

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

**Implementační plán č. 2.1**

**Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví**

******

|  |
| --- |
| **SOUHRN** |
| **Název**  | Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví |
| **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 2.1. Implementace modelů integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví, Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 dále jen „Strategický rámec Zdraví 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 koncepce. |
| **Stručný popis řešené problematiky a implementačního plánu**  | V ČR přibývá osob, které se dlouhodobě nacházejí v nepříznivém zdravotním stavu, což zvyšuje jejich nároky na zdravotní a sociální služby poskytované současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru. Delší doba dožití je často spojena s dlouhým obdobím jedné a nezřídka více chronických chorob, které mají významný negativní dopad na kvalitu života zejména starších lidí, podílejí se výrazně na spotřebě péče z hlediska požadovaných kapacit i financí a vážou rostoucí počet vysoce kvalifikovaných lékařských i nelékařských odborníků. Jedním z výsledných efektů takového vývoje je dlouhodobě neklesající počet let strávených ve zdraví u populace v ČR v porovnání s jinými rozvinutými zeměmi EU, kde pro řešení otázek péče zejména o chronicky nemocné přistoupili k reformám, jejichž základní charakteristikou je integrace péče a její zefektivnění pomocí inovací. V ČR je dosud (2020) tento problém adresován převážně tradičním extenzivním přístupem: více kapacit v nemocnicích, ambulancích, více lékařů, více sester, přičemž prakticky nedochází k systémovým změnám, které by reagovaly na vývoj v nárocích společnosti na dlouhodobou péči v porovnání s péčí o akutní případy. U chronicky nemocných dochází dále k deficitu soběstačnosti při zajišťování sociálních potřeb, který může v případě jeho nedostatečné vnější saturace vést až k nevratným procesům, které pak násobí nároky na vyžadovanou péči jak od rodiny nemocného, tak u poskytovatelů zdravotní péče. Je zřejmé, že je nutné se soustředit jak na lepší koordinaci a rozvoj zdravotní péče zejména o chronicky nemocné, kdy bude zdravotní péče poskytována specializovanými poskytovateli zdravotních služeb v úzké spolupráci s praktickými lékaři, tak na propojení systému zdravotních a sociálních služeb, protože v rámci jejich legislativně i funkčně odděleného poskytování nelze adekvátně reagovat na měnící se potřeby osob s různou mírou závislosti. Specifický cíl usiluje o to, aby byly všem obyvatelům ČR v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny spravedlivé příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně, a to v různé intenzitě a měnícím se poměru dle potřeb a ve všech potřebných formách (od ambulantních, terénních, poskytovaných ve vlastním sociálním prostředí, po lůžkové/pobytové, využitelné pro přechodné či trvalé řešení životní situace klienta), a to po celý životní cyklus obyvatel České republiky. Široká oblast zahrnuje celé spektrum témat od deinstitucionalizace dětských domovů až po péči o nemocné demencí.Do popsané oblasti patří specificky i implementace reformy péče o duševní zdraví, která byla započata v minulém programovém období za podpory EU fondů na základě schválené Strategie reformy psychiatrické péče (2013), jako i implementace souběžně připravovaných Národních akčních plánů pro duševní zdraví, Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění a pro prevenci sebevražd apod.Samotný implementační plán blíže popisuje daný specifický cíl a poskytuje informace o hierarchické struktuře prací, harmonogramu a plánovaném rozpočtu, základním souboru sledovaných indikátorů, řídicí a organizační struktuře implementace, systému řízení rizik, systému monitorování a evaluací a také o komunikačním plánu. |

Obsah

[1. Úvod 6](#_Toc34051572)

[2. Základní informace o specifickém cíli 12](#_Toc34051573)

[3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace 16](#_Toc34051574)

[4. Rozpočet a předpokládané zdroje financování 41](#_Toc34051575)

[5. Soubor indikátorů 44](#_Toc34051576)

[6. Implementační struktura 57](#_Toc34051577)

[7. Řízení rizik 59](#_Toc34051578)

[8. Řízení změn 69](#_Toc34051579)

[9. Monitorování a evaluace 70](#_Toc34051580)

[10. Komunikační plán 71](#_Toc34051581)

# Úvod

Ministerstvo zdravotnictví (MZ) představilo 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 obyvatelů 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 Usnesením vlády ČR č. 292/2017, 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.

Hlavní vizí Strategického rámce Zdraví 2030 je zajištění dostupné zdravotní péče všem obyvatelům ČR bez ohledu na jejich sociální a geografické prostředí při jejich současné podpoře v zájmu o udržení a zlepšování jeho zdravotního stavu. V rámci této vize je kladen důraz i na optimalizaci zdravotnického systému za účelem zvýšení jeho efektivnosti a dopadů v souvislosti s demografickými změnami, jež zdravotnický systém výrazně ovlivňují. Zvyšuje se střední délka života i délka života ve zdraví. Nicméně obě hodnoty nedosahují průměru zemí EU.

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

Jednu z důležitých komponent představuje v rámci integrované péče systém zdravotně sociální (dlouhodobé)péče, který zohledňuje celistvost potřeb pacienta a je schopen mu poskytovat v jednom komplexu podporu ve zdravotní i sociální rovině. Integrace zdravotně sociální péče je koncept, který v podmínkách zdravotního a sociálního systému ČR není zatím dostatečně akcentován ani legislativně ukotven, přestože péče o osoby, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, vykazuje závažné nedostatky. Tyto nedostatky pramení především v nepropojenosti obou systémů a jsou důsledkem zastaralého a nepružného přístupu k řešení problémů v této oblasti. Situace na tzv. zdravotně sociálním pomezí vůbec neodpovídá společenskému vývoji, nereaguje na fakt stárnutí populace ani na nárůst chronicky nemocných, kteří mají vedle potřeb zdravotních také potřeby sociální a nelze je neustále přesouvat z jednoho systému do druhého. Dlouhodobá (zdravotně sociální) péče je poskytována různými typy poskytovatelů a její definování je tedy problematické. Je nutné vytvořit propojený systém, který umí pružně a efektivně reagovat na měnící se potřeby osob s dlouhodobými zdravotními problémy. Tato problematika se týká celého věkového spektra. Podstatnou část populace s potřebou zdravotně sociální podpory však představuje seniorská generace.

V rámci systému poskytování dlouhodobé péče bylo MZ vydáno Metodické doporučení pro následnou a dlouhodobou péči, které bylo uveřejněn ve Věstníku MZ č. 12/2019. Toto doporučení definuje rozdíl mezi následnou a dlouhodobou péčí, indikační kritéria pro definovanou péči a jasná kritéria pro přijetí pacienta do nejvhodnějšího zdravotnického zařízení. Dále vymezuje i dlouhodobou péči poskytovanou ve vlastním prostředí pacienta. Další pokusy o implementaci této péče do systému zdravotních a sociálních služeb cílí v současné době jen do dílčích oblastí péče (např. Centra duševního zdraví) a problematika není systémově řešena.

Úspěšná implementace zdravotně sociální péče vyžaduje soulad a změnu na všech úrovních jejich řízení i u samotných poskytovatelů zdravotně sociálních služeb. Je nutná restrukturalizace stávajícího systému oddělených zdravotních a sociálních služeb a zajištění kvalitní individuálně nastavené komplexní péče ve všech dostupných formách (ambulantní/terénní, ve vlastním sociálním prostředí pacienta, lůžkové/pobytové služby), jež může pacient využívat přechodně i dlouhodobě. Změny bude potřebné prosadit v legislativě,
v oblasti financování nového systému péče i ve struktuře lůžek u poskytovatelů. V dobře nastaveném systému bude zajištěn rovný přístup k užívání zdravotních i sociálních služeb v souladu s aktuálními potřebami pacienta. S ohledem na specifika jednotlivých regionů ČR bude implementační plán 2.1 na krajských úrovních implementován v podobách vycházejících z rozdílných specifických potřeb jejich obyvatel a z příkladů dobré praxe. Na národní i regionální úrovni vzniknou nové koordinační struktury v podobě koordinátorů a informačních portálů, v krajích pak budou zřízena kontaktní a informační centra pro pacienty a pečovatele.

Specifickou součástí implementačního plánu je i oblast duševního zdraví, Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny roků poznamenaných disabilitou v důsledku všech onemocnění a duševní onemocnění dohromady způsobují zátěž přibližně 15 % DALY (Disability Adjusted Life Years), což je srovnatelné s onemocněními onkologickými. Navíc v době probíhající epidemie COVID 19, kdy se psychická zátěž obecné populace způsobená hrozbou onemocnění i následky zavedení potřebných epidemiolockých opatření prudce zvyšuje, jsou aktivity v oblasti duševního zdraví nedílnou a významnou součástí reakce všech rozvinutých evropských států. Je nutné zaměřit
se na udržení duševního zdraví celé populace, tedy doplnit k dosavadnímu přístupu významný aspekt prevence a časné intervence. Implementační plán pro příští desetiletí přináší současně návod, jak řešit problémové oblasti, které nemohly být podchyceny předem, dokud se nezhmotnily v konkrétní podobě během realizace projektů reformy psychiatrie. Nejdůležitějšími z těchto otázek, respektive problémových oblastí, je legislativní a finanční ošetření zdravotně-sociálního pomezí, problematika vysokého rizika chudoby u lidí se závažnými duševními nemocemi, rozvoj a změna systému poskytování péče o děti v riziku nebo s již rozvinutými duševními obtížemi, definice a rozvoj systému péče o potenciálně nebezpečné pacienty/klienty a pacienty/klienty v ochranné léčbě, krizová péče a již zmíněná oblast prevence, která, pokud není adekvátně podpořena, přináší do systému péče nadměrnou zátěž ve formě plně rozvinutých preventabilních nemocí Všechny výše identifikované oblasti současně vyžadují výrazné zapojení relevantních rezortů (MPSV, MŠMT, MMR, MSp),
jako i krajů. Z tohoto důvodu byl zpracován Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 - 2030, který byl vládou ČR schválen dne 27. ledna 2020 usnesením číslo 76/2020.

Součástí péče o duševní zdraví je ioblast prevence sebevražd, která byla rovněž zpracována v samostatném strategickém dokumentu – v Národním akčním plánu prevence sebevražd 2019–2030 (dále jen „NAPPS“), který je stanovuje konkrétní postupy pro naplňování jednotlivých strategických cílů ve formě specifických cílů a opatření. NAPPS zároveň přispívá k plnění cílů, které vytyčila Organizace spojených národů (OSN), tzv. Sustainable Development Goals.

S výše uvedeným je v souladu i oblast péče o osoby trpící demencí. V reakci na zvyšující se prevalenci demence v České republice a nutnost aktivně podporovat osvětu, prevenci, zvyšovat dostupnost včasné diagnostiky a následné zdravotní i sociální podpory
pro lidi žijící s demencí a jejich pečující vznikl Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc
a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (dále jen NAPAN), jehož opatření byla zpracována do tohoto implementačního plánu. Česká republika se skrze Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění pro roky 2020–2030 (NAPAN) připojuje k výzvě Světové zdravotnické organizace, která v roce 2017 vyhlásila demenci prioritou veřejného zdraví [CITE].

Průřezovým tématem tohoto implementačního plánu, ale i ostatních implementačních plánů Strategického rámce Zdraví 2030, je pak zapojení pacientů, jejich rodinných příslušníků
a pečovatelů, coby významné cílové skupiny do všech relevantních procesů v oblasti zdravotnictví.

Příprava implementačního plánu do budoucna počítá s vytvořením pracovních skupin za účasti všech důležitých stakeholderů, které se budou věnovat jednotlivým oblastem implementačního plánu v návaznosti na jeho dílčí cíle.

Implementační plán v oblasti péče o duševní zdraví bude reflektovat již schválený vládní dokument Národní akční plán péče o duševní zdraví.

Oblast prevence sebevražd byla připravena na základě situační analýzy a v návaznosti na strategii prevence sebevražd dle WHO společnou prací národní pracovní skupinou
se širokým zastoupením zájmových stran pod vedením expertů z NÚDZ a v úzké spolupráci
se zahraniční expertkou WHO.

Na přípravě implementačního plánu v oblasti posílení segmentu pacientských organizací
a organizací zaměřených na pomoc pacientům pracovalo MZ na základě dlouhodobých konzultací s pacientskými organizacemi a organizacemi zaměřenými na pomoc pacientům, které vedly k identifikaci potřeb a prioritizaci jednotlivých opatření.

# Základní informace o specifickém cíli

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

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

Cílovým stavem by měla být úspěšná implementace dlouhodobé (zdravotně sociální) péče do systému služeb ČR, který je založen na komplexnosti zajištění zdravotních i sociálních potřeb pacientů s dlouhodobými chronickými obtížemi a výraznou disabilitou. V rámci intervencí v dílčích cílech by mělo dojít k nastavení systému poskytování služeb na národní i regionální úrovni, zajištění dostupnosti služeb, posílení role praktických lékařů v dlouhodobé péči, kontinuálnímu zvyšování kvality poskytovaných služeb, optimalizaci lůžkového fondu ve prospěch lůžek dlouhodobé péče, podpoře péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta, rozvoji a standardizaci paliativní péče a podpoře rodinných příslušníků a dalších laických pečovatelů.

V rámci specifických modelů integrované péče představuje cílový stav zajištění optimální dostupnosti specializované a superspecializované péče o chronicky a dlouhodobě nemocné pacienty např. prostřednictvím podpory rozvoje komplexní a integrované onkologické péče a vyrovnávání disparit v jednotlivých regionech. Podpora této péče by se projevila i na zkvalitnění zdravotní péče o pacienty s méně častými či vzácnými diagnózami a v neposlední řadě by přispěla k vyšší dostupnosti specializované následné péče (geriatrické, rehabilitační a paliativní) s cílem zvýšit kvality života chronicky a nevyléčitelně nemocných pacientů. Podpora bude cílena dále k poskytovatelům perinatologické péče. Dlouho opomíjeným tématem je v české populaci výskyt duševních onemocnění, který přímo ovlivňuje přibližně 21 % obyvatel ČR. Problémy s duševním zdravím jsou příčinou přibližně jedné třetiny všech roků poznamenaných disabilitou v důsledku onemocnění a deprese je přitom globálně nejčastějším důvodem života v disabilitě. Lidé s vážným průběhem duševního onemocnění často žijí v chudobě, jsou stigmatizováni a diskriminováni a dožívají se významně nižšího věku než běžná populace. Lidé s duševním onemocněním také častěji zneužívají alkohol a jiné návykové látky. Jsou častěji traumatizováni, resp. viktimizováni, což přispívá k vyššímu riziku jejich agrese. Narůstá potřeba pedopsychiatrické péče. Sebevraždu spáchají v ČR každý den přibližně čtyři lidé.

Zkušenosti ze zahraničí a hlavně pak i z doposud realizovaných změn v oblasti duševního zdraví, jako i požadavky z oblasti dodržování lidských práv a zajištění vyšší efektivity péče vyžadují, aby bylo pokračováno v reformě psychiatrie tak, aby do roku 2030 bylo těžiště péče o duševní zdraví přesunuto z velkokapacitních zařízení zdravotních služeb následné lůžkové péče, kde jsou lidé se závažnými duševními onemocněními hospitalizováni i déle než 20 let, přesunuto do komunitní péče, tj. péče poskytované v přirozeném prostředí lidí s duševním onemocněním.

Průřezovým tématem tohoto IP je i větší zapojení uživatelů do rozhodovacích procesů, a to prostřednictvím většího zapojení zástupců pacientů do všech potřebných procesů a řízení v oblasti zdravotnictví. Segment pacientských organizací je v ČR poměrně roztříštěný a chybí prvek zastřešující organizace, která by sloužila jako koordinační těleso na poli pacientských organizací. Za účelem posunutí pacienta do středu zájmu segmentu zdravotní péče je třeba, aby existoval aktér, který bude pacienty reprezentovat. Jak napovídá zahraniční praxe, zástupci pacientů z pacientských organizací takovým aktérem mohou být, ovšem pouze, pokud budou systematicky a dlouhodobě podporovány skrze dva hlavní nástroje – vzdělávání a financování. V ČR ovšem systematické a nezávislé vzdělávání určené pacientským organizacím neexistuje. Související otázkou je nedostatečné prosazení zájmů pacientů z hlediska artikulace zdravotních politik s dopadem do individuálních zdravotních podmínek pacientů. To je ovlivněno řadou okolností, mezi něž patří strukturální podoba segmentu pacientských organizací. Na MZ proto vznikla Pacientská rada ministra zdravotnictví, stálý poradní orgán ministra zdravotnictví složený ze zástupců pacientů, který vykonává nejenom činnost konzultativní (zapojení do vnitřních připomínkových řízení k legislativním a nelegislativním materiálům připravovaným MZ), ale i proaktivní (vytváří si vlastní pracovní skupiny k problematikám napříč diagnózami a její členi se zapojují do relevantních poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí MZ). Při podpoře zvýšení advokačního potenciálu je ze strany MZ kladen důraz také na faktické umožnění zapojení, a to skrze vzdělávání a financování.

Při spolupráci s organizacemi v oblasti pomoci pacientům přitom MZ rozlišuje pacientské organizace, typicky spolky sdružující pacienty a jejich blízké, které jsou i těmito osobami vedeny, a dále organizace zaměřující se na pomoc pacientům, které osoby s daným onemocněním nesdružují, ale poskytují jim služby. Organizace zaměřené na pomoc pacientům jsou důležitými aktéry v oblasti zdravotnictví, skrze něž dochází k zapojení občanské společnosti, v případě, že je zastoupení samotnými pacienty v rámci pacientských organizací obtížné či nemožné vlivem charakteru daného onemocnění (např. v případě Alzheimerovy nemoci, ALS apod.). Pokud i bez účasti pacientů naplňují kritérium reprezentativnosti považují se za pacientské organizace. Cílovou skupinou některých opatření jsou pak i další organizace zaměřené na pomoc pacientům, které jim poskytují různé služby.

Protože o pacienty jde v péči v první řadě, je naprosto nezbytné vyvinout snahy o kvalifikované zapojení zástupců pacientů do přípravy a implementace zdravotních politik a legislativy, posílení svépomocné činnosti pacientů a zajištění stabilního poskytování služeb pacientskými organizacemi pacientům, jejich blízkým a veřejnosti, a to skrze profesionalizaci pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům. Současně s tím dojde i k větší informovanosti pacientů, zvýšení motivace v oblasti péče o vlastní zdraví, posílení zdravotní gramotnosti v populaci, prevenci vzniku nemocí, a bude podpořena aktivní role pacienta v péči o své zdraví.

Ve Strategickém rámci Zdraví 2030 bylo určeno 15 dílčích cílů, ke kterým díky realizaci jednotlivých opatření povede implementace tohoto IP. Základní přehled uvádí následující tabulka.

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

|  |  |
| --- | --- |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.1 Vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb  |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.2 Implementace regionálně specifických a specifických modelů integrované péče  |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.3 Role praktických lékařů v dlouhodobé péči v modelech integrované péče |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb a integrace zdravotní, pracovní a sociální rehabilitace |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.5 Zvýšení kvality života pacientů s chronickými a nevyléčitelnými chorobami  |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.6 Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče  |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů  |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.8 Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče v nemocnicích, mobilní specializovaná PP, domácí péče, hospicová péče) |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů v dlouhodobé péči. |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.10 Posílení segmentu pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.11 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.12 Zajištění, aby každý člověk měl srovnatelnou příležitost na duševní zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo v riziku |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.13 Zajištění, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.14 Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby |
| **Číslo a název dílčího cíle** | 2.1.15 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví a začlenění / návratu do společnosti |

# Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

V oblasti integrace dlouhodobé (zdravotně sociální) péče je nutné vytvořit zcela nový systém propojených zdravotně sociálních služeb, nastavit postup mezirezortní spolupráce a zaměřit se na vytvoření modelu integrované péče. Opatření pak budou směřovat především do změn legislativy, úpravě úhradových mechanismů, vytvoření koordinačních a řídicích struktur v systému na národní i regionální úrovni, přípravu a realizaci pilotních projektů na krajské úrovni, vytvoření metodik pro vznik multidisciplinárních týmů, pro dlouhodobou péči, pro zvyšování kvality zdravotně sociální péče, pro obecnou i specializovanou paliativní péči a posílení role rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů. Opatření budou cílena na tvorbu a realizaci pilotních projektů a vypracování doporučených postupů a metodik pro zajišťování komplexu zdravotních a sociálních služeb tedy dlouhodobé péče, jež budou vycházet z příkladů dobré praxe.

Pro integraci dlouhodobé péče do struktury zdravotních a sociálních služeb bude potřebné analyzovat stávající strukturu a kapacity lůžek následné a dlouhodobé péče, kdy pak bude v návaznosti na získaná data vypracována mapa potřebnosti dlouhodobé (zdravotně sociální) péče o ohledem na regionální specifika krajů. V rámci integrace zdravotních a sociálních služeb bude rozvoj směřován do institucionálních, ambulantních i terénních služeb a významný důraz bude kladen na zajištění jejich dostupnosti.

V rámci specifických modelů integrované péče je potřebná podpora stávajících poskytovatelů zdravotních služeb v perinatologických, onkologických a gerontologických zařízeních i podpora rozvoje sítě nových poskytovatelů v rozsahu, který zajistí dobrou dostupnost a kvalitu potřebných zdravotních služeb s návazností na další složky integrované zdravotní péče. Prostředkem této podpory budou investice do rozvoje zdravotních služeb a posílení a stabilizace role praktického lékaře v léčebném procesu pacienta.

V rámci reformy psychiatrické péče se jako jedna z klíčových oblastí proměny celého systému ukazuje zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků do rozhodovacích procesů. V rámci reformy psychiatrické péče vznikla Rada vlády pro duševní zdraví, Odborná rada pro odbornou garanci Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen „Odborná rada“), která je odborným poradním orgánem Ministerstva zdravotnictví a Výkonný výbor pro řízení implementace Strategie reformy psychiatrické péče (dále jen „Výkonný výbor“). Jeho úkolem je operativně řešit problémy vzniklé během implementace Strategie reformy psychiatrické péče a řídit projekty Implementace Strategie reformy psychiatrické péče, následně implementaci Národního akčního plánu pro duševní zdraví. V rámci reformy psychiatrické péče hrají důležitou roli Krajské řídicí skupiny, kde jsou členy i lidé se zkušeností s duševním onemocněním a zástupci neformálních pečovatelů. Smyslem práce Krajské řídicí skupiny je vytvořit fungující síť péče o lidi s duševním onemocněním v regionech a řídit reformu péče o duševní zdraví v daném regionu.

S ohledem na obsáhlost tohoto specifického cíle je nutné celý proces implementace integrované péče realizovat postupnými navazujícími kroky, jež budou kontinuálně sledovány a vyhodnocovány.

Opatření v oblasti posílení segmentu pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům budou mít dopady i do dalších dílčích cílů tohoto a ostatních specifických cílů. V rámci strategické, metodické a legislativní činnosti dojde k přípravě prostředí vhodného pro zapojení pacientů u vybraných aktérů: SÚKL, zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, případně dalších klíčových procesech a řízeních v oblasti zdravotnictví. Je však třeba zajistit nejen možnost zapojit se, ale i budovat oboustranné kapacity, bez nichž nelze tuto možnost efektivně využít či naplnit. S tím souvisí také vzdělávání zástupců pacientů v rámci projektu Pacientský hub i mimo něj a dostupné financování pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům. Veškerá opatření v této oblasti pak budou podpořena průběžnou komunikací a informováním.

Tab. č. 2: Hierarchická struktura a harmonogram realizace a rozvoj

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dílčí cíl**  | **Opatření**  | **Vstup nezbytný pro realizaci** | **Konečný výstup**  | **Doba realizace / od–do** | **Gestor** | **Spolupracující subjekty** | **Vazba / podmíněnost realizací cíle** |
| **Dílčí cíl č. 2.1.1 Vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb**  | **Budovaní vazeb v systému zdravotní a sociální péče na systémové i regionální úrovni směřující k integraci zdravotní a sociální péče na organizační úrovni prostřednictvím vytvoření jednotné strategie rozvoje zdravotně sociální péče a vytvoření nové koordinační struktury na národní úrovni** | Změny legislativy (zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění) | Do roku 2030 jsou všem obyvatelům ČR v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu (v důsledku chronických a nevyléčitelných chorob, stárnutí apod.), zaručeny rovné příležitosti k užívání zdravotních a sociálních služeb současně. | 2021 - 2022 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NE, NL, ITEZ Externí: MPSV, kraje, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | 1.1. 2.2. 2.32.4  |
|  | Nová koordinační struktura v systému – koordinátor pro integraci zdravotních a sociálních služeb |
| **Standardizace doporučených postupů v systému zdravotní a sociální péče na regionální úrovni směřující k integraci zdravotní a sociální péče na organizační úrovni** | Metodika pro koordinaci a zajištění zdravotní a sociální péče na centrální úrovni | Organizovaná a standardizovaná zdravotní a sociální péče poskytovaná v komplexu služeb | 2021 - 2025 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NE, NL Externí: MPSV, kraje, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| **Dílčí cíl 2.1.2 Implementace specifických a regionálně specifických modelů dlouhodobé péče**  | **Příprava a realizace společného základního modelu integrované péče pro kraje umožňujícího implementaci regionálních specifik reflektujících konkrétní potřebnost a rozsah integrovaných zdravotních a sociálních služeb jednotlivých lokalit** | Změny legislativy (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích, zákon č. 131/2000 o Hl. městě Praze) | Funkční společný model integrované zdravotní a sociální péče reflektující regionálně specifické možnosti a požadavky krajů v oblasti propojení zdravotních a sociálních služeb. | 2021-2025 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NL, ITEZExterní: MPSV, kraje, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb | 1.1 2.2 2.3 2.4 3.1 |
| Pracovní skupiny pro přípravu a realizaci společného základního modelu integrované péče pro kraje |
| **Vytvoření regionálně specifických modelů integrované péče** | Pracovní skupiny pro vytvoření regionálních strategií, koncepcí a modelů v oblasti propojení zdravotních a sociálních služeb  | Regionálně specifické strategie krajů schopné koordinovat poskytování zdravotní a sociální péče v rámci své územní působnosti | 2025 - 2030 | MZ (NZ) | Externí: MPSV, kraje a obce, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| Nové koordinační struktury v systému na regionální úrovni – krajský koordinátor integrace zdravotních a sociálních služeb |
| **Podpora rozvoje poskytovatelů integrované péče zaměřených na specifické oblasti integrované onkologické, perinatologické a gerontologické péče** | Zajištění zdrojů pro podporu rozvoje a kvality poskytované integrované péče ve specifických oblastech péče | Kvalitní prostředí umožňující poskytování integrované péče v zařízeních zaměřených na specifické oblasti péče | 2021 - 2030 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NE, ÚZIS, NL, ITEZExterní: MPSV, kraje, obce, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, pacientské organizace |  |
| **Dílčí cíl č. 2.1.3**  **Role praktických lékařů v dlouhodobé péči v modelech integrované péče** | **Vznik a rozvoj - multidisciplinárních týmů (pro multimorbidní pacienty) působících při ordinacích praktických lékařů** | Pracovní skupina pro vznik multidisciplinárních týmů  | Multidisciplinární týmy zajišťující komplexní koordinovanou péči pacientům dle jejich individuálních potřeb | 2021-2030 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NL, ITEZExterní: MPSV, ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb | 1.1, 2.2., 2.3 |
| **Vytvoření doporučených postupů pro poskytování zdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb v domácím prostředí pro praktické lékaře a další nelékařská povolání** | Pracovní skupina pro poskytování zdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb v domácím prostředí pro praktické lékaře a další nelékařská povolání | Posílení role praktického lékaře a dalších nelékařských povolání a přesunutí významného podílu péče o pacienty v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu do jejich vlastního sociálního prostředí | 2021-2023 | MZ (NZ) | Externí: MPSV, ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| **Dílčí cíl č. 2.1.4 Zvýšení dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb a integrace zdravotní, pracovní a sociální rehabilitace**  | **Vytvoření a implementace modelu pro plánování kapacit a kvality poskytování zdravotních a sociálních služeb s ohledem na regionální specifika a potřebnost jednotlivých krajů**  | Nastavení úhradových mechanismů pro integrovanou zdravotní a sociální péči | Zajištění dostupnosti poskytovatelů integrované péče odpovídající potřebám pacientů s chronickým onemocněním vyžadujícím zdravotní a sociální péči | 2021 - 2030 | MZ (NZ) | V rámci MZ: ÚZIS, NL, NE, ITEZExterní: MPSV, kraje a obce, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | 1.1, 2.2, 2.4 |
| Analýza kapacit v oblasti zajištění dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb |
| **Vytvoření a implementace modelu koordinované zdravotní a sociální péče s podporou informačních a komunikačních technologií dle potřeb vybraných skupin pacientů.** | Vytvoření kompatibilních digitálních nástrojů pro sdílení dat ve zdravotních i sociálních službách  | Funkční systém sdílení dat v rámci integrovaných zdravotních a sociálních služeb | 2022 - 2024 | MZ (NZ) | V rámci MZ: ÚZIS, NL, ITEZExterní: MPSV, kraje, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace |
| **Dílčí cíl č. 2.1.5 Zvýšení kvality života pacientů s chronickými a nevyléčitelnými chorobami** | **Vytvoření doporučeného postupu zjišťování zpětné vazby zahrnující názory všech důležitých aktérů v komplexu zdravotních a sociálních služeb péče – pacienti, formální i neformální poskytovatelé zdravotní a sociální péče.** | Objektivní nástroje pro zjišťování zpětné vazby | Optimalizace způsobu získávání zpětné vazby zahrnující názory všech aktérů | 2022-2023 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NE, NL, ITEZExterní: MPSV, kraje, poskytovatelé integrované péče, ÚZIS, pacientské organizace | 1.1 2.2 2.32.4 |
| Pracovní skupina pro tvorbu metodiky zjišťování zpětné vazby od všech aktérů integrovaných zdravotních a sociálních služeb |
|  | **Vytvoření a implementace opatření vedoucích ke zvyšování kvality poskytovaného komplexu zdravotních a sociálních služeb do praxe.** | Standardy pro zajišťování kvality integrovaných zdravotních a sociálních služeb zohledňující data  | Kvalitní integrované zdravotní a sociální služby využívající pro svůj rozvoj data získaná prostřednictvím zpětné vazby všech aktérů | 2023-2029 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NE, NLExterní: MPSV, kraje, poskytovatelé integrované péče, ÚZIS, pacientské organizace |
| **Dílčí cíl č. 2.1.6 Optimalizace lůžkového fondu a zvýšení dostupnosti následné a dlouhodobé péče**  | **Detailní analýza lůžkové kapacity a její struktury ve vybraných regionech ČR** | Nástroje pro analýzu kapacity a sktruktury lůžkového fondu  | Zisk detailního přehledu o lůžkových kapacitách a jejich struktuře  | 2022 - 2025 | ÚZIS | V rámci MZ: NZ, NL Externí: MPSV, zdravotní pojišťovny, kraje, asociace krajů ČR | 2.2 2.3 2.4 |
| **Zpracování modelu využití lůžkové kapacity ve vybraných krajích v oblasti lůžek následné a dlouhodobé péče a rozvoj struktury lůžek dlouhodobé lůžkové péče** | Data z analýzy kapacity a sktruktury lůžkového fondu  | Vybudování systému odděleného segmentu následné a dlouhodobé péče dle potřeb cílových skupin pacientů s cílem navýšení lůžek dlouhodobé lůžkové péče | 2025 - 2030 | MZ (NZ)  | V rámci MZ: NE, NL Externí: MPSV, zdravotní pojišťovny, kraje, asociace krajů ČR, UZIS |
| **Dílčí cíl č. 2.1.7 Posílení péče poskytované v domácím prostředí pacientů** | **Podpora péče ve vlastním sociálním prostředí, která zajistí poskytování komplexu zdravotní a sociální služby dle individuálních potřeb pacientů, prostřednictvím rozvoje komplexnosti poskytovaných služeb**  | Analýza současné situace v oblasti poskytování domácí péče | Zlepšení komfortu pacienta ošetřovaného ve vlastním sociálním prostředí prostřednictvím komplexního poskytování zdravotních a sociálních služeb | 2023 - 2027 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NL, NE, ITEZ Externí: MPSV, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny, asociace krajů a odborné společnosti, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, pacientské organizace | 1.1 2.2 2.3 2.4 |
| Nastavení úhradových mechanismů poskytování komplexu zdravotní a sociální péče ve vlastním sociálním prostředí |
|  | **Posílení role všeobecných sester poskytujících zdravotní služby pacientům ve vlastním sociálním prostředí**  | Certifikovaný kurz pro všeobecné sestry poskytující terénní dlouhodobou péči | Všeobecné sestry získají významnou roli při poskytování zdravotních služeb prostřednictvím získávání rozšiřujících odborných dovedností a znalostí. | 2023- 2027 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NL Externí: MPSV, poskytovatelé, zdravotní pojišťovny, Asociace krajů ČR a odborné společnosti poskytovatelé, zdravotní pojišťovny  |
| **Dílčí cíl 2.1.8 Programy optimalizace a zvyšování dostupnosti paliativní péče ve všech formách (konziliární paliativní péče, v nemocnicích, mobilní specializovaná paliativní péče, domácí péče, hospicová péče)**  | **Implementace obecné paliativní péče v rozsahu poskytování obecné paliativní péče praktickými lékaři a rozvoje obecné paliativní péče v nemocnicích** | Adekvátní nastavení úhrad | Plná integrace do systému zdravotních služeb v nemocnicích i ve vlastním sociálním prostředí pacientů | 2022 - 2027 | MZ (NZ)  | V rámci MZ: NE, NL , ÚZIS, ITEZ Externí: M MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a různá sdružení poskytovatelů zdravotné péče, pacientské organizace | 1.1 2.2 2.4 |
| Metodika pro poskytování obecné paliativní péče pro praktické lékaře |
| Standardizovaný postup pro obecnou paliativní péči v nemocnicích |
| **Implementace specializované paliativní péče prostřednictvím rozvoje a standardizace péče u poskytovatelů specializované konziliární péče, v paliativních ambulancích, v mobilní specializované paliativní péči a hospicové péči** | Adekvátní nastavení úhrad | Rozvoj odborných kompetencí lékařských a nelékařských pracovníků zajišťujících ve standardizované kvalitě specializovanou paliativní péči pacientům | 2022-2027 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NE, NL, ÚZIS, ITEZExterní:MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a sdružení poskytovatelů zdravotné péče- např. Fórum mobilních hospiců, pacientské organizace |
| Standardizované postupy pro poskytování specializované paliativní péče |
| **Dílčí cíl 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatelů v dlouhodobé péči** | **Zpracování legislativního návrhu směřujícího k vytvoření systému široké podpory rodin pacientů a dalších pečujících osob** | Pracovní skupina pro zpracování legislativního návrhu směřujícího k vytvoření systému široké podpory rodin pacientů a dalších pečujících osob | Zajištění podpory **rodin pacientů a dalších pečujících osob**  | 2021 - 2023 | MZ (NZ)  | V rámci MZ: NE, NL Externí: Externí: MPSV, ČMKOS, NNO, pacientské organizace | 1.1 |
|  | **Vytvoření dotačních programů podpory NNO podporující laické pečovatele zaměřené na rodinné a blízké pacientů a na Peer konzultanty** | Metodika pro vytvoření dotačních programů | Zlepšení situace rodin a pečujících osob v oblasti podpory poskytovatelů v oblasti poradenství,nácviku vykonávání podpůrných činností a podpory při zajišťování možností finanční i jiných druhů podpory ze strany státních institucí a občanského sektoru, a významný rozvoj dovedností pečujících osob v základní ošetřovatelské péči | 2021 - 2023 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NL, NE Externí: MPSV |
| **Dílčí cíl č. 2.1.10****Posílení segmentu pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům** | **Projekt Pacientský hub a jeho rozvoj** | Vznik Pacientského Hubu | Pokračování projektu Pacientský Hub, který je v období 2014-2021 spolufinancován v rámci EHP fondů (vytvořený prostor pro vzdělávání a školení pacientských organizací i jednotlivých pacientů a v rámci osvěty i veřejnosti, související webový portál a prostor pro setkávání a výměnu zkušeností mezi pacientskými organizacemi navzájem a dalšími aktéry v oblasti zdravotní péče) | I. fáze 2020-2023II. fáze 2024-2030 | MZ/NL | MZ/NE, ST, obce a kraje, odborná veřejnost, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, neziskové nestátní organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity |  |
|  | **Podpora spolupráce MZ a pacientských organizací prostřednictvím zajišťování účasti zástupců pacientských organizací na připomínkování legislativních a nelegislativních materiálů a v poradních orgánech, pracovních skupinách a odborných komisích ministerstva, tam, kde mohou být pacienti dotčeni na svých právech či povinnostech, vč. pokračování činnosti Pacientské rady ministra zdravotnictví** | Administrativní zajištění zapojení zástupců pacientů na Ministerstvu zdravotnictví, úprava zapojení zástupců pacientů vnitřními předpisy ministerstva zdravotnictví a dokumenty ministerstva zdravotnictví vztahujícími se na připomínková řízení | Zapojení zástupců pacientů do vnitřního a vnějšího připomínkování legislativních a nelegislativních materiálů připravovaných ministerstvem zdravotnictví, zapojení zástupců pacientů do poradních orgánů, pracovních skupin a odborných komisí ministerstva | 2021-2030 | MZ/NL | MZ/ST, pacientské organizace |  |
|  | **Komunikace s pacientskými organizacemi a organizacemi zaměřenými na pomoc pacientům a spolupráce s pacientskými organizacemi, včetně zajišťování setkání s pacientskými organizacemi a organizacemi zaměřenými na pomoc pacientům** | Existence a výběr vhodných nástrojů komunikace (web, newsletter, email), organizační zajištění setkání se zástupci pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům, personální zabezpečení |   | 2021-2030 | MZ/NL | MZ/ST, TIS, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům |  |
|  | **Pokračování a rozvoj Portálu pro pacienty a pacientské organizace** |  Konzultace s relevantními aktéry, zajištění dodavatele, personální zabezpečení | Zefektivněná komunikace a informování zástupců pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům Zavedení možnosti vytvoření uživatelského účtu, propojení s portálem Pacientského hubu | 2021- 2030 | MZ/NL | MZ/NZ, ÚZIS, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům |  |
|  | **Edukace zástupců pacientů a zástupců organizací zaměřených na pomoc pacientům formou konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. prostřednictvím mezinárodní spolupráce** | 2 projekty v oblasti edukace zástupců pacientů a zástupců organizací zaměřených na pomoc pacientům formou konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. prostřednictvím mezinárodní spolupráceBudou realizovány souběžně s projektem Pacientský hub, přičemž však budou užšího zaměření. Zároveň v nich bude zohledněna zkušenost z projektu Pacientský hub potud, pokud to bude možné s ohledem na jejich zaměření. Jejich obsah bude postupně rozvíjen, také s ohledem na potřebu. | Uskutečnění konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. za mezinárodní spolupráce, v oblastech souvisejících se specifickou diagnózou, procesy a řízeními ve zdravotnictví a fungováním pacientské organizace a organizace zaměřené na pomoc pacientům | 2022-20262027-2030 | MZ/NL | SÚKL, odborná veřejnost, pacientské organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity |  |
|  | **Zapojení zástupců pacientů a organizací zaměřených na pomoc pacientům do sdílení osvědčených postupů formou konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. prostřednictvím mezinárodní spolupráce, členství a spolupráce v rámci mezinárodních organizací** | 2 projekty na podporu zapojení zástupců pacientů a organizací zaměřených na pomoc pacientům do sdílení osvědčených postupů formou konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. prostřednictvím mezinárodní spolupráce, členství a spolupráce v rámciBudou fungovat souběžně s projektem Pacientský hub, přičemž však budou užšího zaměření, tj. zejm. na sdílení osvědčených postupů mezi zástupci pacientů navzájem. Zároveň v nich bude zohledněna zkušenost z projektu Pacientský hub potud, pokud to bude možné s ohledem na jejich zaměření. Jejich obsah bude postupně rozvíjen, také s ohledem na potřebu. | Uskutečnění konferencí, seminářů, workshopů a stáží, vč. za mezinárodní spolupráce, v oblastech souvisejících se specifickou diagnózou, procesy a řízeními ve zdravotnictví a fungováním pacientské organizace a organizace zaměřené na pomoc pacientům | 2023-2026, 2027-2030 | MZ/NL | MZ/NE, SÚKL, odborná veřejnost, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity |  |
|  | **Vytvoření strategického a metodického zázemí pro zapojení pacientů do řízení a procesů ve zdravotnictví, vč. zapojení zástupců pacientů u vybraných aktérů – zdravotních pojišťoven, SÚKL, poskytovatelů zdravotních služeb** | Konzultace s relevantními aktéry, analýzy a komparativní studie | Vytvoření akčního plánu v oblasti zapojení pacientů a metodiky v oblasti zapojení pacientů  | 2021-2030 | MZ/NL | MZ/NE, NZ, SÚKL, poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, odborná veřejnost, pacientské organizace, nestátní neziskové organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity |  |
|  | **Příprava legislativního prostředí pro zapojení zástupců pacientů do procesů a řízení ve zdravotnictví** |  Konzultace s relevantními aktéry, analýzy a komparativní studie |  Úprava legislativy v oblasti zdravotních služeb, cen a úhrad a rozhodování zdravotních pojišťoven, kterou má být zakotvena role pacientské organizace v procesech a řízeních ve zdravotnictví | 2021-2028 | MZ/NL | MZ/NE, NZ, SÚKL, poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, odborná veřejnost, pacientské organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům |  |
|  | **Vytvoření kapacit pro zapojení zástupců pacientů u vybraných aktérů – zdravotních pojišťoven, SÚKL, poskytovatelů zdravotních služeb** | Konzultace s relevantními aktéry, vzdělávání zaměstnanců, zajištění financování a personální obsazenosti | Vytvoření praktické možnosti pro zapojení se pacientů u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb (např. pacientské rady, etické komise) a v procesech a řízeních na SÚKL (např. v rámci hodnocení zdravotnických technologií a v řízeních o stanovení ceny a úhrady léčiv / zdravotnických prostředků) a v orgánech zdravotních pojišťoven | 2021-2030 | MZ/NL | MZ/NE, SÚKL, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, MPSV |  |
|  | **Podpora poradenské činnosti (vč. sběru dat a zpětné vazby) a provozu a profesionalizace pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům** | Analýza aktuálního stavu, vyčlenění rozpočtových finančních prostředků do snadno dostupných dotačních programů Ministerstva zdravotnictví, sjednocení a elektronizace dotačního řízení, projekt k nastavení udržitelného financování pacientských organizací z dalších finančních prostředků, personální zabezpečení | Finanční podpora činnosti pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům, tj. kromě projektů i jejich provozních nákladů. Vícezdrojové portfolio příjmů pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům, jejich větší finanční soběstačnost a možnost působení jejich zástupců na profesionální bázi (za mzdu)  | I. fáze 2021 – 2023II. fáze 2024 – 2030 | MZ/NL | MZ/NZ, NE, RVDZ, soukromé entity, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, zdravotní pojišťovny |  |
| **2.1.11** **Zlepšení** **řízení a** **poskytování péče v****oblasti** **duševního** **zdraví** **vedené** **spolehlivý****mi** **informace****mi a** **vědomost****mi** | **Zajistit mezirezortní systém řízení péče o duševní zdraví v ČR formou mezirezortního koordinačního týmu. Zřídit orgány a vytvořit institucionální, finanční mechanismy a vytvoření právního základu k naplnění NAPDZ na národní úrovni, včetně efektivního mechanismu zapojení uživatelů péče do procesu řízení. Vytvořit podklady k zajištění systému řízení péče o duševní zdraví.** | Schválený Národní akční plán pro duševní zdraví a vznik Rady vlády pro duševní zdraví. |  Vytvořený a užívaný meziresortní systém řízení péče o duševní zdraví. | 2021-2030 | MZ (NZ)  | V rámci MZ: NZ, NL, NE, KAB, RVDZExterní: ÚV, MPSV, MŠMT, MMR, MSp, MV, MF, WHO, VZP, SZP, Rada vlády pro duševní zdraví, pacientské organizace, NNO |  |
|  | **Implementovat a rozvinout modely řízení péče na regionální úrovni s cílem propojit zdravotně-sociální pomezí.** | Analýza obecných ekonomických a právních parametrů stávajícího stavu řízení krajské sítě péče o lidi s duševním onemocněním.  | Ověřené modely řízení péče a financování sítě zdravotně-sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním  | 2021-2030 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ , NL, NE, KAB, RVDZExterní: MPSV, MMR, kraje, MŠMT,Rada vlády pro DZ |  |
|  | **Zajistit financování přechodné fáze reformy s plánovaným úbytkem následných lůžek u poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče v oboru psychiatrie. Modelovat a vyčlenit náklady potřebné** **na transformační fázi. Rozdělit tyto náklady dle jejich povahy mezi náklady ze státního rozpočtu a náklady z veřejného zdravotního pojištění (v.z.p)** | Nulové ošetření, tzv. financování transformačního období, kdy je nutné po dobu postupného zřizování nových služeb udržet paralelní financování sítě služeb stávajících.  | Vytvořený model nákladů potřebných v rámci transformace poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče a změna v úhradové vyhlášce. | 2021-2025 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NL,NE, KAB, RVDZExterní: MF, VZP, SZP |  |
|  | **Revidovat náplň všech stupňů vzdělávání u zdravotnických** **i nezdravotnických zaměstnanců (pregraduální, specializační, postgraduální, celoživotní) tak, aby umožňovala efektivní práci v komunitě, práci v multidisciplinárním týmu, práci s nemocnými se zvýšeným rizikem (ochranná léčení), práci zaměřenou na zotavení (recovery) a naplňování lidských práv u lidí s duševním onemocněním. Zavést systematickou podporu zapojení peer lektorů do vzdělávacích programů. Nastavit efektivní využívání lidských zdrojů v rámci zajištění oblasti péče o duševní zdraví včetně využívání existujících lidských zdrojů,** | Analýza stávajících vzdělávacích programů lékařského a nelékařského zdravotnického personálu. | Zavedené nové programy a metodiky pro jednotlivé skupiny zdravotního i nezdravotního personálu. | 2021-2024 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NL, NE, KABIPZV, NCO NZO,, RVDZExterní: MPSV, MŠMT, lékařské fakulty, zdravotní školy, NNO, pacientské organizace,  |  |
|  | **Nastavení monitorovacího systému kvality péče o duševní zdraví na úrovni služeb ve vazbě** **na vynakládané prostředky. Zavést systém výzkumu a hodnocení politik a služeb v oblasti duševního zdraví.** | Analýza aktuálního monitoringu kvality péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky na makro i mikro úrovni. Stávající publikovaná data v oblasti péče o duševní zdraví. | Zvýšená kvalita péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky. | 2021-2026 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, KAB, NUDZ, ÚZIS, RVDZExterní: MPSV, MSp, VZP, SZP, pacientské organizace, NNO |  |
|  | **Vybudovat specificky zacílené informační systémy sledující oblasti péče (péče o neurodegenerativní onemocnění ve stáří, duševní poruchy dětí a mladistvých, onemocnění schizofrenního okruhu, ochranná léčení apod.), vybudovat datovou základnu pro hodnocení nejen zdravotních, ale i komplementárních sociálních služeb** | Navržení systému sběru dat. | Možnost shromažďování dat jak ve zdravotních, tak i komplementárních službách v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, včetně jejich vyhodnocování | 2021-2025 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NL, KAB, ÚZIS, RVDZExterní: MPSV, MŠMT, NNO, pacientské organizace |  |
|  | **Vytvořit variantní návrh hrazení dlouhodobé zdravotní i sociální péče o lidi** **s duševním onemocněním z integrovaného zdravotně sociálního rozpočtu stojícího nezávisle vedle systému veřejného zdravotního pojištění a stávajícího finančního zabezpečení sociálního systému, včetně pilotního ověření modelů služeb v oblasti bydlení a specifické služby pro matku a dítě.** | Nulový variantní návrh. |  Ověřené modely řízení péče a financování sítě zdravotně-sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním z integrovaného zdravotně sociálního rozpočtu. Modely služeb v oblasti bydlení a specifických služeb pro matku a dítě u lidí s duševním onemocněním. | 2021-2025 | MZ (NZ) | V rámci MZ: NZ, NL, KAB, RVDZExterní: VZP, SZP, MPSV, pacientské organizace, NNO | není |
| **2.1.12** **Zajištění****Srovnatelných****šancí na****duševní** **zdraví pro****každého****člověka** **v průběhu** **celého jeho** **života** **od** **narození až** **do** **seniorského** **věku** | **Navyšování finančních prostředků z v.z.p. alokovaných do psychiatrické péče o cca ¼ mld. při navyšování poměru alokovaných prostředků ve prospěch komunitní péče. Zapojení MZ do změny mechanismu posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním a hodnocení funkčních schopností a disability lidí s duševním onemocněním v rámci posuzování výše příspěvku na péči.** | Legislativní úpravy.Zákon Novela 372/2011 Sb., č.155/1995 Sb, č. 582/1991, č. 35902009 Sb., vyhláška o posuzování invalidity ad. | Navýšení prostředků do psychiatrické péče při navyšování poměru alokovaných prostředků ve prospěch péče komunitní. Revidovaný mechanismus systému posuzování invalidity u lidí s duševním onemocněním. | 2022-2030 | MZ (NZ) | Interní: NZ, NL,DZP,KAB, RVDZExterní: VZP, SZP, MPSV, pacientské, NNO  |  |
|  | **Implementovat systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním využitím nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti, zajistit péči a podporu duševního zdraví v zaměstnání formou prevence a vhodné intervence.** | Existence výstupů z pracovní skupiny pro problematiku v zaměstnávání v rámci projektů Reformy psychiatrie. | Systémová změna pro aktivní snižování zaměstnanosti u lidí s duševním onemocněním. | 2021-2030 | MZ (NZ) | MZ: NZ, KAB, NL,ÚZIS, RVDZExterní: MPSV, kraje, nestátní sektor |  |
|  | **Podpořit prevenci a včasnou intervenci v oblasti duševního zdraví seniorů.**  | Vytvoření přehledu doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu demencí s mezioborovou platností z jiných evropských zemí, jejich harmonizace a adaptace na podmínky v ČR. Zmapování dostupných sociálních služeb Všechny potřebné vstupy jsou blíže rozpracovány v NAPAN. | Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu demencí s mezioborovou platností. Datové balíčky zaměřujících se na situaci v regionech. Praktický lékař hraje klíčovou roli od prvotního screeningu kognitivních funkcí po dlouhodobou dispenzarizaci pacientů s kognitivní poruchouKonečné výstupy jsou blíže specifikovány v NAPAN. | 2021- 2030  | MZ (NZ) | Interní: NZ, KAB, RVDZExterní: MŠMT, MV ČR, MPSV, SPL, ČLS JEP, kraje, MMR, svaz měst a obcí, odborné společnosti specifikované v NAPAN, pacientské organizace, NNO |  |
|  | **Vytvoření a implementace celostátních destigmatizačních opatření pro všechny cílové skupiny, programů pro zdravotníky, sociální pracovníky, státní správu, novináře, policisty, pedagogy, vězeňskou službu, politiky a zaměstnavatele a další cílové skupiny a vyškolit síť ambasadorů (lidí s duševním onemocněním, kteří jsou profesionálně vyškoleni k realizaci destigmatizačních aktivit).** | Analýza existujících užívaných destigmatizačních opatření v ČR. | Snížení stigmatizujícího jednání vůči lidem s duševním onemocněním  | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní: NZ, TIS KAB,NÚDZ, RVDZExterní: MŠMT, MPSV, pacientské organizace, NNO |  |
| **2.1.13** **Zajištění,** **aby lidská** **práva** **osob s** **obtížemi v** **oblasti** **duševního** **zdraví byla** **plně** **respektována,** **chráněna** **a podporo****vána** | **Identifikovat a odstranit překážky v plnění závazků vyplývajících ČR z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním a zajistit efektivní implementaci potřebných opatření.**  | Ratifikované mezinárodní dokumenty ČR s doposud nezabezpečenými závazky, analýzy současného stavu.. | Dodržování lidských práv u lidí s duševním onemocněním zakotvených v mezinárodních dokumentech. | 2021- 2028 | MZ (NZ) | Interní: NZ, NL KAB, RVDZ Externí: MPSV, MSp, MŠMT, MV |  |
|  | **Navrhnout a implementovat komplexní strategii prevence a snižování používání omezovacích prostředků s využitím režimových a omezujících opatření respektujících lidskou důstojnost a zajišťujících právní ochranu uživatelů péče, vytvořit vzdělávací programy.** | Analýzy režimových opatření  | Omezení používání omezovacích prostředků a zvyšování kvality péče o lidi s duševním onemocněním | 2021 - 2025 | MZ (NZ) | Interní: NZ, KAB, RVDZExterní: MPSV, MŠMT | není |
|  | **Vytvořit a implementovat metodiku hodnocení kvality péče o lidi s duševním onemocněním a implementovat oblast lidských práv do systému hodnocení kvality péče ve zdravotním, sociálním i školském systému a zajistit udržitelnost a reálný dopad na zlepšování kvality života uživatelů péče, zapojit uživatele a blízké osoby do systému hodnocení kvality služeb pro lidi s duševním onemocněním.** | WHO toolkity zaměřené na hodnocení kvality péče v zařízeních pro lidi s duševním onemocněním. |  Celkové zvýšení kvality péče v psychiatrických nemocnicích a zařízeních pro péči o duševně nemocné.Profesionalizace odborníků v přímé péči při zvyšování kvality péče o duševně nemocné v kontextu dodržování lidských práv. Nastavená spolupráce s uživateli péče při hodnocení kvality péče. | 2021 - 2030 | MZ (NZ) | Interní: NZ, KABExterní: MPSV, MŠMT, pacientské organizace, RVDZ |  |
|  | **Zpracovat analýzu zaměřenou na genderové aspekty duševního zdraví a potřeb znevýhodněných uživatelů a uživatelek péče a jejich přístupu ke službám v oblasti duševního zdraví a zpracování metodických nástrojů a vzdělávacích programů zacílených na odbornou veřejnost na téma rovnosti žen a mužů, genderu** | Validní výchozí data týkajících se duševního zdraví u žen a mužů | Zajištění práv žen a mužů s duševním onemocněním, pomocí vytvořených metodických nástrojů. | 2021 -2024  | MZ: NZ | Interní: NZ, NL, KAB, ÚZIS, RVDZExterní: ÚV, pacientské organizace |  |
| **2.1.14** **Zajištění** **plné** **dostupnosti služeb v** **oblasti** **duševního** **zdraví v** **čase,** **místě,** **kapacitě i** **ceně,** **zajištění** **jejich** **dostupnosti** **v komunitě dle potřeby** | **rozvinout služby CDZ a rozvinout sítě CDZ pro děti s duševním onemocněním a CDZ v oblasti problematiky závislostí. CDZ pro oblast osob trpících demencí dle specifikace v NAPAN a jiných obdobných onemocněních.**  | Stávající CDZ a pilotně ověřené nové služby pro všechny cílové skupiny. | Zvýšená kvalita života lidí s duševním onemocněním s důrazem na přechod institucionalizované péče do péče komunitní prostřednictvím vytvoření sítě 100 CDZ. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní: NZ, NL KAB, RVDZExterní: MPSV, MMR, MŠMT, kraje, NNO, VZP, SZP, ASZ, pacientské organizace,SNN ČLS JEP, NNO |  |
|  | **Efektivně rozvinout stávající síť akutních psychiatrických lůžek ve všeobecných nemocnicích (včetně dětské populace). Snížit počet lůžek následné lůžkové péče a podpořit vybudování dostatečné sítě sociálních služeb v přirozené komunitě a rozvinout další potřebné komunitní služby podporující deinstitucionalizaci (ambulance s rozšířenou péčí s regionálně potřebnou specializací, ARP pro děti a dorost, krizová centra na pomoc obětem násilí, traumatu a prevence sebevražd, specializovaná centra zaměřená na děti s komplexním traumatem, stacionární péči pro dospělou i dětskou populaci),** | Transformační plány nemocnic, výstupy projektů Reformy psychiatrické péče. Výstupy pracovní skupiny pro psychoterapii v rámci projektů Reformy psychiatrické péče.  | Dostatečný počet lůžek akutní péče v návaznosti na snížení počtu lůžek následné lůžkové péče a ve vazbě na počet vzniklé sítě komunitních služeb. Zajištěná dostatečná psychologická a psychoterapeutická péče pro lidi s duševním onemocněním. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ,NL, KAB, ÚZIS, RVDZMPSV, kraje, NNO, VZP, SZP |  |
|  | **Zavést systém pro zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví.** | Metodická doporučení z pracovní skupiny pro uživatele péče působící v projektech Reformy psychiatrické péče. | Zapojení pacienti/klienti a jejich rodinní příslušníci Zapojení peer konzultanti a svépomocné skupiny do péče o duševní zdraví. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, NL, KAB, RVDZMPSV, kraje, NNO, pacientské organizace, NNO |  |
|  | **Průběžně provádět mapování počtu klientů s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.** | Výchozí současná data shromážděná v jednotlivých zařízeních. | Zajištěná péče pro lidi s duševním onemocněním v těchto zařízeních a zajištění jejich potřeb. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, NL KAB, ÚZIS, RVDZExterní:MPSV, kraje |  |
|  | **Podpořit rozvoj potřebných služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy a dostupnost ověřených informací o problematice sebepoškozování, sebevražednosti a jejich prevence**  | Zmapované potřeby a kompetence pracovníků sociálních služeb. Analýza stávajícího stavu návazné péče po propuštění z hospitalizace pro psychiatrické onemocnění a stanovení priorit v této oblasti.Analýza dat toxikologické informační služby (TIS) Rešerše zahraniční a tuzemské dobré praxeSchválení NAPPS | Snížená sebevražednost, zajištění prevence sebevražd a splněné úkoly vyplývající z akčního plánu. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní: NZ, KAB, NL,NUDZ, RVDZExterní:MPSV, Psychiatrická společnost ČLS JEP, pacientské organizace, NNO |  |
| **2.1.15 Budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví a začlenění / návratu do společnosti** | **Vytvoření koncepce následné lůžkové péče, ambulantní a komunitní péče pro pacienty / klienty s potřebou ochranné léčby, včetně implementačního plánu a řešení problematiky v oblasti zdravotnické, tak v zařízeních vězeňské služby a v Ústavech zabezpečovací detence, novelizace zákonů a podzákonných norem a implementace koncepce** | Analýza ochranných léčeb (příloha NAPDZ) a výstupy pracovní skupiny pro ochranné léčení  | Zajištění efektivní léčby, péče o pacienty/klienty s potřebou ochranné léčby, zajištění mezirezortní spolupráce v oblasti ochranného léčení. | 2022-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, KAB, NL, RVDZExterní:MPSV, MSp, vězeňská službaVZP, SZP, pacientské organizace, NNO |  |
|  | **Na úrovni krajů a obcí zavést mechanismus funkčního case managementu (koordinace péče) a multidisciplinární spolupráce** | Krajské plány,Metodika multidisciplinarity - výstupy z projektů Reformy psychiatrické péče | Multidisciplinárně pojatá péče o lidi s duševním onemocněním na úrovni krajů zvyšující kvalitu péče o lidi s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí nebo v komunitní péči. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, KAB, NL,RVDZExterní: Svaz měst a obcí, kraje MPSV, NNO, pacientské organizace |  |
|  | **Zavedení systému dostupných pobytových sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě s různou mírou zdravotně-sociální podpory dle individuálních potřeb uživatelů služeb s duševním onemocněním a propojení systému na služby terénních komunitních týmů** | Krajské plány,Metodika multidisciplinarity - výstupy z projektů Reformy psychiatrické péče, Transformační plány | Pokračování v deinstitucionalizaci a přechodu do péče komunitní. | 2021-2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, KAB, RVDZExterní:MPSV, MMR, Svaz měst a obcí, kraje, obce, NNO, pacientské organizace |  |
|  | **Integrovat péči o duševní zdraví do kompetencí praktických lékařů** **a zajistit péči o nemocné s psychosomatickou problematikou** **a psychologickou a psychiatrickou péči o somaticky nemocné** | Vzdělávání praktických lékařů v souvislosti se zajištěním péče o nemocné s psychosomatickou problematikou a psychologickou a psychiatrickou péči o somaticky nemocné | Zvýšená dostupnost péče o lidi s psychosomatickou problematikou. Kvalitní péče psychologická a psychiatrická pro somaticky nemocné. | 2021- 2030 | MZ (NZ) | Interní:NZ, KAB, NL, RVDZExterní:VZP, SZP |  |

# 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.

Podporované aktivity v rámci dílčích cílů 2.1.1 – 2.1.9 budou financovány převážně zdroji státního rozpočtu, krajských rozpočtů a z fondů EU a EHP fondů. Aktivity podporované v dílčích cílech 2.1.4 až 2.1.7 budou dále obsahovat i finanční složku zdravotního pojištění.

Aktivity dílčího cíle 2.1.10 budou financovány primárně ze státního rozpočtu a EHP fondů a fondů EU.

Aktivity dílčích cílů 2.1.11 až 2.1.15 budou financovány primárně, státního rozpočtu, z fondů EU, EHP fondů , VZP a rozpočtů krajů.

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 2.1.1**  | 10 mil. Kč  |  | Státní rozpočet, fondy EU, ostatní zdroje (rozpočty krajů) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.2** | 2540 mil. Kč  | 30 000 00 Kč (pilotní provoz)2 500 000 000 Kč (investiční projekty) | Státní rozpočet (kapitoly MZ, MPSV a MŠMT), fondy EU, ostatní zdroje (finanční mechanismy EU, rozpočty krajů) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.3**  | 6 mil. Kč. |  | Státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.4**  | 14 mil. Kč |  | Státní rozpočet (kapitoly MZ, MPSV), ostatní zdroje (finanční mechanismy EU, zdravotní pojištění) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.5**  | 50 mil. Kč |  | Státní rozpočet (kapitoly MZ, MPSV a MŠMT), fondy EU, ostatní zdroje (EHP fondy; finanční mechanismy EU, zdravotní pojištění) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.6**  | 3 mil. Kč |  | Státní rozpočet, fondy EU, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.7**  | 50 mil. Kč  | 39 000 000Kč | Státní rozpočet (rozpočtová položka MZ, MPSV, MMR), fondy EU, ostatní zdroje (zdravotní pojištění) | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.8**  | 12 mil. Kč |  | Státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.9**  | 70 mil. Kč | Ano,70 mil. Kč | Státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **Dílčí cíl 2.1.10** | 472 mil. Kč | Ano, dva v celkové výši 50 mil. Kč, 1 ve výši 33 mil. Kč, 1 ve výši 24 mil. Kč, 1 ve výši 16 mil. Kč, 1 ve výši 120 mil. Kč  | Státní rozpočet, fondy EU, Ostatní zdroje  | ANO |
| **DC 2.1.11** | 463 mil. Kč | Ano ,150 mil Kč | Státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **DC 2.1.12** | 1,465 mld. Kč | Ano, 865 mil. Kč | Státní rozpočet, fondy EU, Ostatní zdroje: zdroje veřejného zdravotního pojištění, EHP fondy, komerční sektor  | ANO |
| **DC 2.1.13** | 210 mil. Kč | Ano, 207 mil. Kč | Státní rozpočet, fondy EU | ANO |
| **DC 2.1.14** | 12,7 mld. Kč | Ano, 613 mil. Kč | Státní rozpočet, fondy EU, Ostatní zdroje (krajské rozpočty, zdroje veřejného zdravotního pojištění, EHP fondy) | ANO |
| **DC 2.1.15** | 5, 9 mld. Kč | Ne | Státní rozpočet, fondy EU, Ostatní zdroje (zdroje veřejného zdravotního pojištění, rozpočty krajů a obcí) | ANO |
| **Celkem** | **22 279 650 000 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. 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 Zdraví 2030

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indikátor**  | **Bližší vymezení a jednotka** | **Výchozí hodnota** **(2017)**  | **Cílový stav****(2030)** |
| Počet lůžek dlouhodobé a následné péče  | Počet lůžek dlouhodobé péče na 1000 obyv.  | **2,7** | **3,3** |
| Počet pacientů léčených v domácí péči  | Počet pacientů léčených v domácí péči na 100 obyv.  | **13,6**  | **19,6** |

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

V průběhu procesu implementace integrované péče jsou za podstatné považovány indikátory výsledkové vyjadřující existenci metodik podpory dotčených oblastí tohoto systému péče
i dopadové, které určují převážně počty poskytovatelů zdravotně sociální péče všech forem služeb. Dopadové indikátory budou v průběhu přípravy implementace upřesněny s ohledem
na výsledky jednání s dotčenými aktéry a spolupracujícími subjekty. V rámci přípravy Národního akčního plánu pro duševní zdraví, který reaguje na potřeby lidí s duševním onemocněním bylo vzhledem k délce období ošetřené dokumentem ujednáno, že indikátory jednotlivých opatření budou specifikovány v rámci tvorby implementačních plánů (vždy
na 3leté období), která bude probíhat za účasti všech zapojených organizací a stakeholderů, včetně uživatelů péče, kteří již při tvorbě samotného dokumentu hráli zásadní roli.

V oblasti posílení segmentu pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům jsou důležité výsledkové indikátory vyjadřující existenci strategických a metodických materiálů v oblasti zapojení pacientů.

Tab. č. 5: Indikátory na úrovni dílčích cílů Zdraví 2030

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Číslo dílčího cíle** | **Název indikátoru** | **Stručná definice / popis indikátoru**  | **Jednotka** | **Výchozí hodnota** | **Očekávaný cílový stav** | **Časová řada**  |
| Dílčí cíl 2.1.1 | Nové koordinační struktury v systému zdravotně sociálních služeb | Koordinátor procesu implementace zdravotních a sociálních služeb na národní úrovni a procesů zajišťujících udržitelnost tohoto systému  | Počet nových koordinačních struktur | 0 | 1 koordinátor  | ročně |
|  | Vytvoření nové metodiky jednotné strategie | Metodika bude reagovat na aktuální situaci a potřebu podpory rozvoje, koordinace, funkčnosti a standardizace zdravotně sociálních služeb  | Počet vytvořených metodik | 0 | 1 | ročně |
|  | standardizované postupy | Standardizace doporučených postupů v systému zdravotní a sociální péče na regionální úrovni směřující k integraci zdravotní a sociální péče na organizační úrovni | Počet standardizovaných postupů | 0 | 2 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.2 | Vytvoření společného základního modelu integrované péče pro kraje | Společný model tvořící základ pro regionálně specifické strategie | Počet modelů | 0 | 1 | ročně |
|  | Vytvoření regionálních strategií, koncepcí a modelů v oblasti propojení zdravotně sociálních služeb | Jsou vytvořeny strategie propojující zdravotní a sociální služby a zohledňující regionální specifika jednotlivých krajů | Počet vytvořených strategií, koncepcí a modelů | 0 | 14 | Ročně |
|  | Nové regionální koordinační struktury v systému zdravotně sociálních služeb | Vytvoření nové pozice koordinátora zdravotně sociálních služeb (1 koordinátor pro každý kraj) a vytvoření systému koordinované péče o chronicky nemocné s podporou pro sdílení zdravotních informací |  Počet koordinátorů | 0  | 14 | ročně |
|  | Počet zapojených krajů | Kraje s vytvořenou regionální strategií rozvoje navazující na národní strategii | Počet krajů | 0 | 14 | ročně |
|  | Počet podpořených zdravotnických zařízení poskytujících integrovanou péči ve specifikovaných oborech  | Poskytovatelé onkologické, gerontologické a perinatologické péče  | Počet poskytovatelů | 0 | 21 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.3 | Metodika pro poskytování zdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb v domácím prostředí pro praktické lékaře a další nelékařská povolání | Kontinuita a koordinace péče ve vlastním sociálním prostředí zajištěna vytvořením metodiky pro poskytovánízdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb v domácím prostředí pro praktické lékaře a další nelékařská povolání  | Počet metodik | 0 | 1 | ročně |
|  | Vytvoření nové metodiky pro vznik multidisciplinárních týmů při ordinacích praktických lékařů | Nová metodika pro vznik multidisciplinárních týmů pro pacienty vyžadující zdravotně sociální péči při ordinacích praktických lékařů vycházející z vytvořené kontaktní sítě lékařských, nelékařských a nezdravotnických profesionálů (sociální pracovník, speciální pedagog apod.), kteří se budou dle individuálních potřeb pacienta podílet na plánování, realizaci a hodnocení zdravotně sociální péče | Počet vytvořených metodik | 0 | 1 | ročně |
|  | Nové multidisciplinární koordinační struktury v systému | Vznik multidisciplinárních týmů při ordinacích praktických lékařů | Počet nových multidisciplinárních týmů | 0 | 15 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.4 | Počet poskytovatelů integrované péče | Počet poskytovatelů zajišťujících v jednom komplexu zdravotní i sociální služby odpovídající potřebě pacientů vyžadujícím zdravotně sociální péči v daném regionu | Počet poskytovatelů integrované péče | 0 | 300 | ročně |
|  | Počet modelů pro plánování kapacit a kvality poskytování zdravotních a sociálních služeb  | Model pro plánování kapacit a kvality poskytovaných zdravotních a sociálních služeb dle analýzy současné situace podle potřebnosti s ohledem na regionální specifika a potřebnost | Počet modelů | 0 | 1 | ročně |
|  | Počet kompatibilních nástrojů pro sdílení dat v integrovaných zdravotních a sociálních službách | Nástroje pro vkládání, úpravu vzájemné sdílení dat týkajících se zdravotních a sociálních služeb | Počet nástrojů | 0 | 1 | ročně |
|  | Počet podpořených zdravotnických zařízení poskytujících integrovanou péči ve specifikovaných oborech  | Zařízení poskytující integrovanou péči ve specifikovaných oborech, která budou podpořena v rozvoji a v kvalitě poskytovaných služeb | Počet zdravotnických zařízení | 0 | 21 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.5 | Vytvoření metodiky pro zvyšování kvality poskytování zdravotně sociálních služeb na základě kontinuálního sledování kvality na úrovni pacientů, laických a profesionálních poskytovatelů péče | Metodické postupy pro plánování, implementaci a hodnocení zvyšování kvality na základě kontinuálního sledování kvality poskytovaných zdravotně sociálních služeb na úrovni pacientů, laických (neformálních) a formálních poskytovatelů zdravotně sociálních služeb | Počet vytvořených metodik | 0 | 3 | ročně |
|  | Počet vytvořených standardů | Standardy vedoucí ke zvyšování kvality poskytovaného komplexu zdravotních a sociálních služeb do praxe | Počet vytvořených standardů | 0 | 3 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.6 | Oddělený systém dlouhodobé lůžkové péče | Systém péče poskytující zdravotní a sociální služby v jednom komplexu | Počet systémů dlouhodobé lůžkové péče | 0 | 1 | ročně |
| Oddělený systém následné péče | Systém poskytování zdravotní péče | Počet systémů následné péče | 0 | 1 | ročně |
| Počet lůžek dlouhodobé péče | Navýšení počtu lůžek dlouhodobé lůžkové péče | Počet lůžek dlouhodobé /1000 obyv. | 2,7 | 3,3 | ročně |
|  | Počet podpořených zařízení následné a dlouhodobé péče | Zařízení poskytující zdravotní péči a péči v komplexu obsahující zdravotní a sociální složku | Počet zařízení | 0 | 15 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.7 | Počet agentur domácí péče poskytujících pacientům zdravotní a sociální péči | Agentury, které budou poskytovat v komplexu zdravotní i sociální služby v poměru odpovídajícím individuálním potřebám pacienta/klienta | Počet agentur domácí péče poskytujících pacientům zdravotní a sociální péči | 30 | 40 | ročně |
| Počet vytvořených kurzů rozšiřujícího vzdělávání všeobecných sester poskytujících zdravotní péči pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí | Kurzy zajišťující rozšiřující vzdělávání všeobecných sester v oblasti poskytování péče pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí | Počet vytvořených kurzů | 0 | 1 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.8 | Vytvořené metodiky pro poskytování obecné paliativní péče pro praktické lékaře | Metodiky pro plánování, poskytování a hodnocení kvality obecné paliativní péče pacientům ve vlastním sociálním prostředí prostřednictvím praktického lékaře | Počet metodik | 0  | 1 | ročně |
|  | Vytvořené standardizované postupy pro obecnou paliativní péči v nemocnicích | Doporučené postupy pro plánování, poskytování a hodnocení kvality obecné paliativní péče v nemocnicích | Počet standardizovaných postupů | 0 | 1 | ročně |
|  | Počet standardizovaných postupů pro poskytování specializované paliativní péče | Doporučené standardizované postupy pro plánování, poskytování a hodnocení kvality specializované paliativní péče | Počet standardizovaných postupů | 0 | 4 | ročně |
|  | Počet poskytovatelů specializované konziliární péče | Počet poskytovatelů poskytujících specializovanou konziliární péči bude navýšen a tito poskytovatelé podpořeni | Počet poskytovatelů | 5 | 10 | ročně |
|  | Počet paliativních ambulancí | Počet ambulancí, ve kterých je pacientům poskytována ambulantní paliativní péče | Počet paliativních ambulancí | 5 | 10 | ročně |
|  | Počet podpořených mobilních paliativních týmů | Budou podpoření poskytovatelé zajišťující pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí mobilní specializovanou paliativní péči | Počet poskytovatelů | 21 | 26 | ročně |
|  | Počet podpořených poskytovatelů paliativní péče | V rámci naplňování záměrů budou podpořeni poskytovatelé zajišťující paliativní péči  | Počet poskytovatelů | 0 | 8 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.9 | Existující programy podpory laických pečovatelů a Peer konzultantů | Programy zajišťující podporu laickým pečovatelům a Peer konzultantům | Počet programů podpory | 0 | 2 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.10 | Počet strategických materiálů v oblasti zapojení pacientů | Ve spolupráci s dotčenými aktéry bude připraven strategický materiál v oblasti zapojení pacientů | Počet strategických materiálů | 0 | 1 | ročně |
|  | Počet metodických materiálů v oblasti zapojení pacientů | Ve spolupráci s dotčenými aktéry bude připraven metodický materiál v oblasti zapojení pacientů | Počet metodických materiálů v oblasti zapojení pacientů | 0 | 1 | ročně |
|  | Počet článků publikovaných na portálu pro pacienty a pacientské organizace | Na portálu pro pacienty a pacientské organizace bude publikován relevantní obsah | Počet článků publikovaných na portálu pro pacienty a pacientské organizace | 57 | 150 | ročně |
|  | Počet vzdělaných/proškolených osob v rámci edukace zástupců pacientů specificky zaměřené na podporu jejich systémového zapojení | Budou vzděláni/proškoleni zástupci pacientů v rámci edukace zaměřené specificky na podporu jejich systémového zapojení | Počet vzdělaných/proškolených osob v rámci edukace zástupců pacientů specificky zaměřené na podporu jejich systémového zapojení | 40 | 200 | ročně |
|  | Počet vzdělaných/proškolených osob v Pacientském hubu | Budou vzděláni/proškoleni zaměstnanci a/nebo zástupci pacientů a pacientských organizací či jejich členů, kteří se účastnili vzdělávací akce v rámci projektu. Školení budou zaměřena na zvyšování odborných kompetencí zástupců pacientských organizací, na zlepšování manažerských, komunikačních, PR a dalších dovedností včetně přenosu know-how z ostatních disciplín za účelem větší profesionalizace pacientských organizací. | Počet vzdělaných/proškolených osob v Pacientském hubu | 0 | 150 | ročně |
| Dílčí cíl 2.1.11 | Počet analýz a metodických materiálů sloužících jako podklad k legislativním změnám | Ve spolupráci s dotčenými rezorty bude připravovat Rada vlády pro duševní zdraví legislativní úpravy pro vládu potřebné k reformě v péči o duševní zdraví. Podklady budou připravovány pracovními skupinami. | Počet návrhů legislativních změn předložených vládě ČR | 0 | 5 | průběžně |
| Pilotní ověření modelů řízení péče pro duševně nemocné  | Realizace pilotního ověření modelů řízení péče a financování sítě zdravotních a sociálních služeb pro oblast duševního zdraví, modelů služeb v oblasti bydlení a specifických služeb pro matku a dítě | Ověřené pilotní projekty a zpracované evaluační zprávy  | 0 | 9 | průběžně |
| Počet analytických materiálů  | Vytvoření analytického materiálu s modelací nákladů potřebných v rámci transformace poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče. | Počet analytických materiálů | 0 | 1 | průběžně |
| Počet vzdělávacích programů včetně metodických materiálů pro skupiny zdravotnického i nezdravotnického personálu  | V rámci vzdělávacích programů budou zajištěny metodické materiály pro zdravotnický i nezdravotnický personál o problematice lidí s duševním onemocněním | Počet systémů monitorování a reportování. | 0 | 4 | průběžně |
| Počet systémů reportování a monitorování kvality péče o duševní zdraví ve vazbě na vynakládané prostředky  | V souvislosti se zvyšováním kvality péče o lidi s duševním onemocněním je nutné mít zavedený monitorovací systém na vazbě na vynakládané prostředky. | Počet systémů | 0 | 1 | průběžně |
| Počet datových základen a informačních systémů sledujících oblast péče o duševně nemocné | Pro hodnocení zdravotních i komplementárních sociálních služeb je nutné mít vybudovanou specificky zacílenou datovou základnu a informační systém. | Počet datových základen a informačních systémů | 0 | 2 | průběžně |
| Dílčí cíl 2.1.12 | Počet průzkumů a systémových návrhů změny pro efektivní snižování nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním s důrazem na uplatnění na otevřeném trhu | Pro úpravu posuzování invalidity a změna kritérií pro výplatu invalidního důchodu u lidí s duševním onemocněním, je nutné zajistit relevantní průzkum současného stavu a navrhnout systémové změny. | Počet návrhů změn | 0 | 1 | průběžně |
| Vytvoření nástrojů a implementace systémové změny pro aktivní snižování míry nezaměstnanosti u lidí s duševním onemocněním |  | Počet průzkumů a systémových nástrojů změny | 0 | 2 | průběžně |
| Ověření pilotních projektů zaměřených na rozvoj rodičovských dovedností a systém včasné identifikace dětí v psychosociálním ohrožení  | Ke zlepšení duševního zdraví u dětí je nutné zajistit zvyšování rodičovských kompetencí a včasnou identifikaci dětí v ohroženém prostředí. | Počet ověření projektů | 0 | 2 | průběžně |
| Vytvoření vzdělávacích programů zaměřených na téma duševního zdraví pro školy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny a pedagogická centra a proškolení relevantních aktérů | Pro zlepšení duševního zdraví u dětí je nutné zajistit dostatečně vzdělané pečovatele a výchovné poradce a další pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví u dětí.  | Počet vzdělávacích programů. | 0 | 4 | průběžně |
| Vytvořené doporučené postupy a do nich včleněné screeningové testovací nástroje | Vytvořené doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu demencí a do nich včleněné screeningové testovací nástroje  | Počet doporučených postupů | 0 | 3 | průběžně |
| Počet datových balíčků zaměřujících se na situaci v regionech | Pro zajištění kvalitní péče pro lidi s demencí je nutné vytvoření víceúrovňové sítě péče pro lidi s demencí v regionech a zajistit potřebná data.  | Počet datových balíčků | 0 | 1 | průběžně |
| Technologická zařízení využitelná pro zvýšení bezpečnosti seniorů s demencí | Podpora využití technologií a vytváření sítě dohledových center pro monitorování úniků z domova, sledování/připomínání užívání medikace, sledování/připomínání příjmu tekutin a stravy, tísňové volání. | Počet zařízení | 0 | 10  | průběžně |
| Poradenská pracoviště pro osoby s demencí a jejich neformální pečující | Pro kvalitnější živost seniorů s demencí jsou nutná poradenská pracoviště, jejichž cílovou skupinou jsou i jejich neformální pečující. | Počet poradenských pracovišť. | 0 | 4 | průběžně |
| Počet regionálních center domácí péče | Pro setrvání nemocných s demencí ve vlastním prostředí je nutné vytvořit centra domáčí péče. | Počet center | 0 | 4 | průběžně |
| Vzdělávací programy v rámci destigmatizačních opatření | Součástí destigmatizačních opatření je vytvoření destigmatizačních vzdělávacích programů. | Počet proškolených | 0 | 1000 | průběžně |
| Celostátní destigmatizační opatření, zapojení ambasadorů | Do vzdělávacích programů budou zapojeni i vyškolení ambasadoři.. | Počet | 0 | 100 | průběžně |
| Dílčí cíl 2.1.13 |  |  |  |  |  |  |
| Vzdělávací program zaměřený na implementaci závazků ČR vyplývajících z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality péče a lidských práv, k používání omezovacích prostředků, vzdělávací program na genderové aspekty duševního zdraví | K implementaci závazků ČR vyplývajících z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality péče a lidských práv, k používání omezovacích prostředků bude vytvořen vzdělávací program. Na genderové aspekty u lidí s duševním onemocněním bude vytvořen vzdělávací program. | Počet vzdělávacích programů. | 0 | 3 | průběžně |
| Vytvořená komplexní strategie prevence snižování používání omezovacích prostředků | K prevenci snižování používání omezovacích prostředků musí být vytvořena komplexní strategie. | Počet strategií | 0 | 1 | průběžně |
| Metodika hodnocení kvality péče o lidi s duševním onemocněním se zapojením uživatelů péče | K efektivnímu hodnocení kvality péče o lidi s duševním onemocněním se zapojením uživatelů musí být vypracována metodika a následně ověřena. | Počet metodikPočet zapojených uživatelů | 0 | 1/ 30 | průběžně |
| Dílčí cíl 2.1.14 | Počet zřízených CDZ. | Pro zajištění kvalitní péče o lidi s duševním onemocnění musí být rozvinuty a zřízeny CDZ pro různé cílové skupiny (pro lidi se závažným duševním onemocněním, pro děti, pro lidi se závislostí, osoby trpící demencí). | Počet CDZ | 30 | 100 | průběžně |
| Počet lůžek akutní psychiatrické péče | V procesu pokračování Deinstitucionalizace psychiatrické péče je nutné snížit lůžka následné péče a zvýšit počet akutních psychiatrických lůžek.  | Počet lůžek akutní péče | 0 | 3000  | průběžně |
| Počet lůžek následné péče | V procesu pokračování Deinstitucionalizace psychiatrické péče je nutné snížit lůžka následné péče a zvýšit počet akutních psychiatrických lůžek. | počet snížených lůžek následné péče | 8900 | 2800 | průběžně |
| Počet ambulancí s rozšířenou péčí  | Pro zvýšení kvality péče o lidi s duševním onemocněním je nutné zajistit pokračování procesu deinstitucionalizace formou vzniku nových služeb. | Počet ambulancí s rozšířenou péčí  | 6 | 200 | průběžně |
| Počet center krizové intervence | Pro zvýšení kvality péče o lidi s duševním onemocněním je nutné zajistit pokračování procesu deinstitucionalizace formou vzniku nových služeb. | Počet center krizové intervence | 0 | 18 | průběžně |
| Počet stacionárních programů | Pro zvýšení kvality péče o lidi s duševním onemocněním je nutné zajistit pokračování procesu deinstitucionalizace formou vzniku nových služeb. | Počet stacionárních programů | 20 | 62 | průběžně |
| Počet systémů dostupných informací | K prevenci sebepoškozování patří i dostupné informace o problematice sebepoškozování efektivní informovanost.  | Počet systémů | 0 | 1 | průběžně |
| Analýzy počtu klientů s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem (DZR) a v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) | Ke komplexnímu řešení situace týkající se umisťování lidí s duševním onemocněním v DZR a DOZP je nutná analýza počtu klientů s duševním onemocněním umístěných v těchto zařízeních. | Počet vytvořených analýz | 0 | 1 | průběžně |
|  |  |  |  |  |  |
| Ověření pilotních projektů zajištění bezpečného prostředí v zařízeních psychiatrické péče a odděleních akutní psychiatrické péče a implementace intervencí prevence sebevražd na úrovni železniční dopravní sítě, dostupné informace o problematice sebepoškozování | Ke snížení počtu sebevražd a případu sebepoškozování je nutné plnit Národní akční pláne prevence sebevražd.  | Počet ověření pilotních projektů | 0 | 6 | průběžně |
|  | Vzdělávací program pro blízké a rodinné příslušníky osob po sebevražedném pokusu | Ke snížení počtu sebevražd a případu sebepoškozování je nutné plnit Národní akční pláne prevence sebevražd, zejména opatření týkající se vzdělávání v oblasti prevence sebevražd. | Počet vzdělávacích programů | 0 | 1 | průběžně |
| Dílčí cíl 2.1.15 | Počet multidisciplinárních týmů pro ochranné léčení spolupracující s lůžkovými zařízeními | Pro úpravu péče o pacienty/klienty s nařízeným ochranným léčením je efektivní zajistit má k dispozici 1000 lůžek pro ochranné léčení regionálně rozložených a 13 multidisciplinárních týmů v těsné spolupráci s lůžkovými zařízeními. | multidisciplinární týmy | 0 | 13  | průběžně |
| Počet case managerů pro oblast péče o duševní zdraví na krajích | Do realizace efektivní sítě péče o duševní zdraví budou zapojeny kraje a obcí spolu s krajskými managery. | Počet case managerů | 0 | 300  | průběžně |
| Počet lůžek v chráněném bydlení a v bytech v civilní zástavbě | K rozvoji systému komunitní péče musí být zajištěn i vznik chráněných bytů i bytů v civilní zástavbě. | Počet lůžek v chráněném a civilním bydlení | 0 | 800 | průběžně |
|  | Počet praktických lékařů, kteří absolvovali akreditované vzdělávání v oblasti duševního zdraví | Při spolupráci s praktickými lékaři jim bude nabídnut akreditovaný vzdělávací program v duševního zdraví. | Počet vyškolených praktických lékařů | 0 | 500 | průběžně |

# Implementační struktura

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

Jako poradní orgán ministra zdravotnictví v oblasti implementace Zdraví 2030 je příkazem ministra č. 39/2019 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 Zdraví 2030 vč. jeho IP,
* dohledu nad řízením rizik v rámci implementace jednotlivých IP,
* vzájemné koordinaci realizace IP,
* koordinaci příprav revizí dokumentů a pravidelných zpráv o průběhu implementace,
* posouzení podstatných změn IP.

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

Proces implementace zdravotně sociálního pomezí spadá do gesce sekce NZ a blíže dále ředitele odboru OZP. NZ je dále gestorem procesu implementace a rozvoje integrované zdravotní péče. Gestorem dílčího cíle č. 2.1.10 je vedoucí oddělení OPP (z tohoto důvodu je pro danou oblast uveden jako spolugestor NL). Implementace oblasti duševního zdraví, tj. Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 - 2030 je vzhledem k nadrezortnosti Rada vlády pro duševní zdraví s předsedou vlády, jako předsedou této rady. Koordinátorem této aktivity na MZ je Tajemník Rady vlády pro duševní zdraví, který je součástí kabinetu ministra zdravotnictví. Rada vlády bude spolupracovat také na implementaci oblasti demencí a prevence sebevražd. Na implementaci konkrétních dílčích cílů budou spolupracovat i další oddělení MZ a externí subjekty dle Hierarchické struktury prací a harmonogramu realizace.

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 IP. Registr rizik obsahuje jednak seznam definovaných rizik na úrovni IP, 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 (IP)**. Součástí je vždy i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je aktualizován pracovní skupinou IP a koordinátorem IP 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, pracovní skupinu IP a koordinátora IP.Gestor IP je povinen stanovit k novému kritickému riziku nápravná opatření a informovat o nich vlastníky rizik.

Při přípravě IP 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[[1]](#footnote-1)** | **Pravděpodobnost výskytu rizika[[2]](#footnote-2)** | **Významnost rizika[[3]](#footnote-3)** | **Opatření vedoucí ke snížení rizika** | **Vlastník** **nápravného** **opatření**  |
| Nedostatečná spolupráce na národní i regionální úrovni | V rámci implementace zdravotně sociální péče je potřebný významný soulad mezi dotčenými subjekty na národní i regionální úrovni. Zdravotní i sociální služby budou sloučeny v komplexní službu a tím je dána potřeba výrazné spolupráce mezi MZ a MPSV. Dalším významným prvkem, je značná odlišnost jednotlivých regionů a akcentace na jejich majoritní podíl při tvorbě regionální strategie rozvoje zdravotně sociální péče. Ochota krajů společně hledat východiska je klíčová. | 5nepřijatelné | 3běžně možná | 15kritické/vysoké | Pro úspěšnou implementace zdravotně sociální péče je nutná shoda na vládní úrovni, tedy mezi ministry MZ, MPSV, která je návazně diskutována i na dalších úrovních řízení. | MZ, MPSV |
| Nedostatek finančních zdrojů | Nezajištění zdrojů je jednou z hlavních příčin nemožnosti realizace aktivit, nenaplnění cílů a přínosu strategických materiálů. | 5nepřijatelné | 3,5pravděpodobná | 17,5kritické/vysoké | Vyčíslení možných nákladů a přiřazení zdrojů – ESF+, státní rozpočet, zdravotní pojišťovny. Potřebná shoda na ministerské úrovni v rámci rezortů MZ a MPSV je nutná jako základ pro návaznou diskuzi na dalších úrovních řízení. Nezbytná je dále spolupráce s MF a pojišťovnami  | MZ, MPSV |
| Nedostatečná meziresortní spolupráce | V rámci zdravotně-sociálního pomezí, stejně jako oblasti duševního zdraví či oblasti demencí, není možné realizovat systémové změny bez účasti příslušných zainteresovaných stran, z nichž v první řadě musí úzce a v souladu kooperovat MZ a MPSV. Dělit se o nápady, práci, být součinní při financování aktivit a další potřebné podpoře. Proces přijímání nových legislativních pravidel není pozitivně přijímán pro nutnost implementace potřebných změn a opatření, která s sebou přináší, úzkostné prosazování zvyklostí a způsobů řešení zdravotně sociální problematiky je významnou překážkou pro úspěšnou implementaci konsensuální strategie rozvoje integrované péče | 5nepřijatelné | 3,5pravděpodobná | 17,5kritické/vysoké | Pro aktivní účast jednotlivých aktérů v systému je potřebné zajištění kvalitní a podporující komunikace, zajištění jejich informovanosti v rámci příslušných gescí, dobrá argumentace problematiky a proaktivní přístup ke spolupracujícím aktérům. Změny je vhodné pro jejich úspěšnou realizaci plánovat v jednotlivých navazujících krocích | MZ, MPSV |
| Nedostatečné personální zajištění  | Na základě snižování personálního stavu ve věcně příslušných útvarech | 5nepřijatelné | 3běžně možnápravděpodobná | 17,5kritické/vysoké | Změny systemizace věcně příslušných útvarů navrhovat s ohledem na závazky a řešenou agendu, aby nedošlo k ohrožení implementace – strategie je naplánován na příštích deset let. | MZ, MPSV |
| Nedodržování implementačního harmonogramu | Neplnění indikátorů bude v příštím programovém období (ve spojení s financováním ESF+ a dalšími zdroji) průběžně kontrolováno– neplnění může mít za následek snížení/odebrání zdrojů financování. | 3 běžně možná | 3,5pravděpodobná | 17,5Kritické/vysoké | Pečlivá příprava projektové dokumentace a zajištění stabilního prostředí pro projektový tým zajišťující implementaci. Zpracování kritické cesty projektu, pravidelná kontrola nákladů a dosahování milníku projektu. | MZ, MPSV |
| Odpor veřejnosti/stakeholderů ke změnám | Změny jsou pochopitelně často pro nepochopení účelu a obavám z negativních dopadů odmítány veřejností i řídícími strukturami | 3významný | 3Běžně možná | 9Závažné/střední | Transparentní a pravdivá komunikace – veřejný zdroj, kde může kdokoliv nalézt informace o aktivitách, cílech a podniknutých krocích. Sestavení registru zájmových stran a zapracování požadavků na komunikaci dle registru do komunikačního plánu. | MZ, MPSV |
| Nízký zájem cílové skupiny  | Cílové skupiny neprojeví zájem o spolupráci v rámci implementace opatření a o jejich konečné výstupy | Velmi významný3.2 | Výjimečně možná1.8 | 5.76Běžné /nízké | Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, přívětivost řešení | MZ |
| Nedostatečné personální zajištění (na úrovni poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, praktických lékařů, cílových skupin, atd.) | Kapacita cílových skupin bude natolik nízká, že nebude možné s nimi spolupracovat na implementaci opatření a dosáhnout konečných výstupů. Personální situace je značně rozdílná na úrovni krajů, měst i samotných poskytovatelů zdravotních služeb. Nestabilní poptávka po zaměstnávání v lékařských i nelékařských oborech zajišťujících zdravotně sociální péči je ovlivněna mnoha faktory, kdy mezi významné patří prestiž dané pracovní pozice, mzdové ohodnocení, dostupnost zaměstnavatele a pracovní podmínky.  | Významný2.5 | Pravděpodobná4.0 | 10Závažné/střední | Dostupné možnosti financování z rozpočtových a jiných relevantních finančních prostředků. Je potřebná podpora vzdělávání v rámci odborné přípravy na výkon zaměstnání ve zdravotně sociálních službách a možností dalšího vzdělávání na úrovni ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Významným faktorem mohou být i dobré pracovní a platové podmínky v rámci poskytovatelů zdravotně sociální péče. Podpora kapacit pracovníků zajišťujících faktický chod služeb zdravotně sociální péče je možná prostřednictvím zvýšení prestiže důrazem na motivaci ke vzdělávání pracovníků zdravotně sociálních služeb, nabídkou dalšího profesního vzdělávání, nastavením mzdových opatření, informovaností laické i odborné společnosti o specifikách dlouhodobé péče | MZ |
| Neshoda aktérů vzhledem k odlišným zájmům | Třebaže je společným zájmem spravedlivé a efektivní zdravotnictví, partikulární zájmy různých aktérů jsou odlišné, což by mohlo vést k blokaci při přípravě a implementaci opatření | Významný2.5 | Běžně možná3.0 | 7.5Běžné/nízké | Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, jasné nastavení rolí | MZ |
| Rigidita ve stávající legislativě, v rámci krajů rozdílný přístup k řešení stejných problémů | Současná legislativa řeší problematiku zdravotně sociálního pomezí izolovaně v rámci gesce daných resortů. MZ je zaměřeno na problematiku poskytování zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních a v rámci poskytovatelů zdravotních služeb. MPSV řeší sociální problematiku péče o sociálně potřebné. Pro úspěšnou implementaci zdravotně sociální péče do praxe je potřebný legislativní soulad v gescích obou zúčastněných rezortů. V rámci krajů je nutné zachovat systémově jednotný směr integrace zdravotně sociální péče, v němž bude následně prostor pro prosazení relevantních specifik daných regionálními odlišnostmi. | 3,8velmi významný | 3,1pravděpodobná | 11,8závažné/střední riziko | Kraje musejí být zapojeny do všech fází implementace integrované péče tak, aby bylo možné nalezení shody v rámcové strategii. Mezi rezorty MZ a MPSV je nutná výrazná aktivní komunikace a sdílení informací a návrhů týkajících se rámcové strategie, a to ve všech fázích implementace zdravotně sociální péče |  |
| Roztříštěnost systému a politická vůle | Systém zdravotní a sociální péče je v rámci daných rezortů i u jednotlivých poskytovatelů výrazně odlišně interpretován i praktikován. Změna v systém zdravotně sociální péče bude znamenat značný zásah do dosavadních odděleně poskytovaných systémů zdravotních a sociálních služeb, z čehož může pramenit nízká politická vůle k jejímu prosazení.  | 5nepřijatelný | 3,5pravděpodobná | 17,5kritické/vysoké riziko | Pro kvalitní přípravu rámcové strategie a regionálních strategií implementace zdravotně sociální péče je nutná intenzivní komunikace a spolupráce se všemi dotčenými rezorty a úrovněmi řízení za účelem nalezení shody. Je potřebná kvalitní argumentace a vstřícný přístup ke konstruktivním návrhům spolupracujících stran |  |
| V rámci krajů rozdílný přístup k řešení problematiky zdravotně sociální péče | Výrazná odlišnost v přístupu a preferencích, se kterými kraje k problematice zdravotně sociální péče přistupuje, může velmi ovlivnit ochotu akceptovat konsensuální strategii rozvoje integrované péče | 3,9Velmi významný | 4,0pravděpodobná | 15,6závažné/ střední | Aktivní zapojení krajů do všech fází implementace. Aktivní komunikace společných témat, přijatelná akceptace regionálních specifik jednotlivých krajů  |  |
| Úzké zaměření na kurativní léčbu konkrétních onemocnění  | Integrovaná péče je komplexem zdravotních a sociálních služeb poskytující péči pacientům, kteří potřebují zdravotně sociální péči, zaměřenou na jejich měnící se potřeby. Těmto osobám je nutné poskytovat celostní péči, jež bude obsahovat různý poměr zdravotní i sociální složky. Preference kurativní léčby konkrétních onemocnění a symptomů neodpovídá potřebám pacientů, potřebujícím komplexní služby zahrnující v různém poměru zdravotní i sociální složku a nemůže tedy pokrýt celou škálu jejich skutečných potřeb. | 3,4velmi významný | 3,5pravděpodobná | 11,9závažné/střední riziko | Problematika potřebnosti zdravotně sociální péče s ní související nutnosti obrátit zájem i k dlouhodobým potřebám pacientů trpících trvale zdravotním postižením se ztrátou významné části soběstačnosti bude potřebné implementovat do komunikačních strategií mechanismy podporující osvětu v této oblasti, zajistit pro odborníky, zaměřit se na vzdělávání v této oblasti na úrovni lékařských i nelékařských profesí. |  |
| Upřednostňování akutní a vysoce specializované péče | Zdravotně sociální péče je uceleným systémem zdravotních a sociálních služeb, který komplexně reaguje na individuální potřeby pacientů potřebujících zdravotně sociální péči. Je péčí dlouhodobou a preferování akutní a vysoce specializované péče pro ni znamená významné ohrožení  | 3,4velmi významný | 3,5pravděpodobná | 11,9závažné/střední riziko | Pro účely úspěšné implementace zdravotně sociálních služeb do praxe a jejich následnou podporu a rozvoj je nutné kvalitně a podloženě informovat odbornou veřejnost o potřebnosti této péče, seznamovat ji s dílčími kroky implementace a jejich dopady na praxi a dostupnost služeb  |  |
| Privatizace zdravotnických zařízení | Zprivatizovaná zdravotnická zařízení mohou mít odlišné představy o potřebnosti a způsobech poskytování zdravotně sociálních služeb, tyto služby nemusí vnímat jako potřebné a nemusí být nakloněna k jejich poskytování, což může být následně doprovázeno omezenou dostupností pro pacienty  | 3,2velmi významný | 3běžně možná | 9,6závažné/střední riziko | Je potřebná kvalitní a podložená komunikace problematice zdravotně sociální péče na úrovni vedoucích pozic zařízení. Dobrou argumentací pro poskytování a rozvoj zdravotně sociální péče budou i změny úhradových mechanismů tohoto druhu služby, spolupráce MZ a MPSV při vyčíslování nákladů zdravotně sociální péče |  |
| Vícekolejnost zdravotní péče | Systém poskytování zdravotní péče je nejednotný, zdravotně sociální péče vyžaduje soulad na úrovni metodik zahrnujících zdravotní i sociální složku | 3,1Velmi významný | 3,8pravděpodobná | 11,8závažné/střední riziko | Pro sjednocení poskytování zdravotních a sociálních služeb v komplexu služeb je důležitým faktorem aktivní spolupráce na úrovni ministrů a návazně dalších úrovní řízení, na úrovni odborné i na úrovni poskytovatelů. Je potřebné kvalitně metodicky nastavit systém poskytování zdravotně sociální péče |  |
| Nedostatečné kompetence všeobecných sester | V rámci zdravotně sociální péče bude potřebné nastavit širší a komplexnější pravomoci všeobecných sester | 4velmi významný | 4pravděpodobná | 16kritické/vysoké riziko | Nástrojem bude podpora dalšího vzdělávání všeobecných sester v oblasti zdravotně sociální péče a tvorba metodik pro zajištění zdravotně sociální péče. |  |

# Řízení změn

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je pravděpodobné, že se budou muset IP 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 IP je stanoven následující postup: Zpravidla dochází k úpravě textu implementačního plánu v rámci pravidelné roční Zprávy
o průběhu realizace IP, 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. Změny jsou v rámci projednání Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu (IP) diskutovány Řídicím výborem Zdraví 2030, který k nim vydá stanovisko a následně schvalovány vedením MZ. Po schválení roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu (IP) je v případě, že došlo ke změně textu IP, vydávána nová verze IP 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 předpokládaným 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 poradou 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 IP je gestorem IP 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 IP 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 IP je především zajistit informovanost dotčených subjektů a veřejnosti o existenci, obsahu a cílech daného IP.

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

V IP jsou stanoveny základní parametry komunikačního plánu, v rámci Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu (IP) je vždy aktualizován pro daný rok s tím,
že je zohledněna fáze implementace IP (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 IP jsou zejména:

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

Obsah komunikace je zaměřen především na prezentaci IP, jeho dílčích cílů a opatření uvedeným cílovým skupinám. Primárním nástrojem šíření informací bude web 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. 7: Základní komunikační plán  |
| **Název aktivity** | **Popis obsahu sdělení** | **Cílová skupina** | **Forma sdělení** | **Předpokládaná doba realizace**  | **Realizátor** | Garant |
| Odborné kulaté stoly, pracovní skupiny, konzultace, odborná setkání na téma řešených dílčích cílů/opatření | Odborná setkání a komunikace s dotčenými cílovými skupinami v rámci hodnocení oblastí dílčích cílů/opatření a plánování, realizace a hodnocení jednotlivých kroků implementace včetně sdílení příkladů dobré praxe, sdílení zkušeností a podnětů k inovacím, odborná stanoviska k problematice | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,územní samosprávné celky,pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Setkání a kulaté stolyKonzultace | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření.Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZ | NZ+TISUZIS |
| Odborné konference a semináře a worshopy na téma řešených dílčích cílů/opatření  | Odborná sdělení a komunikace s dotčenými cílovými skupinami v rámci analýz stávajícího stavu, hodnocení stávajících realizovaných výstupů a plánovaných kroků, přenosu odborných zkušeností a sdílení příkladů dobré praxe, sdílení zkušeností a podnětů k inovacím, odborná stanoviska k problematicez jednotlivých oblastí dílčích cílů/opatření včetně | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,územní samosprávné celky,pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,pacientské organizace zdravotní pojišťovny | KonferenceSeminářeworkshopy | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatřeníČetnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZUZISprofesní sdružení a komory | NZ+TISUZIS |
| Tiskové zprávywebové zprávy, sociální mediatiskové konference pro veřejnostna obecná témata i na témata řešených dílčích cílů/opatření | Zacílení na popularizaci a adekvátní informovanost veřejnosti obecně o problematice integrované péče, problematice pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům a problematice reformy péče o duševní zdraví | Laická veřejnost | Tiskové zprávywebové zprávy, sociální mediatiskové konference | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření | MZUZIS | NZ+TISUZIS |
| Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávy a odborné články za účelem odborné prezentace problematiky v sociálních médiích | Odborná prezentace výstupů plánování, realizace i hodnocení jednotlivých dílčích výstupů/opatření | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,územní samosprávné celky,pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávyOdborné články | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření | MZ | NZ+TIS |
| Zacílené webové stránky  | Adekvátní prezentace dat a výstupů vázaných k jednotlivým dílčím cílů/opatřením dle dané cílové skupinySoučást cílového výstupu role koordinátora pro integrovanou péči | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,územní samosprávné celky,pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,pacientské organizace zdravotní pojišťovnylaická veřejnost | Webové stránky | Plnění v průběhu celého implementačního období | MZ | NZ+TIS |
| Výzva ke spolupráci | Výzva gestorů směřovaná k dotčeným cílovým skupinám, které budou voleny na základě konkrétních oblastí  | Poskytovatelé zdravotních služeb a poskytovatelé sociálních služeb,odborná veřejnost a profesní sdružení a komory,územní samosprávné celky,pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy,pacientské organizace zdravotní pojišťovny | Písemná výzva ke spolupráci  | V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření.Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP | MZ | NZ+TIS |

**Seznam zkratek**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADSKC** | Asociace denních stacionářů a krizových center |
| **AIVD** | Asociace vzdělávání dospělých |
| **AKP** | Asociace klinických psychologů |
| **ALS** | Amyotrofická laterální skleróza |
| **ČMKOS** | Českomoravská konfederace odborových svazů |
| **ČR** | Česká republika |
| **DC** | Dílčí cíl |
| **DZ** | Duševní zdraví |
| **EHP** | Evropský hospodářský prostor |
| **ESF** | Evropské strukturální fondy |
| **EU** | Evropská unie |
| **IP** | Implementační plán |
| **ITEZ****IVZY** | Odbor IT a elektronizace zdravotnictvíAsociace institucí vzdělávání dospělých ČR |
| **KAN** | Odbor kancelář ministra |
| **MF** | Ministerstvo financí |
| **MMR** | Ministerstvo pro místní rozvoj |
| **MPSV** | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| **MSp** | Ministerstvo spravedlnosti |
| **MŠMT** | Ministerstvo školství a tělovýchovy |
| **MZ** | Ministerstvo zdravotnictví |
| **NAPAN** | Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění |
| **NAPPS** | Národní akční plán prevence sebevražd |
| **NCO/NZO** | Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů |
| **NE** | Náměstek pro ekonomiku a zdravotní pojištění |
| **NL** | Náměstek pro legislativu a právo |
| **NNO** | Nestátní neziskové organizace |
| **NÚDZ** | Národní ústav duševního zdraví |
| **NZ** | Náměstek pro zdravotní péči |
| **NZIS** | Národní zdravotnický informační systém |
| **OPP** | Oddělení podpory práv pacientů |
| **ORDZ** | Oddělení pro reformu duševního zdraví |
| **OSN** | Organizace spojených národů |
| **OZP** | Odbor zdravotní péče |
| **PP** | Paliativní péče |
| **RV** | Rada vlády |
| **SC**  | Specifický cíl |
| **SÚKL** | Státní ústav pro kontrolu léčiv |
| **SZP** | Svaz zdravotních pojišťoven |
| **TIS** | Odbor komunikace s veřejností |
| **ÚV** | Úřad vlády České republiky |
| **ÚZIS** | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR |
| **VZP** | Všeobecná zdravotní pojišťovna |
| **WHO** | World Health Organization |

**Slovník použitých pojmů**

**Integrovaná péče** Integrovanou péčí se pro účely tohoto materiálu rozumí komplex poskytování zdravotních a sociálních služeb nebo plánovaná a koordinovaná zdravotní péče poskytovaná pacientům poskytovateli zdravotních služeb ve specifikovaných oborech a v úzké spolupráci s praktickým lékařem. Tento pojem není legislativně ukotven, ale je součástí Strategického rámce Zdraví 2030 specifický cíl 2.1 – „Implementace modelu integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma péče o duševní zdraví“.

**Dlouhodobá péče/zdravotně sociální péče**

 Komplex zdravotní a sociální péče poskytovaný pacientovi v rámci celku zdravotních a sociálních služeb v poměru a míře odpovídající jeho individuálním potřebám.

**ASZ** Dle NAPDZ je tímto pojmem míněna **Agentura pro sociální začleňování**, která se běžně nazývá zkráceně „Agentura“

1. 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-1)
2. 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-2)
3. 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-3)