskytovatelů paliativní péče a podpora investic do infrastruktury poskytovatelů specializované konziliární péče, v paliativních ambulancích, v mobilní specializované paliativní péči a hospicové péči | 2022-2032 | MZD SZ–OZP | V rámci MZD: SE, SL, SZ, ÚZIS, ITEZ  Externí:  MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a sdružení poskytovatelů zdravotné péče- např. Fórum mobilních hospiců, pacientské organizace |
|  |  | Podpora rozvoje multidisciplinárních přístupů v péči o pacienty s potřebou paliativní péče | 2024-2035 | MZD  SZ-OZP | V rámci MZD:  SL, SE, SZ, ÚZIS, ITEZ  Externí:  MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a sdružení poskytovatelů zdravotné péče- např. Fórum mobilních hospiců, pacientské organizace |  |
| Dílčí cíl 2.5.9 Podpora rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů v dlouhodobé péči prostřednictvím programů | Při péči o pacienty s dlouhodobým chronickým onemocněním hrají neformální pečující významnou roli, a to hlavně při zajišťování podpory a péče ve vlastním sociálním prostředí. Péče o uvedenou skupinu pacientů je často velmi náročná, a to fyzicky i psychicky a vyžaduje mnohdy velký rozsah kompetencí, kterými musí neformální pečující disponovat. | Opatření pro podporu neformální péče | 2021–2034 | MZD SZ-OZP | V rámci MZD:  SE, SL, SZ, ÚZIS Externí:  MPSV, ČMKOS, NNO, pacientské organizace | Bude plněno novelou zákona č.108/2006 Sb.-změny v oblasti neformální péče  PS na podporu neformálních pečujících při NCO NZO  Nová priorita zaměřená na péči o osoby s chronickým onemocněním v rámci pravidelného dotačního programu MZD Podpora zdraví, zvyšování efektivity a kvality zdravotní péče  Pravidelný dotační program MZD – Vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením  projekt KOPEC – komplexní domácí péče (NCO NZO) financovaný z Programu domácí péče, který je financován z Programu švýcarsko-české spolupráce | Pokračování pravidelných dotačních programů MZD  PS na podporu neformálních pečujících při NCO NZO  Vzdělávací kurzy a programy zaměřené na neformální pečující  Podpora informačních zdrojů pro neformální pečující |
| Realizace dotačních programů podpory pro NNO podporující neformální pečující | 2021–2035 | MZD  SZ – OZP  SE-CAU | V rámci MZD: SL  Externí: MPSV |

Tab. č. 2: Hierarchická struktura a harmonogram realizace

# Rozpočet a předpokládané zdroje financování

Stejně jako v předchozích letech, i v období 2021–2035 představuje významný zdroj financování oblasti zdravotnictví státní rozpočet, kapitola 335 – Ministerstvo zdravotnictví. Dalšími významnými zdroji financování pak jsou fondy EU a další finanční mechanismy, jako je Program švýcarsko-české spolupráce. Rozpočet resortu je průběžně zajišťován prostřednictvím standartních procesů tvorby rozpočtového rámce (střednědobého i dlouhodobého) a je projednáván v rámci stanovování státního rozpočtu.

Podporované aktivity v rámci dílčích cílů 2.5.1–2.5.9 budou financovány převážně zdroji státního rozpočtu, krajských rozpočtů a z fondů EU a EHP fondů. Dalším zdrojem bude v rámci poskytování zdravotních služeb i veřejné zdravotní pojištění.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Číslo dílčího cíle** | **Celkové předpokládané náklady na realizaci DC** | **Typ nákladů**  **(administrativní kapacity/provozní náklady/ investiční výdaje/účelové neinvestiční výdaje)** | **Předpokládá se projektový záměr ANO/NE,** | **Předpokládané zdroje financování**  **(státní rozpočet/fondy zdrav. pojišťoven/programové financování – EF/“vyvolaný náklad“- pro úkol nejsou zabezpečeny zdroje ani personální kapacity)** | |
|  | **Již alokované zdroje[[1]](#footnote-3)** | **Další nutné zdroje** |
| Dílčí cíl 2.5.1 | 10 mil. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové neinvestiční výdaje | NE | Státní rozpočet, programové financování – EF, ostatní zdroje (rozpočty krajů) | SR  Dotační nástroje Ostatní zdroje  (krajské a ORP rozpočty) |
| Dílčí cíl 2.5.2 | 60 mil Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové neinvestiční výdaje | ANO | Státní rozpočet programové financování – EF, ostatní zdroje (rozpočty krajů) | SR  Dotační nástroje  Ostatní zdroje (rozpočty krajů a ORP) |
| Dílčí cíl 2.5.3 | 50 mil. Kč. | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové neinvestiční výdaje | ANO  50 mil. Kč (pilotní projekty) | Státní rozpočet, programové financování – EF, zdravotní pojištění | SR  Dotační nástroje  Zdravotní pojištění |
| Dílčí cíl 2.5.4 | 14 mil. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové neinvestiční výdaje | NE | Státní rozpočet (kapitoly MZD), ostatní zdroje (programové financování – EF (MZD a MPSV projekty OPZ+), zdravotní pojištění) | SR  Dotační nástroje  Zdravotní pojištění  Ostatní zdroje (rozpočty krajů a ORP) |
| Dílčí cíl 2.5.5 | 80 mil. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové neinvestiční výdaje | ANO  60 mil. Kč  (pilotní provozy) | Státní rozpočet programové financování – EF, ostatní zdroje (EHP fondy; finanční, zdravotní pojištění) | SR  Dotační nástroje  Zdravotní pojištění  Ostatní zdroje (rozpočty krajů a ORP) |
| Dílčí cíl 2.5.6 | 3 mld. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové  investiční výdaje  neinvestiční výdaje | ANO  50 mil. Kč  (pilotní provozy)  2,9 mld. Kč (investiční programy) | Státní rozpočet, programové financování – EF, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | SR  Dotační nástroje  Ostatní zdroje (zdravotní pojištění, rozpočty krajů a ORP) |
| Dílčí cíl 2.5.7 | 80 mil. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové  neinvestiční výdaje | ANO  70 mil. Kč  (pilotní provozy) | Státní rozpočet (rozpočtová položka MZD), programové financování – EF, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | SR  Dotační nástroje  Ostatní zdroje (rozpočty krajů a ORP)  Zdravotní pojištění |
| Dílčí cíl 2.5.8 | 2,5 mld. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové  investiční výdaje  neinvestiční výdaje | ANO  80 mil. Kč  (pilotní provozy)  2,3 mld. Kč  (investiční programy) | Státní rozpočet, programové financování – EF, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | SR  Dotační nástroje  Ostatní zdroje (rozpočty krajů a ORP)  Zdravotní pojištění |
| Dílčí cíl 2.5.9 | 700mil. Kč | administrativní kapacity  provozní náklady  účelové  neinvestiční výdaje | ANO  650 mil. Kč  (pravidelné dotační programy MZD-PVP a PZ) | Státní rozpočet (rozpočtová položka MZD), programové financování – EF, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | SR  (pokračování dotačních programů MZD a další kapitoly vázané na vzdělávací aktivity, legislativní činnosti apod.)) |
| **Celkem** | **7,2 mld. Kč** |  |  |  | |

Tab. č. 3: Rozpočet dle dílčích cílů a plánované zdroje financování

# Soubor indikátorů

Naplňování Strategického rámce Zdraví 2035 je sledováno prostřednictvím indikátorů, které představují účinný nástroj pro měření cílů, postupu či dosažených efektů jednotlivých úrovní implementace.

Na úrovni Strategického rámce Zdraví 2035 jsou stanoveny základní indikátory, u nichž je zřejmá návaznost na indikátory Strategického rámce ČR 2030.

Soubor indikátorů slouží ke sledování pokroku v plnění jednotlivých cílů. Zdraví 2035 obsahuje indikátorovou sadu, která měří dopady intervencí na nejvyšší úrovni. Tento IP má přispívat především k dosažení cílových hodnot následujících indikátorů:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indikátor** | **Stručná definice** | **Význam indikátoru (proč byl indikátor zvolen)** | **Zdroj dat** | **Gestor** | **jednotka** | **Frekvence sběru dat** | **Hodnota k 31.12.2023** | **Hodnota k 31.12.2024** | **Hodnota k 31.12.2025** | **Cílový stav** |
| **-2035** | |
| Počet lůžek dlouhodobé a následné péče | Počet lůžkových kapacit poskytovatelů zdravotních služeb v rámci následné a dlouhodobé lůžkové péče dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování | S ohledem na demografický vývoj a stárnutí populace je nezbytné navyšovat kapacity následné a dlouhodobé lůžkové péče. Současná organizace a financování dlouhodobé péče nejsou připraveny absorbovat rostoucí poptávku, což zvyšuje tlak na zdravotní systém. Současně narůstající prevalence vážných dlouhodobých onemocnění vyžaduje efektivní modely integrované péče. Podíl obyvatelstva ve věku osmdesáti let a více se do roku 2050 téměř zdvojnásobí, což dále zvýší potřebu lůžkové péče. | ÚZIS | MZD/SZ-OZP | Počet lůžek dlouhodobé péče na 1000 obyv. | 1x2 roky | 2,6 | 2,62 |  | 3,3 | |
| Počet pacientů léčených v domácí péči | Pacienti využívající indikovanou zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí, tedy mimo lůžková zdravotnická zařízení (tj. hlavně prostřednictvím domácí zdravotní péče – hl. odbornost 925 a 926, návštěvní služby lékařů) | Ročně bylo dle údajů z roku 2019 v domácí péči léčeno necelých 150 tisíc obyvatel (1,36 % populace v roce 2017), přičemž mezi kraji jsou výrazné rozdíly v počtu osob léčených v domácí péči. Pacienti se stabilizovaným dlouhodobým chronickým onemocněním významně profitují z péče poskytované v jejich domácím prostředí (a to v domácím prostředí nebo v prostředí sociálních služeb), neboť tato forma péče umožňuje vyšší míru poskytování individuální a kontinuální péče v prostředí, které je pro pacienty známé a pohodlné, což přispívá k jejich psychické a fyzické pohodě. | ÚZIS | MZD/SZ-OZP | Počet pacientů léčených v domácí péči na 1000 obyv. | 1x2 roky | 15,2 | 15,8 |  | 19,6 | |

Tab. č. 4: Indikátory dopadů na úrovni Zdraví 2035

Následně je pak u každého specifického cíle uveden soubor indikátorů, jak dopadových, tak výstupových/výsledkových pro každý dílčí cíl. Tyto jsou podrobně rozepsány v příloze č. 1 Strategického rámce Zdraví 2035 Indikátorová sada.

V průběhu procesu implementace integrované péče jsou za podstatné považovány indikátory výsledkové vyjadřující existenci metodik podpory dotčených oblastí tohoto systému péče i dopadové, které určují převážně počty poskytovatelů zdravotně sociální péče všech forem služeb. Dopadové indikátory budou v průběhu přípravy implementace upřesněny s ohledem na výsledky jednání s dotčenými aktéry a spolupracujícími subjekty.

# Implementační struktura

Garantem provádění Strategického rámce Zdraví 2035 a jeho implementačních plánů je Ministerstvo zdravotnictví. Zastřešujícím orgánem, který vykonává dohledovou a kontrolní činnosti nad realizací Strategického rámce Zdraví 2035 a implementačních plánů, je vedení Ministerstva zdravotnictví, které projednává a schvaluje klíčové dokumenty a zajišťuje vzájemný soulad realizace Strategického rámce Zdraví 2035 a všech jeho implementačních plánů a dalších souvisejících dokumentů.

Jako poradní orgán ministra zdravotnictví v oblasti implementace Zdraví 2035 je příkazem ministra č. 26/2023[[2]](#footnote-4) zřízen Řídicí výbor implementace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035, který byl dále upraven příkazem ministra č. 26/2023 ze dne 21. dubna 2023 (dále jen „Řídicí výbor Zdraví 2035“), jehož činnost spočívá především v

* dohledu nad implementací Zdraví 2035 vč. jeho implementačních plánů,
* dohledu nad řízením rizik v rámci implementace jednotlivých implementačních plánů,
* vzájemné koordinaci realizace implementačních plánů,
* koordinaci příprav revizí dokumentů a pravidelných zpráv o průběhu implementace,

posouzení podstatných změn Zdraví 2035 a implementačních plánů.

Za realizaci implementačního plánu je zodpovědný gestor implementačního plánu, kterým je vrchní ředitel sekce pro zdravotní péči (SZ).Gestor implementačního plánu vrcholově řídí a odpovídá za realizaci implementačního plánu daného specifického cíle Komplexní zprávu o průběhu realizace implementačního plánu (nebo také „hodnoticí zpráva“), gestor vytváří na základě dílčích zpráv o plnění jednotlivých dílčích cílů, sekce ochrany a podpory veřejného zdraví a pravidelně ji předkládá Řídicímu výboru Zdraví 2035 a následně poradě vedení MZD dle harmonogramu uvedeného ve Strategickém rámci Zdraví 2035.

Proces implementace zdravotně sociálního pomezí spadá do gesce sekce SZ a blíže dále ředitele odboru zdravotní péče (OZP). SZ je dále gestorem procesu implementace a rozvoje integrované zdravotní péče. Na implementaci konkrétních dílčích cílů budou spolupracovat i další oddělení MZD a externí subjekty dle uvedené hierarchické struktury prací a harmonogramu realizace.

SL, SE

Obr. č. 2: Schéma realizační struktury

# Řízení rizik

Cílem řízení rizik je předcházet situacím, které by mohly ohrozit úspěšnou realizaci implementačního plánu. Řízení rizik spočívá v systematické identifikaci, měření, zvládání, monitorování a vykazování všech významných rizik jednotným a integrovaným způsobem tak, aby byly pokryty všechny rizikové oblasti.

Základním nástrojem řízení rizik je tzv. Registr rizik, který je jednou ze základních součástí implementačního plánu. Registr rizik obsahuje jednak seznam definovaných rizik na úrovni implementačního plánu, spolu s určením významnosti rizika a dále seznam navrhovaných nápravných opatření ke snížení rizika spolu s vlastníky, kteří jsou odpovědní za jejich provádění.

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je nutné Registr rizik průběžně aktualizovat, a to minimálně jednou ročně jako součást Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu. Součástí je i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je aktualizován garanty jednotlivých oblastí IP na základě informací z průběhu implementace IP v daném roce a projednán jako součást Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu Řídicím výborem Zdraví 2035. Ta je následně schvalována vedením MZD.

V průběhu implementace jsou vlastníky rizik prováděna navržená nápravná opatření. Řízení rizik je kontinuálním procesem, proto v případě, že v průběhu roku je některým subjektem zapojeným do implementace identifikováno dle jeho názoru kritické riziko (tj. riziko   
se stupněm významnosti v rozmezí 16–25), je tento subjekt povinen informovat o něm gestora a garanty implementačního plánu*.* Gestor implementačního plánu je povinen stanovit k novému kritickému riziku nápravná opatření a informovat o nich vlastníky rizik.

Při přípravě implementačního plánu byla stanovena následující rizika, která mohou významně ovlivnit naplňování specifického cíle potažmo cílů dílčích.

|  | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název rizika** | **Popis rizika** | **Dopad rizika[[3]](#footnote-5)** | **Pravděpodobnost výskytu rizika[[4]](#footnote-6)** | **Významnost rizika[[5]](#footnote-7)** | **Opatření vedoucí ke snížení rizika** | **Vlastník**  **nápravného**  **opatření** |
| Nedostatečná spolupráce na  národní i regionální úrovni | V rámci implementace zdravotně sociální péče je potřebný významný soulad mezi dotčenými subjekty na národní i regionální úrovni. Zdravotní i sociální služby budou sloučeny v komplexní službu a tím je dána potřeba výrazné spolupráce mezi MZD a MPSV. Dalším významným prvkem, je značná odlišnost jednotlivých regionů a akcentace na jejich majoritní podíl při tvorbě regionální strategie rozvoje zdravotně sociální péče. Ochota krajů společně hledat východiska je klíčová. | 5  nepřijatelné | 3  běžně možná | 15  kritické/vysoké | Pro úspěšnou implementace zdravotně sociální péče je nutná shoda na vládní úrovni, tedy mezi ministry MZD, MPSV, která je návazně diskutována i na dalších úrovních řízení. | MZD, MPSV |
| Nedostatek finančních zdrojů | Nezajištění zdrojů je jednou z hlavních příčin nemožnosti realizace aktivit, nenaplnění cílů a přínosu strategických materiálů. | 5  nepřijatelné | 3,5  Pravděpodobná | 17,5  kritické/vysoké | Vyčíslení možných nákladů a přiřazení zdrojů – ESF+, státní rozpočet, zdravotní pojišťovny. Potřebná shoda na ministerské úrovni v rámci rezortů MZD a MPSV je nutná jako základ pro návaznou diskuzi na dalších úrovních řízení. Nezbytná je dále spolupráce s MF a pojišťovnami | MZD, MPSV |
| Nedostatečná meziresortní spolupráce | V rámci zdravotně-sociálního pomezí není možné realizovat systémové změny bez účasti příslušných zainteresovaných stran, z nichž v první řadě musí úzce a v souladu kooperovat MZD a MPSV. Dělit se o nápady, práci, být součinní při financování aktivit a další potřebné podpoře. Proces přijímání nových legislativních pravidel není pozitivně přijímán pro nutnost implementace potřebných změn a opatření, která s sebou přináší, úzkostné prosazování zvyklostí a způsobů řešení zdravotně sociální problematiky je významnou překážkou pro úspěšnou implementaci konsensuální strategie rozvoje integrované péče | 5  nepřijatelné | 3,5  pravděpodobná | 17,5  kritické/vysoké | Pro aktivní účast jednotlivých aktérů v systému je potřebné zajištění kvalitní a podporující komunikace, zajištění jejich informovanosti v rámci příslušných gescí, dobrá argumentace problematiky a proaktivní přístup ke spolupracujícím aktérům. Změny je vhodné pro jejich úspěšnou realizaci plánovat v jednotlivých navazujících krocích | MZD, MPSV |
| Nedostatečné personální zajištění | Na základě snižování personálního stavu ve věcně příslušných útvarech | 5  nepřijatelné | 3  běžně možná  pravděpodobná | 17,5  kritické/vysoké | Změny systemizace věcně příslušných útvarů navrhovat s ohledem na závazky a řešenou agendu, aby nedošlo k ohrožení implementace – strategie je naplánován na příštích deset let. | MZD, MPSV |
| Nedodržování implementačního harmonogramu | Neplnění indikátorů bude v příštím programovém období (ve spojení s financováním ESF+ a dalšími zdroji) průběžně kontrolováno– neplnění může mít za následek snížení/odebrání zdrojů financování. | 3 běžně možná | 3,5  Pravděpodobná | 17,5  Kritické/vysoké | Pečlivá příprava projektové dokumentace a zajištění stabilního prostředí pro projektový tým zajišťující implementaci. Zpracování kritické cesty projektu, pravidelná kontrola nákladů a dosahování milníku projektu. | MZD, MPSV |
| Odpor veřejnosti/stakeholderů ke změnám | Změny jsou pochopitelně často pro nepochopení účelu a obavám z negativních dopadů odmítány veřejností i řídícími strukturami | 3  významný | 3  Běžně možná | 9  Závažné/střední | Transparentní a pravdivá komunikace – veřejný zdroj, kde může kdokoliv nalézt informace o aktivitách, cílech a podniknutých krocích. Sestavení registru zájmových stran a zapracování požadavků na komunikaci dle registru do komunikačního plánu. | MZD, MPSV |
| Nízký zájem cílové skupiny | Cílové skupiny neprojeví zájem o spolupráci v rámci implementace opatření a o jejich konečné výstupy | Velmi významný  3.2 | Výjimečně možná  1.8 | 5.76  Běžné /nízké | Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, přívětivost řešení | MZD |
| Nedostatečné personální zajištění (na úrovni poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, praktických lékařů, cílových skupin, atd.) | Kapacita cílových skupin bude natolik nízká, že nebude možné s nimi spolupracovat na implementaci opatření a dosáhnout konečných výstupů. Personální situace je značně rozdílná na úrovni krajů, měst i samotných poskytovatelů zdravotních služeb. Nestabilní poptávka po zaměstnávání v lékařských i nelékařských oborech zajišťujících zdravotně sociální péči je ovlivněna mnoha faktory, kdy mezi významné patří prestiž dané pracovní pozice, mzdové ohodnocení, dostupnost zaměstnavatele a pracovní podmínky. | Významný  2.5 | Pravděpodobná  4.0 | 10  Závažné/střední | Dostupné možnosti financování z rozpočtových a jiných relevantních finančních prostředků. Je potřebná podpora vzdělávání v rámci odborné přípravy na výkon zaměstnání ve zdravotně sociálních službách a možností dalšího vzdělávání na úrovni ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Významným faktorem mohou být i dobré pracovní a platové podmínky v rámci poskytovatelů zdravotně sociální péče. Podpora kapacit pracovníků zajišťujících faktický chod služeb zdravotně sociální péče je možná prostřednictvím zvýšení prestiže důrazem na motivaci ke vzdělávání pracovníků zdravotně sociálních služeb, nabídkou dalšího profesního vzdělávání, nastavením mzdových opatření, informovaností laické i odborné společnosti o specifikách dlouhodobé péče | MZD |
| Neshoda aktérů vzhledem k odlišným zájmům | Třebaže je společným zájmem spravedlivé a efektivní zdravotnictví, partikulární zájmy různých aktérů jsou odlišné, což by mohlo vést k blokaci při přípravě a implementaci opatření | Významný  2.5 | Běžně možná  3.0 | 7.5  Běžné/nízké | Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, jasné nastavení rolí | MZD |
| Rigidita ve stávající legislativě, v rámci krajů rozdílný přístup k řešení stejných problémů | Současná legislativa řeší problematiku zdravotně sociálního pomezí izolovaně v rámci gesce daných resortů. MZD je zaměřeno na problematiku poskytování zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních a v rámci poskytovatelů zdravotních služeb. MPSV řeší sociální problematiku péče o sociálně potřebné. Pro úspěšnou implementaci zdravotně sociální péče do praxe je potřebný legislativní soulad v gescích obou zúčastněných rezortů. V rámci krajů je nutné zachovat systémově jednotný směr integrace zdravotně sociální péče, v němž bude následně prostor pro prosazení relevantních specifik daných regionálními odlišnostmi. | 3,8  velmi významný | 3,1  pravděpodobná | 11,8  závažné/střední riziko | Kraje musejí být zapojeny do všech fází implementace integrované péče tak, aby bylo možné nalezení shody v rámcové strategii. Mezi rezorty MZD a MPSV je nutná výrazná aktivní komunikace a sdílení informací a návrhů týkajících se rámcové strategie, a to ve všech fázích implementace zdravotně sociální péče |  |
| Roztříštěnost systému a politická vůle | Systém zdravotní a sociální péče je v rámci daných rezortů i u jednotlivých poskytovatelů výrazně odlišně interpretován i praktikován.  Změna v systém zdravotně sociální péče bude znamenat značný zásah do dosavadních odděleně poskytovaných systémů zdravotních a sociálních služeb, z čehož může pramenit nízká politická vůle k jejímu prosazení. | 5  nepřijatelný | 3,5  pravděpodobná | 17,5  kritické/vysoké riziko | Pro kvalitní přípravu rámcové strategie a regionálních strategií implementace zdravotně sociální péče je nutná intenzivní komunikace a spolupráce se všemi dotčenými rezorty a úrovněmi řízení za účelem nalezení shody. Je potřebná kvalitní argumentace a vstřícný přístup ke konstruktivním návrhům spolupracujících stran |  |
| V rámci krajů rozdílný přístup k řešení problematiky zdravotně sociální péče | Výrazná odlišnost v přístupu a preferencích, se kterými kraje k problematice zdravotně sociální péče přistupuje, může velmi ovlivnit ochotu akceptovat konsensuální strategii rozvoje integrované péče | 3,9  Velmi významný | 4,0  Pravděpodobná | 15,6  závažné/ střední | Aktivní zapojení krajů do všech fází implementace. Aktivní komunikace společných témat, přijatelná akceptace regionálních specifik jednotlivých krajů |  |
| Úzké zaměření na kurativní léčbu konkrétních onemocnění | Integrovaná péče je komplexem zdravotních a sociálních služeb poskytující péči  pacientům, kteří potřebují zdravotně sociální péči, zaměřenou na jejich měnící se potřeby. Těmto osobám je nutné poskytovat celostní péči, jež bude obsahovat různý poměr zdravotní i sociální složky. Preference kurativní léčby konkrétních onemocnění a symptomů neodpovídá potřebám pacientů, potřebujícím komplexní služby zahrnující v různém poměru zdravotní i sociální složku a nemůže tedy pokrýt celou škálu jejich skutečných potřeb. | 3,4  velmi významný | 3,5  Pravděpodobná | 11,9  závažné/střední riziko | Problematika potřebnosti zdravotně sociální péče s ní související nutnosti obrátit zájem i k dlouhodobým potřebám pacientů trpících trvale zdravotním postižením se ztrátou významné části soběstačnosti bude potřebné implementovat do komunikačních strategií mechanismy podporující osvětu v této oblasti, zajistit pro odborníky, zaměřit se na vzdělávání v této oblasti na úrovni lékařských i nelékařských profesí. |  |
| Upřednostňování akutní a vysoce specializované péče | Zdravotně sociální péče je uceleným systémem zdravotních a sociálních služeb, který komplexně reaguje na individuální potřeby  pacientů potřebujících zdravotně sociální péči. Je péčí dlouhodobou a preferování akutní a vysoce specializované péče pro ni znamená významné ohrožení | 3,4  velmi významný | 3,5  Pravděpodobná | 11,9  závažné/střední riziko | Pro účely úspěšné implementace zdravotně sociálních služeb do praxe a jejich následnou podporu a rozvoj je nutné kvalitně a podloženě informovat odbornou veřejnost o potřebnosti této péče, seznamovat ji s dílčími kroky implementace a jejich dopady na praxi a dostupnost služeb |  |
| Nedostatečné kompetence všeobecných sester | V rámci zdravotně sociální péče bude potřebné nastavit širší a komplexnější pravomoci všeobecných sester | 4  velmi významný | 4  Pravděpodobná | 16  kritické/vysoké riziko | Nástrojem bude podpora dalšího vzdělávání všeobecných sester v oblasti zdravotně sociální péče a tvorba metodik pro zajištění zdravotně sociální péče. |  |

Tab. č. 5: Registr rizik ke dni schválení IP

# Řízení změn

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je pravděpodobné, že se budou muset implementační plány pravidelně revidovat a aktualizovat. Minimálně došlo k jedné revizi na základě povinně stanovené revize Strategického rámce Zdraví 2030 v roce 2025. V rámci této revize došlo k rozšíření specifických cílů o další oblasti, které nebyly v dosavadním Strategickém rámci Zdraví 2030 obsaženy a rovněž došlo k prolongaci dokumentu do roku 2035.

Pro přípravu a schvalování změn implementačního plánu je stanoven následující postup: Zpravidla dochází k úpravě textu implementačního plánu  na základě vyhodnocení pravidelné roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu, z níž mohou vzejít navrhované změny, které nemají vliv na označení specifického cíle a dílčích cílů – tj. je možné upravovat seznam opatření, zdroje financování apod. Změny jsou projednány na úrovni pracovní a následně předloženy ke schválení Řídicímu výboru Zdraví 2035 a poté i poradě vedení MZD. Změny většího rozsahu, které by vyžadovaly revokaci dokumentu, je nutné schválit Řídicím výborem Strategického rámce Zdraví 2035, poradou vedení a následně předložit vládě ČR.

Po schválení roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je v případě, že došlo ke změně textu implementačního plánu, vydávána nová verze implementačního plánu s vyznačením platnosti.

# Monitorování a evaluace

Součástí implementace je i proces monitorování a evaluace realizace implementačního plánu. Tyto procesy do značné míry probíhají současně a kontinuálně.

Cílem monitorování je průběžné zjišťování pokroku v realizaci implementace a porovnávání získaných informací s výchozím přepokládaným plánem. Monitorování je soustavnou činností, která probíhá během celého trvání implementace. Nastavený a fungující systém monitoringu umožní v případě potřeby revizí implementačního plánu již v průběhu jeho realizace. Zároveň bude systém monitorování sloužit k vyhodnocení výsledků a dopadů implementačního plánu i Strategického rámce Zdraví 2035 jako celku, po skončení jeho realizace. Monitorovací systém je navržen tak, že každé dva roky bude vládě ČR předkládána pro informaci Zpráva o průběhu implementace Strategického rámce Zdraví 2035. Zpráva o průběhu realizace implementačního plánu[[6]](#footnote-8), která představuje vyhodnocení postupu realizace samotného implementačního plánu, bude každý rok předkládána Řídicímu výboru Zdraví 2035 a následně ke schválení poradou vedení MZD. Bude sledováno, jakým směrem jde vývoj v dané oblasti a budou zajišťovány zdroje dat o vybraných oblastech a sledovány a vyhodnocovány příslušné indikátory. Za vypracování a předložení Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu Řídicímu výboru Zdraví 2035 a poradě vedení MZD odpovídá gestor implementačního plánu.

Povinnou součástí Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je:

1. vyhodnocení plnění jednotlivých opatření
2. aktualizovaný Registr rizik včetně vyhodnocení plnění nápravných opatření
3. návrhy na nepodstatné změny textu Implementačního plánu (opatření, úpravy v navrhovaném financování, atp)

Zpráva o průběhu realizace implementačního plánu je gestorem implementačního plánu předkládána k projednání Řídicímu výboru Zdraví 2035 nejpozději **do konce února následujícího roku** a ke schválení vedení MZD nejpozději **do konce března následujícího roku**. Každý druhý rok (v letech 2023, 2025, 2027, 2029, 2031, 2033) je pak Zpráva o průběhu realizace implementačního plánu podkladem pro průběžnou Zprávou o průběhu realizace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035, která je předkládána vládě ČR pro informaci vždy nejpozději do konce září následujícího roku. Na konci implementačního období bude vypracována Závěrečná zpráva o průběhu realizace Strategického rámce Zdraví 2035, která bude předložena vládě ČR do konce září 2036.

# Komunikační plán

Komunikační plán implementačního plánu vychází z Komunikační strategie Strategického rámce Zdraví 2035. Cílem komunikace realizace implementačního plánu je především zajistit informovanost dotčených subjektů a veřejnosti o existenci, obsahu a cílech daného implementačního plánu.

Komunikační plán implementačního plánu má nastavit základní rámec komunikace a spolupráce mezi dotčenými subjekty, má také informovat odbornou i širší veřejnost o cílech a záměrech implementačního plánu. Je zároveň prostředkem, jak dosáhnout široké akceptace aktivit a opatření, kterými je realizace implementačního plánu prováděna.

V implementačním plánu jsou stanoveny základní parametry komunikačního plánu, v rámci Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je vždy aktualizován pro daný rok s tím,   
že je zohledněna fáze implementace implementačního plánu (tj. jsou vybírány prioritní cílové skupiny, konkrétní sdělení i formy sdělení atd.)

Tvorba a aktualizace Komunikačního plánu probíhá vždy ve spolupráci s odborem komunikace s veřejností MZD a celá realizace komunikačního plánů pak probíhá v úzké koordinaci s tímto odborem.

Cílovými skupinami komunikace IP jsou zejména:

* jednotlivé rezorty a další ústřední orgány státní správy,
* organizace podřízené MZD,
* pracovníci MZD,
* územní samosprávné celky,
* parlament,
* profesní komory,
* poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb
* zřizovatelé poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb
* poskytovatelé zdravotních služeb ve specifikovaných oborech
* zdravotní pojišťovny,
* zájmová sdružení,
* neziskové organizace,
* odborná i laická veřejnost,
* akademická sféra
* Evropská komise,
* entity spravující další zdroje financování,
* zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům
* soukromé entity
* mezinárodní organizace.

Obsah komunikace je zaměřen především na prezentaci IP, jeho dílčích cílů a opatření uvedeným cílovým skupinám. Primárním nástrojem šíření informací bude web MZD a sociální sítě, které budou doplňovat případné letákové kampaně, tištěné brožury   
či tiskové konference k významným událostem v rámci jednotlivých aktivit, případně informační semináře pro poskytovatele zdravotních služeb a dotčené subjekty. Strategický rámec Zdraví 2035 a jeho implementační plány budou také pravidelně prezentovány   
na veřejných akcích pořádaných MZD, jako je např. Den zdraví.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název aktivity** | **Popis obsahu sdělení** | **Cílová skupina** | **Forma sdělení** | **Předpokládaná doba realizace** | **Realizátor** | Garant |
| Odborné kulaté stoly, pracovní skupiny, konzultace, odborná setkání na téma řešených dílčích cílů/opatření | Odborná setkání a komunikace s dotčenými cílovými skupinami v rámci hodnocení oblastí dílčích cílů/opatření a plánování, realizace a hodnocení jednotlivých kroků implementace včetně sdílení příkladů dobré praxe, sdílení zkušeností a podnětů k inovacím, odborná stanoviska k problematice | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,  odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,  územní samosprávné celky,  pracovníci MZD a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,  pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Setkání a kulaté stoly  Konzultace | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření.  Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZD | VZ+TIS  UZIS+ spolupracující sekce MZD |
| Odborné konference a semináře a workshopy na téma řešených dílčích cílů/opatření | Odborná sdělení a komunikace s dotčenými cílovými skupinami v rámci analýz stávajícího stavu, hodnocení stávajících realizovaných výstupů a plánovaných kroků, přenosu odborných zkušeností a sdílení příkladů dobré praxe, sdílení zkušeností a podnětů k inovacím, odborná stanoviska k problematice  z jednotlivých oblastí dílčích cílů/opatření včetně | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,  odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,  územní samosprávné celky,  pracovníci MZD a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,  pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Konference  Semináře  workshopy | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření  Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZD  UZIS  profesní sdružení a komory | VZ+TIS  UZIS+ spolupracující sekce MZD |
| Tiskové zprávy  webové zprávy, sociální media  tiskové konference pro veřejnost  na obecná témata i na témata řešených dílčích cílů/opatření | Zacílení na popularizaci a adekvátní informovanost veřejnosti obecně o problematice integrované péče, problematice pacientských organizací a organizací zaměřených  na pomoc pacientům a problematice reformy péče o duševní zdraví | Laická veřejnost | Tiskové zprávy  webové zprávy, sociální media  tiskové konference | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření | MZD  UZIS | VZ+TIS  UZIS+ spolupracující sekce MZD |
| Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávy a odborné články za účelem odborné prezentace problematiky v sociálních médiích | Odborná prezentace výstupů plánování, realizace i hodnocení jednotlivých dílčích výstupů/opatření | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,  odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,  územní samosprávné celky,  pracovníci MZD a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,  pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávy  Odborné články | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření | MZD | VZ+TIS+ spolupracující sekce MZD |
| Zacílené webové stránky | Adekvátní prezentace dat a výstupů vázaných k jednotlivým dílčím cílům/opatřením dle dané cílové skupiny  Součást cílového výstupu role koordinátora pro integrovanou péči | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,  odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,  územní samosprávné celky,  pracovníci MZD a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,  pacientské organizace zdravotní pojišťovny  laická veřejnost | Webové stránky | Plnění v průběhu celého implementačního období | MZD | VZ+TIS+  spolupracující sekce MZD |
| Výzva ke spolupráci | Výzva gestorů směřovaná k dotčeným cílovým skupinám, které budou voleny na základě konkrétních oblastí | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,  odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,  územní samosprávné celky,  pracovníci MZD a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,  pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Písemná výzva ke spolupráci | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření.  Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZD | VZ+TIS+ spolupracující sekce MZD |

Tab. č. 6: Základní komunikační plán

**Seznam zkratek**

|  |  |
| --- | --- |
| **ČLS JEP**  **ČMKOS** | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně  Českomoravská konfederace odborových svazů |
| **ČR** | Česká republika |
| **DC** | Dílčí cíl |
| **EHP** | Evropský hospodářský prostor |
| **ESF**  **EF** | Evropské strukturální fondy  Evropské fondy |
| **EU** | Evropská unie |
| **IP**  **IPVZ** | Implementační plán  Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví |
| **ITEZ** | Odbor IT a elektronizace zdravotnictví MZD |
| **KAN**  **KHS** | Odbor kancelář ministra MZD  Krajské hygienické stanice |
| **MF** | Ministerstvo financí |
| **MMR** | Ministerstvo pro místní rozvoj |
| **MPSV** | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| **MSp** | Ministerstvo spravedlnosti |
| **MŠMT** | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |
| **MZD** | Ministerstvo zdravotnictví |
| **NCO/NZO** | Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů |
| **SE** | sekce pro ekonomiku a zdravotní pojištění MZD |
| **SL**  **SZ**  **SZÚ** | sekce pro legislativu a právo MZD  Vrchní ředitel pro zdravotní péči MZD  Státní zdravotní ústav |
| **NNO** | Nestátní neziskové organizace |
| **NZIS** | Národní zdravotnický informační systém |
| **OPP** | Oddělení podpory práv pacientů MZD |
| **OZP** | Odbor zdravotní péče MZD |
| **SC** | Specifický cíl |
| **TIS** | Odbor komunikace s veřejností MZD |
| **ÚV** | Úřad vlády České republiky |
| **ÚZIS** | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR |

**Slovník použitých pojmů**

**Integrovaná zdravotní a sociální péče**

Integrovanou zdravotní a sociální péčí se pro účely tohoto materiálu rozumí komplex poskytování zdravotních a sociálních služeb nebo plánovaná a koordinovaná zdravotní péče poskytovaná pacientům poskytovateli zdravotních služeb ve specifikovaných oborech a v úzké spolupráci s praktickým lékařem. Tento pojem není legislativně ukotven, ale je součástí Strategického rámce Zdraví 2030 SC, který je předmětem tohoto IP.

**Dlouhodobá péče/zdravotně sociální péče**

Komplex zdravotní a sociální péče poskytovaný pacientovi v rámci celku zdravotních a sociálních služeb v poměru

a míře odpovídajícím jeho individuálním potřebám.

**Neformální (laický) pečovatel**

Osoba blízká, známá nebo osoba v příbuzenském vztahu, která poskytuje péči osobě závislé na podpoře a pomoci.

**Geriatrický pacient**

Pacient vyššího věku, obvykle starší 65 let a převážně nad 75 let, s komplexní chronickou nemocností -polymorbiditou[[7]](#footnote-9) často doprovázenou polypragmazií[[8]](#footnote-10) a geriatrickými syndromy, resp. rizikem jejich rozvoje.

**ORPHA kódy**

Jedinečné identifikátory používané k označení

a klasifikaci vzácných onemocnění v databázi Orphanet.

**Seznam obrázků**

Obr. 1 Specifické cíle Strategického rámce Zdraví 2035

Obr. č. 2: Schéma realizační struktury

**Seznam tabulek**

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

Tab. č. 2: Hierarchická struktura a harmonogram realizace

Tab. č. 3: Rozpočet dle dílčích cílů a plánované zdroje financování

Tab. č. 4: Indikátory dopadů na úrovni Strategického rámce Zdraví 2035

Tab. č. 5: Registr rizik ke dni schválení IP

Tab. č. 6: Základní komunikační plán

1. K 1.1.2025 [↑](#footnote-ref-3)
2. Aktualizace PM 39/2019 ze dne 20.11.2019 [↑](#footnote-ref-4)
3. Riziko identifikovat na škále: Téměř neznatelný (od 0,1 do 1,0), Drobný (od 1,1 do 2,0), Významný (od 2,1 do 3,0), Velmi významný (od 3,1 do 4,0), Nepřijatelný (od 4,1 do 5,0). Přičemž dopad rizika je určen stupněm míry dopadu na implementaci, tedy do jaké ohrožuje úspěšné naplnění daného cíle – do kolonky vkládat číslo i popis. [↑](#footnote-ref-5)
4. Pravděpodobnost výskytu rizika identifikovat na škále: Téměř nemožné (od 0,1 do 1,0), Výjimečně možná (od 1,1 do 2,0), Běžně možná (od 2,1 do 3,0), Pravděpodobná (od 3,1 do 4,0), Hraničící s jistotou (od 4,1 do 5,0). Do kolonky vkládat číslo i popis. [↑](#footnote-ref-6)
5. Součin hodnot Dopad rizika x Pravděpodobnost výskytu rizika: Kritická/vysoká rizika (výsledek: 16–25), Závažná/střední rizika (výsledek: 9–15,9), Běžná/nízká rizika (výsledek: 0,01–8,9) [↑](#footnote-ref-7)
6. Jednotný formulář je přílohou Strategického rámce Zdraví 2035 [↑](#footnote-ref-8)
7. Polymorbidita je stav, kdy pacient trpí více chronickými onemocněními současně, obvykle třemi a více. Tento stav je častý zejména u starších lidí, ale může postihnout i mladší osoby. [↑](#footnote-ref-9)
8. Polypragmazie je stav, kdy pacient užívá více léků současně, obvykle pět a více. Tento jev je častý zejména u starších lidí

    a pacientů s chronickými onemocněními [↑](#footnote-ref-10)