



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	11. ledna 2021
Forma schválení	usnesení vlády České republiky č. 27
Poslední aktualizace	2020
Doba realizace	2021–2030
Odpovědnost za implementaci	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Kontext vzniku implementačního plánu	<p>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.</p>

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 nezhodně 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
2. Základní informace o specifickém cíli	12
3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace	16
4. Rozpočet a předpokládané zdroje financování	40
5. Soubor indikátorů	43
6. Implementační struktura	57
7. Řízení rizik	59
8. Řízení změn	69
9. Monitorování a evaluace	70
10. Komunikační plán	71

1. Úvod

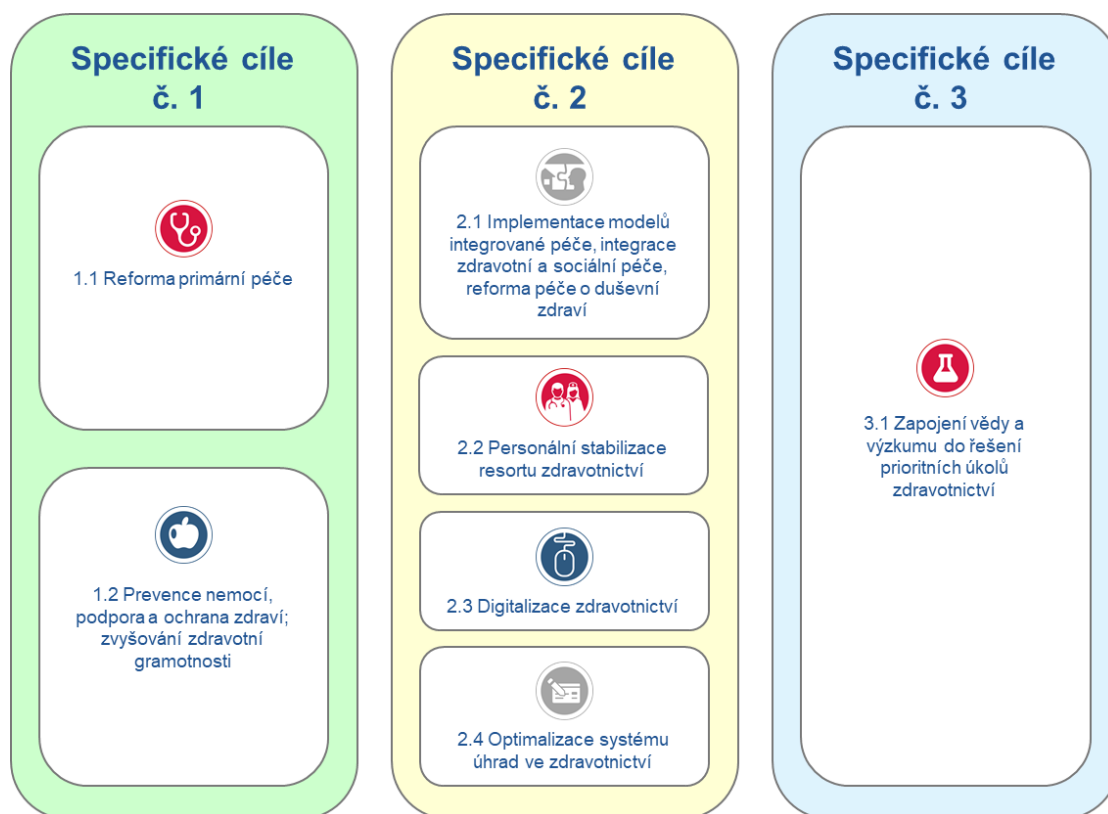
Ministerstvo zdravotnictví (MZ) představilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“) přijatý vládou ČR dne 18. listopadu 2019 usnesením č. 817/2019, který je základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a který 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 pojmají 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 integrované zdravotní a sociální péče (dlouhodobé péče), který zohledňuje celistvost potřeb pacienta a je schopen mu poskytovat v jednom komplexu podporu ve zdravotní i sociální rovině. Integrovaná zdravotní a sociální péče představuje koncept, který v podmínkách zdravotního a sociálního systému ČR není zatím dostatečně a jednotně legislativně ukotven, přestože péče o osoby, které se nacházejí v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu, vykazuje závažné nedostatky. Tyto nedostatky pramení především v nepropojenosti obou systémů. Současná situace zajištění péče na tzv. zdravotně sociálním pomezí neodpovídá společenskému vývoji, nereaguje na fakt stárnutí populace ani na nárůst chronicky nemocných, kteří mají vedle potřeb zdravotních také potřeby sociální a nelze je neustále přesouvat z jednoho systému do druhého. Integrovaná zdravotní a sociální péče (dlouhodobá péče) je v současné době poskytována různými typy poskytovatelů a její jednotné definování je tedy problematické. V současném systému je tento ucelený druh péče poskytován v nedostatečném rozsahu a jeho komplexnost limitují rozdílná pravidla a podmínky, za kterých jej poskytovatelé zajišťují, a to v závislosti na zdravotně či sociálně orientovaných službách. Je potřebné tedy zvážit a naplánovat vytvoření propojeného systému, který umí pružně a efektivně reagovat na měnící se potřeby osob s chronickými zdravotními problémy, jež mají pro tyto osoby stejně významný dopad i do jejich sociální situace. Tato problematika se týká celého věkového spektra, podstatnou část populace s potřebou zdravotně sociální podpory však představuje seniorská generace.

V rámci systému poskytování dlouhodobé (integrované zdravotní a sociální) péče poskytovateli zdravotních služeb bylo MZ vydáno Metodické doporučení pro následnou a dlouhodobou péči, které bylo uveřejněno 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.

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

Úspěšná implementace zdravotní a sociální péče vyžaduje soulad a změnu na všech úrovních jejich řízení i u samotných poskytovatelů integrovaných zdravotních a sociálních služeb. Zásadním prvkem tohoto procesu bude intenzivní a úzká spolupráce s MPSV, neboť bez podporovaných změn v systému sociálních služeb a sociálního zabezpečení nebude reálné zdravotní služby adekvátně nastavit. Je 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 vycházejících z domácího i zahraničního prostředí. 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 epidemiologických 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 i oblast 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 (SDGs).

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.

Průřezovým tématem tohoto implementačního plánu, ale i ostatních implementačních plánů Strategického rámce Zdraví 2030, je pak zapojení pacientů, jejich rodinných příslušníků a pečovatелů, aby významné cílové skupiny do všech relevantních procesů v oblasti zdravotnictví.¹

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

¹ Typicky půjde o zástupce pacientů-advokáty, kteří zastupují patientskou organizaci. Podle povahy zapojení však může jít i o individuálního pacienta-experta, obvykle rovněž s afiliací k patientské organizaci. U opatření dílčího cíle, která směřují pouze na zástupce pacientů, je to explicitně uvedeno.

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 patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům pracovalo MZ na základě dlouhodobých konzultací s patientskými organizacemi a organizacemi zaměřenými na pomoc pacientům, které vedly k identifikaci potřeb a prioritizaci jednotlivých opatření.

2. 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 (integrované zdravotní a 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 integrované zdravotní péče a implementace dlouhodobé (integrované zdravotní a sociální) péče do systému služeb ČR, který je založen na komplexnosti zajištění zdravotních i sociálních potřeb pacientů s dlouhodobými chronickými obtížemi a výraznou disabilitou realizovaná za spolupráce s dalšími dotčenými aktéry. V rámci intervencí v dílčích cílech by mělo dojít k nastavení systému poskytování služeb na národní i regionální úrovni, zajištění dostupnosti služeb, posílení role praktických lékařů 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 neformálních pečovatелů.

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 kvalitu 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 zejm. prostřednictvím většího zapojení zástupců pacientů do všech potřebných procesů a řízení v oblasti zdravotnictví. Segment patientských organizací je v ČR poměrně roztržštěný a chybí prvek zastřešující organizace, která by sloužila jako koordinační těleso na poli patientských 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 patientských 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 patientským 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 patientských organizací. Na MZ proto vznikla Patientská 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 patientské 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 patientských 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 patientské 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 patientskými organizacemi pacientům, jejich blízkým a veřejnosti, a to skrze profesionalizaci patientských 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 patientských 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

3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

V oblasti integrace dlouhodobé (integrované zdravotní a sociální) péče je nutné vytvořit ve spolupráci s důležitými aktéry 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 (integrovanou zdravotní a sociální) péči, pro zvyšování kvality zdravotně sociální péče, pro obecnou i specializovanou paliativní péči a posílení role rodinných příslušníků a jiných neformálních pečovatелů. 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 následně a dlouhodobé péče, kdy pak bude v návaznosti na získaná data vypracována mapa potřebnosti dlouhodobé (zdravotně sociální) péče s 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 pečovatелů. 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 patientských 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 procesů a řízení 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 Patientský hub i mimo něj a dostupné financování patientských 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 realizace cíle
Dílčí cíl č. 2.1.1 Vytvoření konsensuální strategie rozvoje zdravotně sociální péče, standardizace doporučených postupů a metodik posilujících funkčnost zdravotně-sociálních služeb	Budování 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, patientské organizace	1.1. 2.2. 2.3 2.4
	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,	
			Nová koordinační struktura v systému – koordinátor pro integraci zdravotních a sociálních služeb				

						poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, patientské 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, ITEZ Externí: MPSV, kraje, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb	1.1 2.2 2.3 2.4 3.1
	Vytvoření regionálně specifických modelů integrované péče	Pracovní skupiny pro přípravu a realizaci společného základního modelu integrované péče pro kraje				Externí: MPSV, kraje a	

		regionálních strategií, koncepcí a modelů v oblasti propojení zdravotních a sociálních služeb	koordinovat poskytování zdravotní a sociální péče v rámci své územní působnosti			obce, Asociace krajů ČR, NNO, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, patientské 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, ITEZ Externí: MPSV, kraje, obce, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, patientské 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, ITEZ Externí: MPSV, ČLS JEP, poskytovatelé zdravotních a	1.1, 2.2., 2.3

						sociálních služeb	
	Vytvoření doporučených postupů pro poskytování zdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb ve vlastním sociální 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, patientské 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 Analýza kapacit v oblasti zajištění dostupnosti integrovaných zdravotních a sociálních služeb	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, ITEZ Externí: MPSV, kraje a obce, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, patientské organizace	1.1, 2.2, 2.4
	Vytvoření a implementace modelu koordinované zdravotní a sociální péče s podporou	Vytvoření kompatibilních digitálních nástrojů pro sdílení dat ve	Funkční systém sdílení dat v rámci integrovaných zdravotních a sociálních služeb	2022 - 2024	MZ (NZ)	V rámci MZ: ÚZIS, NL, ITEZ Externí: MPSV,	

	informačních a komunikačních technologií dle potřeb vybraných skupin pacientů.	zdravotních i sociálních službách				kraje, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, patientské 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 Pracovní skupina pro tvorbu metodiky zjišťování zpětné vazby od všech aktérů integrovaných zdravotních a sociálních služeb	Optimalizace způsobu získávání zpětné vazby zahrnující názory všech aktérů	2022-2023	MZ (NZ)	V rámci MZ: NE, NL, ITEZ Externí: MPSV, kraje, poskytovatelé integrované péče, ÚZIS, patientské organizace	1.1 2.2 2.3 2.4
	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, NL Externí: MPSV, kraje, poskytovatelé integrované péče, ÚZIS, patientské organizace	
	Zlepšení zdravotní péče o pacienty se vzácným onemocněním	Sběr a analýza dat o současné situaci pacientů se vzácným onemocněním	Optimalizace zdravotní a sociální péče poskytované pacientům se vzácným onemocněním	2021-2027	MZ (NZ)	V rámci MZ: ÚZIS, Externí: poskytovatelé poskytovatelé	

		v oblasti poskytování zdravotní péče, zavedení jednoznačné identifikace pacientů se vzácným onemocněním				zdravotnických služeb, patientské organizace, SLG ČLS JEP, Centrum pro novorozenecký screening u, NNO	
		Rozšíření prekoncepčního screeningu, preimplantační a prenatální diagnostiky, rozvoj novorozeneckého screeningu a rozvoj informačních kanálů zajišťujících přenos informací o vzácných onemocněních a jejich časně diagnostice	Rozvoj včasné diagnostiky vzácných onemocnění	2021-2023			
		Systém mapující potřebu nových odborníků pro péči o pacienty se vzácným onemocněním včetně rozvoje informovanosti praktických lékařů a nastavení systému sdílené a	Kultivace organizace zdravotní péče zajišťované pacientům se vzácným onemocněním včetně zvýšení povědomí praktických lékařů pro děti o dorost v této oblasti	2021-2027			

		přechodové péče o pacienty					
		Metodické postupy komplexní péče o pacienty se vzácným onemocnění m	Integrace zdravotní a sociální péče o pacienty se vzácným onemocněním	2023- 2027			
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 struktury lůžkového fondu	Získání 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 struktury 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, poskytova telé zdravotníc h služeb, zdravotní pojišťovny , asociace krajů a odborné společnos ti, poskytova telé	1.1 2.2 2.3 2.4
		Nastavení úhradových mechanismů poskytování komplexu zdravotní a sociální péče ve vlastním sociálním prostředí					

						zdravotníci a sociálních služeb, patientské organizace	
	Posílení role všeobecných sester poskytujících zdravotní služby pacientům ve vlastním sociálním prostředí	Kurzy rozšiřující vzdělávání všeobecných sester poskytujících zdravotní péči pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí	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 Metodika pro poskytování obecné paliativní péče pro praktické lékaře Standardizovaný postup pro obecnou paliativní péči v nemocnicích	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: MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a různá sdružení poskytovatelů zdravotní péče, patientské organizace	1.1 2.2 2.4

	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 Standardizované postupy pro poskytování specializované paliativní péče	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, ITEZ Externí: MPSV, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé paliativní péče, ČLS JEP a sdružení poskytovatelů zdravotné péče- např. Fórum mobilních hospiců, patientské organizace	
Dílčí cíl 2.1.9 Programy posilující roli rodinných příslušníků a jiných laických pečovatелů 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: MPSV, ČMKOS, NNO, patientské 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	2021 - 2023	MZ (NZ)	V rámci MZ: NL, NE Externí: MPSV	

			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 ošetrovatelské péči				
Dílčí cíl č. 2.1.10 Posílení segmentu patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům	Vytvoření strategického a metodického zázemí pro zapojení pacientů do řízení a procesů ve zdravotnictví, vč. zapojení pacientů u vybraných aktérů – zdravotních pojišťoven, SÚKL, poskytovatelů zdravotních služeb	Konzultace s relevantním i aktéry, analýzy a komparativní studie	Vytvoření akčního plánu v oblasti zapojení pacientů a metodik v oblasti zapojení pacientů	2021-2028 Projekt 1 2023-2025	MZ/NL	MZ/NE, NZ, SÚKL, poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, odborná veřejnost, patientské organizace, nestátní neziskové organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity	1.1 1.2 2.2 2.3 2.4
	Příprava legislativního prostředí pro zapojení	Konzultace s relevantním i aktéry,	Úprava legislativy v oblasti zdravotních služeb, cen a úhrad	2021-2028	MZ/NL	MZ/NE, NZ, SÚKL, poskytovatelé	

	pacientů do procesů a řízení ve zdravotnictví	analýzy a komparativní studie	a rozhodování zdravotních pojišťoven, kterou má být zakotvena role patientské organizace v procesech a řízeních ve zdravotnictví			telé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, zdravotní pojišťovny, odborná veřejnost, patientské organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům	
	Vytvoření kapacit pro zapojení pacientů u vybraných aktérů – poskytovatelů zdravotních služeb, SÚKL, zdravotních pojišťoven	Konzultace s relevantními aktéry, řešerše zahraniční praxe, vzdělávání zaměstnanců, pacientů, zajištění financování a personální obsazenosti	Vytvoření praktické možnosti pro zapojení se pacientů u vybraných poskytovatelů zdravotních služeb (např. patientské 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 Projekt 1 2025-2028 Projekt 2 2026-2029	MZ/NL	MZ/NE, SÚKL, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotních služeb, jejich zřizovatelé, MPSV	
	Podpora spolupráce MZ a patientských organizací	Administrativní zajištění zapojení	Zapojení zástupců pacientů do vnitřního a vnějšího	2021-2030	MZ/NL	MZ/ST, patientské	

		zástupců pacientů na MZ, úprava zapojení zástupců pacientů vnitřními předpisy MZ a dokumenty MZ vztahujícími se na připomínková řízení	připomínkování legislativních a nelegislativních materiálů a v poradních orgánech, pracovních skupinách a odborných komisích MZ, tam, kde mohou být pacienti dotčeni na svých právech či povinnostech, např. skrze pokračování činnosti Pacientské rady ministra zdravotnictví			organizace	
	Edukace zástupců pacientů a zástupců organizací zaměřených na pomoc pacientům	Nastavený program vzdělávání, jeho personální a organizační zabezpečení	Uskutečnění seminářů a workshopů, vč. za mezinárodní spolupráce v oblasti procesů a řízení ve zdravotnictví	2021-2030	MZ/NL	SÚKL, odborná veřejnost, pacientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity	
	Projekt Pacientský hub a jeho pokračování	Vznik Pacientského Hubu	Realizace a pokračování projektu Pacientský Hub, který je v období 2014-2021 spolufinancován v rámci EHP fondů	I. fáze 2020-2023 II. fáze 2024-2030	MZ/NL	MZ/NE, ST, obce a kraje, odborná veřejnost, pacientské	

			(vytvořený prostor pro vzdělávání a školení patientských organizací i jednotlivých pacientů a v rámci osvěty i veřejnosti, související webový portál a prostor pro setkávání a výměnu zkušeností mezi patientskými organizacemi navzájem a dalšími aktéry v oblasti zdravotní péče)			organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům, neziskové nestátní organizace, akademická sféra, zahraniční entity spolupracující na zapojení zástupců pacientů a pomoci pacientům, soukromé entity	
	Pokračování Portálu pro pacienty a patientské organizace	Konzultace s relevantními i aktéry, zajištění dodavatele, personální zabezpečení	Informování zástupců patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům	2021-2030	MZ/NL	MZ/ST, TIS, ÚZIS, patientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientům	
	Podpora provozu, profesionalizace a stabilizace patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům, vč. vzniku střešních patientských organizací, podpora edukační a poradenské činnosti	Analýza aktuálního stavu, vyčlenění rozpočtových finančních prostředků do snadno dostupných dotačních programů MZ, sjednocení a	Vznik a udržitelná existence, vyvážené finanční portfolio, profesionalizace a činnost patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům v relevantních oblastech, vč. mezinárodní spolupráce, vč.	I. fáze 2021 – 2023 II. fáze 2024 – 2030	MZ/NL	MZ/NZ, NE, RVDZ, soukromé entity, patientské organizace, organizace zaměřené na pomoc pacientů	

	pacientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům, vč. střešních pacientských organizací (vč. sběru dat a zpětné vazby)	elektronizace dotačního řízení, projekt k nastavení udržitelného financování pacientských organizací z dalších finančních prostředků, personální zabezpečení	členství v mezinárodních organizacích Nepřímo také vznik střešních pacientských organizací – partnerů MZ aj. institucí a subjektů v přípravě a implementaci řešení v oblasti zdravotnictví			m, zdravotní pojišťovny	
2.1.11 Zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi	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 mezirezortní systém řízení péče o duševní zdraví.	2021-2030	MZ (NZ)	V rámci MZ: NZ, NL, NE, KAB, RVDZ Externí: 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, RVDZ Externí: MPSV, MMR, kraje, MŠMT, Rada vlády pro DZ	

	<p>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)</p>	<p>Nulové ošetření, tzv. financování transformačního období, kdy je nutné po dobu postupného zřizování nových služeb udržet paralelní financování sítě služeb stávajících.</p>	<p>Vytvořený model nákladů potřebných v rámci transformace poskytovatelů zdravotních služeb následné lůžkové péče a změna v úhradové vyhlášce.</p>	<p>2021-2025</p>	<p>MZ (NZ)</p>	<p>V rámci MZ: NZ, NL, NE, KAB, RVDZ</p> <p>Externí: MF, VZP, SZP</p>	
	<p>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 léčeni), 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</p>	<p>Analýza stávajících vzdělávacích programů lékařského a nelékařského zdravotnického personálu.</p>	<p>Zavedené nové programy a metodiky pro jednotlivé skupiny zdravotního i nezdravotního personálu.</p>	<p>2021-2024</p>	<p>MZ (NZ)</p>	<p>V rámci MZ: NZ, NL, NE, KAB, IPZV, NCO, NZO, RVDZ</p> <p>Externí: MPSV, MŠMT, lékařské fakulty, zdravotní školy, NNO, patientské organizace,</p>	

	péče o duševní zdraví včetně využívání existujících lidských zdrojů,						
	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, RVDZ Externí: MPSV, MSp, VZP, SZP, patientské 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, RVDZ Externí: MPSV, MŠMT, NNO, patientské 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	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	2021-2025	MZ (NZ)	V rámci MZ: NZ, NL, KAB, RVDZ Externí: VZP, SZP, MPSV, patientské organizace, NNO	není

	a stávajícího finančního zabezpečení sociálního systému, včetně pilotního ověření modelů služeb v oblasti bydlení a specifické služby pro matku a dítě.		specifických služeb pro matku a dítě u lidí s duševním onemocněním.				
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 Č.372/2011 Sb., z. č.155/1995 Sb, č. 582/1991, z. č. 35902009 Sb vyhl. č. 359/2009 Sb., o posuzování invalidity .	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, RVDZ Externí: VZP, SZP, MPSV, patientské, 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 <i>nezaměstnanosti</i> u lidí s duševním onemocněním	2021-2030	MZ (NZ)	MZ: NZ, KAB, NL, ÚZIS, RVDZ Externí: MPSV, kraje, nestátní sektor	
	Podpořit prevenci a včasnou intervenci v oblasti duševního zdraví seniorů.	Vytvoření přehledu doporučených postupů pro	Doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu demencí s mezioborovou platností. Datové	2021-2030	MZ (NZ)	Interní: NZ, KAB, RVDZ Externí:	

		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.	balíčky zaměřujících se na situaci v regionech. Praktický lékař hraje klíčovou roli od prvotního screeningu kognitivních funkcí po dlouhodobou dispenzarizaci pacientů s kognitivní poruchou. Konečné výstupy jsou blíže specifikovány v NAPAN.			MV ČR, MPSV, SPL, ČLS JEP, kraje, MMR, svaz měst a obcí, odborné společnosti specifikované v NAPAN, patientské 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 vyškolení sítě ambasadů (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, RVDZ Externí: MPSV, patientské organizace, NNO	
2.1.13 Zajištění,	Identifikovat a odstranit překážky v	Ratifikované mezinárodní	Dodržování lidských práv u lidí	2021-2028	MZ (NZ)	Interní: NZ, NL	

aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována	plnění závazků vyplývajících z mezinárodních dokumentů v oblasti kvality a lidských práv osob s duševním onemocněním a zajistit efektivní implementaci potřebných opatření.	dokumenty ČR s doposud nezabezpečenými závazky, analýzy současného stavu..	s duševním onemocněním zakotvených v mezinárodních dokumentech.			KAB, RVDZ Externí: MPSV, MSp, 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 tréninkové programy.	Analýzy režimových opatření	Omezení používání omezovacích prostředků a zvyšování kvality péče o lidi s duševním onemocněním	2021 - 2025	MZ (NZ)	Interní: NZ, KAB, RVDZ Externí: MPSV,	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, KAB Externí: MPSV, patientské organizace, RVDZ	

	Zpracovat analýzu zaměřenou na genderové aspekty duševního zdraví a potřeb znevýhodněných uživatelů a uživatelé 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 týkající 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, RVDZ Externí: ÚV, patientské 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 síť 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, RVDZ Externí: MPSV, MMR, kraje, NNO, VZP, SZP, ASZ, patientské organizace, SNN ČLS JEP, NNO, Odbor protidrogové politiky ÚV ČR	
	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	Transformační plány nemocnic, výstupy projektů Reformy psychiatrické péče. Výstupy pracovní skupiny pro psychoterapii v rámci	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	2021-2030	MZ (NZ)	Interní: NZ, NL, KAB, ÚZIS, RVDZ MPSV, kraje, NNO, VZP, SZP	

	přirozené komunitě a rozvinout další potřebné komunitní služby podporující deinstitucionalizaci (ambulace 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),	projektů Reformy psychiatrické péče.	s duševním onemocněním.				
	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, RVDZ MPSV, kraje, NNO, patientské organizace, NNO	
	Průběžně provádět mapování počtu klientů s duševním onemocněním v domovech se zvláštním režimem.	Výchozí současné 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, RVDZ Externí: MPSV, kraje	
	Podpořit rozvoj potřebných služeb pro osoby se zvýšeným rizikem spáchání sebevraždy a dostupnost ověřených informací o problematice	Zmapované potřeby a kompetence pracovníků sociálních služeb. Analýza stávajícího	Snížená sebevražednost, zajištění prevence sebevražd a splnění úkolů vyplývajících z akčního plánu.	2021-2030	MZ (NZ)	Interní: NZ, KAB, NL, NUDZ, RVDZ Externí: MPSV, Psychiatri	

	sebepoškozování, sebevražednosti a jejich prevence	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 praxe Schválení NAPPS				cká společnost ČLS JEP, patientské 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 soudem uloženého a nařízeného ochranného léčení (příloha NAPDZ) a výstupy pracovních skupin na MSp a MZ, které se zabývají problematikou ochranného léčení	Zajištění efektivního léčení, péče o pacienty/klienty se soudem uloženým a nařízeným ochranným léčením, zajištění mezirezortní spolupráce, týkající se zejména efektivního výkonu ochranného léčení“.	2022-2030	MZ (NZ)	Interní: NZ, KAB, NL, RVDZ Externí: MPSV, MSp, vězeňská služba VZP, SZP, patientské 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	2021-2030	MZ (NZ)	Interní: NZ, KAB, NL, RVDZ Externí: Svaz měst a obcí, kraje	

			prostředí nebo v komunitní péči.			MPSV, NNO, patientské 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, RVDZ Externí: MPSV, MMR, Svaz měst a obcí, kraje, obce, NNO, patientské 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, RVDZ Externí: VZP, SZP	

4. 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 standardních 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 ²
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	30 000 000 Kč (pilotní provoz) 2 500 000 000 Kč (investiční projekty)	Státní rozpočet 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 fondy EU, ostatní zdroje (EHP fondy; finanční	ANO

² Navýšení personálních a platových kapacit bude vždy řádně projednáváno při návrhu rozpočtu na příslušný kalendářní rok.

			mechanismy EU, zdravotní pojištění)	
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	448 mil. Kč	Ano, 1 ve výši 24 mil. Kč, 1 ve výši 16 mil. Kč, 2 v celkové výši 153 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	ANO

			pojištění, EHP fondy)	
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	23 941 mld. Kč			

5. 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 1000 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 patientských 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 ve vlastním sociálním prostředí pro praktické lékaře a další nelékařská povolání	Kontinuita a koordinace péče ve vlastním sociálním prostředí zajištěna vytvořením metodiky pro poskytování zdravotních služeb a koordinaci dalších potřebných služeb ve vlastní sociální 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 potřeby 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 ukládání, 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, neformálních 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, 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

	Počet poskytovatelů se zavedenou identifikací Orpha	Počet poskytovatelů, kteří mají zavedenu jednoznačnou identifikaci pacientů se vzácným onemocněním pomocí Orpha kódů	Počet poskytovatelů se zavedenou identifikací Orpha	0	5	ročně
	Rozšíření novorozeneckého o screening vzácných onemocnění	Realizace pilotní studie, která rozšíří v rámci novorozeneckého screeningu diagnostiku o 3 vzácná onemocnění	Počet diagnostikovaných vzácných onemocnění v rámci novorozeneckého screeningu	18	21	ročně
	Metodika pro návrh systému organizace zdravotní péče zajišťované pacientům se vzácným onemocněním	Návrh systému sdílené péče o pacienty se vzácným onemocněním v procesu diagnostiky a navazujících procesech od primární po specializovanou péči, definování kompetencí jednotlivých úrovní zdravotní péče včetně návrhu přechodové péče o dospívající pacienty	Počet vytvořených metodik sdílené a přechodové péče o pacienty se vzácným onemocněním	0	1	ročně
	Metodický pokyn pro zajišťování komplexních zdravotně sociálních služeb pacientům se vzácným onemocněním	Metodický pokyn pro zajištění komplexu zdravotních a sociálních služeb pacientům s vzácným onemocněním dle jejich individuálních potřeb	Počet vytvořených metodik zajištění komplexní péče o pacienty se vzácným onemocněním	0	1	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 podpoření poskytovatelé zajišťující paliativní péči	Počet poskytovatelů	0	8	ročně
Dílčí cíl 2.1.9	Existující programy podpory neformálních pečovatелů a Peer konzultantů	Programy zajišťující podporu neformálním pečovatелům 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 patientské organizace	Na portálu pro pacienty a patientské organizace bude publikován relevantní obsah	Počet článků publikovaných na portálu pro pacienty a patientské organizace	57	150	ročně
	Počet vzdělaných/proškolených osob v rámci edukace zástupců pacientů specificky	Budou vzděláni/proškoleni zástupci pacientů v rámci edukace zaměřené specificky na podporu jejich systémového zapojení	Počet vzdělaných/proškolených osob v rámci edukace zástupců pacientů	40	200	ročně

	zaměřené na podporu jejich systémového zapojení		specificky zaměřené na podporu jejich systémového zapojení			
	Počet vzdělaných/proškolených osob v Pacientském hubu	Budou vzdělání/proškoleni zaměstnanci a/nebo zástupci pacientů a patientských organizací či jejich členů, kteří se účastnili vzdělávací akce v rámci projektu. Školení budou zaměřena na zvyšování odborných kompetencí zástupců patientských organizací, na zlepšování manažerských, komunikačních, PR a dalších dovedností včetně přenosu know-how z ostatních disciplín za účelem větší profesionalizace patientských 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	V rámci vzdělávacích programů budou	Počet systémů	0	4	průběžně

	programů včetně metodických materiálů pro skupiny zdravotnického i nezdravotnického personálu	zajištěny metodické materiály pro zdravotnický i nezdravotnický personál o problematice lidí s duševním onemocněním	monitorování a reportování.			
	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 základů 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 základů 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	Ke zlepšení duševního zdraví u dětí je nutné zajistit zvyšování rodičovských kompetencí a včasnou identifikaci	Počet ověření projektů	0	2	průběžně

	<p>systém včasné identifikace dětí v psychosociálním ohrožení</p>	<p>dětí v ohroženém prostředí.</p>				
	<p>Vytvoření vzdělávacích programů zaměřených na téma duševního zdraví pro školy, střediska výchovné péče, pedagogicko-psychologické poradny a pedagogická centra a proškolení relevantních aktérů</p>	<p>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.</p>	<p>Počet vzdělávacích programů.</p>	0	4	průběžně
	<p>Vytvoření doporučené postupy a do nich včleněné screeningové testovací nástroje</p>	<p>Vytvoření doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu demencí a do nich včleněné screeningové testovací nástroje</p>	<p>Počet doporučených postupů</p>	0	3	průběžně
	<p>Počet datových balíčků zaměřujících se na situaci v regionech</p>	<p>Pro zajištění kvalitní péče pro lidi s demencí je nutné vytvoření víceúrovňové sítě péče pro lidi s demencí v regionech a zajistit potřebná data.</p>	<p>Počet datových balíčků</p>	0	1	průběžně
	<p>Technologická zařízení využitelná pro zvýšení bezpečnosti seniorů s demencí</p>	<p>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.</p>	<p>Počet zařízení</p>	0	10	průběžně
	<p>Poradenská pracoviště pro osoby s demencí a jejich neformální pečující</p>	<p>Pro kvalitnější živost seniorů s demencí jsou nutná poradenská pracoviště, jejichž cílovou skupinou jsou i jejich neformální pečující. V jednom zařízení by měl</p>	<p>Počet poradenských pracovišť.</p>	0	4	průběžně

		být ročně obslouženo 50 klientů.				
	Počet regionálních center domácí péče	Pro setrvání nemocných s demencí ve vlastním prostředí je nutné vytvořit centra domácí péče. V jednom zařízení by mělo být ročně obslouženo 20 klientů.	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						
	Tréninkový 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 tréninkový 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	K efektivnímu hodnocení kvality péče o lidi s duševním onemocněním se zapojením uživatelů musí	Počet metodik Počet zapojených uživatelů	0	1/ 30	průběžně

	zapojením uživatelů péče	být vypracována metodika a následně ověřena.				
Dílčí cíl 2.1.14	Počet zřízených CDZ.	Pro zajištění kvalitní péče o lidi s duševním onemocněním 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). Ročně by mělo být obslouženo v průměru 100 klientů	Počet CDZ	30	100	průběžně
	Počet lůžek akutní psychiatrické péče	V procesu pokračování Deinstitutionalizace 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 Deinstitutionalizace 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 deinstitutionalizace 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 deinstitutionalizace formou vzniku nových služeb. Ročně by mělo být obslouženo v jednom zařízení cca 100 klientů	Počet center krizové intervence	0	18	průběžně
	Počet stacionárních programů	Pro zvýšení kvality péče o lidi s duševním onemocněním je nutné zajistit pokračování procesu deinstitutionalizace formou vzniku nových	Počet stacionárních programů	20	62	průběžně

		služeb. Ročně by mělo být obslouženo v jednom zařízení 20 pacientů				
	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 umísťování 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 plán 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 plán prevence sebevražd, zejména opatření týkající se	Počet vzdělávacích programů	0	1	průběžně

		vzdělávání v oblasti prevence sebevražd.				
Dílčí cíl 2.1.15	Počet multidisciplinárních forenzních týmů pro výkon ochranného léčení spolupracujících s lůžkovými zařízeními	Pro úpravu péče o pacienty/klienty se soudem uloženým a nařízeným ochranným léčením je efektivní zajistit 1000 lůžek pro výkon ochranného léčení regionálně rozložených a 13 forenzních multidisciplinárních týmů v těsné spolupráci s lůžkovými zařízeními. Ročně by mělo být obslouženo 20 pacientů v jednom multidisciplinárním forenzním týmu pro ochranné léčení.	Multidisciplinární forenzní 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 oblasti duševního zdraví.	Počet vyškolených praktických lékařů	0	500	průběžně

6. 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 šesti implementačních plánů.

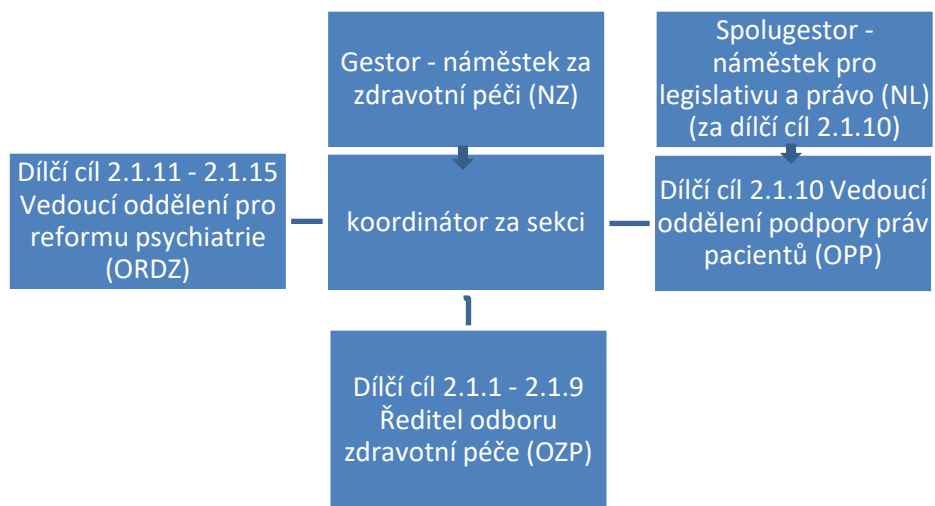
Jako poradní orgán ministra zdravotnictví v oblasti implementace Zdraví 2030 je příkazem ministra č. 39/2019 ze dne 20. listopadu 2019 zřízen Řídicí výbor implementace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Řídicí výbor Zdraví 2030“), jehož činnost spočívá 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



7. Řízení rizik

Cílem řízení rizik je předcházet situacím, které by mohly ohrozit úspěšnou realizaci implementačního plánu. Řízení rizik spočívá v systematické identifikaci, měření, zvládnutí, 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 roce a 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 ³	Pravděpodobnost výskytu rizika ⁴	Významnost rizika ⁵	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.	5 nepřijatelné	3 běžně možná	15 kritické/vysoké	Pro úspěšnou implementaci 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

³ Riziko identifikovat na škále: Téměř nezatelný (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.

⁴ Pravděpodobnost výskytu rizika identifikovat na škále: Téměř nemožné (od 0,1 do 1,0), Výjimečně možná (od 1,1 do 2,0), Běžně možná (od 2,1 do 3,0), Pravděpodobná (od 3,1 do 4,0), Hraničící s jistotou (od 4,1 do 5,0). Do kolonky vkládat číslo i popis.

⁵ Součin hodnot Dopad rizika x Pravděpodobnost výskytu rizika: Kritická/vysoká rizika (výsledek: 16–25), Závažná/střední rizika (výsledek: 9–15,9), Běžná/nízká rizika (výsledek: 0,01–8,9)

Nedostatek finančních zdrojů	Nezajištění zdrojů je jednou z hlavních příčin nemožnosti realizace aktivit, nenaplnění cílů a přínosu strategických materiálů.	5 nepřijatelné	3,5 Pravděpodobná	17,5 kritické/vysoké	Vyčíslení možných nákladů a přiřazení zdrojů – ESF+, státní rozpočet, zdravotní pojišťovny. Potřebná shoda na ministerské úrovni v rámci resortů 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	5 nepřijatelné	3,5 pravděpodobná	17,5 kritické/vysoké	Pro aktivní účast jednotlivých aktérů v systému je potřebné zajištění kvalitní a podporující komunikace, zajištění jejich informovanosti v rámci příslušných gescí, dobrá argumentace problematiky a proaktivní přístup ke spolupracujícím aktérům. Změny je vhodné pro jejich úspěšnou realizaci plánovat v jednotlivých navazujících krocích	MZ, MPSV

	zvyklostí a způsobů řešení zdravotně sociální problematiky je významnou překážkou pro úspěšnou implementaci konsensuální strategie rozvoje integrované péče					
Nedostatečné personální zajištění	Na základě snižování personálního stavu ve věcně příslušných útvarech	5 nepřijatelné	3 běžně možná pravděpodobná	17,5 kritické/vysoké	Změny systemizace věcně příslušných útvarů navrhnout s ohledem na závazky a řešenou agendu, aby nedošlo k ohrožení implementace – strategie je naplánována 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	3,5 Pravděpodobná	17,5 Kritické/vysoké	Pečlivá příprava projektové dokumentace a zajištění stabilního prostředí pro projektový tým zajišťující implementaci. Zpracování kritické cesty projektu, pravidelná kontrola nákladů a dosahování milníků projektu.	MZ, MPSV
Odpor veřejnosti/stakeholderů ke změnám	Změny jsou pochopitelně často pro nepochopení účelu a obavám z negativních dopadů odmítány	3 významný	3 Běžně možná	9 Závažné/střední	Transparentní a pravdivá komunikace – veřejný zdroj, kde může kdokoliv nalézt	MZ, MPSV

	veřejností i řídicími strukturami				informace o aktivitách, cílech a podniknutých krocích. Sestavení registru zájmových stran a zapracování požadavků na komunikaci dle registru do komunikačního plánu.	
Nízký zájem cílové skupiny	Cílové skupiny neprojeví zájem o spolupráci v rámci implementace opatření a o jejich konečné výstupy	Velmi významný 3.2	Výjimečně možná 1.8	5.76 Běžné /nízké	Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, přívětivost řešení	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.	Významný 2.5	Pravděpodobná 4.0	10 Závažné/střední	Dostupné možnosti financování z rozpočtových a jiných relevantních finančních prostředků. Je potřebná podpora vzdělávání v rámci odborné přípravy na výkon zaměstnání ve zdravotně sociálních službách a možnosti dalšího vzdělávání na úrovni ministerstva zdravotnictví a ministerstva práce a sociálních věcí. Významným faktorem mohou být i	MZ

					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	
Neshoda aktérů vzhledem k odlišným zájmům	Třebaže je společným zájmem spravedlivé a efektivní zdravotnictví, partikulární zájmy různých aktérů jsou odlišné, což by mohlo vést k blokaci při přípravě a implementaci opatření	Významný 2.5	Běžně možná 3.0	7.5 Běžné/nízké	Nástroje komunikace, spolupráce od fáze přípravy opatření po fázi implementační, jasné nastavení rolí	MZ
Rigidita ve stávající legislativě, v rámci	Současná legislativa řeší problematiku zdravotně sociálního	3,8	3,1 pravděpodobná	11,8 závažné/střední riziko	Kraje musejí být zapojeny do všech fází	

krajů rozdílný přístup k řešení stejných problémů	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 resortů. 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.	velmi významný			implementace integrované péče tak, aby bylo možné nalezení shody v rámci strategie. 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 resortů 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	5 nepřijatelný	3,5 pravděpodobná	17,5 kritické/vysoké riziko	Pro kvalitní přípravu rámcové strategie a regionálních strategií implementace zdravotně sociální péče je nutná intenzivní komunikace a spolupráce se všemi dotčenými rezorty a úrovněmi řízení za účelem nalezení shody. Je potřebná kvalitní argumentace a	

	politická vůle k jejímu prosazení.				vstřícný přístup ke konstruktivním návrhům spolupracujících stran	
V rámci krajů rozdílný přístup k řešení problematiky zdravotně sociální péče	Výrazná odlišnost v přístupu a preferencích, se kterými kraje k problematice zdravotně sociální péče přistupuje, může velmi ovlivnit ochotu akceptovat konsensuální strategii rozvoje integrované péče	3,9 Velmi významný	4,0 Pravděpodobná	15,6 závažné/střední	Aktivní zapojení krajů do všech fází implementace. Aktivní komunikace společných témat, přijatelná akceptace regionálních specifíků jednotlivých krajů	
Úzké zaměření na kurativní léčbu konkrétních onemocnění	Integrovaná péče je komplexem zdravotních a sociálních služeb poskytující péči pacientům, kteří potřebují zdravotně sociální péči, zaměřenou na jejich měnící se potřeby. Těmto osobám je nutné poskytovat celostní péči, jež bude obsahovat různý poměr zdravotní i sociální složky. Preference kurativní léčby konkrétních onemocnění a symptomů neodpovídá potřebám pacientů, potřebujícím komplexní služby zahrnující v různém poměru zdravotní i sociální složku a nemůže tedy pokrýt celou škálu jejich skutečných potřeb.	3,4 velmi významný	3,5 Pravděpodobná	11,9 závažné/střední riziko	Problematika potřebnosti zdravotně sociální péče s ní související nutnosti obrátit zájem i k dlouhodobým potřebám pacientů trpících trvale zdravotním postižením se ztrátou významné části soběstačnosti bude potřebné implementovat do komunikačních strategií mechanismy podporující osvětu v této oblasti, zajistit pro odborníky, zaměřit se na vzdělávání v této oblasti na úrovni lékařských i nelékařských profesí.	

Upřednostňování akutní a vysoce specializované péče	Zdravotně sociální péče je uceleným systémem zdravotních a sociálních služeb, který komplexně reaguje na individuální potřeby pacientů potřebujících zdravotně sociální péči. Je péčí dlouhodobou a preferování akutní a vysoce specializované péče pro ni znamená významné ohrožení	3,4 velmi významný	3,5 Pravděpodobná	11,9 závažné/střední riziko	Pro účely úspěšné implementace zdravotně sociálních služeb do praxe a jejich následnou podporu a rozvoj je nutné kvalitně a podloženě informovat odbornou veřejnost o potřebnosti této péče, seznamovat ji s dílčími kroky implementace a jejich dopady na praxi a dostupnost služeb	
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	3,2 velmi významný	3 běžně možná	9,6 závažné/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,	3,1	3,8 pravděpodobná	11,8 závažné/střední riziko	Pro sjednocení poskytování zdravotních a	

	zdravotně sociální péče vyžaduje soulad na úrovni metodik zahrnujících zdravotní i sociální složku	Velmi významný			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	4 velmi významný	4 Pravděpodobná	16 kritické/vysoké riziko	Nástrojem bude podpora dalšího vzdělávání všeobecných sester v oblasti zdravotně sociální péče a tvorba metodik pro zajištění zdravotně sociální péče.	

8. 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.

9. 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 Řídícímu 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 Řídícímu 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 Řídícímu 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 Zprávu 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.

10. 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 plánu 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, patientské organizace zdravotní pojišťovny	Setkání a kulaté stoly Konzultace	V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření. Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP	MZ	NZ+TIS UZIS
Odborné konference a semináře a workshopy na téma řešených dílčích cílů/opatření	Odborná sdělení a komunikace s dotčenými cílovými skupinami v rámci analýz stávajícího stavu, hodnocení stávajících realizovaných výstupů a plánovaných kroků, přenosu odborných zkušeností a sdílení příkladů dobré praxe,	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,	Konference Semináře workshopy	V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření	MZ UZIS profesní sdružení a komory	NZ+TIS UZIS

	sdílení zkušeností a podnětů k inovacím, odborná stanoviska k problematice z jednotlivých oblastí dílčích cílů/opatření včetně	patientské organizace zdravotní pojišťovny		Četnost bude plánována v průběhu celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP		
Tiskové zprávy webové zprávy, sociální media tiskové konference pro veřejnost na obecná témata i na témata řešených dílčích cílů/opatření	Zacílení na popularizaci a adekvátní informovanost veřejnosti obecně o problematice integrované péče, problematice patientských organizací a organizací zaměřených na pomoc pacientům a problematice reformy péče o duševní zdraví	Laická veřejnost	Tiskové zprávy webové zprávy, sociální media tiskové konference	V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých dílčích cílů/opatření	MZ UZIS	NZ+TIS UZIS
Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávy a odborné články za účelem odborné	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,	Odborné tiskové zprávy, odborné webové zprávy Odborné články	V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení	MZ	NZ+TIS

prezentace problematiky v sociálních médiích		územní samosprávné celky, pracovníci MZ a pracovníci dalších ústředních orgánů státní správy, patientské organizace zdravotní pojišťovny		jednotlivých dílčích cílů/opatření		
Zacílené webové stránky	Adekvátní prezentace dat a výstupů vázaných k jednotlivým dílčím cílům/opatřením dle dané cílové skupiny Součástí 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, patientské organizace zdravotní pojišťovny laická 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,	Písemná výzva ke spolupráci	V průběhu celého plánování, realizace a hodnocení jednotlivých DC/opatření. Četnost bude plánována v průběhu	MZ	NZ+TIS

		patientské organizace zdravotní pojišťovny		celého období v závislosti na aktuálních potřebách a stavu jednotlivých procesů v rámci IP		
--	--	---	--	---	--	--

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	Odbor IT a elektronizace zdravotnictví
IVZY	Asociace 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, mládeže 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.

Neformální (laický) pečovatel

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

ASZ

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