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. 2.1**

**Reforma primární péče**

******

|  |  |
| --- | --- |
| **SOUHRN** | |
| **Název** | Reforma primární péče |
| **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** | 2025 |
| **Doba realizace** | 2025–2035 |
| **Odpovědnost za implementaci** | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| **Kontext vzniku implementačního plánu** | Implementační plán je hlavní prováděcí dokument specifického cíle 1.1 Reforma primární péče Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2035, 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. Implementační plán může být doplněn dílčími strategickými a prováděcími dokumenty, jako jsou národní akční plány či samostatné strategie. |
| **Stručný popis řešené problematiky a implementačního plánu** | Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je základním kamenem zdravotního systému.  Cílem reformy primární péče musí být její postupná proměna a posílení, tak aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen.  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 5](#_Toc256000000)

[2. Základní informace o specifickém cíli 9](#_Toc256000001)

[3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace 11](#_Toc256000002)

[Byla dosažena shoda mezi zdravotními pojišťovnami a MZD na definici a parametrech týmové (sdružené) praxe. Tento konsenzus umožnil vytvoření úhradového mechanismu, který podporuje týmové poskytování primární péče. 15](#_Toc256000003)

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

[5. Soubor indikátorů 34](#_Toc256000005)

[6. Implementační struktura 37](#_Toc256000006)

[7. Řízení rizik 38](#_Toc256000007)

[8. Řízení změn 42](#_Toc256000008)

[9. Monitorování a evaluace 43](#_Toc256000009)

[10. Komunikační plán 44](#_Toc256000010)

# Úvod

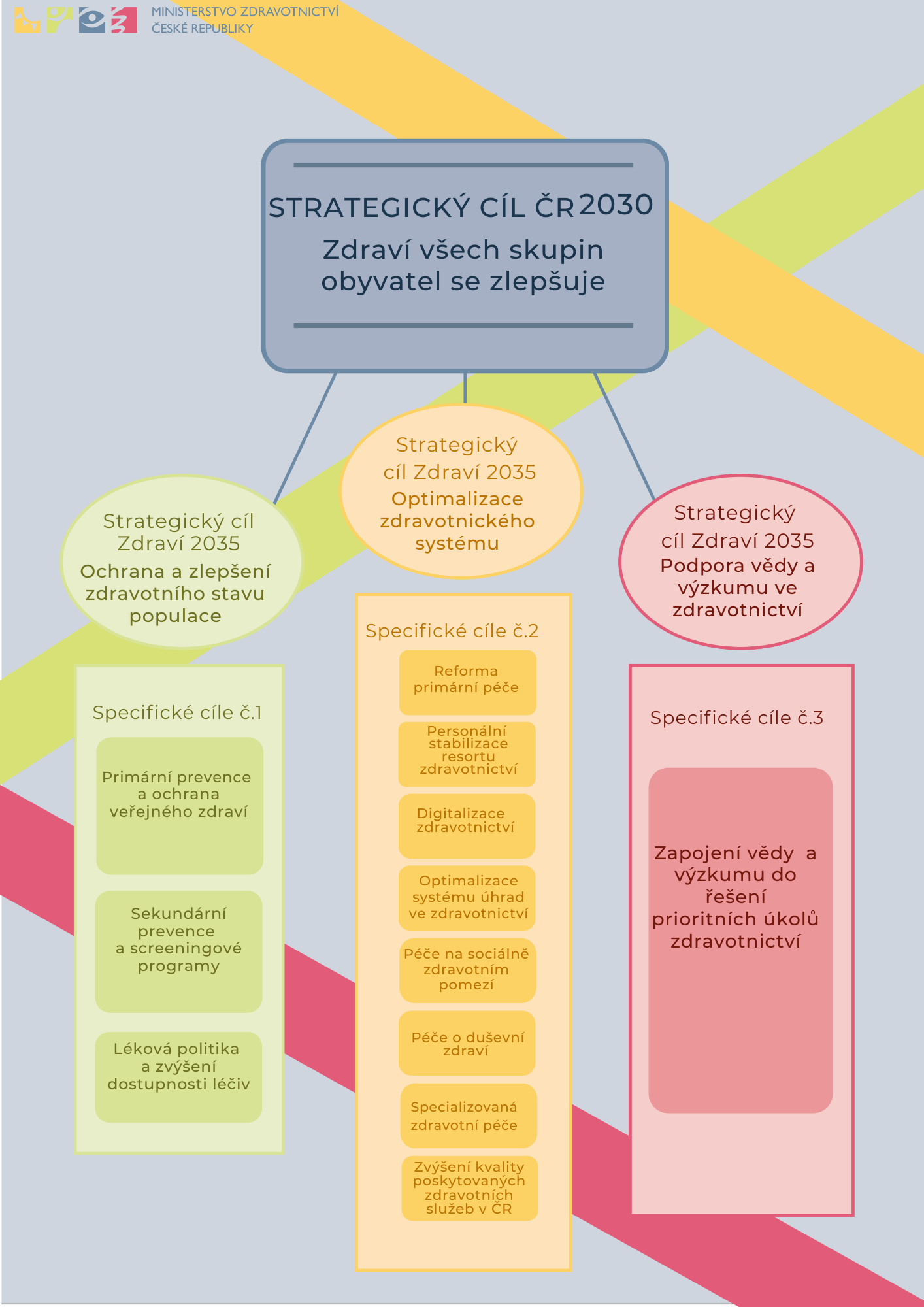
Ministerstvo zdravotnictví vytvořilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“) přijatý vládou ČR dne 18. listopadu 2019 usnesením č. 817/2019, který je základním resortním koncepčním materiálem   
s meziresortním přesahem a který 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.



Obrázek č. 1 Struktura specifických cílů

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 v letech 2023-2024 bylo rozhodnuto o takovéto aktualizaci s ohledem na nové výzvy a zjištění, že některá opatření nebyla nadefinována tak, aby dostatečně reagovala na danou problematiku.

Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. V České republice je primární péče realizována registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Lékař primární péče[[1]](#footnote-2) je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o zranitelné skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším.

Kvůli nízkým kompetencím lékařů primární péče, ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných nedostatečným rozvojem oboru a nedostatečnému využívání jejich koordinační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce lékařů primární péče, neexistence jasných pravidel, definovala návaznost péče poskytované ambulantními specialisty, lůžkovými a dalšími zdravotnickými zařízeními na péči primární, způsob úhrady (z veřejného zdravotního pojištění) zdravotních služeb u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a diskomfort pro pacienta. Dalším problémem primární péče jsou obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče. Reforma primární péče vychází nejen z klíčového dokumentu Strategický rámec Zdraví 2035, ale i z dokumentů mezinárodních, které jasně deklarují nákladovou efektivitu dobře fungující primární péče ve srovnání s péčí specializovanou a nemocniční.

Přestože organizace primární péče je v řadě zemí euroregionu odlišná, cíle jsou společné a jsou zcela v souladu s jednoznačně definovanou podporou WHO Euro celému procesu optimalizace poskytování primární péče. Implementační plán vychází i ze zprávy Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission[[2]](#footnote-3).

**Proces přípravy:**

Implementační plán obsahuje souhrn potřebných změn v primární péči, na kterých se shodla Pracovní skupina pro reformu primární péče, složená se zástupců relevantních odborů MZD a zástupců odborné společnosti.

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 případě tohoto implementačního plánu došlo především k úpravě dílčích cílů s ohledem na aktuální potřeby oboru, např. byl doplněn dílčí cíl upravující požadavky na modernizaci přístrojového vybavení primární péče či zakotvení možnosti zdravotních pojišťoven poskytovat stipendia studentům lékařských oborů.

Na přípravě implementačního plánu kromě odborů MZD přímo participovali: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP (SVL), Sdružení praktických lékařů ČR (SPL ČR), Odborná společnost praktických dětských lékařů (OSPDL), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost (SPLDD ČR), Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP (ČGPS), Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), Svaz zdravotních pojišťoven (SZP), Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) a Pacientská rada MZD.

# Základní informace o specifickém cíli

Významným opatřením k zajištění efektivity zdravotnického systému ČR je připravovaná reforma primární péče. Na MZD vznikla v únoru 2018 Pracovní skupina pro reformu primární péče, která zpracovala podrobný materiál obsahující souhrn potřebných změn v primární péči. Mezi nimi je posílení kompetencí praktických lékařů a jasné vymezení kompetencí ve vztahu k ambulantním specialistům a specialistům obecně, zajištění motivačních faktorů pro zabezpečení praxe v periferních lokalitách či zvýšení dostupnosti péče (týmové praxe) atd. Na základě tohoto materiálu MZD vytyčilo harmonogram, dle kterého budou v následujícím desetiletí realizovány jednotlivé priority.

V souvislosti s reformou primární péče bylo v Koncepci změn v primární péči[[3]](#footnote-4) vytvořených Pracovní skupinou MZD pro reformu primární péče vytyčeno 12 hlavních úkolů, jejichž realizace je plánována podle důležitosti a rozsahu. Harmonogram byl předložen vedení MZD a schválen.

Úkoly spojené s rozšířením kompetencí praktických lékařů byly situovány již do roku 2019 a týkaly se především managementu chronických onemocnění, vymezení kompetencí a nastavení pravidel mezi primární a specializovanou péčí. Zároveň jsou zpracovávány návrhy v oblasti vykonávání diagnostických, screeningových a dalších výkonů, s jejichž realizace probíhá od roku 2021. Do konce roku 2019 byly zpracovány návrhy na změny financování zajištění lékařské pohotovostní služby a dne 20. prosince 2019 bylo podepsáno Memorandum Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR.

Důležitou oblastí je i personální posílení zdravotnického personálu primární péče, nicméně nedostatečná personální obsazenost či vysoký věk pracovníků jsou problémy, které se táhnou napříč celým zdravotnictvím, proto jsou podrobněji rozpracovány ve vlastním specifickém cíli 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví. Navrhovaná opatření se pak zaměřují např. na podporu vzdělávání lékařů na lékařských fakultách a ve specializační přípravě a rovněž vzdělávání dalších zdravotnických pracovníků, včetně rozvoje celoživotního vzdělávání, rozvoj programů rezidenčních míst apod. Realizace těchto opatření začala již v roce 2020 a podle rozsahu pak bude pokračovat i v dalších letech až do stabilizace systémových změn.

Velmi důležitou součástí změny v systému primární péče je program postupné elektronizace zdravotnictví. Od roku 2019 je zaveden eRecept; k 1. lednu 2020 byla ze strany MPSV spuštěna eNeschopenka, následně eŽádanka (návrh a realizace od roku 2021) a elektrickým předáváním lékařských zpráv a výměnou informací mezi poskytovateli zdravotních služeb (návrh v roce 2020 a realizace v roce 2021). Oblast elektronizace zdravotnictví je řešena vlastním specifickým cílem č. 2.3.

Ve Strategickém rámci Zdraví 2035 bylo určeno 14 dílčích cílů tohoto implementačního plánu. Základní přehled uvádí následující tabulka.

|  |  |
| --- | --- |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Posílení kompetencí praktických lékařů, všeobecných sester a dětských sester a jejich koordinační role v poskytování zdravotní péče zejména o chronické pacienty a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, podpora rozvíjení multidisciplinárních týmů |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Úplné odstranění preskripčních omezení pro praktické lékaře |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zavedení standardizace vybavení ordinací |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zvýšení kvality a dostupnosti primární péče – podpora týmových praxí |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Navýšení počtu lékařů primární péče, rozšíření a kultivace rezidenčních míst |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby[[4]](#footnote-5) (cca 1 pro každý okres) |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Investice do týmových praxí primární péče a jejich rozvoje |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Rozvoj, modernizace a rozšíření přístrojového vybavení primární péče |

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

# Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

Implementační plán vychází ze Strategického rámce Zdraví 2035 a rozpracovává jeho specifický cíl Reforma primární péče do podoby řady opatření, která naplňují 14 deklarovaných dílčích cílů.

Primární péče, zajištěná registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví, je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Zásadním tématem tohoto implementačního plánu je vytvoření nového modelu sítě urgentních příjmů. Tento model systematicky zajistí péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Ten předpokládá, že urgentní příjem bude zřizován v rámci poskytovatele akutní lůžkové péče, a to minimálně jeden urgentní příjem prvního typu na kraj a jeden urgentní příjem druhého typu na okres. V této souvislosti uzavřelo MZD s pojišťovnami Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR[[5]](#footnote-6) , které definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| Dílčí cíl č. 2.1.1  Posílení kompetencí praktických lékařů, všeobecných sester a dětských sester a jejich koordinační role v poskytování zdravotní péče zejména o chronické pacienty a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, podpora rozvíjení multidisciplinárních týmů | Z důvodu zvyšujícího se počtu pacientů a stárnutí populace je očekáván velký nápor na zdravotní systém na poskytování zdravotních služeb, jak v objemu, tak v obsahu. Je nezbytné zajistit uvedenou zdravotní péči, dostupnost a koordinovanost mezi odbornosti, a rozvíjet tak potřebnou multidisciplinární spolupráci.  Díky rozložení objemu zdravotní péče bude také eliminováno přetížení odborností specializované zdravotní péče.  Z důvodu zvyšujícího se počtu pacientů, a tedy i objemu zdravotní péče, je také potřebný přenos kompetencí i na nelékařské zdravotní pracovníky. | Tvorba a revize metodických postupů, resortních metodik, standardů, doporučených postupů, operativních doporučení a novelizace právních předpisů pro poskytování primární péče | 2024-2034 | MZD-SZ (OZP) | MZD: SE, SL, NIKEZ  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | Od 1. července 2024 vstoupila v platnost novela vyhlášky č. 376/2011 Sb.,kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění a která rozšiřuje kompetence praktických lékařů (PL) včetně praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) a pediatrů v oblasti preskripce léčiv s omezením „L“. Tito lékaři nyní mohou předepisovat vybrané léky bez nutnosti předchozího doporučení specialisty. | Novelizace příslušných vyhlášek MZD: o dispenzární péči, o preventivních prohlídkách, metodika VZP a elektronizaci zdravotnictví-zejména trojcestnou žádanku jako nástroj efektivního pohybu pacienta zdravotním systémem.  Tvorba a revize metodických postupů, resortních metodik, standardů, doporučených postupů, operativních doporučení předpisů pro poskytování primární péče. |
| Nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři | 2024-2034 | MZD-SZ (OZP) | MZD: SE, SL, NIKEZ  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny poskytovatelé zdravotních služeb, lékařská komora, SAS ČR |  | Posilovat aktivity společně posilující roli praktického lékaře jako koordinátora péče a přispívat dalšími kroky ke snížení zátěže ambulantních specialistů. |
| Podpora rozvíjení multidisciplinárních týmů v primární péči  Posílení kompetencí všeobecných sester a dětských sester, především v oblasti disease managementu, podpory zdraví a péče ve vlastním sociálním prostředí, včetně kultivace Seznamu zdravotních výkonů. | 2025-2030 | MZD-SZ  (ONP a OZP) | MZD: SE, SL, IPVZ, NCO NZO  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | V Seznamu zdravotních výkonů byly nově zařazeny výkony zaměřené na péči o děti v různých věkových kategoriích.  Výkon 09821 – Telemedicína – videokonzultace byl nově zařazen jako samostatný výkon, což podporuje poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacientů. | Posílení vzdělávání sester v primární péči pro navýšení jejich kompetencí.  Nastavení optimálního složení a odpovědností pracovníků v multidisciplinárním týmů.  Provazba multidisciplinárních týmů do oblasti veřejného zdraví a péče ve vlastním sociálním prostředí. |
| Dílčí cíl č. 2.1.2  Úplné odstranění preskripčních omezení pro praktické lékaře | Jde o rozšíření kompetencí pro praktické lékaře, aby došlo k uvolnění objemu zdravotní péče u specialistů, kteří se budou moci věnovat pacientům s vážnějšími diagnózami. | Úplné uvolnění preskripčních omezení pro praktické lékaře do roku 2030  Úprava příslušných legislativních norem, resortních vyhlášek a zavedené praxe SÚKL | 2024-2030 | MZD-SE  (OLZP) | MZD: SL, SZ, SÚKL  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, SAS ČR | K 7.2023 uvolněno celkem E48 preskripčních omezení. Viz tabulka od SUKL.  Od 7. 2024 mohou VPL a PLDD předepisovat léčivé přípravky s preskripčním omezením označeným symbolem „L“ bez nutnosti delegace od specialisty, pokud není preskripce výslovně omezena v SPC nebo rozhodnutío registraci daného přípravku. | Úplné uvolnění preskripčních omezení pro praktické lékaře do roku 2030. |
| Dílčí cíl č. 2.1.3. Zavedení standardizace vybavení ordinací | Z důvodu rozvoje medicíny a v návaznosti na potřeby aplikační praxe je potřebné nově definovat minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. | Úprava legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost praxí | 2024-2026 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SL, SE  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, zdravotní pojišťovny | Stávající standard ve vyhlášce 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, a ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, je stále aktuální. | Je plánovaná novelizace uvedených vyhlášek, např. v souvislosti s u novelou zákona o zdravotních službách, která převádí odpovědnost za zajištění LPS z krajů na zdravotní pojišťovny. |
| Podpora lékařů primární péče k naplnění nových standardů | 2026-2030 | MZD – SZ  (OZP) | MZD: SE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, poskytovatelé zdravotních služeb | Je plánovaná komplexní revize stávajících požadavků na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, upravených vyhláškou č. 92/2012 Sb., a požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, stanovených vyhláškou č. 99/2012 Sb. Revize by měla navazovat na týmové (sdružené) poskytování zdravotní péče a její standardizaci, které bude nadáleinstitucionálně ukotvováno. |
| Dílčí cíl č. 2.1.4  Zvýšení kvality a dostupnosti primární péče – podpora týmových praxí | Je potřeba podporovat rozvoj týmových praxí z důvodu zajištění kvality a komplexnosti zdravotních služeb. | Nastavení a kultivace úhradového mechanismu multidisciplinárních zdravotnických týmů | 2025-2028 | MZD-SE  (CAU) | MZD: SL  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace, SAS ČR | Byla dosažena shoda mezi zdravotními pojišťovnami a MZD na definici a parametrech týmové (sdružené) praxe. Tento konsenzus umožnil vytvoření úhradového mechanismu, který podporuje týmové poskytování primární péče. Příprava k zavedení možnosti provozování týmových praxí. | Nastavení a další kultivace úhradového mechanismu týmových praxí a vytvoření vhodného úhradového mechanismu pro činnost multidisciplinárního týmu |
| Trvalá podpora vzniku týmových praxí jako žádoucího a podporovaného způsobu poskytování primární péče, jejich rozvoje a kultivace | 2026-2030 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SL, SE  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, zdravotní pojišťovny | Podpora primární péče v souladu s legislativním procesem. |
| Nastavení pravidel a podpora vytváření týmových praxí s multidisciplinárním týmem („center primární péče“) | 2028-2034 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SL, SE  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, zdravotní pojišťovny | Příprava úhradového mechanismu podporujícího týmové poskytování primární péče. | Podpora konceptu týmové praxe,legislativní a metodická podpora, podpora spolupráce s dalšími dotčenými stranami. |
| Dílčí cíl č. 2.1.5. Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality | Nastavení indikátorů kvality tak, aby bylo možno srovnávat výkonnost jednotlivých praxí. Cílem je srovnání vybraných parametrů, umožňujících zmapování poskytování léčebně-preventivní péče v konkrétní praxi ve srovnání s oborovým standardem. | Zavedení indikátorů kvality v primární péči | 2019-2022 | ÚZIS | MZD: SZ, SL  ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace | Plněno prostřednictvím projekt UZIS v OPZ+: Koncepce pro zajišťování a monitorování kvality (quality assurance frameworks) zdravotních služeb a bezpečnosti pacientů založená na systematické podpoře datově orientovaného a informovaného rozhodování.  Tvorba operativních doporučených postupů a indikátorů kvality. |  |
| Dílčí cíl č. 2.1.6. Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci | Je třeba navýšit úhrady segmentu primární péče, který je dlouhodobě podfinancován. Podhodnocená cena práce lékaře a zdravotnického personálu a hodnota režie, která neodpovídá realitě, neumožňují rozvoj praxí a dostatečné materiální ani personální investice. To brání rozvoji primární péče a snižuje její atraktivitu pro mladé lékaře, což brzdí generační obměnu. Primární péče bude i nadále hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, která podporuje vztah lékař-pacient (tím, že je vázána na registraci), brání zbytečné honbě za body, podporuje prevenci, podporuje také komunitní a sociální roli praktického lékaře a stabilizuje síť lékařů primární péče. | Kultivace výkonové složky úhrady praktických lékařů | 2021-2028 | MZD-SE  (CAU) | MZD: SZ, SL, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, profesní organizace, zdravotní pojišťovny | Během posledních let dochází k navyšování výkonové a bonifikační složky úhrady všeobecných praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost.  DC je plněn. | Navýšení výkonové složky úhrady a navýšení kapitace zejména v návaznosti na zvýšení kvality a dostupnosti primární péče pro pacienty. |
| Zlepšení financování péče o chronické pacienty s důrazem na motivační faktory | 2026-2030 | MZD-SE  (CAU) | MZD: SZ, SL, ÚZIS,  Externí: zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | Na konci roku 2024 byla vydána úhradová vyhláška pro rok 2025, která navýšila úhrady praktickým lékařům a snažila se o motivaci k lepší péči o své pacienty. | Příprava úhradového mechanismu lépe zohledňujícího náročnost péče o polymorbidní pacienty a pacienty s chronickými onemocněními  Posílení prvků disease managementu chronických onemocnění v úhradových mechanismech primární péče.    Úhradová podpora aktivit primární péče v oblasti veřejného zdraví a péče ve vlastním sociálním prostředí. |
| Dílčí cíl č. 2.1.7.  Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech | Rozdíly v dostupné kapacitě ambulantních specialistů a praktických lékařů se významně liší mezi regiony ČR; velmi vysoký podíl ambulantních specialistů je patrný ve velkých městech, zejména pak v Praze a v Brně. Velkým problémem je malá a v čase klesající dostupnost praktických lékařů v menších sídlech (< 2 000 obyvatel) a v méně atraktivních oblastech republiky. Je nutné urychleně zahájit kroky vedoucí k zabezpečení dostupnosti sítě primární péče na venkově a v obtížně obsaditelných a neatraktivních oblastech | Programy podpory zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech | 2022-2035 | MZD-SE  (DZP) | MZD: SZ,  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, pacientské organizace | programy VZP  DC úzce souvisí se stejnojmenným DC 2.2.11 v IP 2.2 Personální stabilizace resortu zdravotnictví. | Podpora vzniku týmových praxí a center primární péče na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech (viz. mapy dostupnosti VZP) z P fondů EU 2028+ (viz. 2.1.4), dotacemi krajů, obcí a zdravotních pojišťoven a speciálními úhradovými mechanismy zohledňujícími odlišný charakter a vyšší náročnost péče v oblastech se špatnou dostupností péče a ve venkovských oblastech.  Podpora vzniku školících center primární péče rekrutující se vybraných týmových praxí v těchto oblastech. |
|  | Zakotvení možnosti zdravotních pojišťoven poskytovat stipendia studentům lékařských oborů | 2026-2035 | MZD-SE  (DZP) | Zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, MŠMT | Příprava legislativních změn, týkající se novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, kdy cílem je zlepšení dostupnosti zdravotních služeb.  Nové oprávnění zdravotních pojišťoven poskytovat stipendia budoucím lékařům, kteří se rozhodnou pracovat v regionech s nedostatečnou dostupností péče nebo si zvolí potřebnou odbornost. |  |
| Dílčí cíl č.  2.1.8  Navýšení počtu lékařů primární péče, rozšíření a kultivace rezidenčních míst | Podporou rezidenčních míst dojde k finanční podpoře praxí v primární péči a mladých lékařů, kteří do nich nastupují. | Vytvoření/revize modelu rezidenčních míst v primární péči | 2019-2022 | MZD-SZ  (VVD) | MZD: SL SE  IPVZ, NCO NZO,  Externí: profesní komory, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, pacientské organizace,  Mladí lékaři | V letech 2019 až 2022 byla snaha směřovat podporu vzdělávání na rezidenčních místech  v co možná největší míře do primární péče. Jelikož formát dotačního programu na rezidenční místa je dán zákonem č. 95/2004 Sb., bylo nutné případné změny přizpůsobit tomuto legislativnímu rámci. Obory všeobecné praktické lékařství a obor pediatrie, v rámci kterého  se školenec vzdělával v modulu určeném pro pediatry v primární péči, tak byly alespoň podporovány vyšší částkou dotace než ostatní obory, a to částkou 45 000,- Kč měsíčně. Ukázalo se, že vyšší podpora pro lékaře v primární péči je motivující. | Podpora specializačního vzdělávání lékařů a kultivace týmových praxí (sdružených) praxí). |
|  | Navýšit počty rezidentských míst,  navýšení státních dotací pro rezidentská místa  Navýšit nejen počet rezidenčních míst, ale také finanční částku určenou pro školení rezidenta  Využívat další finanční zdroje: krajské dotace, dotace od zdravotních pojišťoven  Z dotačních programů lze hradit specializační přípravu do oboru VPL a PLDD také rekvalifikantům, kteří již mají specializaci v jiném oboru | 2023-2035 | MZD-SZ  (VVD) | MZD: SE, IPVZ, NCO NZO  Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, pacientské organizace | V roce 2022 proto přistoupilo MZD k razantní změně v poskytování dotací na rezidenční místa v celém specializačním vzdělávání, která však nevyžadovala změnu platné legislativy. | Navýšení počtu úvazků praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost o 1000 úvazků do roku 2035 proti stavu v roce 2025.  Posílení programu rezidenčních míst a jeho zjednodušení.  Zjednodušení administrace a zpřehlednění specializačního vzdělávání v primární péči a úprava jeho legislativního rámce.  Podpora rekvalifikací z jiných lékařských oborů. |
| Tvorba vzdělávacích modelů | 2021-2026 | MZD-SZ  (VVD) | IPVZ, NCO NZO  Externí: MPSV, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, pacientské organizace,  Mladí lékaři, lékařské fakulty | Úpravy vzdělávacího systému pro obor pediatrie v r. 2022.  Aktualizace vzdělávacího programu pediatrie, v rámci kterého je možné absolvovat na pracovišti primární péče až 24 měsíců vlastního specializovaného výcviku.  Připravuje se projekt IPVZ do OPZ+  „Administrativní systém pro vzdělávání zdravotnických pracovníků“  Sim centrum NPO | Jednání o propojení programů rezidenčních míst s opatřeními zdravotních pojišťoven podle novelizovaného zákona 48/1997 Sb.  Jednání o propojení programů rezidenčních míst s opatřeními zdravotních pojišťoven podle novelizovaného zákona 48/1997 Sb. |
| Implementace vzdělávacích modelů | 2023-2026 | MZD-SZ  (VVD) | MZD: SE, IPVZ, NCO NZO  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, pacientské organizace | Sim centrum NPO  Školenci mají možnost zvolit variantu vzdělávání v pediatrii, která ve vlastním specializovaném výcviku probíhá výhradně na pracovišti primární péče. |  |
| Dílčí cíl č.  2.1.9  Nastavení managementu chronických neinfekčních onemocnění, včetně zapojení všeobecných a dětských sester | Nastavení léčebných efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění je potřebné z důvodu zajištění maximální kvality v léčbě pacienta. | Nastavení managementu chronických neinfekčních onemocnění | 2024–2030 | MZD-SZ  (OZP), NIKEZ a ÚZIS | MZD: SZ, SE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní komory, pacientské organizace, SAS ČR | Na národní úrovni vznikají klinické doporučené postupy a operativních doporučení v Metodickém centru NIKEZ.  Obecně doporučené postupy k poskytování zdravotní péče pacientům vydávají dle svých odborností odborné společnosti. | Vznik klinických doporučených postupů a operativních doporučení v Metodickém centru NIKEZ.  Vznik doporučených postupů odborných společností.  V případě potřeby legislativních změn, úprava právních předpisů (např. novelizace vyhlášky o dispenzární péči). |
| Nastavení pravidel dispenzarizace chronicky nemocných | 2024–2030 | MZD-SZ  (OZP), NIKEZ a ÚZIS | MZD: SZ, SE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní komory, pacientské organizace |  |
|  | Implementace managementu dispenzarizace chronicky nemocných | 2030–2034 | MZD-SZ (OZP), NIKEZ a ÚZIS | MZD: SZ, SE  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní komory, pacientské organizace | Příprava novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, která má přinést zásadní změny v oblasti dispenzární péče. | Implementace managementu dispenzarizace chronicky nemocných v závislosti na legislativních úpravách a podpoře ze strany zdravotních pojišťoven. |
| Dílčí cíl č.  2.1.10  Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky | Důvodem je, aby obyvatelům ČR byly více prováděny preventivní prohlídky, které mají za cíl předejít nebo včasně detekovat onemocnění v ranných stádiích, s čím souvisí úspěšnost léčby a eliminace finančních nákladů. | Zvyšování kvality preventivních prohlídek a jejich přiblížení zdravotním potřebám obyvatel a jejich monitoring | 2021-2030 | MZD-SZ, SE  (CAU) a ÚZIS | MZD: SL  Externí: ČLS JEP, kraje-krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, praktiční lékaři, profesní organizace, pacientské organizace | Byly realizovány projekty spolufinancované z OPZ/OPZ+ např. Adresné zvaní. | Novelizace vyhlášky o preventivních prohlídkách.  Nastavení úhradových mechanismů motivující lékaře více k provádění preventivních prohlídek – navýšení úhrady za prohlídku.  Navýšení bonifikace za procento kmene, které absolvovalo PP v předepsaném intervalu a nastavení jejího odstupňování, aby byl posílen její motivační charakter.  Stejný systém motivací nastavit pro očkování a screeningové programy. |
| Dílčí cíl č.  2.1.11  Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca 1 pro každý okres), | Důvodem je nastavení jednotné odborné úrovně a rovnoměrného rozložení urgentních příjmů a jejich rovnoměrnému pokrytí po ČR. | Vznik a modernizace urgentních příjmů prvního i druhého typu dle koncepce pro vytvoření sítě UP | 2019–2026 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SE, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb | MZD a zdravotní pojišťovny podepsaly v roce 2019 Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR.  V roce 2020 byl vydán metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů.  Seznam poskytovatelů ZP zapojených do sítě UP byl vydán ve věstníku MZD 9/2020.  Probíhá systematická modernizace a výstavba urgentních příjmů podle Koncepce urgentní medicíny schválené Ministerstvem zdravotnictví.  V období 2021–2024 byla podpořena výstavba a rekonstrukce více než 20 urgentních příjmů napříč kraji (např. Jihlava, Ústí nad Labem, Pardubice, České Budějovice, Kladno aj.).  Financování je zajišťováno z Národního plánu obnovy a IROP.  [IROP - Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - 103. výzva IROP - Vznik a modernizace sítě urgentních příjmů - SC 4.3 (MRR) (gov.cz)](https://irop.gov.cz/cs/vyzvy-2021-2027/vyzvy/103vyzvairop).  [IROP - Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - 104. výzva IROP - Vznik a modernizace sítě urgentních příjmů - SC 4.3 (PR) (gov.cz)](https://irop.gov.cz/cs/vyzvy-2021-2027/vyzvy/104vyzvairop).  [IROP - Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - 105. výzva IROP - Vznik a modernizace sítě urgentních příjmů - SC 4.3 (ČR) (gov.cz)](https://irop.gov.cz/cs/vyzvy-2021-2027/vyzvy/105vyzvairop).  [IROP - Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - Výzva č. 98 Rozvoj, modernizace a posílení odolnosti páteřní sítě poskytovatelů zdravotní péče s o (gov.cz)](https://irop.gov.cz/cs/vyzvy/seznam/vyzva-c-98-rozvoj-modernizace-a-posileni-odolnosti).  Byly stanoveny standardy pro urgentní příjmy I. a II. typu včetně požadavků na personální a technické vybavení.  Pravidelně probíhá monitoring pokrytí území urgentními příjmy, cílem je dosažení dostupnosti alespoň jednoho UP v každém okrese. | Modernizace služeb a urgentních příjmů v návaznosti na plánovanou účinnost novely zákona o zdravotních službách a vyhlášky o pohotovostních službách. |
| Je potřeba podporovat pohotovostní služby z důvodu lepšího zajištění zdravotních služeb mimo ordinační dobu praktických lékařů. | Podpora pohotovostní služby | 2019–2026 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SE, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb | V rámci dotačních titulů MZD i krajských rozpočtů je poskytována podpora provozu lékařské pohotovostní služby (LPS).  Byla provedena revize sítě LPS s cílem identifikovat oblasti s nízkým pokrytím.  Zahájena jednání s kraji a poskytovateli o personálním zajištění a možné integraci LPS do areálů nemocnic/urgentních příjmů.  Pracuje se na vytvoření centrálního přehledu LPS bodů a jejich návaznosti na urgentní příjmy. | Pokračování stavu intenzivní přípravy vedoucí ke tvorbě pohotovostní služby a propojení s urgentními příjmy. |
| Dílčí cíl č.  2.1.12  Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy | Z důvodu eliminace personální náročnosti a případného zajištění širšího spektra zdravotních služeb, bude lékařská pohotovostní služba zajišťována při ÚP. | Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů. | 2019–2026 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SE, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb. | V roce 2023 proběhla pilotáž modelu integrace LPS do urgentních příjmů v několika nemocnicích (např. Jihlava, Benešov, Kroměříž).  Vznikl návrh koncepčního materiálu pro nový model LPS jako součást urgentního příjmu, s důrazem na efektivní využití personálu a dostupnost péče mimo běžnou ordinační dobu.  Cílem je posílení role UP jako vstupního bodu neodkladné péče a eliminace duplicitních pohotovostních systémů.  Plánuje se rozšíření modelu do dalších okresních měst v návaznosti na dostupné kapacity nemocnic a regionální specifika. | Dokončení legislativního procesu a jeho implementace do praxe. |
| Z důvodu vzniku nového modelu lékařské pohotovostní služby při ÚP je nezbytné nastavit legislativní rámec. | Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost LPS | 2020–2026 | MZD-SZ  (OZP) | MZD: SE, SL, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, profesní komory, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | V roce 2024 byla zahájena příprava novelizace vyhlášky o organizaci LPS v návaznosti na nový model jejího začlenění do UP.  Probíhá meziresortní diskuze o změnách kompetencí, financování a provozních standardů LPS.  Pracovní skupina MZD ve spolupráci s odbornými společnostmi připravuje návrh standardů technického vybavení a minimálního personálního zajištění pro jednotlivé typy poskytovatelů.  Do připravované legislativy jsou zahrnovány podněty z pilotních projektů a zkušenosti krajských samospráv.  Aktuálně je v Poslanecké sněmovně ve II. čtení projednávána novela zákona o zdravotních službách, která převádí odpovědnost za zajištění LPS z krajů na zdravotní pojišťovny. V tomto ohledu MZD zároveň připravuje vyhlášku o personálním zabezpečení, materiálním vybavení a minimálním časovém rozmezí poskytování pohotovostních služeb. |  |
| Dílčí cíl č.  2.1.13 Investice do týmových praxí primární péče a jejich rozvoje |  | Příprava strukturálního financování a dotačních programů na investice do vzniku nových a obnovy stávajících týmových praxí v oblastech se špatnou dostupností primární péče | 2028-2035 | MZD-SE  (EFI) | MZD: SZ, SL, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, profesní komory, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | - | Investice do výstavby nových týmových praxí.  Investice do zlepšení infrastruktury týmových praxí: nutné rozšíření prostor pro potřeby provozování týmové praxe (infekční čekárny, bezbariérové přístupy, výtahy).  Investice do školících center primární péče. |
| Příprava strukturálního financování a dotačních programů na investice do vzniku center primární péče v oblastech se špatnou dostupností primární péče | 2028-2035 | MZD-SE  (EFI), spolugesce SE-SE-CAU, SZ OZP) | MZD: SZ, SL, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, profesní komory, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | - | Investice do výstavby nových center primární péče a rozšiřování infrastruktury stávajících poskytovatelů primární péče na centra primární péče. |
| Dílčí cíl č.  2.1.14  Rozvoj, modernizace a rozšíření přístrojového vybavení primární péče |  | Investice do POCT laboratorních přístrojů, diagnostických přístrojů (EKG, USG, DXA apod.), screeningových přístrojů (screening očních vad u dětí apod.) | 2028-2035 | MZD-SE  (EFI a CAU) | MZD: SZ, SL, ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, SPL ČR, SPLDD ČR, SSG ČR, profesní komory, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb | - | Dotační programy pro modernizaci vybavení.  Zajistit možnost spolufinancování. |

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. Rozpočet resortu je průběžně zajišťován prostřednictvím standardních procesů tvorby rozpočtového rámce (střednědobého i dlouhodobého) a je projednáván v rámci stanovování státního rozpočtu.

Dominantní část finančních prostředků státního rozpočtu je účelově alokována do programu residenčních míst, který je navýšen v souladu se strategií resortu bonusově zvýhodnit odloučené a neatraktivní lokality.[[6]](#footnote-7)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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[[7]](#footnote-8)** | **Další nutné zdroje** |
| Dílčí cíl 2.1.1 | 10 mil. Kč | NA | NE | NA |  |
| Dílčí cíl 2.1.2 | 1,5 mld. Kč | provozní náklady | NE | Fondy ZP |  |
| Dílčí cíl 2.1.3 | 250 mil. Kč | provozní náklady | NE | Fondy ZP | Fondy EU |
| Dílčí cíl 2.1.4 | 10 mld. Kč | provozní náklady | NE | Fondy ZP | Fondy ZP |
| Dílčí cíl 2.1.5 | 20 mil. Kč | Administrativní kapacity | ANO | Fondy ZP (fond veřejně prospěšných činností) /EF |  |
| Dílčí cíl 2.1.6 | 0 | NA | NE | NA |  |
| Dílčí cíl 2.1.7 | 2 mld. Kč | provozní náklady | ANO | Fondy ZP |  |
| Dílčí cíl 2.1.8 | 9 mld. Kč | účelové neinvestiční výdaje | NE | Státní rozpočet, EF |  |
| Dílčí cíl 2.1.9 | 50 mil. Kč | Administrativní kapacity | ANO | Státní rozpočet, EF | Fondy EU |
| Dílčí cíl 2.1.10 | 10 mil. Kč | NA | NE | NA |  |
| Dílčí cíl 2.1.11 | 4,2 mld. Kč | NA, investiční výdaje | ANO | státní rozpočet, EF |  |
| Dílčí cíl 2.1.12 | 200 mil. Kč | NA | NE | NA, státní rozpočet, EF |  |
| Dílčí cíl 2.1.13 | 5 mld. Kč | investiční výdaje | ANO |  | Fondy EU |
| Dílčí cíl 2.1.14 | 8 mld. Kč | provozní náklady | NE | Fondy ZP, EF | Fondy EU |
| **Celkem** | **40,24 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. Strategický rámec 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** |  |
| průměrný věk praktických lékařů | Věk všech aktivních všeobecných praktických lékařů v daném období | Ukazatel zvolen s ohledem na problematiku vysokého věku praktických lékařů. Cíle je jeho snížení | ÚZIS | MZD- SZ/OZP | Věk | ročně | 55 | 54 |  | 50 |  |
|  |  |
| Poměr návštěv u ambulantních specialistů k návštěvám u praktických lékařů | Relativní četnost kontaktů pacientů s ambulantními specialisty ve srovnání s kontakty s praktickými lékaři | Pro sledování modernizaci vybavení ordinací, což přímo ovlivňuje kvalitu, rychlost a dostupnost diagnostiky v primární péči. Zvolen byl pro podporu rozhodování o alokaci finančních prostředků a zajištění rovnoměrného přístupu k technologiím. | ÚZIS | MZD | Průměrný počet návštěv na jednoho pacienta u ambulantního specialisty: průměrný počet návštěv na jednoho pacienta | ročně | 4,9:3,4 | 4,9:3,4 |  | 6,5 : 3,6 |  |
| SZ/OZP |  |
| Preventivní prohlídky u praktického lékaře | Provedené preventivní prohlídky u všeobecných praktických lékařů v daném období. Míra využívání preventivní péče obyvatelstvem. | Pro sledování míry využívání preventivní péče v populaci. Preventivní prohlídky představují klíčový nástroj pro včasný záchyt chronických onemocnění, monitoraci rizikových faktorů a zdravotní edukaci pacientů. | ÚZIS | MZD | Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře | ročně | 59,80% | 62,00% |  | 74,10% |  |
| SZ/OZP |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Indikátory byly voleny jednak s ohledem na potenciál vyhodnocovat a měřit naplňování dílčích cílů jednotným způsobem (indikátory počtu podpořených osob, napsaných metodických, strategických či analytických dokumentů, počtu zavedených opatření) a byly dále doplněny indikátory specifickými, typickými pro jeden nebo úzkou skupinu dílčích cílů (počet vzniklých center, informačních platforem apod).

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.

# 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[[8]](#footnote-9) 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 2.1 je zodpovědný gestor implementačního plánu, kterým je vrchní ředitel 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.

V rámci řešení implementačního plánu reformy primární péče byla zřízena Pracovní skupina pro reformu primární péče, která zahrnuje všechny klíčové struktury včetně dotčených sekcí MZD, ÚZIS, SÚKL, IPVZ a z externích subjektů ČLS JEP, jednotlivých odborných společností, profesních organizací, pacientských organizací, Mladých lékařů a zástupců zdravotních pojišťoven. Pracovní skupina představuje poradní orgán gestora implementačního plánu a bude se podílet i na realizaci implementačního plánu.

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[[9]](#footnote-10)** | **Pravděpodobnost výskytu rizika[[10]](#footnote-11)** | **Významnost rizika[[11]](#footnote-12)** | **Opatření vedoucí ke snížení rizika** | **Vlastník nápravného opatření** |
| Nedostatek finančních prostředků | Nebudou uvolněny prostředky státního rozpočtu z kapitoly MF, z kapitoly MZD, z fondů EU, příp. pojišťovna nebude ochotna navýšit úhrady tak jak je anticipováno | Velmi významný  3,4 | Pravděpodobná  3,7 | Závažné  12,6 | Vládou schválené finanční krytí, shoda s EU na prioritách financování v oblasti zdraví v příštím programovém období | MZD |
| Nedostatek personálu pro realizaci (zdravotního personálu v terénu i administrativního) | Nižší počty osob v cílových skupinách  Nemožnost realizace plánovaných opatření | Velmi významný  3,4 | Pravděpodobná  3,8 | Závažné  12,9 | Motivační personální politika | MZD a MF |
| Nedostatečně ošetřená spolupráce s jinými resorty | Nedostatečně nastavený rámec spolupráce především s MPSV (sociální část poskytování zdravotní péče např. u chronicky nemocných) a MŠMT (postavení lékařských fakult při tvorbě a realizaci vzdělávacích programů) | Významný  2,8 | Běžně možná  2,9 | Běžné  8,2 | Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření | MZD, MPSV, MŠMT |
| Nezájem laické veřejnosti | Nezájem populace laické veřejnosti o preventivní prohlídky a programy zvyšování zdravotní gramotnosti | Významný  2,8 | Běžně možná  2,9 | Běžné  8,2 | Realizace dostatečné PR kampaně podporující zájem občanů o vlastní zdraví | MZD |
| Nezájem zdravotních pojišťoven o spolupráci na plánovaných opatřeních | Nezájem zdravotních pojišťoven o zapojení se do příprava realizace plánovaných opatřeních a | Velmi významný  3,4 | Běžně možná  2,9 | Střední 9,9 | Konzultace se zástupci pojišťoven a jejich zapojování do příprav relevantních opatření | MZD |
| Nesouhlas odborné společnosti | Nesouhlas odborné společnosti s navrhovanými opatřeními a postupy | Velmi významný  3,4 | Běžně možná  2,9 | Střední 9,9 | Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření | MZD |
| Nezájem poskytovatelů zdravotní péče, lékařů a dalšího zdravotnického personálu | Nezájem poskytovatelů zdravotní péče zapojit se do realizace opatření např. sbírat a poskytovat požadovaná data, implementovat nové metodiky a modely péče. | Velmi významný  3,4 | Pravděpodobná  3,9 | Závažná  13,3 | Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření, dostatečná PR kampaň pro zvýšení zájmu. | MZD |

Tab. č. 6: 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[[12]](#footnote-13), 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

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 implementačního plánu jsou zejména:

* jednotlivé resorty a další ústřední orgány státní správy,
* přímo řízené organizace MZD,
* pracovníci MZD,
* poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zřizovatelé,
* lékaři primární péče,
* územní samosprávné celky,
* parlament,
* profesní komory a organizace,
* pacientské organizace,
* zdravotní pojišťovny,
* zájmová sdružení,
* neziskové organizace,
* odborná i laická veřejnost,
* Evropská komise.

Obsah komunikace je zaměřen především na prezentaci implementačního plánu, 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 a konference a semináře na téma řešených dílčích cílů/opatření | Odborné sdělení spojené s diskusí či kritickým zhodnocením dané problematiky, návrhy systémového řešení reformy primární péče | Odborná veřejnost, zástupci poskytovatelů zdravotní péče, pracovníci MZD, zdravotní pojišťovny, územní samosprávné celky, profesní komory, další ústřední orgány státní správy | Konference, semináře, kulaté stoly | Každoročně cca 1-3 akce | MZD/ÚZIS | Příslušná sekce MZD/ÚZIS, TIS |
| Pracovní setkání a workshopy na téma konkrétní problematiky řešených dílčích cílů/opatření | Odborná pracovní setkání zaměření na prezentaci výsledků a posun v realizaci konkrétních opatření | Odborná veřejnost, zástupci poskytovatelů zdravotní péče, pracovníci MZD, zdravotní pojišťovny, územní samosprávné celky, profesní komory, další ústřední orgány státní správy, akademická sféra,  pacientské organizace a NNO | Workshopy | Průběžné plnění po celou dobu realizace IP | MZD/ÚZIS | Příslušná sekce MZD/ÚZIS, TIS |
| Tiskové konference, publikace pro veřejnost | Obecné sdělení v rozsahu a míře detailu vhodné pro laickou cílovou skupinu | Laická veřejnost, pacientské organizace, | Letáky, webová sdělení, sociální sítě, ostatní média | Průběžné plnění po celou dobu realizace IP, frekvence a rozsah bude plánována každoročně dle aktuálních potřeb řešených témat IP | MZD/ÚZIS | Příslušná sekce MZD/ÚZIS, TIS |
| Odborně zaměřené webové stránky | Prezentace datových a metodických výstupů jednotlivých opatření dílčích cílů | Všechny výše definované cílové skupiny | Webová prezentace výsledků opatření v míře detailu odpovídající konkrétní cílové skulině | Průběžné plnění po celou dobu realizace IP | MZD | Koordinátoři jednotlivých opatření, TIS |
| Vědecká sdělení v odborných periodicích/na odborných konferencích pořádaných třetí stranou | Bude upřesněno dle požadavků konkrétního periodika/konkrétní odborné akce | Odborná veřejnost, akademická sféra, univerzity, | Odborné články a výsledky pilotních studií | 1-4 x ročně, dle řešené tématiky | MZD, ČLS JEP, LKČR a další | Koordinátoři jednotlivých opatření, TIS |

Tab. č. 6: Základní komunikační plán

**Seznam zkratek**

|  |  |
| --- | --- |
| AZV | Agentura pro zdravotnický výzkum |
| ČLS JEP | Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně |
| ČR | Česká republika |
| DC | Dílčí cíl |
| EHP | Evropský hospodářský prostor |
| EU | Evropská unie |
| HH | Hlavní hygienik ČR |
| IP | Implementační plán |
| IPVZ | Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví |
| ISIN | Informační systém infekčních nemocí |
| KHS | Krajská hygienická stanice |
| MF | Ministerstvo financí |
| MMR | Ministerstvo pro místní rozvoj |
| MO | Ministerstvo obrany |
| MPO | Ministerstvo průmyslu a obchodu |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| MŠMT | Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy |
| MV | Ministerstvo vnitra |
| MZD | Ministerstvo zdravotnictví |
| MZe | Ministerstvo zemědělství |
| MŽP | Ministerstvo životního prostředí |
| SE | Vrchní ředitel pro ekonomiku a zdravotní pojištění |
| SH | Sekce ochrany a podpory veřejného zdraví |
| SL | Vrchní ředitel pro legislativu a právo |
| NAM | Náměstek ministra |
| NNO | Nestátní nezisková organizace |
| SZ | Vrchní ředitel pro zdravotní péči |
| NZIP | Národní zdravotnický informační portál |
| OVZ | Odbor ochrany veřejného zdraví |
| PČR | Poslanecká sněmovna Parlamentu |
| SMOCR | Svaz měst a obcí ČR |
| SZÚ | Státní zdravotní ústav |
| UK | Univerzita Karlova |
| ÚSKVBL | Ústav pro kontrolu veterinárních biopreparátů a léčiv |
| ÚV | Úřad vlády |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky |
| VZP | Všeobecná zdravotní pojišťovna |

**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. pojmem lékař primární péče jsou myšleni registrující poskytovatelé ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství a v oboru gynekologie a porodnictví [↑](#footnote-ref-2)
2. https://ec.europa.eu/assets/eac/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework\_en.pdf [↑](#footnote-ref-3)
3. <https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/reforma-primarni-pece-navrh-pracovni-skupiny-101009.pdf> [↑](#footnote-ref-4)
4. týká se i lékárenských pohotovostních služeb [↑](#footnote-ref-5)
5. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prij\_18314\_1.html [↑](#footnote-ref-6)
6. Výsledná částka do roku 2030 dosahuje 8 mld. Kč. Další významnou položkou jsou 2 mld. Kč na podporu sdružených praxí, které by měly být alokovány ze státního rozpočtu, 2 mld. Kč, které půjdou na navýšení výkonových složek při fixované kapitaci ze zdravotního pojištění a 1 mld. Kč na zavedení standardizace vybavení ordinací. [↑](#footnote-ref-7)
7. K 1.1.2025 [↑](#footnote-ref-8)
8. Aktualizace PM 39/2019 ze dne 20.11.2019 [↑](#footnote-ref-9)
9. 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-10)
10. 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-11)
11. 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-12)
12. Jednotný formulář je přílohou Strategického rámce Zdraví 2035 [↑](#footnote-ref-13)