

**Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030**

**Implementační plán č. 1.1**

**Reforma primární péče**

******

|  |  |
| --- | --- |
| **SOUHRN** | |
| **Název** | Reforma primární péče |
| **Zadavatel** | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| **Gestor tvorby implementačního plánu** | ,náměstek pro zdravotní péči |
| **Rok zpracování implementačního plánu** | 2019–2020 |
| **Schvalovatel implementačního plánu** | vláda České republiky |
| **Datum schválení** |  |
| **Forma schválení** | usnesení vlády České republiky č. |
| **Poslední aktualizace** |  |
| **Doba realizace** | 2021–2030 |
| **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 2030, který představuje zastřešující koncepční materiál resortu zdravotnictví na dalších 10 let. Strategický rámec Zdraví 2030 byl dne 18. listopadu 2019 schválen vládou ČR, nicméně vzhledem k epidemiologické situaci v souvislosti s COVID-19 se MZ rozhodlo Strategický rámec Zdraví 2030 a v něm definované prioritní oblasti aktualizovat tak, aby byl kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví.  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](#_Toc29203161)

[2. Základní informace o specifickém cíli 8](#_Toc29203162)

[3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace 10](#_Toc29203163)

[4. Rozpočet a předpokládané zdroje financování 20](#_Toc29203164)

[5. Soubor indikátorů 22](#_Toc29203165)

[6. Implementační struktura 26](#_Toc29203166)

[7. Řízení rizik 28](#_Toc29203167)

[8. Řízení změn 31](#_Toc29203168)

[9. Monitorování a evaluace 32](#_Toc29203169)

[10. Komunikační plán 33](#_Toc29203170)

# Úvod

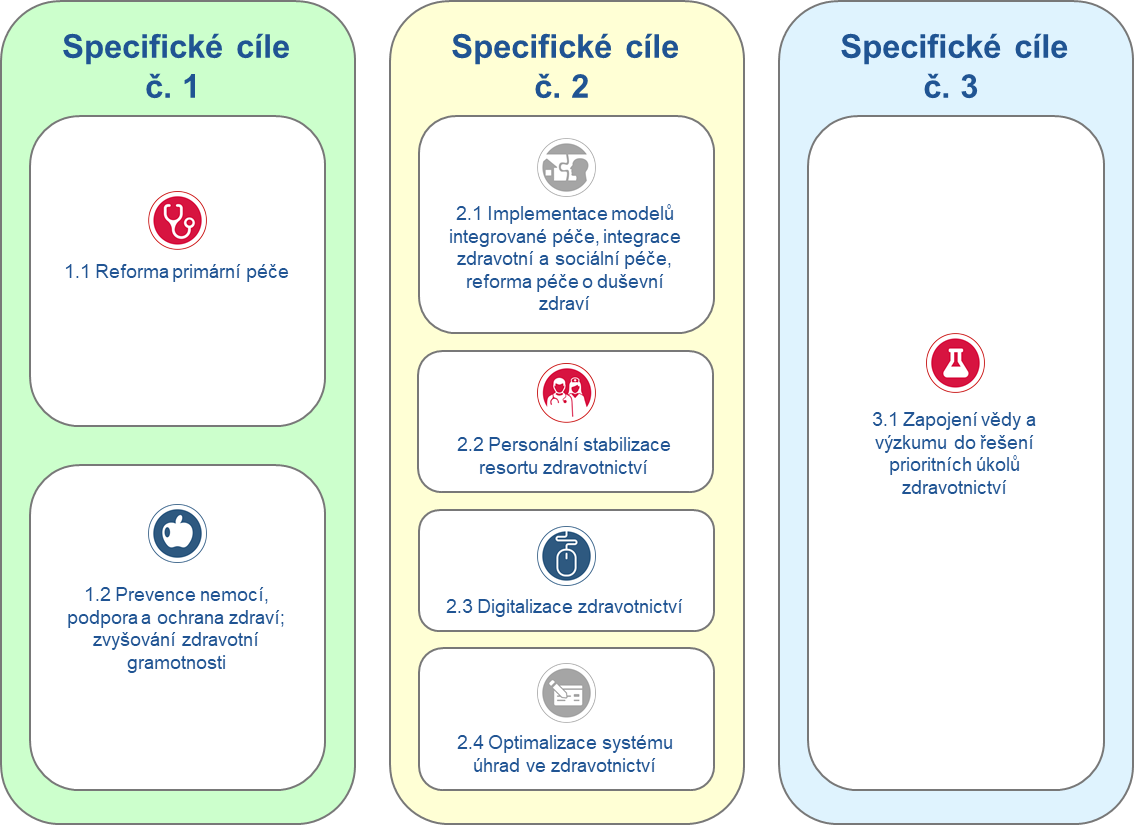
Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vytvořilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“) přijatý vládou ČR dne 18. listopadu 2019 usnesením č. 817/2019, který je základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a který udává směr rozvoje péče o zdraví občanů České republiky v příštím desetiletí. Vzhledem k epidemiologické situaci v souvislosti s COVID-19 se MZ rozhodlo Strategický rámec Zdraví 2030 a v něm definované prioritní oblasti aktualizovat tak, aby byl kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví, jelikož pandemie COVID-19 ukázala, že je nezbytné se více zaměřit na podporu a ochranu veřejného zdraví a zajistit tak vytvoření funkčního systému schopného pružně reagovat na případné další hrozby pro veřejné zdraví, včetně těch s přeshraničním přesahem.

Strategický rámec Zdraví 2030 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 č. 292, jež svým rozhodnutím také určila základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“.

Strategický rámec Zdraví 2030 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 7 specifických cílů, které kopírují investiční a neinvestiční priority MZ pro programové období politiky hospodářské, sociální a územní soudržnosti EU 2021+. Implementační plány představují hlavní prováděcí dokumenty Strategického rámce Zdraví 2030, které mohou být doplněny dílčími strategickými a prováděcími dokumenty, jako jsou národní akční plány či samostatné strategie.



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 2030 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.

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-1) 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 dyskomfort 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 2030, 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-2). Implementační plán obsahuje souhrn potřebných změn v primární péči, na kterých se shodla Pracovní skupina pro reformu primární péče, složená se zástupců relevantních odborů MZ.

Na přípravě implementačního plánu kromě odborů MZ 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 MZ.

# Základní informace o specifickém cíli

Významným opatřením k zajištění efektivity zdravotnického systému ČR je připravovaná reforma primární péče. Na MZ 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 (sdružené praxe) atd. Na základě tohoto materiálu MZ 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-3) vytvořených Pracovní skupinou MZ pro reformu primární péče vytyčeno 12 hlavních úkolů, jejichž realizace je plánována podle důležitosti a rozsahu. Harmonogram byl předložen vedení MZ 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 realizací je počítáno 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. Důležitým opatřením je i podpora vzdělávání mladých lékařů na lékařských fakultách a ve specializační přípravě a podpora školitelů primární péče, rezidenčních míst, apod. Realizace těchto cílů by měla začít po roce 2020 a podle rozsahu pak pokračovat i v dalších letech až do stabilizace systémových změn. Jedním z hlavních cílů je zvýšení dostupnosti primární péče a budování sdružených praxí spolu se zajištěním standardizace vybavení ordinací a stanovení indikátorů kvality péče. V roce 2020 je plánována příprava a následně od roku 2021 bude probíhat realizace těchto cílů.

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).

Velký důraz je v celém systému zdravotních služeb kladen na prevenci a zdravotní gramotnost Budou zpracovány návrhy na preventivní intervence praktických lékařů a podporu gatekeepingu. Tyto návrhy by měly být realizovány od roku 2020.

Ve Strategickém rámci Zdraví 2030 bylo určeno také 12 dílčích cílů, ke kterým díky realizaci jednotlivých opatření povede implementace tohoto implementačního plánu. Základní přehled uvádí následující tabulka.

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

|  |  |
| --- | --- |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Snížení počtu preskripčních omezení |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zavedení standardizace vybavení ordinací |
| **Číslo a název dílčího cíle** | * + 1. Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených 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. Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb) |
| **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-4) (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 |

# Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

Implementační plán vychází ze Strategického rámce Zdraví 2030 a rozpracovává jeho specifický cíl Reforma primární péče do podoby řady opatření, která naplňují 12 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 MZ s pojišťovnami Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR[[5]](#footnote-5) , které definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů.

Tab. č. 2: Hierarchická struktura a harmonogram realizace

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dílčí cíl** | **Opatření** | **Vstup nezbytný pro realizaci** | **Konečný výstup** | **Doba realizace / od–do** | **Gestor** | **Spolupracující subjekty** | **Vazba / podmíněnost realizací cíle** |
| **Dílčí cíl č. 1.1.1**  Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů | Revize metodických postupů a resortních metodik standardů pro poskytování primární péče | Analýza stávající situace, vytipování oblastí vhodných pro vytvoření resortní metodiky | Vydané metodické postupy | 2021-2023 | MZ-NZ | MZ: NZ, NL  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb |  |
| Nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři | Analýza aktuálního stavu: Počet registrovaných pojištěnců na jednoho praktického lékaře, poměr praktických lékařů a ambulantních specialistů, doba do ošetření od iniciálního kontaktu praktického lékaře. | snižování počtu návštěv u ambulantních specialistů cestou rozšiřování odborných i administrativních kompetencí PL/PLDD a lepší koordinace péče (návaznost specializované péče na péči primární, ev. I gate-keeping).“, udržení současného průměrného počtu registrovaných pojištěnců na 1 praktického lékaře. | 2021-2026 | MZ-NZ | MZ: NZ, NL  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny poskytovatelé zdravotních služeb, lékařská komora, |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.2  Snížení počtu preskripčních omezení | Rozvolnění preskripce pro praktické lékaře | Změna preskripčních omezení, Problematika uvolňování preskripčních a indikačních omezení (změna zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a správní praxe): | Revize některých preskripčních omezení z 1.1.2019 | 2021-2026 | MZ-NZ | MZ: NL, SÚKL  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny |  |
| Tvorba a vydávání klinických doporučených postupů pro poskytování primární péče | Zmapování potřeby vydání jednotlivých klinických doporučených postupů | Schválený a vydaný klinický doporučený postup | 2023-2027 | MZ-NZ | ÚZIS, SÚKL  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny |  |
|  | Zajištění návazného vzdělávání lékařů | Vytvoření vzdělávacího programu a vytvoření kapacity | Implementace vzdělávacích kurzů do praxe včetně distančních forem | Průběžně do 2030 | MZ-NZ | IPVZ, NCO NZO  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny  lékařské fakulty, |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.3. Zavedení standardizace vybavení ordinací | Úprava legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost praxí | Zmapování stávajícího stavu vybavení, nastavení dostatečně dlouhé přechodové doby | Vytvoření různých standardů pro izolovanou a sdruženou praxi | 2021-2025 | MZ-NZ | MZ: NL, NE  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, , SPLDD ČR zdravotní pojišťovny |  |
|  | Podpora praktických lékařů k naplnění nových standardů | Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální zabezpečení a věcné  a technické vybavení praxí | Vytvoření programů podpory praktických lékařů k naplnění nových standardů na vybavenost praxí. | 2025-2030 | MZ- NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče, praktiční lékaři |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.4  Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí | Nastavení legislativního rámce sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři | Vyhodnocení dostupnosti péče a příprava standardů nového modelu sdružených praxí | Vytvoření koncepce personální a technické vybavenosti sdružených praxí a jejich legislativní ukotvení. | 2019-2022 | MZ-NZ | NL, NE  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPLDD ČR, zdravotní pojišťovny  Pacientské organizace |  |
| Podpora vytváření sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři | Zmapování ekonomické náročnosti přechodu na nový model, stanovení objemu podpory, Nastavení legislativního rámce sdružených praxí | Vytvoření modelu sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů[[6]](#footnote-6) vedených praktickými lékaři a jeho zavedení do praxe | 2022-2030 | MZ-NZ | NL, NE  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPLDD ČR, zdravotní pojišťovny |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.5. Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality | Zavedení indikátorů kvality v primární péči | Nastavení indikátorů kvality tak, aby bylo možno srovnávat výkonnost jednotlivých praxí. | Vytvoření sady indikátorů, které budou dobře měřitelné a data budou napříč systémem jednoduše sbíratelná | 2019-2022 | ÚZIS | MZ: NZ, NL  ÚZIS  Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.6. Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci | Nastavení výkonové složky platby PL, všeobecných sester, nutričních terapeutů | Zmapování objemu péče, kterou je nutné hradit výkonově. Nastavení parametrů tak, aby poskytovaná péče umožňovala kontrolovanou úhradu. | Vytvoření úhradových mechanismů reflektujících pohyb pacienta v systému a poskytovanou péči | 2021-2023 | MZ-NE | MZ: NZ, NL, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, profesní organizace, zdravotní pojišťovny |  |
| **Dílčí cíl č.** 1.1.7.  Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech | Metodický rámec podpory zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech | Zmapování aktuálního stavu dostupnosti primární péče napříč regiony ČR | Zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehlých oblastech | 2019-2022 | MZ-NZ | MZ: NE, NL  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny  Pacientské organizace, lékařské fakulty |  |
| Programy podpory zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech | Vytvoření modelu rezidenčních míst a dalších opatření s ohledem na priority geografické a oborové. | Výběr a podpora vhodných praxí a aplikace motivačních prvků | 2022-2030 | MZ-NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní organizace, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č.**  1.1.8  Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb) | Vytvoření/revize modelu rezidenčních míst | Analýza potřeb, zmapování kapacit systému | Vytvoření nového systému | 2019-2022 | MZ-NZ | MZ: NL NE  IPVZ, NCO NZO,  Externí: MŠMT, profesní komory, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, pacientské organizace,  Mladí lékaři |  |
| Implementace nového modelu rezidenčních míst | Vytvoření/revize modelu rezidenčních míst | Implementace modelu do praxe | 2023-2030 | MZ-NZ | MZ: NE, IPVZ, NCO NZO,  Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, pacientské organizace |  |
| Tvorba vzdělávacích modelů | Analýza efektivity stávajících vzdělávacích modelů | Vytvoření modelu vzdělávání s přijatelnými objemy praxe v jednotlivých oborech, nastavení motivačního systému úhrad | 2021-2023 | MZ-NZ | IPVZ  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, pacientské organizace,  Mladí lékaři, lékařské fakulty |  |
| Implementace vzdělávacích modelů | Vytvoření modelu vzdělávání s přijatelnými objemy praxe v jednotlivých oborech | Aplikace vzdělávacích programů do praxe | 2023-2026 | MZ-NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, MŠMT, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č.**  1.1.9  Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění | Nastavení managementu chronických neinfekčních onemocnění | Nastavení parametrů systému na základě jednání mezi PL, odbornými společnostmi, MZ a pojišťovnami | Posílení integrace primární, ambulantní péče a péče lůžkové, zajištění účinné dispenzarizace o chronické pacienty, kteří vyžadují po zvládnutí akutní fáze léčby dlouhodobé sledování | 2021- 2025 | MZ-NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní komory, pacientské organizace |  |
| Nastavení pravidel dispenzarizace chronicky nemocných | Vytvoření pravidel a nastavení vazeb | Posílení multioborových týmů v nemocnicích zaměřených na management léčby chronických onemocnění a vazby na praktické lékaře | 2021- 2025 | MZ-NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní komory, pacientské organizace |  |
| Implementace managementu dispenzarizace chronicky nemocných | Nastavení managementu chronických neinfekčních onemocnění | Zavedení modelu managementu dispenzarizace chronicky nemocných do praxe | 2025- 2030 | MZ-NZ | MZ: NE,  Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní komory, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č.**  1.1.10  Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky | Zvyšování kvality preventivních prohlídek a jejich přiblížení zdravotním potřebám obyvatel a jejich monitoring | Analýza stávajícího systému adresného zvaní | Nastavení systému preventivních prohlídek a screeningových programů a adresného zvaní na ně | 2021-2025 | ÚZIS | MZ: NZ, NM,  Externí: ČLS JEP, kraje-krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, praktiční lékaři, profesní organizace, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č.**  1.1.11  Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca 1 pro každý okres), | Vznik a modernizace urgentních příjmů prvního i druhého typu dle koncepce pro vytvoření sítě UP | Příprava sítě urgentních příjmů. | Vytvoření nového modelu urgentních příjmů I. a II. typu. | 2019- 2026 | MZ-NZ | MZ: NE, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb. |  |
| Podpora pohotovostní služby | Příprava státem garantované sítě LPS. | Vytvoření a zavedení nového modelu lékařské pohotovostní služby do praxe. | 2019- 2026 | MZ-NZ | MZ: NE, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb. |  |
| **Dílčí cíl č.**  1.1.12  Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy | Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů. | Analýza potřeb LPS provázaných na urgentní příjmy. | Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby při urgentních příjmech | 2019- 2026 | MZ-NZ | MZ: NE, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb. |  |
| Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost LPS | Vytvoření věstníku MZ, realizace modelu urgentních příjmů v jednotlivých regionech, přímá provazba na LSP v jednotlivých lokalitách | Vytvoření legislativních norem | 2020- 2026 | MZ-NZ | MZ: NE, NL, ÚZIS,  Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb. |  |

# Rozpočet a předpokládané zdroje financování

Stejně jako v předchozích letech, i v období 2021–2030 bude významným zdrojem financování oblasti zdravotnictví představovat státní rozpočet, kapitola 335 – Ministerstvo zdravotnictví. Dalšími významnými zdroji financování pak budou fondy EU a další finanční mechanismy, jako jsou fondy EHP nebo 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.

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.[[7]](#footnote-7)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Číslo dílčího cíle** | **Celkové náklady na realizaci DC** | **Předpokládá se projektový záměr ANO/NE, v jaké výši** | **Předpokládané zdroje financování** | **Posílení personální kapacity na realizaci DC ANO/NE** |
| **Dílčí cíl 1.1.1** | 10 mil. Kč | NE | státní rozpočet | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.2** | 51 mil. Kč | ANO 50 mil. Kč | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.3** | 1 mld. Kč | ANO 1 mld. Kč | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.4** | 2 mld. Kč | ANO 2 mld. Kč | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.5** | 20 mil. Kč | NE | státní rozpočet | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.6** | 2 mld. Kč | NE | státní rozpočet, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.7** | 1 mld. Kč | ANO | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.8** | 9 mld. Kč | ANO 8 mld. Kč | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.9** | 30 mil. Kč | NE | státní rozpočet, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | ANO |
| **Dílčí cíl 1.1.10** | 10 mil. Kč | NE | státní rozpočet, fondy EU | NE |
| **Dílčí cíl 1.1.11** | 4,2 mld. Kč | ANO 4 mld. | státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **Dílčí cíl 1.1.12** | 200 mil. Kč | NE | státní rozpočet,  fondy EU | ANO |
| **Celkem** | 17,276 mld. Kč | 15 mld. Kč |  |  |

# Soubor indikátorů

Naplňování Strategického rámce Zdraví 2030 bude sledováno prostřednictvím indikátorů, které představují účinný nástroj pro měření cílů, postupu či dosažených efektů jednotlivých úrovní implementace.

Na úrovni Strategického rámce Zdraví 2030 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 2030 obsahuje indikátorovou sadu, která měří dopady intervencí na nejvyšší úrovni. Tento IP má přispívat především k dosažení cílových hodnot následujících indikátorů:

Tab. č. 4: Indikátory dopadů na úrovni Strategického rámce Zdraví 2030

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indikátor** | **Bližší vymezení a jednotka** | **Výchozí hodnota**  **(2017)** | **Cílový stav**  **(2030)** |
| Průměrný věk praktických lékařů | Věk | **56** | **50** |
| Poměr návštěv u ambulantních specialistů k návštěvám u praktických lékařů | Průměrný počet návštěv na jednoho pacienta u ambulantního specialisty: průměrný počet návštěv na jednoho pacienta | **7,4** : **3,1** | **6,5** : **3,6** |
| Preventivní prohlídky u praktického lékaře | Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u praktického lékaře | **63,2** % | **74,1 %** |

Následně je pak u každého specifického cíle uveden soubor indikátorů, jak dopadových, tak výstupových/výsledkových pro každý dílčí cíl.

Tab. č. 5: Indikátory na úrovni dílčích cílů

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Číslo dílčího cíle** | **Název indikátoru** | **Stručná definice / popis indikátoru** | **Jednotka** | **Výchozí hodnota** | **Očekávaný cílový stav** | **Časová řada sledování** |
| Dílčí cíl 1.1.1 | Poměr pojištěnců a praktických lékařů | Počet registrovaných pojištěnců na jednoho praktického lékaře.  Zastavení poklesu počtu praktických lékařů | počet | 1700 | 1700 | ročně |
| Poměr návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů | Snížení počtu návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů | poměr | 7,4:3,1 | 6,5:3,6 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.2 | Vytvořené metodické dokumenty | Počet nově vzniklých metodických dokumentů k omezení preskripce | počet | 0 | 1 | ročně |
| Odstranění preskripčních omezení | Počet odstraněných preskripčních omezení | počet | 0 | 80 | ročně |
| Proškolené osoby | Počet proškolených osob | počet | 0 | 4000 | ročně |
| Nově vytvořené klinické doporučené postupy | Počet nově vytvořených klinických doporučených postupů- | počet | 0 | 10 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.3 | Vydané legislativní normy | Počet vydaných legislativních norem. | počet | 0 | 3 | ročně |
| Počet ultrazvuků na počet lékařů primární péče | Počet ultrazvuků na jednoho praktického lékaře | počet | 0 | 0,33[[8]](#footnote-8) | ročně |
| Ordinace splňující nové standardy | Počet ordinací splňující nové standardy | počet | 0 | 4000 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.4 | Vytvoření sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři | Počet vybavených podpořených sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři | počet | 0 | 500 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.5 | Zavedené indikátory kvality | Počet zavedených indikátorů kvality | počet | 0 | 7 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.6 | Nově nastavené úhradové mechanismy | Dokumenty kodifikující změnu úhradových mechanismů | počet | 0 | 1 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.7 | Zavedené metodické materiály | Počet zavedených metodických materiálů | počet | 0 | 2 | ročně |
| Zavedená opatření | Počet zavedených  Opatření | počet | 0 | 2 | ročně |
| Podpořené praxe | Počet podpořených praxí | počet | 0 | 300-500 ročně | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.8 | Osoby podpořené residenčními programy- PL | Počet osob podpořených residenčními programy pro praktické lékaře | počet | 200 | 250 | ročně |
| Osoby podpořené residenčními programy- PLDD | Počet osob podpořených rezidenčními programy pro praktické lékaře pro děti a dorost | počet | 80 | 120 | ročně |
| Zavedené vzdělávací programy | Počet vytvořených vzdělávacích programů přizpůsobených aktuálním podmínkám rozvoji oboru | počet | 0 | 10 prioritních | ročně |
| Absolventi inovovaného specializačního vzdělávání | Počet absolventů inovovaného specializačního vzdělávání (atestovaných) | počet | 0 | 500 ročně | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.9 | Počet vydaných metodických materiálů | Počet vydaných metodických materiálů | počet | 0 | 10 | ročně |
| Obory, kde je opatření realizováno | Počet oborů, kde je opatření realizováno | počet | 0 | 10 | ročně |
| Procento pacientů registrovaných u jednoho praktického lékaře v dispenzarizaci u specialisty | Procento pacientů registrovaných u jednoho praktického lékaře v dispenzarizaci u specialisty | Procentuální podíl |  |  | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.10 | Podíl obyvatel s preventivní prohlídkou u PL | Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u PL | podíl | 63,2 % | 74,1 % | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.11 | Vytvořené urgentní příjmy 1. typu | Počet vytvořených/modernizovaných urgentních příjmů 1. typu | počet | 0 | 10 | ročně |
| Vytvořené urgentní příjmy 2. typu | Počet vytvořených/modernizovaných urgentních příjmů 2. typu | počet | 0 | 60 | ročně |
| Podpořené pohotovostní služby | Počet podpořených pohotovostních služeb | počet | 0 | 70 | ročně |
| Dílčí cíl 1.1.12 | Vytvořené metodické materiály | Počet vytvořených metodických materiálů | počet | 0 | 2 | ročně |
| Organizace podpořené zavedeným opatřením | Počet organizací podpořených zavedeným opatřením | počet | 0 | 100 | ročně |
| Nové legislativní normy a resortní vyhlášky | Počet nových legislativních norem a resortních vyhlášek | počet | 0 | 2 | ročně |
| Podpořené pohotovostní služby | Počet podpořených pohotovostních služeb | počet | 0 | 70 | ročně |

# Implementační struktura

Garantem provádění Strategického rámce Zdraví 2030 a jeho implementačních plánů je MZ. Zastřešujícím orgánem, který vykonává dohledovou a kontrolní činnosti nad realizací Strategického rámce Zdraví 2030 a implementačních plánů, je vedení MZ, které projednává a schvaluje klíčové dokumenty a zajišťuje vzájemný soulad realizace Strategického rámce Zdraví 2030 a všech šesti implementačních plánů.

Jako poradní orgán ministra zdravotnictví v oblasti implementace Zdraví 2030 je příkazem ministra č. 36/2019 ze dne 20. listopadu 2019 zřízen Řídicí výbor implementace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Řídicí výbor Zdraví 2030“), jehož činnost spočívá především v

* dohledu nad implementací Strategického rámce Zdraví 2030 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 implementačních plánů.

Za realizaci implementačního plánu 1.1 je zodpovědný gestor implementačního plánu, kterým je náměstek pro zdravotní péči*.* Gestor implementačního plánu vrcholově řídí a odpovídá za realizaci implementačního plánu daného specifického cíle. Gestor je odpovědný za zpracování Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu (nebo také „hodnoticí zpráva“), kterou pravidelně předkládá Řídicímu výboru Zdraví 2030 a následně poradě vedení MZ.

V rámci řešení implementačního plánu primární péče byla zřízena Pracovní skupina pro reformu primární péče, která zahrnuje všechny klíčové struktury včetně dotčených sekcí MZ, 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. 1: 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 vždy i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je aktualizován Pracovní skupinou pro reformu primární péče na základě informací z průběhu implementace IP v daném rocea projednán jako součást Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu Řídicím výborem Zdraví 2030. Ta je následně schvalována vedením MZ.

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 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.

Tab. č. 6: Registr rizik ke dni schválení IP

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název rizika** | **Popis rizika** | **Dopad rizika[[9]](#footnote-9)** | **Pravděpodobnost výskytu rizika[[10]](#footnote-10)** | **Významnost rizika[[11]](#footnote-11)** | **Opatření vedoucí ke snížení rizika** | **Vlastník nápravného opatření** |
| Nedostatek finančních prostředků | Nebudou uvolněny prostředky státního rozpočtu z kapitoly MF, z kapitoly MZ, 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 | MZ |
| 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 | MZ 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 příprav e realizace plánovaných opatření | MZ, 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 | MZ |
| 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 | MZ |
| 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 příprav e realizace plánovaných opatření | MZ |
| 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 příprav e realizace plánovaných opatření, dostatečná PR kampaň pro zvýšení zájmu. | MZ |

# Řízení změn

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je pravděpodobné, že se budou muset implementační plány pravidelně revidovat a aktualizovat. Minimálně dojde k jedné revizi na základě povinně stanovené revize Strategického rámce Zdraví 2030 v roce 2025.

Pro přípravu a schvalování změn implementačního plánu je stanoven následující postup: Zpravidla dochází k úpravě textu implementačního plánu v rámci pravidelné roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu, v níž mohou být navrhovány změny, které nemají vliv na označení specifického cíle a dílčích cílů – tj. je možné upravovat seznam opatření, zdroje financování apod.[[12]](#footnote-12) Změny jsou v rámci projednání Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu diskutovány Řídicím výborem Zdraví 2030, který k nim vydá stanovisko a následně schvalovány vedením MZ. 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.

V případě návrhu podstatných změn, tj. těch, které mají vliv na označení specifického cíle a dílčích cílů, jsou takové změny projednány Řídicím výborem Zdraví 2030 samostatně s ohledem na koordinaci implementace celého Strategického rámce Zdraví 2030 a následně schvalovány vedením MZ a vládou ČR. Po schválení změny, je vydávána nová verze IP 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 Zdraví 2030 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 2030. Zpráva o průběhu realizace implementačního plánu, která představuje vyhodnocení postupu realizace samotného implementačního plánu, bude každý rok předkládána Řídicímu výboru Zdraví 2030 a následně ke schválení poradě vedení MZ. 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 2030 a poradě vedení MZ 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. aktualizovaný Komunikační plán
4. aktualizovaný Evaluační plán
5. návrhy na nepodstatné změny textu implementačního plánu

Zpráva o průběhu realizace implementačního plánu je gestorem implementačního plánu předkládána k projednání Řídicímu výboru Zdraví 2030 nejpozději do konce února následujícího roku a ke schválení vedení MZ nejpozději do konce března následujícího roku. Každý druhý rok (nejdříve v roce 2023) 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 2030, která je předkládána vládě ČR pro informaci vždy nejpozději do konce června následujícího roku.

Evaluační plán je nastavován a aktualizován v roční Zprávě o průběhu realizace implementačního plánu s tím, že se předpokládá, že budou zpracovávány (interně případně externě) jak dopadové evaluace na úrovni celého Zdraví 2030, tak také tematické dopadové i procesní evaluace až do úrovně dílčího cíle či opatření.

# Komunikační plán

Komunikační plán implementačního plánu vychází z Komunikační strategie Strategického rámce Zdraví 2030. 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 MZ 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 MZ,
* pracovníci MZ,
* poskytovatelé zdravotní péče 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 MZ 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 2030 a jeho implementační plány budou také pravidelně prezentovány na veřejných akcích pořádaných MZ, jako je např. Den zdraví.

Tab. č. 6: Základní komunikační plán

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název aktivity** | **Popis obsahu sdělení** | **Cílová skupina** | **Forma sdělení** | **Předpokládaná doba realizace** | **Realizátor** | **Garant** |
| Příprava reformy primární péče | Praktičtí lékaři získají více kompetencí | Praktičtí lékaři | Tisková zpráva | 2020 | MZ | NZ+TIS |
| Profesní komory | Setkání s představiteli profesních sdružení | 2020 | MZ | NZ |
| Pacienti | Tisková zpráva | 2020 | MZ | NZ+TIS |
| Lékařské fakulty | Setkání, odborné workshopy | 2021 | MZ | NZ |
| Komunikace dílčích výstupů reformy primární péče | Informace o konkrétních výstupech | Odborná veřejnost | Články v odborných periodicích | 2021 | MZ | NZ |
| Laická veřejnost | Články a informace v masmédiích, informace na webu MZ | 2021 | MZ | NZ+TIS |
| Komunikace strategie reformy primární péče | Informace o základních strategických dokumentech | Odborná i laická veřejnost | Publikace na webu MZ a portálu NZIS | 2020 | MZ | NZ+ÚZIS |

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-1)
2. https://ec.europa.eu/assets/eac/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework\_en.pdf [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/reforma-primarni-pece-navrh-pracovni-skupiny-101009.pdf> [↑](#footnote-ref-3)
4. týká se i lékárenských pohotovostních služeb [↑](#footnote-ref-4)
5. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prij\_18314\_1.html [↑](#footnote-ref-5)
6. Včetně administrativních nezdravotnických pracovníků [↑](#footnote-ref-6)
7. 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)
8. Jeden ultrazvuk na 3 praktické lékaře na jedné adrese [↑](#footnote-ref-8)
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-9)
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-10)
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-11)
12. V textu implementačního plánu není nutné upravovat Registr rizik, u kterého je stanoven povinný systém aktualizace. [↑](#footnote-ref-12)