



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

Implementační plán č. 1.1 Reforma primární péče



SOUHRN	
Název	Reforma primární péče
Zadavatel	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Gestor tvorby implementačního plánu	Náměstek pro zdravotní péči
Rok zpracování implementačního plánu	2019–2020
Schvalovatel implementačního plánu	vláda České republiky
Datum schválení	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 1.1 Reforma primární péče Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030, který představuje zastřešující koncepční materiál resortu zdravotnictví na dalších 10 let. Strategický rámec Zdraví 2030 byl dne 18. listopadu 2019 schválen vládou ČR, nicméně vzhledem k epidemiologické situaci v souvislosti s COVID-19 se MZ rozhodlo Strategický rámec Zdraví 2030 a v něm definované prioritní oblasti aktualizovat tak, aby byl kladen větší důraz na oblast ochrany a podpory veřejného zdraví.</p>

	<p>Implementační plán může být doplněn dílčími strategickými a prováděcími dokumenty, jako jsou národní akční plány či samostatné strategie.</p>
Stručný popis řešené problematiky a implementačního plánu	<p>Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Dobře pracující, motivovaný a maximem možných kompetencí vybavený praktický lékař je základním kamenem zdravotního systému.</p> <p>Cílem reformy primární péče musí být její postupná proměna a posílení, tak aby byla schopna poskytovat v maximálním rozsahu co nejširší, a přitom kvalitní péči snadno dostupnou pacientovi. Rozšíření kompetencí musí umožnit praktickému lékaři poskytovat maximum možné péče, které je odborně a technicky schopen.</p> <p>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.</p>

Obsah

1. Úvod	5
2. Základní informace o specifickém cíli	8
3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace	10
4. Rozpočet a předpokládané zdroje financování	20
5. Soubor indikátorů	22
6. Implementační struktura	26
7. Řízení rizik	28
8. Řízení změn	30
9. Monitorování a evaluace	32
10. Komunikační plán	33

1. Úvod

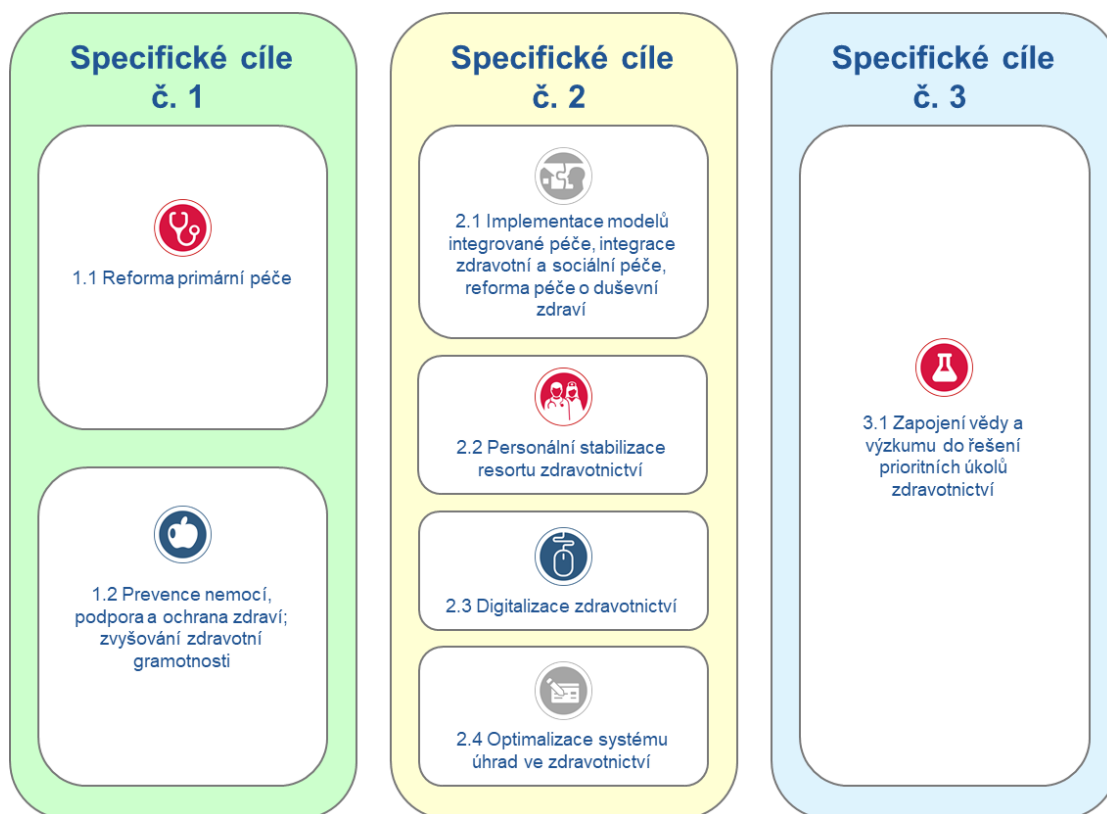
Ministerstvo zdravotnictví (MZ) vytvořilo Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Strategický rámec Zdraví 2030“) přijatý vládou ČR dne 18. listopadu 2019 usnesením č. 817/2019, který je základním resortním koncepčním materiálem s meziresortním přesahem a který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

Strategický rámec Zdraví 2030 plynule navazuje na Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vč. příslušných akčních plánů a zkušeností z jejich implementace, a především na Strategický rámec Česká republika 2030 přijatý vládou ČR dne 19. dubna 2017 č. 292, jež svým rozhodnutím také určila základní zastřešující cíl pro oblast zdravotnictví „Zdraví všech skupin obyvatel se zlepšuje“.

Strategický rámec Zdraví 2030 tento zastřešující cíl rozpracovává do 3 strategických cílů, které byly formulovány s ohledem na analýzu zdravotního stavu obyvatel České republiky a dostupnosti i fungování českého zdravotnictví, a rovněž byly zvoleny jako základní prioritní oblasti resortu pro příštích deset let:

1. ochrana a zlepšení zdravotního stavu populace;
2. optimalizace zdravotnického systému;
3. podpora vědy a výzkumu.

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



Specifické cíle jsou v rámci implementačních plánů rozpracovány na dílčí cíle, které formulují konkrétní kroky a aktivity, vedoucí k realizaci daného dílčího a tím i specifického (a strategického) cíle. Zároveň ale všechny dohromady 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.

Primární péče je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. V České republice je primární péče realizována registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé

populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Lékař primární péče¹ je jeho základním kamenem. Je schopen velmi efektivně poskytovat kvalitní a přitom dostupnou (ve smyslu geografickém, časovém, ekonomickém i sociálním) péči. Podle OECD mají praktičtí lékaři největší potenciál ke zlepšení a udržení zdraví populace, zvyšují její zdravotní gramotnost, garantují péči o zranitelné skupiny občanů, zajišťují rovnost přístupu k péči a svým působením činí zdravotní systém udržitelnějším a efektivnějším.

Kvůli nízkým kompetencím lékařů primární péče, ale i nedostatečnému spektru poskytovaných služeb daných nedostatečným rozvojem oboru a nedostatečným využíváním jejich koordinační a organizační role pro přístup k nákladným specializovaným službám, není potenciál primární péče v ČR, ve srovnání s vyspělými zeměmi EU, dobře využit. Za hlavní problémy lze považovat omezení kompetencí, výkonů a preskripce lékařů primární péče, neexistence jasných pravidel, definovala návaznost péče poskytované ambulantními specialisty, lůžkovými a dalšími zdravotnickými zařízeními na péči primární, způsob úhrady (z veřejného zdravotního pojištění) zdravotních služeb u ambulantních specialistů (s regulací na unicitní rodné číslo), který determinuje jejich chování v systému a zvyšuje uměle četnost kontaktů pacienta se zdravotním systémem. To znamená zbytečné náklady v řádu desítek miliard korun ročně a dyskomfort pro pacienta. Dalším problémem primární péče jsou obrovský nárůst administrativy a úbytek praktických lékařů v neatraktivních oblastech ohrožující dostupnost lékařské péče. Reforma primární péče vychází nejen z klíčového dokumentu Strategický rámec Zdraví 2030, ale i z dokumentů mezinárodních, které jasně deklarují nákladovou efektivitu dobře fungující primární péče ve srovnání s péčí specializovanou a nemocniční.

Přestože organizace primární péče je v řadě zemí euroregionu odlišná, cíle jsou společné a jsou zcela v souladu s jednoznačně definovanou podporou WHO Euro celému procesu optimalizace poskytování primární péče. Implementační plán vychází i ze zprávy Report of the Working Group on Early Childhood Education and Care under the auspices of the European Commission². Implementační plán obsahuje souhrn potřebných změn v primární péči, na kterých se shodla Pracovní skupina pro reformu primární péče, složená se zástupců relevantních odborů MZ.

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

¹ pojmem lékař primární péče jsou myšleni registrující poskytovatelé ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství a v oboru gynekologie a porodnictví

² https://ec.europa.eu/assets/eac/education/policy/strategic-framework/archive/documents/ecec-quality-framework_en.pdf

2. Základní informace o specifickém cíli

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

V souvislosti s reformou primární péče bylo v Koncepti změn v primární péči³ vytvořených Pracovní skupinou MZ pro reformu primární péče vytyčeno 12 hlavních úkolů, jejichž realizace je plánována podle důležitosti a rozsahu. Harmonogram byl předložen vedení MZ a schválen.

Úkoly spojené s rozšířením kompetencí praktických lékařů byly situovány již do roku 2019 a týkaly se především managementu chronických onemocnění, vymezení kompetencí a nastavení pravidel mezi primární a specializovanou péčí. Zároveň jsou zpracovávány návrhy v oblasti vykonávání diagnostických, screeningových a dalších výkonů, s jejichž realizací je počítáno od roku 2021. Do konce roku 2019 byly zpracovány návrhy na změny financování zajištění lékařské pohotovostní služby a dne 20. prosince 2019 bylo podepsáno Memorandum Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR. Důležitým opatřením je i podpora vzdělávání lékařů na lékařských fakultách a ve specializační přípravě a podpora školitelů primární péče, rezidenčních míst, apod. Realizace těchto cílů by měla začít po roce 2020 a podle rozsahu pak pokračovat i v dalších letech až do stabilizace systémových změn. Jedním z hlavních cílů je zvýšení dostupnosti primární péče a budování sdružených praxí spolu se zajištěním standardizace vybavení ordinací a stanovení indikátorů kvality péče. V roce 2020 je plánována příprava a následně od roku 2021 bude probíhat realizace těchto cílů.

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

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

³ https://www.lkr.cz/doc/cms_library/reforma-primarni-pecce-navrh-pracovni-skupiny-101009.pdf

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

Tab. č. 1: Základní přehled dílčích cílů

Číslo a název dílčího cíle	1.1.1	Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů
Číslo a název dílčího cíle	1.1.2	Snížení počtu preskripčních omezení
Číslo a název dílčího cíle	1.1.3	Zavedení standardizace vybavení ordinací
Číslo a název dílčího cíle	1.1.4	Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí
Číslo a název dílčího cíle	1.1.5	Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality
Číslo a název dílčího cíle	1.1.6	Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci
Číslo a název dílčího cíle	1.1.7	Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech
Číslo a název dílčího cíle	1.1.8	Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb)
Číslo a název dílčího cíle	1.1.9	Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění
Číslo a název dílčího cíle	1.1.10	Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky
Číslo a název dílčího cíle	1.1.11	Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby ⁴ (cca 1 pro každý okres)
Číslo a název dílčího cíle	1.1.12	Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů na nízkoprahové urgentní příjmy

⁴ týká se i lékárenských pohotovostních služeb

3. Hierarchická struktura prací a harmonogram realizace

Implementační plán vychází ze Strategického rámce Zdraví 2030 a rozpracovává jeho specifický cíl Reforma primární péče do podoby řady opatření, která naplňují 12 deklarovaných dílčích cílů.

Primární péče, zajištěná registrujícími poskytovateli ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví, je základem fungujícího zdravotnictví ve vyspělých zemích. Má zásadní vliv na zdravotní stav celé populace a dlouhodobou ekonomickou udržitelnost celého zdravotního systému. Zásadním tématem tohoto implementačního plánu je vytvoření nového modelu sítě urgentních příjmů. Tento model systematicky zajistí péči o akutní pacienty ve všech regionech a v režimu trvalé dostupnosti 24/7. Ten předpokládá, že urgentní příjem bude zřizován v rámci poskytovatele akutní lůžkové péče, a to minimálně jeden urgentní příjem prvního typu na kraj a jeden urgentní příjem druhého typu na okres. V této souvislosti uzavřelo MZ s pojišťovnami Memorandum o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčními urgentními příjmy v ČR⁵, které definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých krajů.

Tab. č. 2: Hierarchická struktura a harmonogram realizace

Dílčí cíl	Opatření	Vstup nezbytný pro realizaci	Konečný výstup	Doba realizace / od–do	Gestor	Spolupracující subjekty	Vazba / podmíněnost realizací cíle
Dílčí cíl č. 1.1.1 Posílení kompetencí praktických lékařů a vymezení kompetencí ve vztahu ke specialistům, zlepšení koordinace	Revize metodických postupů a resortních metodik standardů pro poskytování primární péče	Analýza stávající situace, vytipování oblastí vhodných pro vytvoření resortní metodiky	Vydané metodické postupy	2021-2023	MZ-NZ	MZ: NZ, NL Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé	

⁵ http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prij_18314_1.html

činnosti primární péče a služeb ambulantních specialistů						zdravotních služeb	
	Nastavení toků pacientů mezi ambulantními specialisty a praktickými lékaři	Analýza aktuálního stavu: Počet registrovaných pojištěnců na jednoho praktického lékaře, poměr praktických lékařů a ambulantních specialistů, doba do ošetření od iniciálního kontaktu praktického lékaře.	snižování počtu návštěv u ambulantních specialistů cestou rozšiřování odborných i administrativních kompetencí PL/PLDD a lepší koordinace péče (návaznost specializované péče na péči primární, ev. I gate-keeping).“, udržení současného průměrného počtu registrovaných pojištěnců na 1 praktického lékaře.	2021-2026	MZ-NZ	MZ: NZ, NL Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny poskytovatelé zdravotních služeb, lékařská komora, SAS ČR	
Dílčí cíl č. 1.1.2 Snížení počtu preskripčních omezení	Rozvolnění preskripce pro praktického lékaře	Změna preskripčních omezení, Problematika uvolňování preskripčních a indikačních omezení	Revize některých preskripčních omezení z 1.1.2019	2021-2026	MZ-NZ	MZ: NL, SÚKL Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny, SAS ČR	

		(změna zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a správní praxe):					
	Tvorba a vydávání klinických doporučených postupů pro poskytování primární péče	Zmapování potřeby vydání jednotlivých klinických doporučených postupů	Schválený a vydaný klinický doporučený postup	2023-2027	MZ-NZ	ÚZIS, SÚKL Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny	
	Zajištění návazného vzdělávání lékařů	Vytvoření vzdělávacího programu a vytvoření kapacity	Implementace vzdělávacích kurzů do praxe včetně distančních forem	Průběžně do 2030	MZ-NZ	IPVZ, NCO NZO Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, nevládní sektor, pacientské organizace, zdravotní pojišťovny lékařské fakulty,	
Dílčí cíl č. 1.1.3. Zavedení standardizace vybavení ordinací	Úprava legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou	Zmapování stávajícího stavu vybavení, nastavení dostatečně dlouhé přechodové doby	Vytvoření různých standardů pro izolovanou a sdruženou praxi	2021-2025	MZ-NZ	MZ: NL, NE Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPLDD ČR zdravotní pojišťovny	

	vybavenost praxí						
	Podpora praktických lékařů k naplnění nových standardů	Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální zabezpečení a věcné a technické vybavení praxí	Vytvoření programů podpory praktických lékařů k naplnění nových standardů na vybavenost praxí.	2025-2030	MZ – NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, poskytovatelé zdravotní péče, praktiční lékaři	
Dílčí cíl č. 1.1.4 Zvýšení dostupnosti primární péče – podpora sdružených praxí	Nastavení legislativního rámce sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři	Vyhodnocení dostupnosti péče a příprava standardů nového modelu sdružených praxí	Vytvoření koncepce personální a technické vybavenosti sdružených praxí a jejich legislativní ukotvení.	2019-2022	MZ-NZ	NL, NE Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPLDD ČR, zdravotní pojišťovny Pacientské organizace, SAS ČR	
	Podpora vytváření sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených	Zmapování ekonomické náročnosti přechodu na nový model, stanovení objemu podpory,	Vytvoření modelu sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů ⁶ vedených praktickými	2022-2030	MZ-NZ	NL, NE Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, SPLDD ČR, zdravotní pojišťovny	

⁶ Včetně administrativních nezdavatnických pracovníků

	praktický mi lékaři	Nastavení legislativní ho rámce sdružených h praxí	lékaři a jeho zavedení do praxe				
Dílčí cíl č. 1.1.5. Zvyšování kvality péče včetně sledování indikátorů kvality	Zavedení indikátorů kvality v primární péči	Nastavení indikátorů kvality tak, aby bylo možno srovnávat výkonnost jednotlivých h praxí. Využit možnost napojení na KZP – využití systematic kého procesu přípravy indikátorů kvality a jejich využití Pro zajištění cíle tak nebude nutné vytvářet zcela nové indikátory, ale spíše podpořit stávající procesy a jejich implement aci do praxe.	Vytvoření sady indikátorů, které budou dobře měřitelné a data budou napříč systémem jednoduše sbíratelná	2019- 2022	ÚZIS	MZ: NZ, NL ÚZIS Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, pacientské organizace	

Dílčí cíl č. 1.1.6. Změna systému financování s důrazem na posílení výkonové složky při fixované kapitaci	Nastavení výkonové složky platby PL, všeobecných sester, nutričních terapeutů	Zmapování objemu péče, kterou je nutné hradit výkonově. Nastavení parametrů tak, aby poskytována péče umožňoval a kontrolovanou úhradu.	Vytvoření úhradových mechanismů reflektujících pohyb pacienta v systému a poskytovanou péči	2021-2023	MZ-NE	MZ: NZ, NL, ÚZIS, Externí: ČLS JEP, Česká asociace sester, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, profesní organizace, zdravotní pojišťovny	
Dílčí cíl č. 1.1.7. Zavedení motivačních faktorů pro zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech	Metodický rámec podpory zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech	Zmapování aktuálního stavu dostupnosti primární péče napříč regiony ČR	Zvýšení počtu ordinací praktických lékařů na venkově a v odlehlejších oblastech	2019-2022	MZ-NZ	MZ: NE, NL Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, Pacientské organizace, lékařské fakulty	
	Programy podpory zabezpečení praxe na venkově, v obtížně obsaditelných a méně atraktivních oblastech	Vytvoření modelu rezidenčních míst a dalších opatření s ohledem na priority geografické a oborové.	Výběr a podpora vhodných praxí a aplikace motivačních prvků	2022-2030	MZ-NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní organizace, pacientské organizace	

Dílčí cíl č. 1.1.8 Optimalizace využívání programů rezidenčních míst a vytvoření modelu vzdělávání (zvláště PLDD a registrující poskytovatelé ambulantních služeb)	Vytvoření /revize modelu rezidenčních míst	Analýza potřeb, zmapování kapacit systému	Vytvoření nového systému	2019-2022	MZ-NZ	MZ: NL NE IPVZ, NCO NZO, Externí:, profesní komory, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, patientské organizace, Mladí lékaři	
	Implementace nového modelu rezidenčních míst	Vytvoření/revize modelu rezidenčních míst	Implementace modelu do praxe	2023-2030	MZ-NZ	MZ: NE, IPVZ, NCO NZO, Externí: ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, patientské organizace	
	Tvorba vzdělávacích modelů	Analýza efektivity stávajících vzdělávacích modelů	Vytvoření modelu vzdělávání s přijatelnými objemy praxe v jednotlivých oborech, nastavení motivačního systému úhrad	2021-2023	MZ-NZ	IPVZ Externí: MPSV, ČLS JEP, odborné společnosti, profesní organizace, patientské organizace, Mladí lékaři, lékařské fakulty	
	Implementace vzdělávacích modelů	Vytvoření modelu vzdělávání s přijatelnými objemy praxe v jednotlivých	Aplikace vzdělávacích programů do praxe	2023-2026	MZ-NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, kraje – krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny,	

		ých oborech				profesní organizace, pacientské organizace	
Dílčí cíl č. 1.1.9 Nastavení efektivních postupů v managementu chronických neinfekčních onemocnění	Nastavení managementu chronických neinfekčních onemocnění	Nastavení parametrů systému na základě jednání mezi PL, odbornými společnostmi, MZ a pojišťovnamí	Posílení integrace primární, ambulantní péče a péče lůžkové, zajištění účinné dispenzarizace o chronické pacienty, kteří vyžadují po zvládnutí akutní fáze léčby dlouhodobé sledování	2021–2025	MZ-NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní komory, pacientské organizace, SAS ČR	
	Nastavení pravidel dispenzarizace chronicky nemocných	Vytvoření pravidel a nastavení vazeb	Posílení multioborových týmů v nemocnicích zaměřených na management léčby chronických onemocnění a vazby na praktické lékaře	2021–2025	MZ-NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny. Profesní komory, pacientské organizace	
	Implementace managementu dispenzarizace	Nastavení managementu chronických neinfekčních	Zavedení modelu managementu dispenzarizace chronicky	2025–2030	MZ-NZ	MZ: NE, Externí: MPSV, ČLS JEP, Česká asociace sester, odborné společnosti,	

	chronicky nemocných	chronických onemocnění	nemocných do praxe			zdravotní pojišťovny, profesní komory, pacientské organizace	
Dílčí cíl č. 1.1.10 Zvýšení podílu obyvatel využívajících pravidelné preventivní prohlídky	Zvyšování kvality preventivních prohlídek a jejich přiblížení zdravotním potřebám obyvatel a jejich monitoring	Analýza stávajícího systému adresného zvaní	Nastavení systému preventivních prohlídek a screeningových programů a adresného zvaní na ně	2021–2025	ÚZIS	MZ: NZ, NM, Externí: ČLS JEP, kraje-krajské úřady, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, praktičtí lékaři, profesní organizace, pacientské organizace	
Dílčí cíl č. 1.1.11 Vybudování rovnoměrné sítě urgentních příjmů a pohotovostní služby (cca 1 pro každý okres),	Vznik a modernizace urgentních příjmů prvního i druhého typu dle koncepce pro vytvoření sítě UP	Příprava sítě urgentních příjmů.	Vytvoření nového modelu urgentních příjmů I. a II. typu.	2019–2026	MZ-NZ	MZ: NE, ÚZIS, Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb.	
	Podpora pohotovostní služby	Příprava státem garantované sítě LPS.	Vytvoření a zavedení nového modelu lékařské pohotovostní služby do praxe.	2019–2026	MZ-NZ	MZ: NE, ÚZIS, Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb.	

Dílčí cíl č. 1.1.12 Zajištění návaznosti lékařské pohotovostní služby na urgentní příjmy, u vybraných poskytovatelů	Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby jako součást urgentních příjmů na úrovni okresů.	Analýza potřeb LPS provázaných na urgentní příjmy.	Vytvoření nového modelu lékařské pohotovostní služby při urgentních příjmech	2019–2026	MZ-NZ	MZ: NE, ÚZIS, Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb.	
na nízkoprahové urgentní příjmy	Příprava nových legislativních norem, resortních vyhlášek a systémů upravujících personální a technickou vybavenost LPS	Vytvoření věstníku MZ, realizace modelu urgentních příjmů v jednotlivých regionech, přímá provazba na LSP v jednotlivých lokalitách	Vytvoření legislativních norem	2020–2026	MZ-NZ	MZ: NE, NL, ÚZIS, Externí: ČLS JEP, kraje a obce, odborné společnosti, zdravotní pojišťovny, profesní organizace, poskytovatelé zdravotních služeb.	

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.

Dominantní část finančních prostředků státního rozpočtu je účelově alokována do programu residenčních míst, který je navýšen v souladu se strategií resortu bonusově zvýhodnit odloučené a neatraktivní lokality.⁷

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 ⁸
Dílčí cíl 1.1.1	10 mil. Kč	NE	státní rozpočet	NE
Dílčí cíl 1.1.2	51 mil. Kč	ANO 50 mil. Kč	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.3	1 mld. Kč	ANO 1 mld. Kč	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.4	2 mld. Kč	ANO 2 mld. Kč	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.5	20 mil. Kč	NE	státní rozpočet	NE
Dílčí cíl 1.1.6	2 mld. Kč	NE	státní rozpočet, ostatní zdroje (zdravotní pojištění)	NE
Dílčí cíl 1.1.7	1 mld. Kč	ANO	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.8	9 mld. Kč	ANO 8 mld. Kč	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.9	30 mil. Kč	NE	státní rozpočet, ostatní zdroje (zdravotní pojištění)	NE

⁷ Výsledná částka do roku 2030 dosahuje 8 mld. Kč. Další významnou položkou jsou 2 mld. Kč na podporu sdružených praxí, které by měly být alokovány ze státního rozpočtu, 2 mld. Kč, které půjdou na navýšení výkonových složek při fixované kapacitě ze zdravotního pojištění a 1 mld. Kč na zavedení standardizace vybavení ordinací.

⁸ Navýšení personálních a platových kapacit bude vždy řádně projednáváno při návrhu rozpočtu na příslušný kalendářní rok.

Dílčí cíl 1.1.10	10 mil. Kč	NE	státní rozpočet, fondy EU	NE
Dílčí cíl 1.1.11	4,2 mld. Kč	ANO 4 mld.	státní rozpočet, fondy EU	ANO
Dílčí cíl 1.1.12	200 mil. Kč	NE	státní rozpočet, fondy EU	ANO
Celkem	19,521 mld. Kč	15,05 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. Strategický rámec Zdraví 2030 obsahuje indikátorovou sadu, která měří dopady intervencí na nejvyšší úrovni. Tento IP má přispívat především k dosažení cílových hodnot následujících indikátorů:

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

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

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

Tab. č. 5: Indikátory na úrovni dílčích cílů

Číslo dílčího cíle	Název indikátoru	Stručná definice / popis indikátoru	Jednotka	Výchozí hodnota	Očekávaný cílový stav	Časová řada sledování
Dílčí cíl 1.1.1	Poměr pojištěnců a praktických lékařů	Počet registrovaných pojištěnců na jednoho praktického lékaře. Zastavení poklesu počtu praktických lékařů	počet	1700	1700	ročně
	Poměr návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů	Snížení počtu návštěv u ambulantních specialistů ku návštěvám u praktických lékařů	poměr	7,4:3,1	6,5:3,6	ročně
Dílčí cíl 1.1.2	Vytvořené metodické dokumenty	Počet nově vzniklých metodických dokumentů k omezení preskripce	počet	0	1	ročně
	Odstranění preskripčních omezení	Počet odstraněných preskripčních omezení	počet	0	80	ročně
	Proškolené osoby	Počet proškolených osob	počet	0	4000	ročně
	Nově vytvořené klinické doporučené postupy	Počet nově vytvořených klinických doporučených postupů-	počet	0	10	ročně
Dílčí cíl 1.1.3	Vydané legislativní normy	Počet vydaných legislativních norem.	počet	0	3	ročně
	Počet ultrazvuků na počet lékařů primární péče	Počet ultrazvuků na jednoho praktického lékaře	počet	0	0,33 ⁹	ročně
	Ordinace splňující nové standardy	Počet ordinací splňující nové standardy	počet	0	4000	ročně

⁹ Jeden ultrazvuk na 3 praktické lékaře na jedné adrese

Dílčí cíl 1.1.4	Vytvoření sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři	Počet vybavených podpořených sdružených praxí a multidisciplinárních zdravotnických týmů vedených praktickými lékaři.	počet	0	500	ročně
	počet praxí ve statutárních městech s prodlouženou ordinační dobou min. do 18 hodin	Podíl statutárních měst, ve kterých byly podpořeny/vytvořeny sdružená praxe	procenta	0	90 %	Na koci období
Dílčí cíl 1.1.5	Zavedené indikátory kvality	Počet zavedených indikátorů kvality	počet	0	7	ročně
Dílčí cíl 1.1.6	Nově nastavené úhradové mechanismy	Dokumenty kodifikující změnu úhradových mechanismů	počet	0	1	ročně
Dílčí cíl 1.1.7	Zavedené metodické materiály	Počet zavedených metodických materiálů	počet	0	2	ročně
	Zavedená opatření	Počet zavedených Opatření	počet	0	2	ročně
	Podpořené praxe	Počet podpořených praxí	počet	0	300-500 ročně	ročně
Dílčí cíl 1.1.8	Osoby podpořené residenčními programy- PL	Počet osob podpořených residenčními programy pro praktické lékaře	počet	200	250	ročně
	Osoby podpořené residenčními programy- PLDD	Počet osob podpořených residenčními programy pro praktické lékaře pro děti a dorost	počet	80	120	ročně
	Zavedené vzdělávací programy	Počet vytvořených vzdělávacích programů přizpůsobených aktuálním podmínkám rozvoji oboru	počet	0	10 prioritních	ročně

	Absolventi inovovaného specializačního vzdělávání	Počet absolventů inovovaného specializačního vzdělávání (atestovaných)	počet	0	500 ročně	ročně
Dílčí cíl 1.1.9	Počet vydaných metodických materiálů	Počet vydaných metodických materiálů	počet	0	10	ročně
	Obory, kde je opatření realizováno	Počet oborů, kde je opatření realizováno	počet	0	10	ročně
	Procento pacientů registrovaných u jednoho praktického lékaře v dispenzarizaci u specialisty	Procento pacientů registrovaných u jednoho praktického lékaře v dispenzarizaci u specialisty	Procentuální podíl			ročně
Dílčí cíl 1.1.10	Podíl obyvatel s preventivní prohlídkou u PL	Podíl obyvatel, kteří v průběhu předchozích dvou let absolvovali preventivní prohlídku u PL	podíl	63,2 %	74,1 %	ročně
Dílčí cíl 1.1.11	Vytvořené urgentní příjmy 1. typu	Počet vytvořených/modernizovaných urgentních příjmů 1. typu	počet	0	10	ročně
	Vytvořené urgentní příjmy 2. typu	Počet vytvořených/modernizovaných urgentních příjmů 2. typu	počet	0	60	ročně
	Podpořené pohotovostní služby	Počet podpořených pohotovostních služeb	počet	0	70	ročně
	počet urgentních příjmů s LPS	počet urgentních příjmů s vybavenou ambulancí pro LPS a poskytující LPS	procenta	0	80	Na konci období
Dílčí cíl 1.1.12	Vytvořené metodické materiály	Počet vytvořených metodických materiálů	počet	0	2	ročně
	Organizace podpořené zavedeným opatřením	Počet organizací podpořených zavedeným opatřením	počet	0	100	ročně

	Nové legislativní normy a resortní vyhlášky	Počet nových legislativních norem a resortních vyhlášek	počet	0	2	ročně
	Podpořené pohotovostní služby	Počet podpořených pohotovostních služeb	počet	0	70	ročně

6. Implementační struktura

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

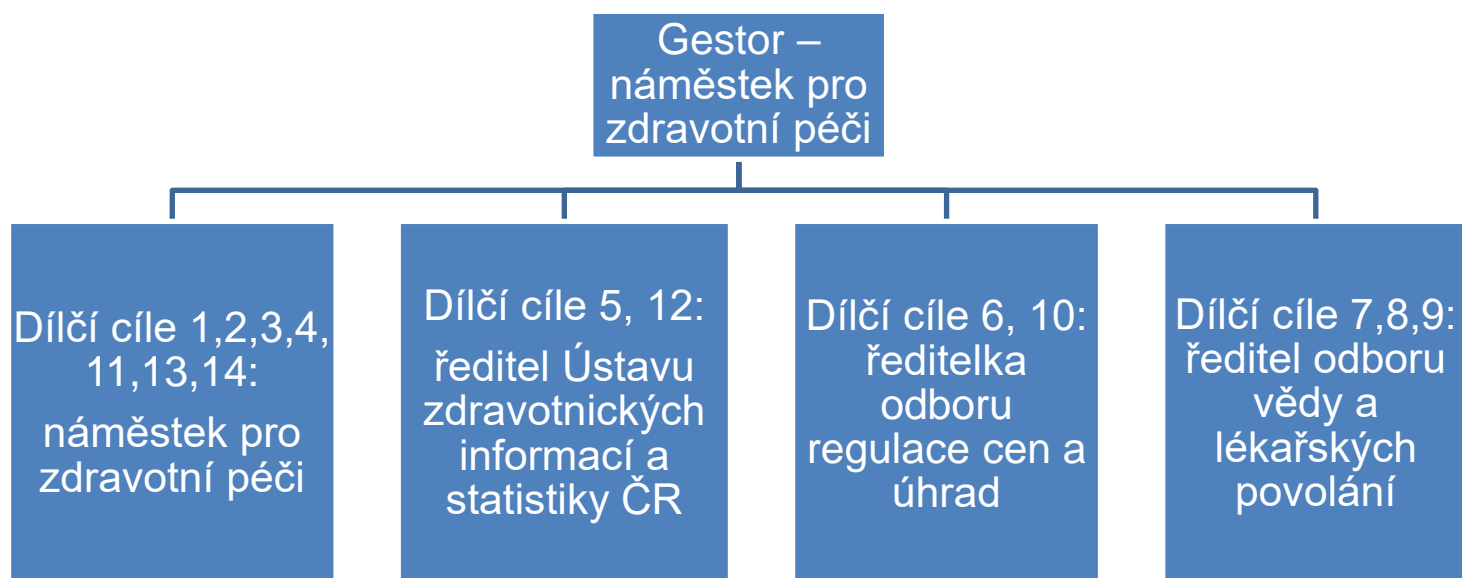
Jako poradní orgán ministra zdravotnictví v oblasti implementace Zdraví 2030 je příkazem ministra č. 36/2019 ze dne 20. listopadu 2019 zřízen Řídicí výbor implementace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (dále jen „Řídicí výbor Zdraví 2030“), jehož činnost spočívá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

- dohledu nad implementací Strategického rámce Zdraví 2030 vč. jeho implementačních plánů,
- dohledu nad řízením rizik v rámci implementace jednotlivých implementačních plánů,
- vzájemné koordinaci realizace implementačních plánů,
- koordinaci příprav revizí dokumentů a pravidelných zpráv o průběhu implementace,
- posouzení podstatných změn implementačních plánů.

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

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

Obr. č. 1: Schéma realizační struktury



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 implementačního plánu. Registr rizik obsahuje jednak seznam definovaných rizik na úrovni implementačního plánu, spolu s určením významnosti rizika a dále seznam navrhaných nápravných opatření ke snížení rizika spolu s vlastníky, kteří jsou odpovědní za jejich provádění.

Implementace probíhá v neustále se měnícím prostředí, a tak je nutné Registr rizik průběžně aktualizovat, **a to minimálně jednou ročně jako součást Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu**. Součástí je vždy i vyhodnocení plnění nápravných opatření přijatých v průběhu daného roku.

Registr rizik je aktualizován Pracovní skupinou pro reformu primární péče na základě informací z průběhu implementace IP v daném 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. Gestor implementačního plánu je povinen stanovit k novému kritickému riziku nápravná opatření a informovat o nich vlastníky rizik.

Při přípravě implementačního plánu byla stanovena následující rizika, která mohou významně ovlivnit naplňování specifického cíle potažmo cílů dílčích.

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

Název rizika	Popis rizika	Dopad rizika ¹⁰	Pravděpodobnost výskytu rizika ¹¹	Významnost rizika ¹²	Opatření vedoucí ke snížení rizika	Vlastník nápravného opatření
Nedostatek finančních prostředků	Nebudou uvolněny prostředky státního rozpočtu z kapitoly MF, z kapitoly MZ, z fondů EU, příp. pojišťovna nebude ochotna navýšit úhrady tak jak je anticipováno	Velmi významný 3,4	Pravděpodobná 3,7	Závažné 12,6	Vládou schválené finanční krytí, shoda s EU na prioritách financování v oblasti zdraví v příštím programovém období	MZ
Nedostatek personálu pro realizaci (zdravotního personálu v terénu i administrativního)	Nižší počty osob v cílových skupinách Nemožnost realizace plánovaných opatření	Velmi významný 3,4	Pravděpodobná 3,8	Závažné 12,9	Motivační personální politika	MZ a MF
Nedostatečně ošetřená spolupráce s jinými resorty	Nedostatečně nastavený rámec spolupráce především s MPSV (sociální část poskytování zdravotní péče např. u chronicky nemocných) a MŠMT (postavení lékařských fakult při tvorbě a	Významný 2,8	Běžně možná 2,9	Běžné 8,2	Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření	MZ, MPSV, MŠMT

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

¹² 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)

	realizaci vzdělávacích programů)					
Nezájem laické veřejnosti	Nezájem populace laické veřejnosti o preventivní prohlídky a programy zvyšování zdravotní gramotnosti	Významný 2,8	Běžně možná 2,9	Běžné 8,2	Realizace dostatečné PR kampaně podporující zájem občanů o vlastní zdraví	MZ
Nezájem zdravotních pojišťoven o spolupráci na plánovaných opatřeních	Nezájem zdravotních pojišťoven o zapojení se do příprava realizace plánovaných opatření a	Velmi významný 3,4	Běžně možná 2,9	Střední 9,9	Konzultace se zástupci pojišťoven a jejich zapojování do příprav relevantních opatření	MZ
Nesouhlas odborné společnosti	Nesouhlas odborné společnosti s navrhovanými opatřeními a postupy	Velmi významný 3,4	Běžně možná 2,9	Střední 9,9	Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření	MZ
Nezájem poskytovatelů zdravotní péče, lékařů a dalšího zdravotnického personálu	Nezájem poskytovatelů zdravotní péče zapojit se do realizace opatření např. sbírat a poskytovat požadovaná data, implementovat nové metodiky a modely péče.	Velmi významný 3,4	Pravděpodobná 3,9	Závažná 13,3	Pravidelné zapojování příslušných stakeholderů do přípravy realizace plánovaných opatření, dostatečná PR kampaň pro zvýšení zájmu.	MZ

8. Řízení změn

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

Pro přípravu a schvalování změn implementačního plánu je stanoven následující postup: Zpravidla dochází k úpravě textu implementačního plánu v rámci pravidelné roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu, v níž mohou být navrhovány změny, které nemají vliv na označení specifického cíle a dílčích cílů – tj. je možné upravovat seznam opatření, zdroje financování apod.¹³ Změny jsou v rámci projednání Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu diskutovány Řídicím výborem Zdraví 2030, který k nim vydá stanovisko a následně schvalovány vedením MZ. Po schválení roční Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je v případě, že došlo ke změně textu implementačního plánu, vydávána nová verze implementačního plánu s vyznačením platnosti.

V případě návrhu podstatných změn, tj. těch, které mají vliv na označení specifického cíle a dílčích cílů, jsou takové změny projednány Řídicím výborem Zdraví 2030 samostatně s ohledem na koordinaci implementace celého Strategického rámce Zdraví 2030 a následně schvalovány vedením MZ a vládou ČR. Po schválení změny, je vydávána nová verze IP s vyznačením platnosti.

¹³ V textu implementačního plánu není nutné upravovat Registr rizik, u kterého je stanoven povinný systém aktualizace.

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 Řídicímu výboru Zdraví 2030 a následně ke schválení poradě vedení MZ. Bude sledováno, jakým směrem jde vývoj v dané oblasti a budou zajišťovány zdroje dat o vybraných oblastech a sledovány a vyhodnocovány příslušné indikátory. Za vypracování a předložení Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu Řídicímu výboru Zdraví 2030 a poradě vedení MZ odpovídá gestor implementačního plánu.

Povinnou součástí Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je:

1. vyhodnocení plnění jednotlivých opatření
2. aktualizovaný Registr rizik včetně vyhodnocení plnění nápravných opatření
3. aktualizovaný Komunikační plán
4. aktualizovaný Evaluační plán
5. návrhy na nepodstatné změny textu implementačního plánu

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

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

10. Komunikační plán

Komunikační plán implementačního plánu vychází z Komunikační strategie Strategického rámce Zdraví 2030. Cílem komunikace realizace implementačního plánu je především zajistit informovanost dotčených subjektů a veřejnosti o existenci, obsahu a cílech daného implementačního plánu.

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

V implementačním plánu jsou stanoveny základní parametry komunikačního plánu, v rámci Zprávy o průběhu realizace implementačního plánu je vždy aktualizován pro daný rok s tím, že je zohledněna fáze implementace implementačního plánu (tj. jsou vybírány prioritní cílové skupiny, konkrétní sdělení i formy sdělení atd.)

Tvorba a aktualizace Komunikačního plánu probíhá vždy ve spolupráci s odborem komunikace s veřejností MZ a celá realizace komunikačního plánu pak probíhá v úzké koordinaci s tímto odborem.

Cílovými skupinami komunikace implementačního plánu jsou zejména:

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

Obsah komunikace je zaměřen především na prezentaci implementačního plánu, jeho dílčích cílů a opatření uvedeným cílovým skupinám. Primárním nástrojem šíření informací bude web MZ a sociální sítě, které budou doplňovat případné letákové kampaně, tištěné brožury či

tiskové konference k významným událostem v rámci jednotlivých aktivit, případně informační semináře pro poskytovatele zdravotních služeb a dotčené subjekty. Strategický rámec Zdraví 2030 a jeho implementační plány budou také pravidelně prezentovány na veřejných akcích pořádaných MZ, jako je např. Den zdraví.

Tab. č. 6: Základní komunikační plán

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

