



Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
zdravotnictví

Národní strategie pro vzácná onemocnění 2026-2035

Implementační plán strategického cíle č. 3



Obsah

1	Úvod	3
1.1	Úvod a východiska IP3.....	3
2	Řídící a organizační struktura	4
2.1	Gestorství a odpovědnost za implementaci	4
3	Principy implementace	4
3.1	Multisektorová spolupráce	5
3.2	Participace	5
3.3	Opatření průřezového charakteru.....	5
4	Harmonogram realizace.....	5
5	Implementace strategického cíle 3: Upevnění role koordinace v systému péče	7
5.1	Implementace specifického cíle 3.1: Zvýšení efektivity v systému prostřednictvím koordinace a plánování	7
5.2	Implementace specifického cíle 3.2: Propojení zdravotní a sociální péče pro komplexní podporu pacientů.....	9
6	Fáze implementace	11
6.1	Implementační fáze 1. 2027-2029.....	11
6.2	Implementační fáze 2. 2030-2032.....	14
6.3	Implementační fáze 3. 2033-2035.....	16
7	Indikátory	16



Seznam zkratk

CVSP-VO – Centrum vysoce specializované péče pro pacienty se vzácnými onemocněními

IP3 – Implementační plán strategického cíle č. 3

MDT – Multidisciplinární tým

MEKOVO – Mezioborová komise pro vzácná onemocnění

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MZD – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

NSVO – Národní strategie pro vzácná onemocnění 2026–2035

SC – Specifický cíl

SYPOVO – Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními

ÚZIS ČR – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

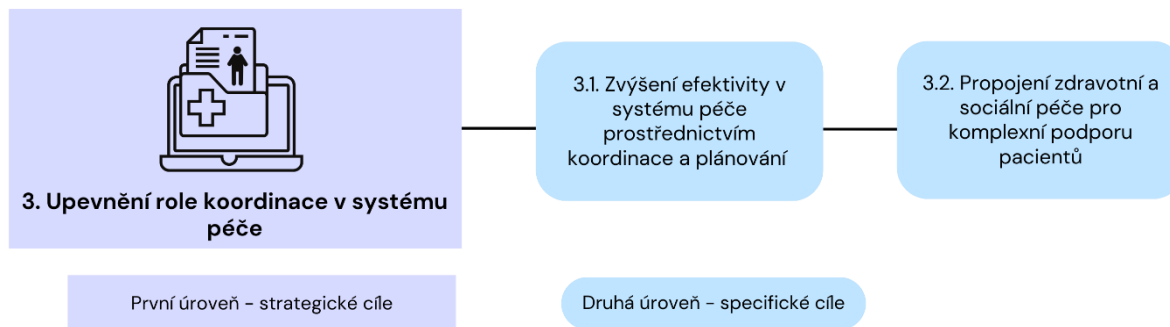
VO – Vzácné onemocnění



Implementační plán 3 NSVO 2026–2035

Strategický cíl 3: Upevnění role koordinace v systému péče

Upevnění role koordinace v systému péče



1 Úvod

S ohledem na vznik Národní strategie pro vzácná onemocnění 2026-2035 (dále jen “NSVO”) byly také vytvořeny jednotlivé Implementační plány, které slouží jako důležitý implementační nástroj k jejím konkrétním cílům. Jedná se o dokument, který může být v průběhu realizace NSVO aktualizován dle potřeby a zejména možností realizace některých cílů nebo dalších důležitých okolností zasahujících do samotné implementace.

NSVO a Implementační plány byly vytvořeny ve spolupráci s odbornou veřejností a zástupci pacientů v rámci projektu ministerstva zdravotnictví „Návrh systému komplexní sdílené zdravotně-sociální péče o pacienty se vzácnými onemocněními – SYPOVO“, registrační číslo CZ.03.02.02/00/22_046/0002450, který je spolufinancovaný Evropskou unií z Operačního programu Zaměstnanost plus.

1.1 Úvod a východiska IP3

Tento implementační plán (dále jen „IP3“) je prováděcím dokumentem **Národní strategie pro vzácná onemocnění 2026–2035** a vztahuje se ke strategickému cíli 3 – Upevnění role koordinace v systému péče. IP3 je zpracován v návaznosti na **Implementační rámec NSVO**, který stanovuje jednotné principy řízení, monitoringu a vyhodnocování implementace napříč všemi implementačními plány.

IP3 je zpracován jako ucelený dokument pro celé období platnosti NSVO. Jeho realizace je rozdělena do tří na sebe navazujících tříletých implementačních období, která reflektují postupný charakter systémových změn. Podrobné rozpracování cílů, opatření a aktivit bude přitom v rámci IP3 soustředěno zejména do prvního implementačního období, které představuje klíčovou fázi pro nastavení základních mechanismů systému.

- **Implementační fáze 1 (2027–2029) – Stabilizace a vytvoření základní páteře systému**
- **Implementační fáze 2 (2030–2032) – Rozvoj a škálování**
- **Implementační fáze 3 (2033–2035) – Konsolidace a inovace**



2 Řídicí a organizační struktura

Řízení implementace **strategického cíle 3 – Upevnění role koordinace v systému péče** vychází z celkové řídicí struktury NSVO a je s ní plně provázáno. Podrobné vymezení systému řízení, monitoringu a spolupráce je uvedeno v zastřešujícím implementačním rámci NSVO; tato kapitola specifikuje odpovědnosti a zapojení aktérů ve vztahu k IP3.

Cílem nastavení řídicí a organizační struktury je zajistit jasné vymezení odpovědností, efektivní koordinaci mezi zdravotním a sociálním systémem a průběžné vyhodnocování realizovaných opatření.

2.1 Gestorství a odpovědnost za implementaci

Hlavním gestorem implementace strategického cíle 3 je **Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZD)**, které odpovídá za:

- celkové řízení a koordinaci realizace IP3;
- zajištění souladu implementačních aktivit s NSVO a dalšími strategickými dokumenty;
- metodické vedení zapojených subjektů;
- průběžný monitoring a vyhodnocování plnění stanovených opatření a indikátorů;
- pravidelný reporting o průběhu implementace (minimálně 1× ročně);
- řízení eskalačního mechanismu při neplnění stanoveného plánu aktivit a klíčových milníků, pokud jsou stanoveny;
- řízení změn implementačního plánu na základě výsledků evaluace a v reakci na vývoj v dané oblasti.

V rámci IP3 plní MZD zároveň klíčovou roli při nastavování systémových mechanismů koordinace péče, včetně vymezování kompetencí jednotlivých aktérů a podpory jejich vzájemné spolupráce.

Vzhledem k průřezovému charakteru koordinace péče je implementace IP3 realizována ve spolupráci s dalšími resorty, zejména Ministerstvem práce a sociálních věcí, zdravotními pojišťovnami, kraji, poskytovateli zdravotní péče a dalšími relevantními aktéry na národní i regionální úrovni.

Meziresortní spolupráce je klíčová zejména pro naplňování specifického cíle 3.2 zaměřeného na propojení zdravotní a sociální péče a je realizována v souladu s principy stanovenými Implementačním rámcem NSVO.

Koordinace zapojení těchto aktérů a odborné řízení implementace jsou soustředěny do Mezioborové komise pro vzácná onemocnění (MEKOVO), která mimo jiného:

- a) Koordinuje realizaci opatření vedoucích k naplnění cílů strategie.
- b) Zajišťuje informování odborné obce a zainteresovaných stran.
- c) Podporuje participaci zainteresovaných stran při realizaci strategie.
- d) Podílí se na přípravě Implementačních plánů strategie.
- e) Podílí se na vyhodnocování průběhu implementace.
- f) Navrhuje aktualizaci Implementačních plánů v reakci na vývoj v dané oblasti.



g) Podílí se na hodnocení dopadů strategie.

3 Principy implementace

3.1 Multisektorová spolupráce

Koordinace péče o pacienty s VO je založena na úzké spolupráci zdravotního a sociálního sektoru, doplněné o zapojení vzdělávacích institucí, výzkumných organizací a patientských organizací.

V rámci IP3 se tento princip promítá zejména do nastavování funkčních vazeb mezi jednotlivými úrovněmi péče, včetně spolupráce mezi centry vysoce specializované péče, regionálními službami a dalšími poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.

3.2 Participace

Klíčovým principem implementace IP3 je aktivní zapojení relevantních aktérů do plánování, realizace i hodnocení opatření, zejména poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb, zdravotních pojišťoven, odborných společností, patientských organizací a dalších institucí zapojených do systému péče. Participace je uplatňována především při nastavování koordinačních mechanismů, tvorbě metodik, sdílení dat a informací a hodnocení kvality a dostupnosti péče.

3.3 Opatření průřezového charakteru

V rámci IP jsou některá opatření svou povahou průřezová. Jedná se o opatření, jejichž význam a dopad přesahují rámec jednotlivých implementačních období i jednotlivých implementačních plánů NSVO 2026–2035. Tato opatření zpravidla přispívají k naplňování více specifických cílů současně a jejich realizace probíhá kontinuálně v delším časovém horizontu.

Průřezová opatření mohou mít své primární těžiště v konkrétní implementační fázi, nebo být z organizačních a metodických důvodů zařazena do konkrétního implementačního plánu. Toto zařazení však neomezuje jejich věcný přesah ani možnost jejich postupného rozvíjení v navazujících implementačních obdobích. V průběhu realizace se tato opatření mohou rozšiřovat, prohlubovat nebo adaptovat podle potřeb systému a výsledků monitoringu a evaluace.

4 Harmonogram realizace

Implementační plán IP3 je zpracován pro celé období platnosti NSVO, tj. **2026–2035**, a je rozdělen do **tří na sebe navazujících tříletých implementačních období**. Strategický cíl 3 je řešen ve všech třech obdobích, přičemž se postupně mění důraz na jednotlivé typy aktivit:

- **Implementační fáze 1 (2027–2029) – Stabilizace a vytvoření základní páteře systému**
Cílem této fáze je vybudovat základní „páteř“ systému péče o pacienty s VO, zejména v oblasti **koordinace péče** a zahájit realizaci opatření s nejvyšším dopadem na pacienty. V této fázi jsou jednotlivá opatření a aktivity rozpracována do takové míry detailu, které umožní jejich postupnou implementaci a vytvoření podmínek pro jejich ukotvení v praxi. Podrobné rozpracování opatření a aktivit je soustředěno především do tohoto implementačního období.



- **Implementační fáze 2 (2030–2032) – Rozvoj a škálování**

Cílem této fáze je systematické rozšíření a ukotvení mechanismů koordinace péče v praxi a posílení spolupráce mezi zdravotním a sociálním systémem (zejména nastavení procesů spolupráce) do standardní praxe, včetně jejich postupného zavádění do dalších center a regionů.

- **Implementační fáze 3 (2033–2035) – Konsolidace a inovace**

Cílem této fáze je stabilizace a dlouhodobá udržitelnost zavedených mechanismů koordinace péče, jejich systematické vyhodnocování a další rozvoj na základě získaných zkušeností.

Pro účely efektivního řízení implementace budou:

- stanoveny roční milníky realizace,
- definovány průběžné kontrolní body,
- zaveden mechanismus aktualizace harmonogramu na základě dosažených výsledků.

Po ukončení každého implementačního období bude provedeno vyhodnocení a případná revize další fáze implementace.



5 Implementace strategického cíle 3: Upevnění role koordinace v systému péče

Upevnění role koordinace v systému péče představuje klíčový mechanismus propojující jednotlivé úrovně zdravotního a sociálního systému a další navazující služby tak, aby péče o pacienty s VO byla kontinuální, předvídatelná a založená na individuálním plánu péče. Strategický cíl 3 je zaměřen na posílení koordinace péče v průběhu celého života pacienta a na vytvoření funkčního systému spolupráce mezi poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, pacientem a jeho rodinou.

5.1 Implementace specifického cíle 3.1: Zvýšení efektivity v systému prostřednictvím koordinace a plánování

Specifický cíl 3.1 je zaměřen na zvýšení efektivity systému prostřednictvím zavedení koordinovaného a plánovaného přístupu napříč zdravotní a sociální oblastí tak, aby byly jednotlivé služby poskytovány ve správném čase, na odpovídající úrovni a bez zbytečných prodlev či duplicit. Cílem je vytvořit funkční rámec spolupráce mezi centry vysoce specializované péče, regionálními službami a dalšími zapojenými aktéry, založený na jasně vymezených rolích, standardizovaných postupech a sdílení informací, který sníží organizační zátěž systému i pacientů a podpoří plynulou návaznost jednotlivých kroků v průběhu onemocnění.

Zvýšení efektivity v systému péče prostřednictvím koordinace a plánování	
Příspěvek k naplnění strategického cíle	Zvýšení efektivity systému péče prostřednictvím koordinace a plánování přispívá k naplnění strategického cíle upevnění role koordinace v systému péče tím, že propojuje části zdravotního a sociálního systému do funkčního celku. Zavedením koordinace se zlepšuje návaznost péče, snižují se prodlevy v poskytování potřebných služeb a dochází k efektivnějšímu využívání dostupných odborných kapacit a vynaložených zdrojů. Koordinace umožňuje, aby pacienti dostávali péči včas a v potřebném pořadí, bez zbytečných duplicit či zpoždění. V praxi to vede ke zkrácení čekacích dob, lepším zdravotním výsledkům a vyšší spokojenosti pacientů a jejich rodin. I při omezených personálních a finančních kapacitách může systém díky promyšlenému plánování a koordinaci fungovat efektivně. Koordinace péče se tak stává nástrojem, který nejen zvyšuje kvalitu poskytované péče, ale zároveň podporuje její udržitelnost.
Popis žádoucího stavu	Péče o pacienty s VO je včas a systematicky koordinována tak, aby se předešlo roztržitosti, neefektivním postupům a nadbytečné zátěži pacienta a jeho blízkých, tak i zdravotnických pracovníků. Od okamžiku, kdy vznikne podezření na VO, je pacient nasměrován odpovídajícím směrem – praktický lékař nebo specialista jej doporučí k vyšetření do příslušného CVSP-VO. Pokud zde nelze diagnózu potvrdit nebo stanovit

	léčebný plán, probíhá konzultace s dalšími CVSP-VO nebo specializovanými pracovišti na národní i mezinárodní úrovni. Koordinace péče na úrovni CVSP-VO je zahájena v okamžiku, kdy pacient vstupuje do péče vysoce specializovaného centra nebo specializovaného pracoviště – buď při stanovení diagnózy, nebo při vyslovení oprávněného podezření na VO. Od tohoto momentu se kontaktní osobou pacienta pro praktické a organizační záležitosti stává centrový koordinátor péče. Kapacita centrového koordinátora je pro jednotlivá CVSP-VO stanovena ve specifickém standardu péče na základě komplexity VO a počtu sledovaných pacientů. Koordinátor péče v CVSP-VO má přístup do sdílené dokumentace pacienta, pomáhá s realizací výkonů stanovených v diagnosticko-terapeutickém plánu, dohlíží na jejich návaznost, organizaci a komunikaci mezi jednotlivými odborníky a pracovišti. Koordinuje např. termíny kontrol, vyšetření, konzilií a je průvodcem pacienta v praktických aspektech pohybu systémem. V případě potřeby propojuje pacienta s odborníky na sociální poradenství, není však vykonavatelem administrativních kroků za pacienta, ani za jeho zákonného zástupce. Současně může centrový koordinátor komunikovat s komunitním (regionálním) koordinátorem, který působí v místě bydliště pacienta. Společně zajišťují kontinuitu péče mezi centrem a regionem. Komunitní (regionální) koordinátor pomáhá zajišťovat návazné služby – např. domácí péči, rehabilitaci, psychologickou nebo sociální podporu, vzdělávací asistenci, ranou péči nebo podporu při návratu do zaměstnání. Pomáhá pacientovi a jeho rodině s orientací v dostupných službách, včetně pomoci s vyhledáním poskytovatele či asistence, vždy v souladu s přáním pacienta a při respektování jeho autonomie a odpovědnosti. Systém tak vytváří stabilní síť podpory, ve které má pacient jasně určené kontakty pro řešení různých typů potřeb, a zároveň si uchovává vlastní roli při rozhodování o péči. Centrový i komunitní koordinátor spolupracují na individuálním plánu péče, sdílejí informace a zajišťují, aby byl plán průběžně aktualizován na základě potřeb pacienta. Výsledkem je předvídatelný, dobře propojený a pro pacienta srozumitelný systém, který zajišťuje efektivní využití kapacit a přináší vyšší kvalitu péče i života.
Opatření	• Zavedení pozice koordinátora péče při centrech vysoce specializované, případně i specializované péče o pacienty s VO, a to včetně stanovení kompetencí, rozsahu působnosti a odpovědností. • Definice kapacitního modelu – tedy určení počtu úvazků koordinátorů v závislosti na počtu pacientů a typu onemocnění. • Definování kompetencí centrových a komunitních (regionálních) koordinátorů v rámci zdravotní a sociální složky péče – s jasným vymezením jejich role vůči odborníkům, pacientům a jejich role v systému. (Koordinátor je podpůrnou osobou, nikoli odborným vedoucím léčby. Nepřebírá odpovědnost za rozhodování v oblasti



	diagnózy či terapie, ale pomáhá s realizací dohodnutého postupu, navigací systémem a zajištěním návazností. Bude nutné jasně vymezit roli samotného pacienta, který si zachovává autonomii a spolurozhodovací postavení). • Vytvoření metodiky pro jednotlivé složky v systému koordinace péče (pracovní postupy, komunikační toky, kompetenční rámec a spolupráci mezi centrovými a komunitními koordinátory a také case managementem). • Nastavení financování pozice koordinátorů péče v systému péče. • Vytvoření systému pro pravidelné hodnocení efektivity a kvality koordinace péče, včetně sledování vybraných indikátorů (např. kontinuita návazných služeb apod.) a zpětné vazby od pacientů i odborníků.
Garant	MZD Odbor zdravotní péče
Spolupracující subjekty a instituce	Poskytovatelé zdravotní péče; Poskytovatelé sociálních služeb; Zdravotní pojišťovny; Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR; Kraje; Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR; Odbor regulace cen a úhrad Ministerstva zdravotnictví ČR; Pacientské organizace

5.2 Implementace specifického cíle 3.2: Propojení zdravotní a sociální péče pro komplexní podporu pacientů

Specifický cíl 3.2 je zaměřen na propojení zdravotní a sociální oblasti tak, aby podpora pacientů se vzácnými onemocněními (VO) fungovala jako koordinovaný celek reagující na zdravotní i sociální potřeby současně. Cílem je vytvořit funkční rámec spolupráce mezi zdravotními službami, sociálními pracovníky a dalšími relevantními aktéry, založený na sdílení informací, společném plánování a koordinaci postupů, který posílí kontinuitu podpory, sníží zátěž pacientů a jejich blízkých a umožní efektivnější využívání dostupných služeb a zdrojů.

Propojení zdravotní a sociální péče pro komplexní podporu pacientů

Příspěvek k naplnění strategického cíle	Propojení zdravotní a sociální péče přispívá k naplnění strategického cíle upevnění role koordinace v systému péče tím, že rozšiřuje rámec podpory o všechny složky, které ovlivňují život pacientů s VO.
Popis žádoucího stavu	Pacienti s VO mají zajištěnu provázanou zdravotní a sociální podporu od okamžiku stanovení diagnózy, v průběhu léčby i při řešení dopadů onemocnění na běžný život. Tato podpora je dostupná i pacientům bez definitivně stanovené diagnózy, pokud jejich stav výrazně ovlivňuje každodenní fungování. Rodiny znají své kontaktní osoby pro různé typy potřeb a nejsou nuceny samy vyhledávat a propojovat služby napříč systémem. Součástí každého specializovaného pracoviště centra je multidisciplinární tým (MDT), ve kterém působí nejen zdravotníci, ale také sociální pracovník



	a psycholog – v kapacitě odpovídající počtu a specifickým potřebám dané patientské skupiny. Tito pracovníci spolupracují s ošetřujícím lékařem a centrovým koordinátorem péče a jsou zároveň v úzkém kontaktu s odborníky a službami v místě bydliště pacienta. Centrový koordinátor péče plní úkoly spojené s plánováním a koordinací péče naplánované specializovaným centrem. V průběhu své praxe doplňuje vzdělání o témata nezbytná pro výkon své činnosti. Regionální (komunitní) koordinátor péče je oporou pacienta a jeho rodiny v místě bydliště. Spolupracuje s CVSP-VO a jejich centrovými koordinátory, napojuje se na plán péče a pomáhá zajistit návazné sociální a podpůrné služby. Mezi jeho možné klíčové úkoly může patřit: • podpora při žádostech o dávky či služby • nasměrování na podporu ve vzdělávání (u dětí a mladistvých) • prevence sociální izolace a podpora zaměstnání pacienta nebo pečujících • zajištění návaznosti domácí, paliativní či rané péče • dohled nad plněním plánu péče v regionu prostřednictvím komunikace s místními poskytovateli Ve spolupráci s koordinátory působí v nemocnicích i zdravotně-sociální pracovníci – odborníci definovaní dle zákona, kteří zajišťují propojení zdravotních a sociálních služeb v rámci lůžkových zařízení. Systém jasně vymezuje kompetence jednotlivých profesí, eliminuje překryvy a umožňuje, aby každý pracovník mohl vykonávat svoji činnost efektivně a s odpovídajícím vzděláním a úhradou. Cílem je, aby pacient nebyl odkázán na to, že „všichni dělají všechno“, ale aby dostal podporu od lidí, kteří mají jasnou roli, kvalifikaci a odpovědnost.
Opatření	• Definování role koordinátora péče v MDT, včetně vymezení jeho kompetencí v oblasti zdravotní a sociální agendy. • Specifikace kapacitní potřeby pro zapojení sociálních pracovníků a psychologů v MDT jednotlivých CVSP-VO. • Na úrovni regionů zmapovat kapacity sociálních i zdravotních služeb a nominovat koordinujícího regionálního sociálního pracovníka, který bude spolupracovat s komunitním koordinátorem a napojovat pacienty na dostupné služby v místě bydliště – např. domácí péči, sociální poradenství, asistenci, paliativní péči, ranou péči nebo služby pro podporu zaměstnanosti a vzdělávání. • Vytvoření modelu integrované péče, který formálně propojí zdravotní a sociální služby – včetně definování pracovních postupů, sdílení informací a plánování péče. • Nastavení procesů pro sdílení klíčových informací ze zdravotní a sociální oblasti péče o pacienta s VO. • Zavést mechanismy pro hodnocení kvality a efektivity integrované péče.



	• Zmapování potřeb blízkých pečujících osob/neformálních pečujících včetně typologie provázanosti specifičnosti péče a potřeb u pacientů s VO. • Zapojení patientských organizací a dalších důležitých subjektů do procesů mapování sociálních potřeb pacientů.
Garant	MZD Odbor zdravotní péče
Spolupracující subjekty a instituce	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR; Kraje; Poskytovatelé sociálních služeb; Poskytovatelé zdravotní péče; Zdravotní pojišťovny

6 Fáze implementace

6.1 Implementační fáze 1. 2027-2029

Charakter implementace v období 2027–2029

V prvním implementačním období je důraz kladen zejména na **nastavení systémového rámce koordinace péče**, vyjasnění rolí jednotlivých aktérů a vytvoření nástrojů, které umožní koordinovanou a kontinuální péči o pacienty s VO.

Opatření řešená v rámci IP3 v implementační fázi 1 (2027–2029)

SC	Opatření	Navržené aktivity / možné dílčí kroky
3.1.	Zavedení pozice koordinátora péče při centrech vysoce specializované, případně i specializované péče o pacienty s VO, a to včetně stanovení kompetencí, rozsahu působnosti a odpovědností.	• Formální ukotvení pozice koordinátora péče v systému center vysoce specializované péče pro pacienty se vzácnými onemocněními (CVSP-VO) • Definování profilu koordinátora péče a jeho role v systému péče o pacienty s VO • Vymezení kompetencí, odpovědností a činností koordinátora péče • Vymezení vztahu, kompetenčních hranic a spolupráce mezi koordinátorem péče a sociálním pracovníkem • Vytvoření a realizace vzdělávacího programu pro koordinátory péče • Nastavení systému průběžného vzdělávání, metodické podpory a sdílení dobré praxe koordinátorů péče
3.1.	Definice kapacitního modelu – tedy určení počtu úvazků koordinátorů v závislosti na počtu pacientů a typu onemocnění.	• Kategorizace pacientů podle časové náročnosti • Kapacitní výpočet • Praktická doporučení – minimální normativ Implementace kapacitního modelu do systému
3.1.	Definování kompetencí centrových a komunitních (regionálních) koordinátorů v rámci zdravotní a sociální	• Definování kompetencí centrového koordinátora péče • Definování kompetencí komunitního/regionálního koordinátora péče



	složky péče – s jasným vymezením jejich role vůči odborníkům, pacientům a jejich role v systému. (Koordinátor je podpůrnou osobou, nikoli odborným vedoucím léčby. Nepřebírá odpovědnost za rozhodování v oblasti diagnózy či terapie, ale pomáhá s realizací dohodnutého postupu, navigací systémem a zajištěním návazností. Bude nutné jasně vymezit roli samotného pacienta, který si zachovává autonomii a spolurozhodovací postavení).	• Vymezení rolí koordinátorů péče vzhledem k odborníkům • Vymezení rolí koordinátorů péče vůči pacientům a jejich rodinám • Vymezení odpovědností jednotlivých koordinátorů péče • Vymezení spolupráce mezi centrovým a komunitním/regionálním koordinátorem péče
3.1.	Vytvoření metodiky pro jednotlivé složky v systému koordinace péče (pracovní postupy, komunikační toky, kompetenční rámec a spolupráci mezi centrovými a komunitními koordinátory a také case managementem).	• Vytvoření struktury budoucí metodiky • Definování kompetenčního rámce (centrový × komunitní koordinátor) • Definování pracovních postupů koordinace péče • Nastavení komunikačních toků mezi zapojenými aktéry • Vymezení role pacienta v systému koordinované péče
3.1.	Nastavení financování pozice koordinátorů péče v systému péče.	• Vymezení financovaných aktivit koordinátora péče • Návrh úhradových mechanismů pro koordinátory péče o pacienty s VO • Odborné konzultace s představiteli plátců zdravotní péče • Návrh hodnot výkonů a úhradových mechanismů • Nastavení financování komunitních (regionálních) koordinátorů péče
3.1.	Vytvoření systému pro pravidelné hodnocení efektivity a kvality koordinace péče, včetně sledování vybraných indikátorů (např. kontinuita návazných služeb apod.) a zpětné vazby od pacientů i odborníků.	• Definování obsahu a kritérií hodnocení systému koordinace péče • Nastavení mechanismu sběru a vyhodnocování dat • Zapojení pacientů a jejich rodin do procesu hodnocení • Zapojení odborníků a MDT do procesu hodnocení • Definování indikátorů a hodnotících nástrojů • Nastavení pravidelného monitoringu a evaluace • Nastavení systému reportingu výsledků • Vymezení příjemců hodnotících výstupů a způsobu jejich distribuce • Nastavení procesu formulace doporučení na základě zjištěných výsledků



		Implementace mechanismu průběžného zlepšování systému koordinace péče na základě výstupů hodnocení
3.2.	Definování role koordinátora péče v multidisciplinárním týmu (MDT), včetně vymezení jeho kompetencí v oblasti zdravotní a sociální agendy.	- Začlenění koordinátora péče do MDT a vymezení jeho procesní role - Definování základního profilu koordinátora péče v rámci MDT - Definování klíčových povinností koordinátora péče v rámci MDT - Vymezení kompetencí koordinátora péče ve vztahu k ostatním členům MDT - Definování rozdílu mezi rolí koordinátora péče a sociálního pracovníka - Vymezení spolupráce mezi koordinátorem péče a sociálním pracovníkem - Nastavení zajištění sociálního poradenství v centrech poskytujících péči pacientům s VO - Definování minimálního rozsahu sociální podpory poskytované pacientům v rámci centra - Vymezení mechanismů identifikace pacientů se sociálními potřebami a jejich předávání k odborné podpoře
3.2.	Na úrovni regionů zmapovat kapacity sociálních i zdravotních služeb a nominovat koordinujícího regionálního sociálního pracovníka, který bude spolupracovat s komunitním koordinátorem a napojovat pacienty na dostupné služby v místě bydliště – např. domácí péči, sociální poradenství, asistenci, paliativní péči, ranou péči nebo služby pro podporu zaměstnanosti a vzdělávání.	- Získání metodiky zjišťování potřeb připravované MPSV - Navázání spolupráce s MPSV v oblasti zjišťování potřeb pacientů s VO - Nastavení společného postupu pro identifikaci a hodnocení potřeb pacientů s VO - Navázání spolupráce se zástupci patientských organizací - Zapojení patientských organizací do procesu mapování potřeb pacientů a jejich rodin - Vytvoření základního srozumitelného přehledu možností sociální, zdravotní a další podpory pro osoby s dlouhodobým onemocněním - Definování role koordinačního pracovníka v sociální oblasti - Vymezení kompetencí a činností koordinačního pracovníka v sociální oblasti - Nastavení spolupráce mezi koordinačním pracovníkem v sociální oblasti a koordinátorem péče v rámci zdravotního systému
3.2.	Vytvoření modelu integrované péče, který formálně propojí zdravotní a sociální služby – včetně definování pracovních	Realizace opatření prostřednictvím aktivit Národní strategie Zdraví 2035



	postupů, sdílení informací a plánování péče.	• Snížení administrativní zátěže spojené s opakovaným dokládáním zdravotního stavu pacientů • Identifikace oblastí, ve kterých dochází k opakovanému dokládání zdravotního stavu • Vytvoření seznamu VO s prokazatelně progresivním průběhem • Nastavení zohlednění progresivních onemocnění v systému posudkové péče • Vyhodnocení postavení pacientů bez stanovené diagnózy v systému sociální a posudkové podpory • Návrh opatření ke zlepšení přístupu pacientů bez diagnózy k sociální podpoře a službám • Zajištění informovanosti pacientů o dostupné sociální podpoře, dávkách a službách • Vytvoření a průběžná aktualizace informačních materiálů o možnostech sociální podpory pro pacienty s VO • Zajištění dostupnosti informací o sociální podpoře prostřednictvím zdravotnických zařízení, patientských organizací a dalších relevantních subjektů
3.2.	Nastavení procesů pro sdílení klíčových informací ze zdravotní a sociální oblasti péče o pacienta se VO.	• Realizace opatření prostřednictvím aktivit Národní strategie Zdraví 2035
3.2.	Zavést mechanismy pro hodnocení kvality a efektivity integrované péče.	• Realizace opatření prostřednictvím aktivit Národní strategie Zdraví 2035

6.2 Implementační fáze 2. 2030-2032

Charakter implementace v období 2030–2032

Ve druhém implementačním období bude důraz kladen **na rozvoj, rozšiřování a systematické ukotvení mechanismů koordinace péče** vytvořených v předchozí fázi. Prioritou bude postupné zavádění ověřených postupů do širší praxe, posílení mezioborové a mezíresortní spolupráce a rozvoj kapacit potřebných pro poskytování koordinované zdravotně-sociální péče o pacienty s VO.

Opatření řešená v rámci IP3 v implementační fázi 2. 2030–2032

SC	Opatření	Navržené aktivity / možné dílčí kroky
3.2.	Specifikace kapacitní potřeby pro zapojení sociálních pracovníků a psychologů v MDT jednotlivých specializovaných center.	• Stanovení účelu, principů a využití kapacitního modelu koordinované péče • Vytvoření typologie pacientů podle náročnosti koordinace péče a souvisejících potřeb



		• Sběr a analýza dat potřebných pro stanovení kapacitních požadavků • Vytvoření kapacitního normativu pro jednotlivá CVSP-VO • Stanovení minimálních personálních standardů pro zajištění koordinace péče v CVSP-VO • Stanovení minimálního standardu pro zapojení sociálního pracovníka do MDT • Stanovení minimálního standardu pro zapojení psychologa do MDT • Ukotvení role sociálního pracovníka do standardů péče CVSP-VO • Ukotvení role psychologa do standardů péče CVSP-VO • Definování doporučených kapacit sociálních pracovníků a psychologů v závislosti na typu a velikosti centra • Vymezení kompetencí sociálního pracovníka a psychologa v rámci multidisciplinární péče o pacienty s VO
3.2.	Zmapování potřeb blízkých pečujících osob/neformálních pečujících včetně typologie provázanosti specifčnosti péče a potřeb u pacientů s VO.	• Získání a vyhodnocení metodiky zjišťování potřeb připravované MPSV • Navázání spolupráce s MPSV při adaptaci metodiky zjišťování potřeb pro pacienty s VO • Nastavení společného postupu pro zjišťování a hodnocení potřeb pacientů s VO • Propojení se zástupci patientských organizací a jejich zapojení do procesu mapování potřeb • Vyhodnocení využitelnosti dokumentu „Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči“ pro pacienty s VO • Identifikace specifických potřeb pacientů s VO, které nejsou dostatečně zohledněny v současných metodikách sociálního šetření • Návrh doporučení pro zohlednění specifik VO v procesu sociálního šetření a posuzování potřeb • Vytvoření mechanismu pro systematické zapojování patientských organizací do identifikace a hodnocení potřeb pacientů s VO
3.2.	Zapojení patientských organizací a dalších důležitých subjektů do procesů mapování sociálních potřeb pacientů.	• Aktivní spolupráce patientských organizací s MPSV při mapování sociálních potřeb pacientů s VO • Definování subjektů zapojených do procesu mapování sociálních potřeb pacientů s VO • Vytvoření mezíresortní pracovní skupiny pro mapování sociálních potřeb pacientů s VO

	• Nastavení systému spolupráce mezi MPSV, MZD, patientskými organizacemi a dalšími relevantními aktéry • Vytvoření metodiky a nástrojů pro systematické mapování sociálních potřeb pacientů s VO • Realizace mapování sociálních potřeb pacientů s VO na národní úrovni • Vyhodnocení výsledků mapování sociálních potřeb pacientů s VO • Identifikace klíčových oblastí nedostatečně pokrytých sociální podporou a službami • Návrh prioritních intervencí na základě výsledků mapování • Vypracování konkrétních doporučení a kroků k realizaci navržených intervencí • Průběžné vyhodnocování dopadů realizovaných intervencí na sociální situaci pacientů s VO a jejich rodin • Monitoring změn sociálních potřeb pacientů s VO v čase
--	--

6.3 Implementační fáze 3. 2033-2035

Charakter implementace v období 2033–2035

Třetí implementační období je zaměřeno především na stabilizaci, dlouhodobou udržitelnost a průběžné vyhodnocování zavedených mechanismů koordinace péče. V této fázi se nepředpokládá realizace samostatných nových opatření, ale pokračování aktivit zahájených v předchozích obdobích a jejich další rozvoj na základě výsledků monitoringu, evaluace a identifikovaných potřeb systému.

7 Indikátory

Navržené indikátory představují nástroj pro průběžné monitorování implementace specifického cíle IP3 a v současné době nejsou považovány za finální či neměnné. Jejich podoba bude dále rozvíjena a zpřesňována v návaznosti na postup implementace strategie, dostupnost dat, vývoj informačních systémů a zejména na lepší zmapování výchozího stavu v oblasti koordinované zdravotně-sociální péče o pacienty s VO. V průběhu realizace NSVO proto může docházet k úpravám, doplnění nebo redefinici jednotlivých indikátorů tak, aby co nejlépe reflektovaly reálné možnosti sběru dat, potřeby praxe i skutečný dopad realizovaných opatření. Současně se předpokládá postupné upřesňování jednotlivých ukazatelů i nastavení cílových hodnot.

Ke každému indikátoru budou definovány:

- výchozí hodnota,
- cílová hodnota,
- časový rámec,



- zdroj dat,
- odpovědný subjekt,
- frekvence vyhodnocování.

Indikátory jsou strukturovány jako:

- výstupové indikátory,
- výsledkové indikátory,
- dopadové indikátory.

Systém indikátorů je pravidelně vyhodnocován a aktualizován.

Indikátor	Popis indikátoru
1.	Počet CVSP-VO, které mají zajištěnou pozici koordinátora
2.	Průměrná doba od stanovení diagnózy VO k zajištění první formy sociální podpory
3.	Počet pacientů využívajících integrované sociálně-zdravotní služby
4.	Počet CVSP-VO s přítomným sociálním pracovníkem a psychologem

8 Financování implementace

Realizace IP3 je podmíněna dostupností finančních zdrojů.

Rámec financování bude zahrnovat:

- identifikaci relevantních zdrojů (státní rozpočet, evropské fondy, další veřejné zdroje),
- orientační odhad nákladů klíčových aktivit,
- posouzení udržitelnosti financování.

U opatření s dopadem na poskytování zdravotních služeb bude posuzována jejich vazba na úhradové mechanismy ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.