Vložte římské číslo dle čísla na obálce

VYPOŘÁDÁNÍ ZÁSADNÍCH PŘIPOMÍNEK K MATERIÁLU S NÁZVEM:

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákony

Dle Jednacího řádu vlády byl materiál rozeslán do meziresortního připomínkového řízení dopisem místopředsedy vlády a ministra zdravotnictví dne 14. listopadu 2023, s termínem dodání stanovisek do 13. prosince 2023. Vyhodnocení tohoto řízení je uvedeno v následující tabulce:

Resort	Připomínky	Vypořádání
Ministerstvo financí Mgr: Zdeňka Krejčová, zdenka.krejcova@mfcr.cz, tel. 257042350 Ing. Jakub Haas, jakub.haas@mfcr.cz, tel. 257043123	**1.** Do návrhu novely zákona jsou vloženy pasáže znění paralelně běžící novely zákona o zdravotních službách (ST č. 512), které bude PSP ČR projednávat ve 2. čtení. Protože nevíme, v jaké podobě bude schválen ST č. 512, a jak bude naloženo s připomínkami, které se týkají kompetencí MF, bude nutné po schválení tisku č. 512 předložit ještě znění tohoto návrhu zákona k odsouhlasení.	**Vysvětleno.** V platném znění zákona o zdravotních službách s vyznačením navrhovaných změn jsou pro informaci promítnuté návrhy změn zahrnuté do ST 512, u kterých se na základě interních diskuzí z PS PČR nepředpokládá jejích zásadní změna, pouze případné doplnění. Pří souběžných novelách téhož předpisu je dobrou praxí pro informaci uvádět stav textu v této podobě s tím, že je povinností předkladatele tyto reflektovat v druhém návrhu v pořadí (tj. v tomto). Ministerstvo zdravotnictví tak činí z důvodů transparentnosti a předvídatelnosti připravovaných změn.
	2. Z hlediska finančních dopadů je v důvodové zprávě uvedeno, že dopady se očekávají ve střednědobém a dlouhodobém horizontu spíše pozitivní. Po uvedení zákona do praxe mohou být krátkodobě výdaje zdravotních pojišťoven navýšeny. Do důvodové zprávy požadujeme uvést odhadovanou výši těchto výdajů.	**Akceptováno.** Důvodová zpráva a RIA doplněna o předpokládaný nárůst nákladů na základě posledních jednání.
	3. Požadujeme, aby navrhovaný § 77a odst. 5 zákona byl upraven následovně: (5) Obsah Národního registru hrazených zdravotních služeb je	**Neakceptováno, vysvětleno.**

	přístupný **b)** oprávněným zaměstnancům ministerstva **a Ministerstva financí,** a to za účelem výkonu státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Zdůvodnění: zástupci ÚZIS na jednání k předchozí novele zákona o zdravotních službách přislíbili, že MF bude mít přístup do tohoto registru pro účely výkonu veřejnosprávní kontroly zdravotních pojišťoven.	Národní registr hrazených zdravotních služeb (dále jen „NRHZS“) má být přístupný výhradně subjektům v rámci resortu zdravotnictví. Původní účel NRHZS, na základě kterého dostal jeho vznik legislativní mandát, byl výhradně statistický – tj. slouží jako retrospektivní zdroj dat pro resort zdravotnictví k analýzám optimalizujícím poskytování zdravotních služeb. Přímý přístup do databáze dalším subjektům by *de facto* otevřel individuální data občanů s kompletními informacemi o jejich zdravotním stavu. S ohledem na ochranu osobních údajů takové zpřístupnění těchto údajů (včetně zvláštní kategorie osobních údajů ve smyslu čl. 9 GDPR) Ministerstvu financí považuje Ministerstvo zdravotnictví za nevhodné. Otevření zdrojových dat na této úrovni je pro účel provádění kontroly v oblasti veřejného zdravotního pojištění jednoznačně nadbytečné a prolamuje zásadně nastavený stupeň ochrany osobních dat. <u>Z výše uvedených důvodu Ministerstvo zdravotnictví tuto připomínku neakceptuje.</u> Ministerstvo zdravotnictví nadto dodává, že pro účely kontroly v oblasti veřejného zdravotního pojištění, což je zcela legitimní cíl, lze již dnes, dle platné legislativy, nad daty NRHZS připravit infomační servis na úroveň jednotlivých zdravotních pojišťoven, poskytovatelů až po jednotlivá IČZ/IČP – tento servis může mít podobu otevřených datových sad nebo jinak zpracovatelných dat. Není nutné zpřístupňovat individuální data jednotlivých občanů, pacientů. Ministerstvo zdravotnictví pro úplnost dodává, že předmětná připomínka byla konzultována přímo s ÚZIS a vypořádání této připomínky je v souladu s aktuálním stanoviskem ÚZIS k této problematice.

	4. Platné znění dotčených ustanovení zákona o sociálních službách: § 7 odst. 2–V textu dochází k nahrazení sousloví „speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu“ novým souslovím „poskytovatel zdravotních služeb v hospici“ a dále je přidáno „nebo v centru komplexní péče o děti“. Požadujeme vysvětlit, zda dochází k rozšíření okruhu osob s nárokem na dávku i do dalších zařízení, u nichž dosud nárok nevznikal a pokud ano, požadujeme vysvětlit, proč bylo k rozšíření přistoupeno, kolik dětí s nárokem na příspěvek je v těchto centrech umístěno a o jak velký dopad do výdajů SR se jedná. V této souvislosti požadujeme vyčíslit případné nově vzniklé dopady do systému veřejného zdravotního pojištění.	**<u>Vysvětleno.</u>** Návrhem se rozšiřuje okruh subjektů s nárokem na příspěvek na péči o poskytovatele zřizující centra komplexní péče o děti (dále jen „CKP o děti“). CKP o děti poskytuje péči nezletilým pacientům, kteří mají závažné zdravotní postižení nebo závažné chronické onemocnění se somatickými projevy. Děti se závažným zdravotním postižením nebo závažným chronickým onemocněním spadají podle § 8 zákona o sociálních službách z hlediska závislosti na pomoci jiné osoby do IV. stupně (úplná závislost), případně stupně III. (těžká závislost). Přestože jde primárně o zdravotní péči, v rámci které je zapotřebí zdravotnický personál, v CKP o děti bude potřeba zajistit pro děti také péči sociální, výchovnou a vzdělávací a podporu rodičů, které budou vykonávány odpovídajícími odborníky, obdobně jako v sociálních službách. Tuto skutečnost je třeba reflektovat i ve struktuře financování – využití příspěvku na péči v případě dlouhodobé lůžkové péče (obdobně jako u zařízení hospicového typu). S přihlédnutím k účelu CKP, u nějž se předpokládá využití jak služeb zdravotních, tak sociální povahy, nárok na příspěvek na péči bude mít i poskytovatel, který poskytuje pacientovi dlouhodobou lůžkovou péči, a to po dobu, po kterou je pacientovi poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, a to ve stejném režimu jako je tomu dnes v případech zařízení hospicového typu. Koncept CKP o děti předpokládá přesměrování příspěvku na péči ve stejném režimu, jako k tomu dnes dochází u hospiců. Tato skutečnost je klíčová pro zajištění financování nezdravotnické péče, která je v případě delší hospitalizace dítěte, které potřebuje dlouhodobou ošetřovatelskou péči, nezbytná. Příspěvek má sloužit především na dofinancování činnosti speciálního pedagoga a sociálního pracovníka, k jejichž zodpovědností je psychický rozvoj dítěte – jde tedy o

		nadstavbu zdravotní péče, kterou nelze hradit ze zdravotního pojištění. Právě tímto aspektem se centra komplexní péče mají lišit od běžných zdravotnických zařízení. Běžná zdravotnická zařízení nemají povinnost poskytovat péči s důrazem na podporu psychomotorického a socioemočního vývoje pacienta, zamezení vzniku psychických deprivací a rozvíjení jeho komunikačních schopností, a to za účelem navrácení do vlastního sociálního prostředí nebo setrvání v tomto prostředí. V tomto ohledu byla doplněná i důvodová zpráva, zvláštní část (k § 7 odst. 2 zákona o sociálních službách). Co se týče změny označení subjektu s nárokem na příspěvek na péči ze *„speciálního lůžkového zdravotnického zařízení hospicového typu“* na *„hospic“*, v tomto rozsahu se jedná pouze o terminologickou změnu, okruh subjektů s nárokem na příspěvek na péči se tímto v žádném případě nemění. Rozšířením okruhu subjektů s nárokem na příspěvek na péči o poskytovatele zřizující centra komplexní péče o děti nejsou ovlivněny výdaje z veřejného zdravotního pojištění.
	5. § 21 odst. 2; písm. d) a § 29 Požadujeme vysvětlit, proč je v uvedených ustanoveních uvedeno „oprávněným poskytovatelem zdravotních služeb“ bez konkrétního odkazu „podle § 7 odst. 2“.	**Vysvětleno.** V § 7 odst. 2 se původně zavedla legislativní zkratka „oprávněný poskytovatel zdravotních služeb“ pro „poskytovatele zdravotních služeb v hospici[70)] nebo v centru komplexní péče o děti[71)]“. Z toho důvodu následující ustanovení § 16 odst. 1, § 21 odst. 2 písm. d), § 21a odst. 2 a § 107 odst. 4 text „podle § 7 odst. 2“ neobsahovala. Na základě této připomínky jsme však zvážili praktické opodstatnění této zavedené zkratky a následně ji odstranili.
Ministerstvo kultury ThLic. Petr Šimůnek petr.simunek@mkcr.cz, tel.: 257 085 571	K 113i písm. a) (podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana – vzdělání) Uvedené ustanovení upravuje, jaké teologické (resp. filozofické či religionistické) vzdělání musí získat nemocniční	**Akceptováno jinak.** Činnost nemocničního kaplana nelze srovnávat s činností duchovního církve či náboženské společnosti a Ministerstvo

Mgr. Kateřina Jirková, katerina.jirkova@mkcr.cz, ¨ tel. 257 085 287	kaplani. Podle návrhu by se nemocničními kaplany nemohli stát ti duchovní, kteří neabsolvovali státem předepsaný stupeň teologického (resp. filozofického či religionistického) vzdělání. Zákon by nepřipustil ke službě nemocničního kaplana duchovního církve a náboženské společnosti, jejíž požadavky na teologické vzdělání duchovních neodpovídají požadavkům státní moci. Tím by stát nepřípustně zasáhl do vnitřních záležitostí církví a náboženských společností, neboť o tom, jaké vzdělání musí či nemusí duchovní mít, rozhodují církve a náboženské společnosti nezávisle na státních orgánech. Je samozřejmě myslitelné, aby zákon vyžadoval absolvování speciálního vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany, který bude akreditovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a bude zaměřen např. na specifika působení kaplana ve zdravotnickém prostředí, ale v demokratické společnosti není možné, aby stát předepisoval církvím a náboženským společnostem, jaké vzdělání mají mít jejich duchovní v oblasti teologie, filozofie či religionistiky. Navrhujeme tedy, aby veškeré požadavky na vzdělání v oblasti teologie (resp. filosofie, religionistiky) byly z návrhu bez náhrady vypuštěny. Navrhujeme následující znění písmene a): „a) je absolventem vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu[71)],“. **Tato připomínka je zásadní.**	zdravotnictví je toho názoru, že nezbytnou podmínkou výkonu této činnosti je i odborná příprava spočívající ve splnění požadavků na vzdělání. S ohledem na připomínky i jiných připomínkových míst byly požadavky na vzdělání nemocničních kaplanů nicméně dále upraveny, k tomu viz § 113i.
	<u>K § 113i písm. b) (podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana-souhlas České biskupské konference a Ekumenické rady církví)</u> Uvedené ustanovení vyžaduje, aby kromě pověření církve a náboženské společnosti registrované v České republice měl každý nemocniční kaplan zároveň souhlas České biskupské konference a Ekumenické rady církví.	**<u>Akceptováno.</u>** Požadavek pověření ČBK nebo ERK vypuštěn.

	V České republice je registrováno 44 církví a náboženských společností[1]. Česká biskupská konference reprezentuje pouze dvě církve a členy Ekumenické rady církví je pouze 13 církví, celkem sdružují pouze 15 církví. Většina registrovaných církví a náboženských společností v České republice tedy není členem ani České biskupské konference ani Ekumenické rady církví. Tyto církve a náboženské společnosti by zákon postavil do pozice „podřadných“ subjektů, neboť k tomu, aby jejich duchovní mohli zastávat funkci nemocničního kaplana, by byl potřebný souhlas jiných „privilegovaných“ církví. Je nasnadě, že by se tak legislativně vytvořilo prostředí pro svévolnou monopolizaci nemocničního kaplanství pouze vyvolenými církvemi, aniž by toto privilegium bylo založeno na nediskriminačních kritériích. Pokud je důvodem podmínky tohoto souhlasu obava, aby funkci nemocničních kaplanů nezastávali duchovní nových či malých církví a náboženských společností, u nichž není zaručena kvalita, odbornost či ekumenicita duchovní péče, Ministerstvo kultury tuto obavu sdílí. Nicméně mají-li být ke kaplanské službě připuštěny pouze některé církve a náboženské společnosti, musí být jejich připuštění nastaveno tak, aby jej mohla získat kterákoliv církev nebo náboženská společnost na základě objektivních kritérií. V této souvislosti by bylo možné využít tzv. zvláštní práva církví a náboženských společností, jejichž získání je spojeno s nediskriminačními kritérii (viz § 11 církevního zákona). Je zřejmé, že v praxi budou službu nemocničních kaplanů vykonávat v naprosté většině kaplani pověření společně Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví, protože disponují kvalitním personálním zázemím a mnohaletými zkušenostmi v této oblasti. Nicméně tuto skutečnost nelze odvozovat z legislativně zakotveného privilegia, ale z objektivních schopností službu nemocničních kaplanů kvalitně zajistit.	

[1] https://www.mkcr.cz/data-registrace-cirkvi-a-nabozenskych-spolecnosti-a-svazu-cirkvi-a-nabozenskych-spolecnosti-cs-408

	Navrhujeme proto, aby byl požadavek souhlasu České biskupské konference a Ekumenické rady církví z návrhu bez náhrady vypuštěn. Z tohoto důvodu navrhujeme zrušit text předmětného ustanovení za slovy „v České republice“. **Tato připomínka je zásadní.**	
Ministerstvo práce a sociálních věcí JUDr. Jana Kolaříková tel. 950 192 623, e-mail: jana.kolarikova@mpsv.cz Sekretariát Legislativního odboru MPSV Eva.Bartuskova@mpsv.cz	1. K čl. I bodům 3 (§ 2 odst. 5) a 4 (§ 3 odst. 5) Požadujeme přesunout do hmotněprávní části zákona z odstavce 5 v § 2 věty třetí až pátou a z odstavce 5 v § 5 větu poslední a pro případ porušení stanovených povinností zavést přestupek. Odůvodnění Cílem ustanovení § 2, stejně jako § 3 je zavést definice pojmů používaných v zákoně. Součástí definice nemůže být zakotvení práv a povinností, to systematicky náleží do hmotněprávní části zákona. Zavedené povinnosti by pak měly mít svůj odraz v sankčních ustanoveních zákona, jinak se jedná o imperfektní normy, které nejsou vymahatelné. Jsme si vědomi, že v případě § 3 odst. 5 jde v tomto ohledu již o řešení zvolené v platném znění zákona, ale vzhledem k tomu, že toto ustanovení je nyní formulováno nově, máme za to, že by mělo být uvedeno do souladu se zavedenými legislativně právními principy. **Tato připomínka je zásadní.**	**Částečně akceptováno.** V § 2 odst. 5 byly věty třetí až pátá přesunuty do nového odstavce 3 v § 49 a zaveden přestupek v § 114 odst. 1. Co se týče § 3 odst. 5, Ministerstvo zdravotnictví připomínku neakceptuje a ponechává navrhovaný text. Jedná se o jazykovou úpravu stávajícího platného znění. Máme za to, že přesunem bychom adresáty normy zmátli. Jednalo by se také o drolení právní úpravy, vždyť by se jednalo o přesunutí jedné věty do ustanovení o právech a povinnostech poskytovatelů (§ 45 a násl.). Co se týče přestupku nevyplnění registračního listu, tak sankcí je vlastně neprovedení registrace bez registračního listu. Dále, vzhledem k tomu, že registrační list je součástí zdravotnické dokumentace, bude poskytovatel odpovědný za nekorektní vedení zdravotnické dokumentace a pro tyto případy přestupek již zakotven je [§ 117 odst. 3 písm. e)].
	2. K čl. I bodu 6 (§ 5 odst. 2) Požadujeme zařadit mezi druhy zdravotní péče péči respitní, jíž rozumíme dočasnou péči, která je poskytovaná pacientům s život omezujícím nebo život ohrožujícím onemocněním za účelem zajištění nezbytného odpočinku fyzické osobě, která o pacienta dlouhodobě pečuje v domácím prostředí. Odůvodnění Předložený návrh legislativně zakotvuje v § 44f centra komplexní péče o děti. Přitom umožňuje, aby jednou z jimi nabízených služeb byla respitní péče; užití tohoto pojmu se však příslušné ustanovení vyhýbá a pouze jej opisuje. Takové	**Neakceptováno, vysvětleno.** Respitní (odlehčovací) péče je primárně péčí sociální, nikoli zdravotní, jelikož poskytnutí této péče a priori nereaguje na zdravotní stav konkrétního pacienta, nýbrž cílem je umožnit osobám pečujícím nezbytný odpočinek. Tomu odpovídá i vymezení odlehčovacích služeb jako služeb sociálních podle zákona o sociálních službách (srov. § 44 zákona č. 108/2006 Sb.).

	řešení považujeme za legislativně nesprávné a požadujeme, aby respitní péče byla definována jako druh zdravotní péče v § 5 odst. 2. Vedle nesprávnosti legislativního řešení konstatujeme, že bez obecného zakotvení respitní péče jako druhu péče nelze správně nastavit další podmínky jejího poskytování, např. podmínky pro získání oprávnění, požadavky na minimální personální zabezpečení a minimální věcné a technické vybavení nebo podmínky úhradové. Nesouhlasíme zároveň s tím, aby respitní péče mohla být poskytována výlučně v zařízeních komplexní péče; systémově umožněna by měla být také v zařízeních jiných. I z tohoto důvodu požadujeme zařazení mezi druhy péče, a to i tehdy, pokud by centra komplexní péče o dítě měla být z posuzovaného návrhu vyřazena. **Tato připomínka je zásadní.**	Odlehčovací služby mají tedy dle mínění Ministerstva zdravotnictví být poskytovány primárně jako služby sociální, případně se zdravotním komplementem. Navrhované ustanovení § 44f odst. 2 nad rámec odlehčovacích sociálních služeb nicméně stanoví, že dětským pacientům se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním může být odlehčovací služba poskytnuta i v rámci hospitalizace v Centru komplexní péče o děti, aniž by se jednalo o službu sociální, nicméně pouze v případě, že zdravotní stav pacienta neumožňuje tuto péči poskytnout jako sociální službu. Jedná se tedy o *ultima ratio* prostředek, kdy poskytovatel respitní péče nemusí být poskytovatelem sociálních služeb. Tato skutečnost ovšem nedělá z respitní péče péči zdravotní. Z těchto důvodů Ministerstvo zdravotnictví připomínku neakceptuje. Nad rámec výše uvedeného Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje MPSV na návrh zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jehož gestorem je právě MPSV (spolugesce MZ) a který právě komplexně řeší mj. i zdravotní komponentu v odlehčovacích službách. Toto řešení se Ministerstvu zdravotnictví jeví jako výrazně vhodnější. Kompletní materiál zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/
	5. K čl. I bodům 69 (§ 38 odst. 2), 73 a 74 (§ 40 odst. 1 a 2) Návrh na řadě míst nově upravuje postavení potenciálních obětí domácího či sexuálního násilí při poskytování	**Akceptováno jinak, vysvětleno.** Ad § 38 odst. 2:

	zdravotních služeb, zejména nezletilých pacientů nebo pacientů s omezenou svéprávností. Podle § 38 odst. 2, který je předloženým návrhem dotčen změnou, „nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností lze bez souhlasu zákonného zástupce nebo opatrovníka hospitalizovat též v případě, jde-li o podezření na domácí násilí nebo jiné týrání, zneužívání nebo zanedbávání“. Nezletilou osobou je ve smyslu § 30 občanského zákoníku každá osoba mladší 18 let, a to i nezletilý, který nabyl plnou svéprávnost. U starších nezletilých se přitom obecně podle § 35 zákona o zdravotních službách ve spojení s § 31 občanského zákoníku k hospitalizaci vyžaduje informovaný souhlas jich samotných, nikoli zástupný souhlas zákonného nebo jiného zástupce dítěte. Ustanovení § 100 občanského zákoníku pak zmiňuje např. věkovou hranici 14 let. Zejména ale je třeba upozornit, že právě v souvislosti s ochranou před domácím násilím přiznává právní řád plnou procesní způsobilost a tím i hmotněprávní svéprávnost nezletilým nejpozději od 16 let věku (částečnou svéprávnost v této oblasti mají tedy již zásadně v nižším věku) - § 403 odst. 3 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, stanovuje, že „nezletilý starší 16 let má pro řízení ve věci ochrany proti domácímu násilí plnou procesní způsobilost“. Není nám tak dostatečně zřejmý vztah ustanovení § 38 odst. 2 k citovaným ustanovením zákona o zdravotních službách a občanského zákoníku, a to i ve vazbě na obsah odstavce 1 v § 38. Je nepřípustné, aby nezletilý pacient, který je jinak plně svéprávný udělovat informovaný souhlas se svou hospitalizací sám a současně je též v daném rozsahu svéprávný a případně i plně procesně způsobilý ve věcech ochrany proti domácímu násilí, byl proti své vůli hospitalizován, což se domníváme, že ustanovení připustit nechtělo, nicméně stávající dikce tento dojem vyvolává, když pracuje pouze se souhlasem zákonného zástupce. Máme za to, že je třeba ustanovení v tomto ohledu upřesnit. V souvislosti s výše uvedeným pak máme za to, že je třeba též doplnit a/nebo jinak upřesnit ustanovení § 40 odst. 1 a 2, podle toho, jak bude vyjasněn obsah ustanovení § 38 odst. 2. Důvody	Ustanovení v rozsahu vztahujícím se na nezletilé pacienty míří na situace, kdy pacient dosud nenabyl dostatečné rozumové a volní vyspělosti k tomu, aby mohl udělit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb sám. Toto ustanovení nelze aplikovat izolovaně a nezávisle na další právní úpravě, nicméně je nutno jej vykládat v kontextu § 35 odst. 1 věty třetí a čtvrté zákona o zdravotních službách (*„Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující svéprávnost fyzických osob s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytování zdravotních služeb bez souhlasu.“*), která odkazuje na § 31 (*„Má se za to, že každý nezletilý, který nenabyl plné svéprávnosti, je způsobilý k právním jednáním co do povahy přiměřeným rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku.“*) a § 95 občanského zákoníku (*„Nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.“*). Zákon o zdravotních službách ani občanský zákoník nestanoví žádnou pevnou hranici, od které se vyžaduje souhlas nezletilého s hospitalizací, dle názoru Ministerstva zdravotnictví nelze ani takovou hranici z žádného ustanovení právního předpisu odvozovat – vždy závisí na rozumové a volní vyspělosti konkrétního nezletilého pacienta. Ustanovení § 38 odst. 2 zákona o zdravotních službách míří na ochranu těch nezletilých pacientů, kteří ještě nejsou způsobilí udělit svobodný a informovaný souhlas se svou hospitalizací, a proto tento souhlasu za ně uděluje (primárně) zákonný zástupce. Ministerstvo zdravotnictví v tomto kontextu nesdílí obavy připomínkového místa a nepovažuje za potřebné toto ustanovení dále specifikovat.

	hospitalizace pacienta bez souhlasu v současnosti vyplývají jednak z § 38 odst. 1, kde podle písm. a) bylo o takové hospitalizaci již vykonatelně příslušným orgánem rozhodnuto, nebo jde o případy podle písm. b) a c), kde jde o faktický zásah, o jehož přípustnosti dosud nebylo soudem rozhodnuto, a proto následně podléhají oznamovací povinnosti a soudnímu přezkumu. Hospitalizaci bez souhlasu pacienta upravuje však podle všeho i odstavec 2. Jedná-li se tedy v případě § 38 odst. 2 o „bezsouhlasovou hospitalizaci“ a nebylo o ní rozhodováno ani předem, tak jako v případech podle § 38 odst. 1 písm. a), nepředpokládá se její následný soudní přezkum a rozhodnutí. Ustanovení § 40 odkazem výhradně na § 38 odst. 1 písm. b) a c) zřejmě vůbec nepředpokládá ani následné přezkoumání takové bezsouhlasové hospitalizace tak, jak je to jinak nezbytné v ostatních případech, a to ačkoli nezletilí nebo částečně nesvéprávní pacienti jsou oproti pacientům podle § 38 odst. 1 písm. b) obecně ještě ve zranitelnějším postavení. Přitom čl. 8 odst. 6 Listiny základních práv a svobod v první větě stanovuje, že „zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata nebo držena v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu“, v jiných případech než zákonem stanovených, tedy hospitalizace bez souhlasu není přípustná, a to u každé osoby; Listina takovou osobu necharakterizuje jen jako „zletilou“ či „plně svéprávnou“. Druhá věta pak kategoricky stanovuje, že „takové opatření musí být do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů“, tedy každé takové opatření, nepřipouští se výjimky např. z důvodu omezené svéprávnosti (ať již z důvodu věku nebo duševní poruchy). Tuto ústavněprávní úpravu provádí občanský zákoník v § 104 a § 105 odst. 2 tak, že „převzít člověka bez jeho souhlasu do zařízení poskytujícího zdravotní péči nebo ho v něm bez jeho souhlasu držet lze jen z důvodu stanoveného zákonem a za podmínky, že nezbytnou péči o jeho osobu nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením“, přičemž „převzetí člověka do zařízení poskytujícího zdravotní péči oznámí poskytovatel zdravotních služeb do 24 hodin soudu; to platí i v případě, je-li člověk v takovém zařízení zadržen. Soud o	<u>Ad § 40 odst. 1 a 2:</u> Ministerstvo zdravotnictví navrhuje úpravu znění § 40 odst. 1 písm. a) a odst. 2 tak, aby odpovídala požadavkům čl. 8 odst. 6 LZPS. Toto ustanovení stanoví, že jakékoli opatření spočívající v převzetí osoby do zdravotnického zařízení bez svého souhlasu musí být oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do 7 dnů. Toto ustanovení je dále respektováno i v § 105 občanského zákoníku i v § 75 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních. § 40 odst. 1 písm. a) v platném znění nicméně pro některé případy hospitalizací bez souhlasu nestanoví poskytovateli oznamovací povinnost vůči soudu. Tím ovšem dochází k rozporu zákona o zdravotních službách s LZPS (viz výše). Obecně platí, že se má oznamovat jakákoli nedobrovolná hospitalizace, a to i taková, která byla nařízena soudem [§ 38 odst. 1 písm. a)], přičemž oznámený soud v těchto případech nebude zahajovat detenční řízení (§ 76 odst. 1 ZŘS). Ustanovení § 40 odst. 1 písm. a) a odst. 2 je upraveno tak, aby v souladu s čl. 8 odst. 6 LZPS dopadalo na veškeré případy nedobrovolné hospitalizace.

	učiněném opatření rozhodne do sedmi dnů“. Opět zde jde o „každého“ člověka, tedy i člověka s omezenou svéprávností z důvodu věku nebo duševní poruchy, a o všechny případy převzetí nebo dalšího držení každého / jakéhokoli pacienta v zařízení lůžkové péče. Platí, že shora uvedená úprava pokrývá, resp. má a musí pokrývat všechny případy převzetí nebo dalšího držení v zařízení lůžkové péče bez souhlasu pacientů, a to i nezletilých nebo s omezenou svéprávností, a to ze všech zákonných důvodů. Pokud zákon jako důvod držení připouští i skutečnost, že je u osoby nezletilé nebo omezeně svéprávné „podezření na domácí násilí nebo jiné týrání, zneužívání nebo zanedbávání“, je taková úprava přípustná pouze tehdy, pokud obsahuje i stejné procesní garance a soudní ochranu jako je tomu v ostatních případech. I zde je proto nezbytné, aby taková hospitalizace bez souhlasu byla soudu oznámena do 24 hodin a aby soud následně nejpozději do 7 dnů rozhodl, zda je taková hospitalizace přípustná. V návaznosti na výše uvedené jako možné řešení navrhujeme a) ustanovení § 40 odst. 1 písm. a) upravit takto: „(1) Poskytovatel oznámí soudu do 24 hodin a) hospitalizaci pacienta podle § 38 odst. 1 písm. b) a c) **a odstavce 2**; obdobně se postupuje, jestliže pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta souhlas odvolal a nadále existují důvody pro hospitalizaci bez souhlasu…“ b) ustanovení § 40 odst. 2 upravit takto: „(2) Hospitalizace a dodatečné omezení pacienta **podle § 38 odst. 1 písm. b) a c) a odstavce 2** se soudu neoznamuje, jestliže byl souhlas ve lhůtě do 24 hodin prokazatelným způsobem dodatečně vysloven.“. **Tato připomínka je zásadní.**	
	6. K čl. I bodu 78 (§ 42 písm. f) ve spojení s § 44f odst. 2)	**Akceptováno.** Upraveno.

	Požadujeme vypustit novelizační bod 78 a navrhujeme v § 44f odst. 2 (čl. I bod 87) za slova „na žádost zákonného zástupce“ doplnit slova „pěstouna nebo jiné pečující osoby o“. Odůvodnění V ustanovení § 42 se navrhuje doplnění nového písmena f), podle něhož by práva a povinnosti zákonného zástupce podle § 44f odst. 2 mohl vykonávat též pěstoun nebo jiná pečující osoba, statutární orgán nebo jím pověřená osoba dětského domova pro děti do 3 let věku, školského zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy nebo zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby, byla-li soudem nařízena ústavní nebo uložena ochranná výchova, nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jde-li o děti svěřené do péče tohoto zařízení na základě rozhodnutí soudu. Navrhované doplnění § 42 písm. f) by znamenalo, že o přijetí dítěte do centra komplexní péče na přechodnou dobu až 14 po sobě jdoucích dnů a v celkovém rozsahu 60 dnů v průběhu 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců by byl oprávněn požádat nejen zákonný zástupce, pěstoun nebo jiná pečující fyzická osoba, ale též ředitel nebo pověřený zaměstnanec ústavního zařízení pro výkon ústavní výchovy a ústavního zařízení pro výkon ochranné výchovy, a to za účelem umožnění odpočinku a odlehčení žadatele a podpory další péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, pokud z důvodu zdravotního stavu pacienta nelze tuto péči poskytnout podle zákona o sociálních službách. Nesouhlasíme s tím, aby o poskytnutí zdravotní respitní péče dítěti mohlo vedle rodičů, poručníka, pěstouna či jiné osoby pečující požádat též zařízení pro péči o dítě, do kterého bylo dítě umístěno na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy nebo o uložení ochranné výchovy, tedy ředitel nebo jím pověřený zaměstnanec tohoto zařízení. V případě těchto žadatelů, zastupujících zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, nemůže být z povahy věci splněna podmínka, že se jedná o žadatele nepřetržitě pečujícího o dítě	

	v jeho vlastním sociálním prostředí, ani podmínka, že účelem poskytnutí zdravotní respitní péče je umožnění odpočinku a odlehčení žadatele. **Tato připomínka je zásadní.**	
	7. K čl. I bodu 82 (§ 44c odst. 1) Požadujeme v odstavci 1 na konci věty druhé doplnit slova „a podpora zdraví cílená na primární a sekundární prevenci“. Odůvodnění Smyslem center duševního zdraví je deinstitucionalizace psychiatrické péče. Jedním z jejích hlavních cílů je sociální začlenění a integrace osob žijících s duševním onemocněním do většinové společnosti. Lidé s duševní poruchou jsou zranitelnou skupinou obyvatelstva, která vykazuje vysokou míru rizika sociálního vyloučení nebo reálného sociálního vyloučení. Ve zdraví se sociální izolace projevuje zdravotně-sociálními bariérami v dostupnosti existujícího systému zdravotní služeb, včetně využívání primární a sekundární prevence. Lidé s duševním onemocněním jsou charakterizováni nízkým přístupem ke screeningovým programům, ženy k preventivním gynekologickým vyšetřením, stomatologické péči, výživovému poradenství a celkově k nástrojům zdravého životního stylu, který přímo ovlivňuje intenzitu projevu duševního onemocnění a spolupodílí se na efektivitě léčby. Opomenutí "podpory zdraví", která je klíčovou součástí strategie Ministerstva zdravotnictví "Zdraví 2030", snižuje komplexnost a efektivitu poskytovaných zdravotních služeb klientům center duševních zdraví. **Tato připomínka je zásadní.**	**Neakceptováno.** Zákon o zdravotních službách nepracuje s termíny *primární a sekundární prevence,* uvedené doplnění by tedy nemělo meritorní dopad a nebyl by zřejmý smysl ustanovení v tomto rozsahu. Z těchto důvodů nelze připomínku akceptovat.
	9. K čl. I bodu 87 (§ 44f odst. 1 a 2) Požadujeme, aby v návaznosti na doplnění respitní péče jako druhu péče podle připomínky 1 byl výčet druhů služeb poskytovaný centry komplexní péče doplněn o respitní péči před službami dalšími. Navrhujeme upravit odstavec 2 tak, aby	**Neakceptováno.** Připomínku nelze akceptovat z důvodů uvedených ve vypořádání připomínky MPSV č. 2 výše.

	obecnou definici respitní péče zohledňoval a stanovil pouze specifika jejího poskytování v centrech komplexní péče. Zároveň navrhujeme, aby poskytování respitní péče bylo stanoveno jako obligatorní součást služeb center komplexní péče, a to nikoliv pouze tak, že provozovatel centra komplexní péče může tuto péči poskytovat, a aby poskytování dlouhodobé lůžkové péče mohlo být umožněno jen ve výjimečných případech při splnění zákonem vymezených podmínek. **Tato připomínka je zásadní.**	Textace ustanovení § 44f nicméně upravena v návaznosti na tuto i jiné připomínky tak, aby bylo akcentováno, že veškeré služby v tomto ustanovení uvedené jsou nedílnou součástí péče poskytované CKP.
	10. K čl. I bodu 87 (§ 44f odst. 1) Požadujeme, aby obligatorní součástí služeb Centra komplexní péče o dítě bylo také poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Odůvodnění Navrhovaná úprava povinnost zajišťovat péči ve vlastním prostředí pacienta neobsahuje. Ustanovení § 44f odst. 1 takové poskytování péče sice uvádí, ale pouze jako možnost. Aby nově vznikající služba poskytovala péči pro pacienta odpovídající a naplňovala potřeby terénu, musí být založena na povinnosti zajistit vedle respitní péče i zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. **Tato připomínka je zásadní.**	**Akceptováno.** Textace ustanovení § 44f upravena v návaznosti na tuto i jiné připomínky tak, aby bylo akcentováno, že veškeré služby v tomto ustanovení uvedené jsou nedílnou součástí péče poskytované CKP.
	11. K čl. I bodu 87 (§ 44f odst. 1) Požadujeme, aby okruh příjemců služeb center komplexní péče pro děti byl rozšířen o dětské pacienty s jiným než somatickým onemocněním, aby bylo odstraněno příslušné omezení, které se s přihlédnutím k potřebám terénu a provázanosti somatických a duševních onemocnění jeví jako nevhodné a bezdůvodně restriktivní. **Tato připomínka je zásadní.**	**Zohledněno již jinou právní úpravou, vysvětleno.** Dětským pacientům s jiným než somatickým onemocněním je určeno centrum duševního zdraví pro děti, srov. navrhovaný § 44c odst. 3 písm. b). Ministerstvo zdravotnictví tedy nesdílí názor MPSV, že se navrhovaná úprava jeví jako nevhodná či bezdůvodně restriktivní.
	13. K čl. I bodu 96 a 105 (§ 45 odst. 3 písm. i), § 51 odst. 2 písm. i)	**Akceptováno.**

	Požadujeme v § 45 odst. 3 písm. i) a § 51 odst. 2 písm. i) doplnit do výčtu pacientů, kteří se považují za osobu omezenou na svobodě, osoby, jichž se týká tzv. sociální detence. Odůvodnění V nově navrhovaném ustanovení se vymezuje, jaká osoba se považuje za omezenou ve svobodě. V tomto výčtu však chybí „osoba, která není schopna vypovědět smlouvu o poskytování pobytové sociální služby“ ve smyslu § 91b odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tedy osoba ve faktické, tzv. sociální detenci, jejíž postavení se ostatně blíží postavení nezletilých svěřených do ústavní výchovy, kteří v navrhovaném výčtu uvedeni jsou. Právě v případě těchto osob vykonává dozor a má řadu oprávnění státní zastupitelství na netrestním úseku podle § 8 odst. 3 zákona č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních, stejně jako v případě dalších, v navrhovaném ustanovení vymezených situacích. Osoby, jichž se tzv. sociální detence týká, ve výčtu chybí. **Tato připomínka je zásadní.**	Ustanovení § 45 odst. 3 písm. i) je nově navrhováno následovně: *„**i) oznámit bez odkladu státnímu zástupci údaje nebo jiné skutečnosti, které vypovídají o tom, že pacient, který je osobou omezenou na svobodě, mohl být podroben špatnému zacházení; osobou omezenou na svobodě se rozumí osoba omezená na svobodě policistou, ve výkonu vazby, ve výkonu trestu odnětí svobody, ve výkonu zabezpečovací detence, v ochranném léčení ústavním, v ústavní výchově, v ochranné výchově, v zařízení pro zajištění cizinců, v azylovém zařízení a pacient hospitalizovaný bez jeho souhlasu nebo osoba, které je poskytována pobytová sociální služba, aniž by byla schopna smlouvu o poskytování této služby vypovědět.**“* Ustanovení § 51 odst. 2 písm. e) se v návaznosti na doplnění § 45 odst. 3 písm. i) rovněž legislativně technicky upravuje.
	17. K čl. V bodu 1 (§ 7 odst. 2 zákona o sociálních službách) Požadujeme v § 7 uvést odstavec 2 takto: „(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc[69)] nebo dětský domov[52)], anebo poskytovatel zdravotních služeb v hospici[70)] (dále jen „oprávněný poskytovatel zdravotních služeb“); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu[7b)] poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.“.	**Vysvětleno.** Návrhem se rozšiřuje okruh subjektů s nárokem na příspěvek na péči o poskytovatele zřizující centra komplexní péče o děti (dále jen „CKP o děti“). CKP o děti poskytuje péči nezletilým pacientům, kteří mají závažné zdravotní postižení nebo závažné chronické onemocnění se somatickými projevy. Děti se závažným zdravotním postižením nebo závažným chronickým onemocněním spadají podle § 8 zákona o sociálních službách z hlediska závislosti na pomoci jiné osoby do IV. stupně (úplná závislost), případně stupně III. (těžká závislost). Přestože jde primárně o zdravotní péči, v rámci které je zapotřebí zdravotnický personál, v CKP o děti bude potřeba zajistit pro děti také péči sociální, výchovnou a vzdělávací a podporu rodičů, které budou vykonávány odpovídajícími odborníky,

	Odůvodnění Poskytnutím zdravotní péče poskytovatelem zřizujícím centrum komplexní péče o děti nelze pojmově ani systémově naplnit účel využití příspěvku na péči, neboť příspěvek na péči je určen nikoli k zajištění, resp. úhradě výkonů zdravotní péče, ale k zajištění (úhradě) pomoci osobě závislé na péči prostřednictvím jiné k tomu oprávněné fyzické osoby (např. osoba blízká nebo zaměstnanec poskytovatele sociálních, nikoli zdravotních služeb) při zvládání základních životních potřeb. V případě zdravotních služeb v hospici je takové využití příspěvku na péči zřejmě v souladu s jeho účelem, neboť v hospici mají být podle návrhu § 44a část věty za středníkem zákona o zdravotních službách „zároveň poskytovány i sociální služby podle zákona o sociálních službách“, čili služby sociální péče musí v hospici být ex lege zajištěny vždy. Návrh úpravy center komplexní péče o děti takovou povinnost nestanovuje. Účelově vázanou sociální dávkou určenou k úhradě nákladů za sociální péči nelze nikdy hradit náklady na zdravotní péči, i kdyby šlo o zdravotní péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Z návrhu není zřejmé, jakým způsobem a v jakém rozsahu a za jaké zdravotní výkony nebo dokonce úkony sociální péče (zde by šlo ovšem o protiprávní poskytování sociální služby bez registrace) by měl být příspěvek na péči vůbec využíván. Je-li příspěvek na péči využíván na úhradu pomoci a podpory poskytované odborným poskytovatelem sociálních služeb, jsou zákonem o sociálních službách a navazující prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. stanoveny přesné limity maximální výše úhrady za jednotlivý úkon, a to buď za úkon osobní péče nebo den péče, nebo za jednotku ubytování nebo za jednotku stravy. Totéž platí obdobně i v případě dětí umístěných v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, které mají nárok na příspěvek na péči podle § 42a odst. 1 písm. f), § 42c odst. 2 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí a jeho prováděcí vyhlášky č. 473/2012 Sb. Z předloženého návrhu však není vůbec zřejmé,	obdobně jako v sociálních službách. Tuto skutečnost je třeba reflektovat i ve struktuře financování – využití příspěvku na péči v případě dlouhodobé lůžkové péče (obdobně jako u zařízení hospicového typu). S přihlédnutím k účelu CKP, u nějž se předpokládá využití jak služeb zdravotních, tak sociální povahy, nárok na příspěvek na péči bude mít i poskytovatel, který poskytuje pacientovi dlouhodobou lůžkovou péči, a to po dobu, po kterou je pacientovi poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace, a to ve stejném režimu jako je tomu dnes v případech zařízení hospicového typu. Koncept CKP o děti předpokládá přesměrování příspěvku na péči ve stejném režimu, jako k tomu dnes dochází u hospiců. Tato skutečnost je klíčová pro zajištění financování nezdravotnické péče, která je v případě delší hospitalizace dítěte, které potřebuje dlouhodobou ošetřovatelskou péči, nezbytná. Příspěvek má sloužit především na dofinancování činnosti speciálního pedagoga a sociálního pracovníka, k jejichž zodpovědností je psychický rozvoj dítěte – jde tedy o nadstavbu zdravotní péče, kterou nelze hradit ze zdravotního pojištění. Právě tímto aspektem se centra komplexní péče mají lišit od běžných zdravotnických zařízení. Běžná zdravotnická zařízení nemají povinnost poskytovat péči s důrazem na podporu psychomotorického a socioemočního vývoje pacienta, zamezení vzniku psychických deprivací a rozvíjení jeho komunikačních schopností, a to za účelem navrácení do vlastního sociálního prostředí nebo setrvání v tomto prostředí. V tomto ohledu byla doplněná i důvodová zpráva, zvláštní část (k § 7 odst. 2 zákona o sociálních službách). Problematika byla v rámci příprav tohoto návrhu konzultována i s VŘ MPSV Odstrčilovou a s O22 MPSV. Ministerstvo zdravotnictví je nicméně připraveno vést o této problematice další diskuzi.

	zda by měl být příspěvek na péči využit na smluvní nebo jinou úhradu, za co a v jaké výši, případně s jakou regulací na maximální cenu za úkon nebo výkon; všechna uvedená plnění, zejména úkony péče, strava, ubytování jsou v případě lůžkových zdravotních služeb hrazena ze zdravotního pojištění; jde však o zdravotní výkony, nikoli o sociální úkony. Není tak naprosto zřejmé, na základě čeho by poskytovatel zdravotních služeb mohl vůbec vyžadovat přímou platbu za „zdravotní“ péči od pacienta, který má nárok na příspěvek na sociální péči, v jakém rozsahu, za co, jak by ji měl zaúčtovat, a současně zda má v takovém případě pacient, který je příjemcem příspěvku, vůbec povinnost na základě takové skutečnosti nějakou úhradu ve prospěch poskytovatele zdravotních služeb platit. Navržená úprava oprávnění poskytovatele zdravotních služeb právo takovou platbu po pacientu a tomu odpovídající povinnost pacienta takovou úplatu platit neobsahuje, ani neobsahuje úpravu procesního nástroje, například smlouvy, výměru nebo rozhodnutí soudu, prostřednictvím kterého by k takové úplatě mělo vůbec docházet. **Tato připomínka je zásadní.**	
	19. Nad rámec připomínkovaného návrhu k § 5 odst. 2 písm. i) zákona o zdravotních službách Požadujeme v § 5 odst. 2 písm. i) rozdělit lékárenskou a klinickofarmaceutickou péči do samostatných pojmů. Přestože návrh změny § 5 odst. 2 písm. i) není předmětem této komplexní novely, vzhledem k jejímu rozsahu je podle našeho názoru vhodné řešit i tento dlouhodobý problém, který nejednoznačnost pojmů přináší. Spojení lékárenské a klinickofarmaceutickou péče považujeme za nevhodné, neboť má každá výrazně jiný účel, z platného znění zákona ale není tento rozdíl jasně seznatelný; žádné jiné dva druhy péče takto spojeny nejsou.	**Akceptováno jako podnět k novelizaci prováděcích právních předpisů.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku jako podnět k novelizaci prováděcích právních předpisů. (vyhláška č. 92/2012 Sb. a vyhláška č. 99/2012 Sb.). Ministerstvo zdravotnictví po proběhlém vnitřním připomínkovém řízení nesdílí názor MPSV, že spojení lékárenské a klinickofarmaceutické péče v jednu definici představuje nevhodnou úpravu na úrovni zákona o zdravotních službách. Společným pojítkem těchto dvou kategorií je poskytování péče zdravotnickým pracovníkem – farmaceutem.

	V § 5 je odstavci 2 písm. i) nevhodně zavedena legislativní zkratka „lékárenská péče“, která je totožná s názvem jednoho ze dvou typů péče. Toto znění § 5 odst. 2 písm. i) vede k chybným výkladům a v praxi k řadě nejasností a komplikací. Často jde o dopady v praktické komunikaci, při které si lze zkratku vyložit jako nadřazený pojem. Rozdělením lékárenské a klinickofarmaceutické péče do dvou pododstavců např. způsobem níže uvedeným lze toto vyřešit. V době, kdy je skutečně jen část účelu péče poskytované farmaceutem vázána na lékárnu (a tento trend bude sílit), je vhodnější v legislativě transparentně uvést dvě definice, které situaci reflektují správně, tedy jednu pro lékárenskou péči a jednu pro péči klinickofarmaceutickou. Navrhujeme proto následující úpravu: *„i) lékárenská péče, jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích a diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených,* *j) klinickofarmaceutická péče, jejímž účelem je optimalizace farmakologické léčby pacienta včetně hodnocení vlivu této léčby na diagnostické metody, s cílem příznivého ovlivnění zdravotního stavu pacienta, snížení výskytu nežádoucích účinků léčiv, zamezení nepříznivých interakcí a maximalizace účinku farmakologické léčby.“.*	Nicméně prováděcí právní předpisy k zákonu o zdravotních službách (vyhláška č. 92/2012 Sb. a vyhláška č. 99/2012 Sb.) nepočítají se vznikem samostatných pracovišť klinickofarmaceutické péče. V tomto rozsahu je tedy připomínka akceptována jako podnět pro novelizaci těchto prováděcích právních předpisů.

	Jako minimální úpravu alternativně požadujeme odstranit v závorce písmene i) uvedenou legislativní zkratku. **Tato připomínka je zásadní.**	
Ministerstvo spravedlnosti Projednáním připomínek je pověřen Mgr. Martin Vraštil, tel. +420 221 997 142, email MVrastil@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 10, č. 12, č. 13, č. 14, č. 16, č. 21, č. 23, č. 28, č. 31, č. 32 a č. 33 je pověřen Mgr. Miroslav Kaštyl, tel. +420 221 997 447, email mkastyl@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 15, č. 17. č. 18, č. 19 a č. 20 je také pověřen Mgr. Michael Koževnikov, tel. +420 221 997 384, email MKozevnikov@msp.justice.cz, projednáním připomínky č. 7 a č. 24 je pověřena Mgr. Pavla Pešatová, tel. +420 221 997 903, email PPesatova@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 2, č. 4, č. 11, č. 22, č. 25, č. 29 je pověřen Mgr. Michal Barák, tel +420 244 024 910, email MBarak@grvs.justice.cz	**2. K čl. I bodu 4 (§ 3 odst. 5)** Navrhované nové znění § 3 odst. 5 novelizovaného zákona také stanoví, že registrující poskytovatel zdravotních služeb je povinen při přijetí pacienta do péče vyplnit registrační list, který pacient podepíše a který je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Uvádíme, že Vězeňská služba prakticky vykonává povinnosti registrujícího poskytovatele pro osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Podle § 29 odst. 2 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, (dále jen „zákon o zdravotních službách“) nemají výše uvedené osoby možnost volby poskytovatele zdravotních služeb, a tedy ani možnost volby registrujícího poskytovatele. Jejich souhlas je tak ve své podstatě formálně suspendován již nyní. Z těchto důvodů se ve výše uvedených případech jeví povinnost vyhotovovat registrační listy nadbytečnou administrativní záležitostí. Zároveň považujeme za nutné, aby po jejich propuštění na svobodu mohla být zajištěna odpovídající kontinuita péče a tyto osoby měly zajištěn přístup ke svému registrujícímu poskytovateli zdravotních služeb. Proto požadujeme, aby do navrhovaného ustanovení byla za slova „vedené o pacientovi“ doplněna včetně poznámky pod čarou slova „; to neplatí pro osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, jejichž registrujícím poskytovatelem se nástupem do výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence stává Vězeňská služba České republiky, nebo státní příspěvková organizace zřízená podle jiného právního předpisu[x]. Po propuštění z výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence se obnovuje registrace u původního registrujícího poskytovatele, pokud nedošlo k jeho zániku nebo si pacient nezvolí jiného.“	**Vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že nástupem do výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence nedochází k zániku registrace pacienta k dosavadnímu registrujícímu poskytovateli primární péče. Tím samozřejmě není dotčen § 29 odst. 2 písm. e) zákona o zdravotních službách (osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence jsou omezeny ve své možnosti volby poskytovatele zdravotních služeb), nicméně registrující poskytovatel primární péče zůstává registrujícím poskytovatelem i po dobu výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Registrující poskytovatel primární péče nadto může poskytovat zdravotní služby svému registrovanému pacientovi i v průběhu výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, a to formou návštěvní služby, jelikož věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody a ústavy pro výkon zabezpečovací detence jsou považovány za vlastní sociální prostředí pacienta (k tomu srov. § 4 odst. 3 zákona o zdravotních službách). Ačkoli tedy úvahu MSp, že Vězeňská služba po dobu výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence prakticky vykonává činnosti registrujícího poskytovatele zdravotních služeb (zajišťuje mj. i poskytování primární péče pacientovi), sama o sobě nemá status registrujícího poskytovatele ve smyslu zákona o zdravotních službách, a tedy se na Vězeňskou službu administrativní povinnosti uvedené v § 3 odst. 5 zákona o zdravotních službách neuplatní. S ohledem na skutečnost uvedenou výše, že registrace pacienta k registrujícímu poskytovateli primární péče nástupem do výkonu vazby, trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence

	Poznámka pod čarou č. x zní: „§ 4d zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky“ **Tato připomínka je zásadní.**	nezaniká, Ministerstvo zdravotnictví se nedomnívá, že by po propuštění takové osoby na svobodu nebyla bez dalšího zajištěna odpovídající kontinuita péče. Zajištění kontinuity může být samozřejmě problematické v případě déle trvajícího výkonu trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, a to v případech, kdy dosavadní registrující poskytovatel primární péče ukončí svou činnost, tuto skutečnost ovšem dle názoru Ministerstva zdravotnictví nelze legislativně ošetřit, jelikož pacient má po propuštění na svobodu opět možnost svobodné volby poskytovatele zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví je samozřejmě připraveno s MSp nadále komunikovat v této věci a najít nejvhodnější řešení situací popisovaných MSp.
	6. K čl. I bodu 57 [§ 28 odst. 4 písm. b)] Novelizační ustanovení zakotvuje do zákona o zdravotních službách právo pacienta, jenž je osobou vykazující znaky oběti domácího nebo sexuálního násilí, při poskytování zdravotních služeb, aby mu byly poskytnuty informace o dostupné sociální, psychologické a právní pomoci. Upozorňujeme, že podle § 10 odst. 2 zákona č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů, má poskytovatel zdravotních služeb, pokud je zdravotnickým zařízením, které je prvním kontaktním místem poskytujícím oběti zdravotní péči po spáchání trestného činu, povinnost poskytnout i bez žádosti této oběti informace podle § 8 odst. 1 písm. b) zákona o obětech trestných činů, tedy informace o tom, na které subjekty zapsané v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů se oběť může obrátit s žádostí o odbornou pomoc a za jakých podmínek má právo na poskytnutí bezplatné odborné pomoci, a předá oběti kontakty na tyto subjekty. Navrhované ustanovení § 28 odst. 4 písm. b) novelizovaného zákona by mohlo být interpretováno jako speciální ustanovení, které by aplikaci § 10 odst. 2 zákona o obětech trestných činů vylučovalo, a naopak by podmiňovalo poskytnutí předmětných informací podáním žádosti ze strany oběti. Z těchto důvodů požadujeme do navrhovaného znění §	**Akceptováno jinak.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje ratio připomínky, nicméně volí jiné řešení. Ustanovení § 28 zákona o zdravotních službách obsahuje katalog práv pacienta, kde se požadované doplnění nejeví jako vhodné. Připomínka se vztahuje k povinnostem poskytovatele zdravotních služeb, proto bude § 46 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách doplněn následovně: *„(1) Poskytovatel je povinen zajistit* […] *c) aby byl pacient informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace****; jde-li o pacienta, jenž je osobou vykazující znaky oběti domácího nebo sexuálního násilí, poskytovatel je povinen zajistit, aby byl pacient informován o dostupné sociální, psychologické a***

	28 odst. 4 písm. b) novelizovaného zákona za slova „psychologické a právní pomoci“ doplnit slova „; tím není dotčena povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytnout obětem trestných činů informace podle zákona upravujícího práva obětí trestných činů“. **Tato připomínka je zásadní**	***právní pomoci; tím není dotčena povinnost poskytovatele poskytnout obětem trestných činů informace podle zákona upravujícího práva obětí trestných činů,“.***
	7. K čl. I bodu 57 (§ 28 odst. 4) V praxi dochází k situacím, že oběti sexuálního násilí zpočátku nechtějí podat trestní oznámení, avšak následně se rozhodnou, např. z důvodu pokračujícího násilí, trestní oznámení podat. Proto aktuálně projednávaný návrh směrnice o potírání násilí vůči ženám a domácího násilí klade důraz na zajištění informovanosti obětí zejména sexuálního násilí o potřebnosti zajištění důkazních prostředků pro účely možného vedení trestního řízení, a to i pro případ budoucího uplatnění práv ze strany oběti. Z těchto důvodů, a také v souvislosti s aktuálním projednáváním výše uvedeného návrhu směrnice, navrhujeme doplnit do navrhovaného § 28 odst. 4 nové písmeno c), které by upravovalo informování oběti trestného činu o důležitosti zabezpečení důkazních prostředků. Tato navrhovaná změna míří především na situace, ve kterých oběť vyhledá poskytovatele zdravotních služeb za účelem poskytnutí lékařského ošetření, při kterém ale neoznámí nebo nechce oznámit trestnou činnost orgánům činným v trestním řízení. Při konkrétní formulaci tohoto doplnění jsme připraveni poskytnout předkladateli součinnost. **Tato připomínka je zásadní**	**Akceptováno jinak.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje ratio připomínky, nicméně opětovně upozorňuje, že ustanovení § 28 zákona o zdravotních službách obsahuje katalog práv pacienta, kde se požadované doplnění nejeví jako vhodné. Opět se přitom jeví jako nejvhodnější doplnění § 46 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví zároveň bere na vědomí skutečnost, že se připravuje předmětná směrnice o potírání násilí vůči ženám a domácího násilí, nicméně v tuto chvíli se jeví úprava informační povinnosti vůči oběti domácího/sexuálního násilí jako předčasná, jelikož směrnice se pouze projednává. Ministerstvo zdravotnictví je nicméně připraveno poskytnout veškerou součinnost v okamžiku potřeby implementace této směrnice po jejím přijetí.
	8. K čl. I bodu 57 (§ 28 odst. 4) Navrhované ustanovení hovoří o „obětech domácího nebo sexuálního násilí“. Obětí se podle § 2 odst. 2 zákona o obětech trestných činů rozumí fyzická osoba, které bylo nebo mělo být trestným činem ublíženo na zdraví, způsobena škoda nebo nemajetková újma nebo na jejíž úkor se pachatel trestným činem obohatil nebo měl obohatit. Dále uvádíme, že žádná skutková podstata trestného činu není nazvána „domácí násilí“, a zároveň to, co je nazýváno „domácím násilím“ nemusí vždy	**Vysvětleno.** Navrhované ustanovení § 28 odst. 4 zákona o zdravotních službách bylo zpracováváno v úzké návaznosti na legislativní práce Úřadu vlády na návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a další zákony v souvislosti s potíráním domácího násilí (dostupný zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/ALBSCRYHKY8W/).

	vykazovat znaky trestného činu nebo v závislosti na okolnostech může mít znaky různých trestných činů. V této souvislosti se domníváme se, že dané informace i právo na změnu ošetřujícího pracovníka by měla mít tato osoba i v případě, kdy domácí násilí nenaplňuje znaky žádného trestného činu. Proto požadujeme v daném ustanovení konkretizovat osoby, na něž se dané ustanovení vztahuje, např. tímto způsobem „pacient, jenž je osobou vykazující znaky osoby, na které bylo spácháno domácí nebo sexuální násilí“, tedy tak, aby byl zvolen širší kontext nenavazující na konkrétní trestně právní úpravu. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	Tento návrh ve svém návrhu § 3021 občanského zákoníku pracuje s pojmem „oběti“ i mimo trestněprávní kontext. Právě na tuto navrhovanou úpravu navazuje návrh § 28 odst. 4 zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví v tuto chvíli nedisponuje informacemi, že by na úrovni výše uvedeného návrhu novely občanského zákoníku došlo k terminologickému posunu, takže v tuto chvíli setrvává na zvolené terminologii. Ministerstvo se nicméně nebrání další diskuzi v tomto ohledu, a to i s ohledem na vývoj výše uvedené novely občanského zákoníku.
	10. K čl. I bodu 59 (§ 28 odst. 7) Vítáme, že návrh zahrnuje úpravu poskytování zdravotní péče osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detenci a osobám zbaveným svobody podle zákona o Policii ČR a poskytuje zákonný rámec pro výjimky ze zásady důvěrnosti poskytování zdravotních služeb. Jedná se o téma, za něž byla Česká republika opakovaně kritizována ze strany Evropského výboru pro předcházení mučení a jiného nelidského či ponižujícího zacházení a trestání („CPT“). CPT upozorňoval na svá zjištění o systematické přítomnosti policistů a vězeňských dozorců při lékařských prohlídkách, která může zadrženou osobu, se kterou je špatně zacházeno, odradit od toho, aby promluvila (vizte body 23 a 62 Zprávy pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou CPT vykonal ve dnech 2. až 11. října 2018). Z našeho pohledu je ale první věta § 28 odst. 7 problematická, protože odkazuje na poskytování zdravotních služeb „(…) *osobám omezeným na svobodě podle jiného právního předpisu (…)“*. Omezení práva na důvěrnost by tedy dopadalo i na děti v ústavní a ochranné výchově, cizince v zařízení pro zajištění	**<u>Akceptováno.</u>** Ustanovení § 28 odst. 7 nově na základě této a dalších připomínek zní: ***„(7) Právo pacienta na důvěrnost a respektování soukromí uvedené v odstavci 3 písm. a) a právo odmítnout přítomnost třetích osob uvedené v odstavci 3 písm. h) může být na žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka omezeno v případě poskytování zdravotních služeb*** ***a) pacientovi ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, a to dohledem nebo dohledem a doslechem příslušníka Vězeňské služby,*** ***b) pacientovi omezenému na svobodě podle zákona o Policii České republiky dohledem příslušníka Policie České republiky.*** ***O uplatnění dohledu nebo dohledu a doslechu se provede záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“*** Zároveň doplněná i důvodová zpráva dle požadavku připomínkového místa.

	cizinců nebo pacienty v ochranné léčbě. U těchto skupin přitom pro omezení zásady důvěrnosti poskytování lékařských služeb neexistuje důvod. Proto požadujeme, aby v čl. I bodu 59 návrhu byla slova „osobám omezeným na svobodě podle jiného právního předpisu“ nahrazena slovy „osobám omezeným na svobodě podle zákona o Policii ČR“. Ze znění navrhovaného ustanovení ani důvodové zprávy nevyplývá, že přítomnost dozorce či příslušníka policie v ordinaci je toliko krajním řešením. Pacientům je vždy nezbytné zajistit co nejvyšší míru soukromí, která je v daném kontextu možná. V souladu s doporučením CPT je žádoucí, aby lékařská vyšetření osob omezených na osobní svobodě byla prováděna, pokud to podmínky poskytování zdravotní péče jakkoli dovolují, mimo dohled a doslech jiných osob, tedy i policie a dozorců. Z těchto důvodů také požadujeme doplnění důvodové v tomto smyslu. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	
	11. K čl. I bodu 60 (§ 30 odstavce 1 a 2) Ustanovení § 30 odst. 2 ve spojení s odstavcem 1 zákona o zdravotních službách stanoví, že Vězeňská služba ustanoví tlumočníka v případě osob, které jsou pacienty ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence anebo jde-li o tlumočení z cizího jazyka. Domníváme se, že účelem těchto ustanovení je zabezpečit komunikaci pacienta s lékařem nebo jiným zdravotnickým pracovníkem tak, aby se dostatečným způsobem domluvili a porozuměli sdělovaným informacím, bez ohledu na formu, jakou bude tlumočení zajištěno. Stávající znění § 30 odst. 1 pak může vést nejen k výkladu, že zakládá povinnost zajistit tlumočení prostřednictvím soudních tlumočníků, ale také k tomu, že k ustanovení tlumočníka je zapotřebí písemného rozhodnutí. Formalizace ustanovování tlumočníků pak může představovat překážku v přístupu ke zdravotním službám, a to z důvodu	**<u>Akceptováno.</u>** Ustanovení § 30 odst. 1 je navrhováno následovně: *„(1) Pacient se smyslovým postižením nebo s těžkými komunikačními problémy zapříčiněnými zdravotními důvody má při komunikaci související s poskytováním zdravotních služeb právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení* druhou osobou. *V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence* ~~*ustanoví tlumočníka*~~ ***zajistí tlumočení*** *Vězeňská služba.“*

	nutnosti časové harmonizace poskytování zdravotní péče s časovou dostupností tlumočníků. Proto v § 30 odst. 1 zákona o zdravotních službách požadujeme, aby poslední věta zněla: „V případě osob ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence zajistí tlumočení Vězeňská služba.“ **Tato připomínka je zásadní**	
	13. K čl. I bodu 71 (§ 39 odst. 4) Uvedené ustanovení nově stanoví povinnost poskytovatele zdravotních služeb vést evidenci použití omezovacích prostředků a upravuje obsah této evidence. Oceňujeme, že v souladu s revidovaným standardem CPT „Omezovací prostředky v psychiatrických zařízeních pro dospělé“ ze dne 21. března, je rozšiřován a specifikován výčet údajů, které mají být součástí evidence použití omezovacích prostředků. Současně však upozorňujeme, že uvedený revidovaný Standard CPT vyžaduje, nad rámec nově požadovaných informací podle návrhu, také zaznamenávání následujících údajů: okolností případu, důvodů pro použití omezení, jména lékaře, který jej nařídil nebo schválil a výčet případných zranění utrpěných pacientem nebo členy personálu. Jelikož jsou tyto informace součástí zdravotnické dokumentace pacientů, domníváme se, že není nutné dublovat jejich zaznamenávání rovněž v nové evidenci. Za účelem možnosti dohledat tyto informace je však nezbytná identifikace konkrétního pacienta. Ta umožní provádět zpětnou kontrolu použití omezovacích prostředků a hodnotit, zda by napříště nebylo možné se jejich použití vyvarovat, případně jakým způsobem. Proto požadujeme z návrhu § 39 odst. 4 vypustit větu „Identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v evidenci neuvádějí.“ bez náhrady. Dále považujeme pro potřeby zpětné kontroly za klíčové, aby evidence byla vedena samostatně každým oddělením příslušného zařízení zvlášť. Jenom takto bude možné hodnotit a případně zkvalitňovat používané postupy v rámci jednotlivých oddělení a v pracovních týmech v zařízení.	**Částečně akceptováno.** Ad identifikační údaje pacienta: Evidence použití omezovacích prostředků, tak, jak je koncipována, přináší spíše makro pohled na využívání omezovacích prostředků poskytovatelem, bez orientace na konkrétní pacienty (k tomu slouží primárně záznamy o použití omezovacího prostředku ve zdravotnické dokumentaci). Nové zavedení povinnosti uvádění identifikačních údajů pacienta pak jednak představuje zásah do ochrany osobních údajů (i v souvislosti s novou možností příslušných správních orgánů a ministerstva si evidenci vyžádat), dále se to jeví jako velká zátěž dopadající na poskytovatele. Ad vedení evidence dle oddělení: Připomínka v tomto ohledu částečně akceptována tak, že v jediné centrální evidenci bude označeno oddělení, na němž k použití OP došlo. K tomu srov. upravené znění § 39 odst. 4.

	Požadujeme proto upřesnit vedení evidence v uvedeném smyslu. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	
	14. K čl. I bodu 72 (§ 39 odst. 5) Nově doplňované ustanovení určuje osoby oprávněné rozhodnout o dočasném přerušení nebo ukončení použití omezovacího prostředku. Toto oprávnění by měl mít i „jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání“. Tedy patrně například i sanitáři. Ti by však měli povolání vykonávat pod odborným dohledem nebo přímým vedením (vizte § 42 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb.). Obdobně také ošetřovatelé (§ 36 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb.). Z návrhu není také zřejmý bližší postup v těchto výjimečných situacích před tím, než taková osoba o přerušení nebo ukončení použití omezovacího prostředku rozhodne, pouze že dané osoby mají takovou možnost. Používáním omezovacích prostředků se zabýval ESLP např. ve věci M. S. proti Chorvatsku (č. 2), č. 75450/12, rozsudek ze dne 19. února 2015, § 57; Mockuté proti Litvě, č. 66490/09, rozsudek ze dne 27. února 2018, § 93. Odkázal zde na činnost CPT, podle kterého každé zařízení by mělo mít komplexní a pečlivě vypracovanou politiku omezování. Tato politika by měla jasně stanovit (...) potřebný dohled a opatření, která je třeba přijmout po ukončení opatření. *Personál musí být vyškolen* v používání omezovacích prostředků. (...). Pokud jde o dohled, měl by být vždy, když jsou vůči pacientovi použity mechanické omezovací prostředky, *přítomen kvalifikovaný pracovník*, aby udržoval terapeutickou alianci a poskytoval pomoc. Nadto CPT zdůrazňuje zvláštní pozornost *pohovoru po skončení omezení*. Rozhovor je zásadní pro to, aby se pacientovi dostalo vysvětlení důvodu omezení, zmírnilo se trauma z tohoto zážitku a obnovil se vztah mezi lékařem a pacientem. Domníváme se, že rozhodnutí o přerušení nebo ukončení použití omezovacího prostředku si žádá posouzení kvalifikovaného pracovníka. Máme proto pochybnosti, zda lze tento požadavek splnit u zdravotnických pracovníků nelékařského povolání. Požadujeme proto vyjasnit, jak bude	**<u>Vysvětleno.</u>** Návrh novely zákona připouští přerušení nebo ukončení omezení jiným nelékařským zdravotníkem pouze za předpokladu, že není bezprostředně dostupný lékař nebo sestra se specializací pro péči v psychiatrii (případně dětská sestra) a pokud se omezení jeví jako nepřiměřené. O ukončení navíc musí být některý z výše uvedených zdravotnických pracovníků neprodleně informován. V drtivé většině se v těchto případech bude jednat o rozhodnutí jiného nelékařského zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu, jelikož, jak správně uvádí připomínkové místo, nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří nemají způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, mohou zdravotní výkony provádět pouze pod dohledem nebo přímým vedením zdravotnických pracovníků způsobilých k samostatnému výkonu povolání. Teoreticky ovšem může v praxi nastat i situace, kdy se u omezeného pacienta bude nacházet pouze např. sanitář či ošetřovatel, a v kritických případech, kdy pokračování omezení bude zcela nepřiměřené nebo až ohrožující, by i tento zdravotnický pracovník měl být oprávněn rozhodnout o přerušení či ukončení omezení. Ministerstvo nadto upozorňuje, že se v daných případech nejedná o možnost rozhodnout o omezení, ale naopak omezení ve výjimečných případech přerušit či omezit. Provedení rozhovoru po skončení omezení přímo nesouvisí s ukončením omezení. Současně není nezbytné (a dle některých názorů ani žádoucí), aby následný rozbor prováděl stejný

	tento požadavek zajištěn, a dále upřesnit kroky před tím, než osoby přistoupí k přerušení či ukončení omezení. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	pracovník, který omezení ukončoval. Tyto dva úkony nelze spojovat. Smyslem této změny je především zkrácení doby omezení tak, aby nebylo vyčkáváno příchodu lékaře nebo sestry se specializovanou způsobilostí i přes skutečnost, že omezení již není nutné. Jiný zdravotnický nelékař ale přichází v úvahu až jako druhá možnost.
	15. K čl. I bodu 73 [§ 40 odst. 1 písm. b)] Uvedené ustanovení, které poskytovateli zdravotních služeb stanoví povinnost oznámit soudu do 24 hodin dodatečné omezení pacienta, který byl hospitalizován na základě souhlasu, je měněno tak, že by poskytovatel měl tuto povinnost tehdy, pokud by omezení pacienta trvalo po dobu delší než 24 hodin. Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (dále jen „ZŘS“) ve svém § 75 upravuje oznamovací povinnosti zdravotního ústavu tak, že rozlišuje oznamovací povinnost v případě hospitalizace (v odstavci 1) a dodatečné omezení či odvolání předchozího písemného souhlasu (v odstavci 2). Navrhovaná úprava je v rozporu s uvedenou úpravou v ZŘS tím, že oznamovací povinnost omezuje pouze na ty případy omezení, které trvají déle než 24 hodin. Z tohoto důvodu je nezbytné do návrhu zákona doplnit i změnu ZŘS. Proto požadujeme, aby předkladatel do návrhu doplnil změnu § 75 ZŘS, které by po zapracování změn znělo: „§ 75 (1) Zdravotní ústav, ve kterém jsou umisťovány osoby z důvodů uvedených v jiném právním předpise, je povinen oznámit do 24 hodin soudu, v jehož obvodu zdravotní ústav je, převzetí každého, kdo v něm byl umístěn bez svého písemného souhlasu. **Obdobně se postupuje v případě, pokud člověk svůj písemný souhlas odvolá.** (2) Je-li člověk, který byl přijat do zdravotnické péče se svým písemným souhlasem, omezen ve volném pohybu nebo styku s vnějším světem až v průběhu léčení, ~~anebo svůj písemný souhlas odvolá,~~ je zdravotní ústav povinen učinit oznámení podle odstavce 1 do 24 hodin poté, co k takovému omezení	**<u>Akceptováno jinak.</u>** Ministerstvo zdravotnictví souhlasí s nezbytností úpravy rozporu mezi úpravou v rámci ZŘS a ZZS, nicméně navrhuje tento rozpor vyřešit vypuštěním úpravy § 75 ZŘS. Oznamovací povinnost dle § 40 ZZS je provázaná s odpovědností poskytovatele zdravotních služeb za přestupek dle § 117 odst. 1 písm. v) téhož zákona, proto se Ministerstvu zdravotnictví jeví jako vhodnější zachovat úpravu této oznamovací povinnosti v zákoně o zdravotních službách. V této souvislosti Ministerstvo zdravotnictví navrhuje rovněž úpravu § 76 ZŘS. Do návrhu zákona se proto doplňuje novelizace zákona o zvláštních řízeních soudních, a to Části druhé, hlavy I, Dílů 3 a 4. Ministerstvo zdravotnictví považuje za vhodné šířeji upravit postup soudu a účastníků řízení o přípustnosti omezení ve volném pohybu při poskytování zdravotních služeb – toto řízení je dle stávající úpravy zohledněno pouze okrajově v § 75 odst. 2 a v § 76 ZŘS. Ministerstvo zdravotnictví nicméně považuje za vhodné tuto problematiku upravit samostatně a nezávisle na řízení o vyslovení přípustnosti a dalším držení ve zdravotnickém zařízení, jelikož použití omezovacích prostředků při poskytování zdravotních služeb je samostatným institutem nezávislým na institutu hospitalizace bez souhlasu. Zároveň Ministerstvo zdravotnictví navrhuje provedení terminologických změn do souhlasu s terminologii zákona o

	~~nebo odvolání souhlasu~~ došlo, pokud toto omezení trvá po dobu delší než 24 hodin. **To neplatí, trvá-li omezení po dobu do 24 hodin.**“ **Tato připomínka je zásadní**	zdravotních službách. Veškeré tyto návrhy je Ministerstvo zdravotnictví připraveno s Ministerstvem spravedlnosti dále prodiskutovat.
	16. K čl. I bodu 73 [§ 40 odst. 1 písm. b)] Podle návrhu bude mít poskytovatel nadále povinnost oznamovat soudu omezení trvající déle než 24 hodin. Není ale zřejmé, zda návrh řeší případné stavění této doby v důsledku dočasného přerušení trvání omezení (vizte § 39 odst. 5 návrhu). Po našem soudu tedy z návrhu není zřejmé, zda se do doby, po níž vzniká oznamovací povinnost, počítá trvání od počátku omezení, případně včetně doby přerušení, anebo součet doby omezení bez započítání doby přerušení. V praxi by to mohlo vést k negativním důsledkům z hlediska ochrany práv pacientů, případně k obcházení zákona ve vztahu k plnění oznamovací povinnosti soudu. Požadujeme proto upravit znění daného ustanovení, nebo alespoň v důvodové zprávě vyjasnit uvedený aspekt. **Tato připomínka je zásadní**	**Akceptováno.** Ustanovení § 40 odst. 1 písm. b) bude upřesněno tak, aby bylo stanoveno, že do doby uvedené v tomto ustanovení se započítává i doba, po kterou bylo použití omezovacího prostředku pouze dočasně přerušeno.
	17. K čl. I bodu 75 (§ 40 odst. 3) Navrhované ustanovení upravuje návrhové oprávnění pacienta a dalších osob na přezkoumání přípustnosti omezení. Tato úprava je svou povahou procesní, a proto by měla být zařazena do procesní normy, kterou představuje ZŘS, na který je v poznámce pod čarou odkazováno. ZŘS již dnes upravuje procesní otázky návrhových oprávnění osoby (§ 76) včetně postavení dalších osob jako důvěrníka a podpůrce (§ 68), zmocněnce a opatrovníka osoby (§ 69). Proto ze změn zákona o zdravotních službách požadujeme vyjmout čl. I bod 75 a v něm obsaženou úpravu začlenit do nové části, kterou se mění ZŘS, v této souvislosti konkrétně pak jeho § 76. Pokud předkladatel bude trvat na úpravě návrhových oprávnění dalších osob podle § 40 odst. 3 návrhu změny zákona o zdravotnických službách, pak bychom požadovali, aby tuto úpravu přizpůsobil výše uvedeným ustanovením ZŘS.	**Akceptováno částečně.** Ministerstvo zdravotnictví považuje za vhodnější úpravu ponechat v zákoně o zdravotních službách, jelikož zákon o zdravotních službách obsahuje jak katalog povinností poskytovatelů zdravotních služeb, tak i katalog práv pacientů. Ustanovení § 40 zakotvuje právě tyto povinnosti poskytovatelů (odst. 1 a 2), na které jsou dále navázány skutkové podstaty přestupků podle téhož zákona [§ 117 odst. 1 písm. v)], a dále i právo pacienta na soudní přezkum nedobrovolné hospitalizace a použití omezovacího prostředku. Nicméně se do návrhu zákona doplňuje novelizace zákona o zvláštních řízeních soudních, a to Části druhé, hlavy I, Dílů 3 a 4.

	Tato připomínka je zásadní	
	18. K čl. I bodům 73 a 75 (§ 40) Ustanovení § 40 po zapracování navrhovaných změn bude upravovat tři druhy okolností, za kterých vzniká poskytovateli oznamovací povinnost, a to hospitalizaci bez souhlasu, hospitalizaci po odvolání předchozího písemného souhlasu a dodatečné omezení pacienta. V případech hospitalizace bez souhlasu nebo po odvolání předchozího písemného souhlasu ponechá změněná úprava oznamovací povinnost, pokud tyto trvají po dobu do 24 hodin. Až po uplynutí těchto 24 hodin může pacient a další osoby podat návrh na vyslovení přípustnosti převzetí (§ 76 odst. 2 ZŘS). Oproti tomu u dodatečného omezení zakotvuje oznamovací povinnost pouze pro omezení delší než 24 hodin a následně zavádí návrhové oprávnění pacienta na omezení trvající po dobu do 24 hodin. Není nám jasné, z jakého důvodu k uvedenému rozlišování v době trvání mezi jednotlivými případy (hospitalizace, odvolání předchozího písemného souhlasu, dodatečné omezení) dochází. Proto požadujeme buď úpravu vzniku oznamovací povinnosti sjednotit nebo v důvodové zprávě rozvést, proč se mezi těmito případy takto rozlišuje. **Tato připomínka je zásadní**	**Vysvětleno.** Hospitalizace je definována zákonem jako pobyt pacienta na lůžku zpravidla přesahující 24 hodin, po kterou je pacientovi přijatému na lůžko ve zdravotnickém zařízení poskytovatele lůžkové péče poskytována lůžková péče. O tom, zda je pacient hospitalizován či nikoli, se ale rozhoduje v okamžiku přijmu takového pacienta. Pokud ustanovení § 40 odst. 1 písm. a) poskytovateli ukládá povinnost oznámit nedobrovolnou hospitalizaci, tato povinnost poskytovateli vzniká (a 24hodinová lhůta běží) od okamžiku příjmu takového pacienta. Poskytovatel tuto povinnost musí splnit i v případě, že pacient bude následně propuštěn dříve než do 24 hodin (s tím je v souladu i § 72 ZŘS). Jinak řečeno, nedobrovolná hospitalizace se soudu oznamuje vždy, 24hodinová lhůta je stanovená pouze pro splnění povinnosti poskytovatele [překročí-li poskytovatel tuto lhůtu, naplní tím skutkovou podstatu přestupku podle § 117 odst. 1 písm. v) zákona o zdravotních službách].
	19. K čl. I bodům 73 a 75 Návrh zasahuje do základních práv a svobod, upravených v základních lidskoprávních dokumentech, zejména v čl. 8 Listiny základních práv a svobod a čl. 5 Evropské Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Tyto články jsou zároveň předmětem interpretace soudů, kde se soudy k otázkám zásahu do těchto článků vyjadřovaly i v souvislosti s podobnými instituty (záchytná služba). Navrhovaná oznamovací povinnost v případě dodatečných omezení trvajících déle než 24 hodin se dotýká čl. 8 odst. 6 Listiny, podle kterého má soud oznámit omezení do 24 hodin. Je otázkou, zda a kdy zdravotní ústav zjistí, zda toto omezení bude trvat dobu delší než 24 hodin a zda vůbec může stihnout toto	**Akceptováno jinak.** Ministerstvo zdravotnictví v návaznosti na tuto a další připomínky zkrátilo dobu použití omezovacího prostředku, od které je nutno provést oznámení soudu, na 12 hodin.

	oznámení sdělit soudu. Důvodová zpráva by tak měla obsahovat posouzení souladnosti návrhu s uvedenými ustanoveními. Z těchto důvodů požadujeme doplnit důvodovou zprávu o posouzení souladu s ústavní úpravou. **Tato připomínka je zásadní**	
	20. K důvodové zprávě k čl. I bodu 75 Podle navrhovaného znění ustanovení § 40 odst. 3 bude stanoveno, že pacient a další osoby právo mají právo uplatnit návrh u soudu, pokud bude dodatečné omezení trvat do 24 hodin. Pokud bude dodatečné omezení trvat déle než 24 hodin, musí zdravotní ústav do 24 hodin od existence dodatečného omezení oznámit toto omezení soudu. Pokud zdravotní ústav tuto povinnost nesplní, návrh může podat i pacient podle úpravy v § 76 odst. 2 ZŘS. Vzhledem k možným výkladovým komplikacím proto požadujeme doplnit důvodovou zprávu o vysvětlení postupu v případě dodatečných omezení. **Tato připomínka je zásadní**	**Vysvětleno.** S ohledem na změnu doby, po kterou není třeba oznamovat omezení pacienta, na maximálně 12 hodin, má Ministerstvo zdravotnictví za to, že byly odstraněny i výkladové nejasnosti, na které poukazuje tato připomínka.
	21. K čl. I bodu 87 (§ 44f) Ustanovení upravuje poskytování péče v tzv. centrech komplexní péče o děti (dále jen „CKP“), ve kterých se poskytuje dlouhodobá lůžková péče a stacionární péče nezletilým pacientům se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním (odst. 1). CKP současně může poskytovat respitní péči, která může být pacientovi poskytována nejdéle po dobu 14 po sobě jdoucích dní a její celkový rozsah za každých 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců nesmí přesáhnout 60 dní (odst.2). Navrhované znění uvádí odlehčovací respitní péči jen jako možnou variantu v odstavci 2. CKP tedy může poskytovat pouze dlouhodobou lůžkovou a stacionární péči podle odstavce 1 a nikoli zároveň žádoucí a v praxi potřebnou odlehčovací péči. Důvodová zpráva uvádí, že CKP je zdravotnickým zařízením. Není zřejmé, v čem spočívá komplexnost poskytovaných služeb. Poskytování sociálních služeb by mělo být povinnou součástí služeb poskytovaných CKP. Proto požadujeme v důvodové zprávě vymezit, jaké spektrum služeb	**Částečně akceptováno, vysvětleno.** Ustanovení § 44f odst. 2 přeformulováno následovně: *„(2) Poskytovatel zřizující centrum komplexní péče o děti na základě indikace ošetřujícího lékaře a na žádost zákonného zástupce, pěstouna nebo jiné pečující osoby o pacienta, pokud je žadatel zároveň osobou nepřetržitě pečující o pacienta podle odstavce 1, přijme tohoto pacienta na přechodnou dobu do péče na lůžko za účelem umožnění odpočinku a odlehčení žadatele a podpory další péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, pokud z důvodu zdravotního stavu pacienta nelze tuto péči poskytnout podle zákona o sociálních službách. Péče podle věty první může být tomuto pacientovi poskytována nejdéle po dobu 14 po sobě jdoucích dní a její celkový rozsah za každých 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců nesmí přesáhnout 60 dní.“* Co se týče limitu poskytování dlouhodobé lůžkové péče, ty zákonem výslovně stanoveny nejsou, stejně tak jako nejsou stanoveny pro poskytování lůžkové péče obecně, jelikož tyto

	bude CKP poskytovat, tedy v čem bude spočívat komplexnost služeb. Dále z navrhovaného znění není zřejmé, jaké jsou limity poskytování dlouhodobé lůžkové péče. V odstavci 1 nejsou na rozdíl od odstavce 2 uvedena žádná časová omezení pro pobyt nezletilých v těchto zařízeních. Není zřejmé, kdo bude dlouhodobou lůžkovou péči v CKP indikovat, ani kdo bude garantem toho, že nezletilí nebudou do CKP umístěni na dobu neurčitou. Upozorňujeme, že Česká republika je zejména Výborem OSN pro práva dítěte kritizována za nadměrné umisťování zejména malých dětí do ústavních zařízeních. CKP mají přitom sloužit dětem do 18 let věku, čímž se cílová skupina ještě rozšiřuje. Evropský výbor ve svém rozhodnutí *European Roma Rights Centre (ERRC) a Mental Disability Advocacy Centra (MDAC) pro České republice* po podrobném přezkumu shledal, že systém umisťování dětí do dětských domovů pro děti do tří let věku, tzv. kojeneckých ústavů je v rozporu s článkem 17 Evropské sociální charty z roku 1961 („Charta“). Evropský výbor konstatoval, že: i) používání právní úpravy ústavní péče a provozování tzv. kojeneckých ústavů stanovené v zákoně o zdravotních službách nezaručuje náležitou ochranu a péči dětem do tří let věku; ii) nebyla dosud přijata dostatečná opatření pro poskytování služeb dětem ve věku do tří let v rodinném prostředí a komunitním prostředí rodinného typu a k postupné deinstitucionalizaci stávajícího systému péče o nejmenší děti; iii) nebyla přijata nezbytná opatření k zajištění práva na náležitou ochranu a vhodné služby péče o děti romského původu a děti s postižením do tří let věku. Evropský výbor konkrétně uvedl, že § 971 občanského zákoníku sice jasně zakotvuje přednost rodinné a náhradní rodinné péče, avšak právní úprava dětských domovů pro děti do tří let věku v § 43 a 44 zákona o zdravotních službách nestanoví přesné právní podmínky pro přijetí dítěte. Zákon o zdravotních službách nijak neomezuje délku pobytu v ústavu, ani nestanoví povinnost ústavu v každém případě informovat o umístění orgán sociálně-právní ochrany dětí. Z uvedeného důvodu je právní úprava provozování dětských domovů pro	stanovit ani nelze. Obecně platí, že zdravotní služby mohou být poskytovány formou lůžkové péče pouze v případech, že zdravotní stav pacienta vyžaduje hospitalizaci, tj. pobyt pacienta na lůžku (§ 9 odst. 1 věta první zákona o zdravotních službách). Nevyžaduje-li zdravotní stav nezletilého pacienta hospitalizaci, neměly by mu být zdravotní služby poskytovány formou lůžkové péče. To platí i pro dlouhodobou lůžkovou péči poskytovanou centry komplexní péče o děti. Ministerstvo zdravotnictví si uvědomuje problém nadměrného umísťování zejména malých dětí do ústavních zařízení. Z tohoto důvodů k 1. lednu 2025 dochází k zániku dětských domovů pro děti do 3 let věku. Není ovšem pravdou, že zákon o zdravotních službách nikterak neomezuje délku hospitalizace ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (viz výše). Nadužívání lůžkové péče představuje non lege artis postup a jako takové nemá být ani hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Informační povinnost poskytovatele zdravotních služeb je stanovená v § 10 odst. 4 zákona č. 359/1999 Sb. Pokud je tato informační povinnost poskytovatelů vůči OSPOD nedostatečná, Ministerstvo zdravotnictví doporučuje iniciovat úpravu zákona č. 359/1999 Sb. a je případně připraveno se na této úpravě podílet. Právní úprava center komplexní péče o děti není dle mínění Ministerstva zdravotnictví bezbřehá, a to mj. i proto, že je důsledně omezeno nadužívání respitní péče podle § 44f odst. 2, a to tak, aby nemohlo dojít k excesivní ústavní péči o děti.

	děti do tří let věku sama o sobě neslučitelná s článkem 17 Charty, který obsahuje závazek zajistit účinné uplatnění práva malých dětí na ochranu. Obdobně se k deinstitucionalizaci staví judikatura ESLP, vizte například věc Havelka a ostatní proti České republice (č. 23499/06, rozsudek ze dne 21. června 2007). Z uvedeného je zřejmé, že je třeba se vyhnout neurčité právní úpravě CKP obdobně jako v případě bezbřehé právní úpravy dětských domovů pro děti do tří let věku v § 43 a 44 zákona o zdravotních službách. Domníváme se, že odstavec 1 by měl obsahovat přísné omezení délky pobytu v CKP. Současně by měla být stanovena povinnost CKP informovat o pobytu dítěte orgán sociálně-právní ochrany dětí. Evropský výbor výslovně upozornil, že ochrana před deinstitucionalizací se vztahuje na všechny děti bez rozdílu, tj. včetně dětí se zdravotním postižením. Z uvedeného dále vyplývá nutnost jasně vymezit cílovou skupinu. Odstavec 1 hovoří o nezletilých pacientech se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním, což je příliš široký pojem. Stejně tak je třeba omezit délku dlouhodobé lůžkové péče, obdobně jako je tomu v případě respitní péče dle odstavce 2, přičemž poskytování péče nezletilému v zařízení jakéhokoli typu by mělo být omezeno na minimum. Podpora by měla směřovat k péči o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí. Uvedené doporučuje i Evropský výbor pro sociální práva v předmětném rozhodnutí, podle kterého by měly být financovány alternativy k ústavní péči. Proto požadujeme vymezit, za jakých podmínek a jaké konkrétní cílové skupině bude poskytována dlouhodobá lůžková péče. Pokyny pro rušení ústavů pro osoby se zdravotním postižením vztahující se i na mimořádné situace vydané Výborem pro práva osob se zdravotním postižením dne 10. října 2022 stanoví povinnost států, které jsou smluvní stranou Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, ukončit praxi umisťování osob se zdravotním postižením do ústavů. Umisťování osob se zdravotním postižením do ústavů představuje vůči osobám se zdravotním postižením diskriminační praxi, která je v rozporu	

	s článkem 5 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Proto požadujeme zpřesnit úpravu CKP tak, aby dlouhodobá lůžková péče nebyla poskytována v zařízeních, kde budou dlouhodobě pobývat děti na „dobrovolném pobytu“ bez dohledu orgánu sociálně-právní ochrany dětí. **Tato připomínka je zásadní**	
	22. K čl. I bodu 93 [§ 45 odst. 2 písm. h)] Novelizační ustanovení nově zavádí povinnost dosavadního registrujícího poskytovatele předat ve vymezené lhůtě kopii zdravotnické dokumentace o pacientovi jeho novému registrujícímu poskytovateli. Upozorňujeme, že zdravotnická dokumentace obsahuje také ryze spisovou část, která je v podmínkách Vězeňské služby poměrně obsáhlá a její kopírování může představovat citelný nárůst administrativní činnosti a zásah do relativně křehkého systému poskytování zdravotních služeb. Pořizování kompletních kopií zdravotnických dokumentací by ve srovnání s účinkem a vytěžitelností zdravotnických dokumentací představovalo také nadbytečnou ekonomickou zátěž. Pro nového registrujícího poskytovatele by totiž např. souhlasy a nesouhlasy s nahlížením do zdravotnické dokumentace jiného poskytovatele byly zcela irelevantní. Kopie zdravotnických dokumentací by také, v případě jejich poskytnutí v listinné podobě, musely být adekvátním způsobem uchovávány. Pokud by byly předány poskytovateli, který vede zdravotnickou dokumentaci pouze v elektronické podobě, bude je muset tento poskytovatel převádět do podoby elektronické, což by opět vedlo k další neúměrné zátěži. Z těchto důvodů požadujeme omezit rozsah zdravotnické dokumentace, jejíž kopie má být předávána novému registrujícímu poskytovateli, a to např. tím, že by byly z této povinnosti vyloučeny části zdravotnické dokumentace obsahující záznamy administrativního a spisového charakteru. **Tato připomínka je zásadní**	**Vysvětleno.** Obdobně jako v případě připomínky MSp. č. 2, Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že nástupem do výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence nedochází k zániku registrace pacienta k dosavadnímu registrujícímu poskytovateli primární péče. Tím samozřejmě není dotčen § 29 odst. 2 písm. e) zákona o zdravotních službách (osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody a zabezpečovací detence jsou omezeny ve své možnosti volby poskytovatele zdravotních služeb), nicméně registrující poskytovatel primární péče zůstává registrujícím poskytovatelem i po dobu výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence. Ačkoli tedy úvahu MSp, že Vězeňská služba po dobu výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence prakticky vykonává činnosti registrujícího poskytovatele zdravotních služeb (zajišťuje mj. i poskytování primární péče pacientovi), sama o sobě nemá status registrujícího poskytovatele ve smyslu zákona o zdravotních službách, a tedy se na Vězeňskou službu povinnosti uvedené v § 45 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách neuplatní.
	23. K čl. I bodu 96 [§ 45 odst. 3 písm. i)]	**Akceptováno k dalšímu řešení.**

	Vítáme, že návrh zakotvuje povinnost poskytovatele zdravotních služeb oznámit státnímu zástupci podezření, že pacient mohl být podroben špatnému zacházení. Za problematické však považujeme předkladatelem pojaté vymezení špatného zacházení podle důvodové zprávy. Důvodová zpráva vykládá špatné zacházení jako každé jednání, které nerespektuje lidskou důstojnost včetně nerespektování sociální autonomie a soukromí, tedy v tom nejširším slova smyslu. Podobnou širokou definici špatného zacházení upravuje § 1 odst. 3 zákona č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv. Máme za to, že kontext pro účely zákona o zdravotních službách se liší od působnosti ochránce, u kterého je široce pojatá definice bezesporu v souladu s jeho posláním. Předkladatelem široce pojatá definice špatného zacházení by však v případě oznámení státnímu zastupitelství používána být neměla. Podle našeho názoru by oznámení státnímu zástupci měly podléhat situace, které představují porušení článku 3 Evropské úmluvy o lidských právech („EÚLP“). Je třeba připomenout, že ne každé nevhodné zacházení s jednotlivci je špatným zacházením ve smyslu článku 3 EÚLP. Aby zacházení dosáhlo intenzity špatného zacházení ve smyslu EÚLP, musí slovy ESLP překročit určitý práh závažnosti. Ten vždy závisí na všech okolnostech konkrétního případu, jakými jsou doba trvání zacházení, jeho fyzické a psychické následky a v některých případech též pohlaví, věk a zdravotní stav oběti (vizte např. *Gäfgen proti Německu*, č. 22978/05, rozsudek velkého senátu ze dne 1. června 2010, § 88). Vliv na posouzení závažnosti zacházení budou mít rovněž účel zacházení a případný úmysl dané osobě působit bolest či ji ponížit (*Aksoy proti Turecku*, č. 21987/93, rozsudek ze dne 18. prosince 1996, § 64). Práh závažnosti zacházení se zásadním způsobem snižuje, nachází-li se jednotlivec v moci státních orgánů, tj. zejména v případech zbavení svobody, byť jen krátkodobého. Užijí-li v takových případech státní orgány fyzické síly, která nebyla s ohledem na chování zadržené osoby nezbytně nutná, zasahují tím do její lidské důstojnosti a v zásadě vždy se v	Ministerstvo zdravotnictví je připraveno připomínku MSp akceptovat a v tomto případě opět vítá nabídku spolupráce ze strany MSp. Ministerstvo zdravotnictví si dovoluje požádat MSp o návrh změny důvodové zprávy ve výše popsaném rozsahu.

	těchto případech dopustí článkem 3 EÚLP zakázaného zacházení (*Bouyid proti Belgii*, č. 23380/09, rozsudek velkého senátu ze dne 28. září 2015, § 88). Pokud důvodová zpráva subsumuje pod pojem špatného zacházení i projevy neúcty k člověku a jeho právům, nerespektování jeho sociální autonomie, soukromí nebo práva na spoluúčast v procesu rozhodování o jeho vlastním životě či zneužívání závislosti na poskytované péči nebo její prohlubování, máme za to, že takto nastavený práh pro identifikaci špatného zacházení, které má být oznamováno, je pod minimálním prahem závažnosti stanoveným EÚLP a je příliš nízký. Takto široce pojímaná oznamovací povinnost podle našeho názoru není nezbytná ani vhodná. Mohla by vést nejprve k oznamování jednání, které šetření státním zástupcem nevyžaduje a zbytečně státní zastupitelství zahltí, následně naopak k tomu, že by nedocházelo ani k oznamování špatného zacházení, které šetření rozhodně vyžaduje. Pod pojmem nerespektování sociální autonomie či soukromí pacienta si lze podle našeho názoru představit situace, kdy např. personál poskytovatele vstoupí do místnosti v okamžiku, kdy se pacient převléká po osobní hygieně a je zcela nahý. Případně situaci, kdy pacient vykonává potřebu a člen personálu jej překvapí na toaletě, kam vstoupil s cílem zde uklidit. Těmto situacím je jistě nutné se při poskytování zdravotních služeb rovněž v maximální míře vyvarovat, máme však za to, že není nutné je oznamovat státnímu zastupitelství. Proto požadujeme v důvodové zprávě popsat pro zdravotnické pracovníky návodným způsobem okruh skutečností, které vypovídají o tom, že osoba omezená na svobodě mohla být podrobena špatnému zacházení. V této souvislosti jsme připraveni poskytnout Ministerstvu zdravotnictví naši součinnost. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	
	24. K čl. I bodu 98 [§ 46 odst. 1 písm. c)] Novelizační ustanovení zakotvuje do zákona o zdravotních službách povinnost poskytovatele zdravotních služeb zajistit	**<u>Akceptováno jinak.</u>** Srov. vypořádání připomínky MSp. č. 6. a 7.

	informovanost pacienta, který vykazuje znaky oběti domácího nebo sexuálního násilí, o dostupné sociální, psychologické a právní pomoci. Upozorňujeme, že podle § 10 odst. 2 zákona č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů, je poskytovatel zdravotních služeb, pokud je zdravotnickým zařízením, které je prvním kontaktním místem poskytujícím oběti zdravotní péči po spáchání trestného činu, povinen, i bez žádosti této oběti, poskytnout podle § 8 odst. 1 písm. b) zákona o obětech trestných činů této oběti informace o tom, na které subjekty zapsané v registru poskytovatelů pomoci obětem trestných činů se oběť může obrátit s žádostí o odbornou pomoc a za jakých podmínek má právo na poskytnutí bezplatné odborné pomoci, a předá oběti kontakty na tyto subjekty. Navrhované ustanovení § 46 odst. 1 písm. c) novelizovaného zákona by mohlo být interpretováno jako speciální ustanovení, které by aplikaci § 10 odst. 2 zákona o obětech trestných činů vylučovalo, a naopak by podmiňovalo poskytnutí předmětných informací podáním žádosti ze strany oběti. Z těchto důvodů požadujeme do čl. I bodu 98 návrhu za slova „psychologické a právní pomoci“ doplnit slova „; tím není dotčena povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytnout obětem trestných činů informace podle zákona upravujícího práva obětí trestných činů“. Dále upozorňujeme, že v praxi některé oběti sexuálního násilí zpočátku nechtějí podat trestní oznámení, avšak následně se rozhodnou, např. z důvodu pokračujícího násilí, trestní oznámení podat. Aktuálně projednávaný návrh směrnice o potírání násilí vůči ženám a domácího násilí klade důraz na zajištění informovanosti obětí zejména sexuálního násilí o potřebnosti zajištění důkazních prostředků pro účely možného vedení trestního řízení, a to i pro případ budoucího uplatnění práv ze strany oběti. Z těchto důvodů, a také v souvislosti s aktuálním projednáváním výše uvedeného návrhu směrnice, navrhujeme doplnit do § 46 odst. 1 nové písmeno, které by upravovalo informování oběti trestného činu o důležitosti zabezpečení důkazních prostředků. Tato navrhovaná změna míří především na situace, ve kterých oběť vyhledá	

	poskytovatele zdravotních služeb za účelem poskytnutí lékařského ošetření, při kterém ale neoznámí nebo nechce oznámit trestnou činnost orgánům činným v trestním řízení. Při konkrétní formulaci tohoto doplnění jsme připraveni poskytnout předkladateli součinnost. **Tato připomínka je zásadní**	
	25. § 48 odst. 4 písm. a) Toto ustanovení zákona o zdravotních službách stanoví poskytovateli zdravotních služeb zákaz odmítnout pacienta, u kterého bylo poskytování zdravotní péče Vězeňskou službou přerušeno z důvodu ukončení nebo přerušení omezení na svobodě, a to za účelem zajištění návaznosti poskytování zdravotních služeb. V této souvislosti upozorňujeme na oprávnění Ministerstva spravedlnosti podle § 4d ve spojení s § 2 odst. 1 písm. l) zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky, zřídit k poskytování a zabezpečení zdravotních služeb určeným osobám státní příspěvkovou organizaci. Aby bylo zajištěno navázání zdravotních služeb i v těchto případech, požadujeme, aby do § 48 odst. 4 písm. a) zákona o zdravotních službách byla novým novelizačním ustanovením za slova „Vězeňskou službou“ doplněna slova včetně poznámky pod čarou (kterou do předpisu požadujeme doplnit výše) „nebo státní příspěvkovou organizací zřízenou podle jiného právní předpisu[x]“. Poznámka pod čarou č. x zní: „§ 4d zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky“ **Tato připomínka je zásadní**	**Akceptováno jinak.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku, nicméně volí jiné řešení. Ustanovení § 48 odst. 4 písm. a) bude upraveno následovně: *„(4) Poskytovatel dále nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1, jde-li o pacienta* *a) u kterého bylo poskytování zdravotní péče ~~Vězeňskou službou~~ přerušeno z důvodu ukončení nebo přerušení výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo umístění v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, pokud se jedná o zajištění návaznosti při poskytování zdravotních služeb započaté v průběhu výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody nebo umístění v ústavu pro výkon zabezpečovací detence; ~~Vězeňská služba, v jejímž~~ **poskytovatel, v jehož** zdravotnickém zařízení byly pacientovi poskytovány zdravotní služby, jestliže ~~ji~~**mu** není znám poskytovatel, který převezme pacienta do péče, vybaví tohoto pacienta informací podle § 45 odst. 2 písm. g),“* Ustanovení § 48 odst. 4 písm. a) neodpovídá zákonu č. 555/1992 Sb. v tom ohledu, že nereflektuje skutečnost, že dle posledně citovaného zákona může být poskytovatelem zdravotních služeb i jiný subjekt než vězeňská služba. Jako nejvhodnější řešení se tedy jeví z dotčeného ustanovení vypustit zmínku o vězeňské službě a ustanovení tak vhodně zobecnit.
	26. K § 48 odst. 4 písm. b)	**Částečně akceptováno jinak.**

	Obdobně jako u připomínky k § 48 odst. 4 písm. a) zákona o zdravotních službách upozorňujeme na možnost Ministerstva spravedlnosti zřídit státní příspěvkovou organizaci, která by poskytovala a zabezpečovala zdravotní služby vězněným osobám namísto Vězeňské služby. Za účelem dosažení rovnosti v právech mezi osobami, kterým jsou poskytovány zdravotní služby Vězeňskou službou a výše uvedenou státní příspěvkovou organizací zřízenou Ministerstvem spravedlnosti, požadujeme, aby do § 48 odst. 4 písm. b) zákona o zdravotních službách byla novým novelizačním ustanovením za slova „Vězeňskou službou“ doplněna slova včetně poznámky pod čarou (kterou do předpisu požadujeme doplnit výše) „nebo státní příspěvkovou organizací zřízenou podle jiného právní předpisu[x]“. Poznámka pod čarou č. x zní: „§ 4d zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky“ Zároveň považujeme za nezbytné časově omezit povinnost poskytovatele zdravotních služeb přijmout určeného pacienta. Současné znění ustanovení sice stanoví povinnost, ale termín jejího splnění neobsahuje. Proto požadujeme, aby do § 48 odst. 4 písm. b) zákona o zdravotních službách byla novým novelizačním ustanovením za slova „po předchozí domluvě“ doplněna slova „, nejpozději však do tří měsíců“ **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku, nicméně volí jiné řešení. Ustanovení § 48 odst. 4 písm. b) bude doplněno následovně: *„(4) Poskytovatel dále nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1, jde-li o pacienta* *b) ve výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody nebo umístěného v ústavu pro výkon zabezpečovací detence, jde-li o zdravotní služby, které ~~Vězeňská služba neposkytuje, a to po předchozí domluvě s Vězeňskou službou~~**nejsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních zřízených Ministerstvem spravedlnosti, a to po dohodě s Vězeňskou službou**; to neplatí, jde-li o důvody poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3.* Obdobně jako výše platí, že ustanovení § 48 odst. 4 písm. b) neodpovídá zákonu č. 555/1992 Sb. v tom ohledu, že nereflektuje skutečnost, že dle posledně citovaného zákona může být poskytovatelem zdravotních služeb i jiný subjekt než vězeňská služba. Jako nejvhodnější řešení se tedy jeví ustanovení tak vhodně zobecnit. Ministerstvo zdravotnictví ovšem zastává názor, že Vězeňská služba má v těchto případech nadále plnit koordinační úlohu při zajištění návaznosti zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví nesouhlasí s časovým vymezením povinnost podle § 48 odst. 3 písm. b). Časový rámec této povinnosti se dle názoru Ministerstva zdravotnictví odvíjí vždy od naléhavosti zdravotního stavu pacienta a dostupných momentálních kapacit konkrétního poskytovatele. Tyto skutečnosti by měly být zohledněny Vězeňskou službou při koordinaci zajištění návazné zdravotní péče.
	29. K § 89 odst. 2 Ustanovení § 89 odst. 2 zákona o zdravotních službách stanoví povinnost poskytovatele zdravotních služeb, který provedl pitvu, písemně informovat o jejím výsledku určené subjekty. Vězeňská služba poskytuje osobám ve výkonu vazby, trestu	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví zastává názor, že uvedené případy spadají pod režim dosavadního § 89 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

	odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence v průběhu jejich omezení na svobodě zdravotní služby, a u odsouzených je zpravidla také registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb. I u osob, u kterých však registrujícím poskytovatelem formálně není, plní roli hlavního a jediného poskytovatele zdravotních služeb, zejména pak v oboru všeobecné praktické lékařství. Z těchto důvodů by Vězeňská služba měla být o výsledku pitvy, která se u výše uvedených osob provádí obligatorně, informována, a to i s ohledem na zajištění veškerých nezbytných forenzních úkonů. Proto do návrhu požadujeme doplnit nový novelizační bod, kterým bude v § 89 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách tečka nahrazena slovem „a“ a na konec § 89 odst. 2 doplněno písmeno c), které zní: „Vězeňskou službu, jestliže se jedná o zemřelého pacienta, který byl v době úmrtí osobou ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.“. **Tato připomínka je zásadní**	Vězeňská služba je poskytovatelem zdravotních služeb a pokud v jejím zdravotnickém zařízení dojde k úmrtí, o výsledcích pitvy bude informována na základě § 89 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.
	31. K důvodové zprávě Obecná část důvodové zprávy neobsahuje řádné posouzení slučitelnosti návrhu s mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách. Nepostačuje pouze uvést, že návrh není v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána, a doplnit výčet relevantních úmluv. Tím spíše, že návrh představuje komplexní novelu. Zcela chybí zejména posouzení slučitelnosti návrhu ve vztahu k Evropské sociální chartě a dále činnosti a rozhodnutím Evropského výboru pro sociální práva („Evropský výbor“) a Výboru OSN pro práva dítěte, především ve vztahu k České republice. Není rovněž reflektována relevantní judikatura Evropského soudu pro lidská práva. Z těchto důvodů požadujeme, aby předkladatel doplnil důvodovou zprávu a řádně provedl posouzení slučitelnosti s mezinárodními smlouvami. **Tato připomínka je zásadní**	**Akceptováno.** Posouzení doplněno.
	32. K absenci úpravy přestupku ponižujícího zacházení a přestupku nesprávného použití donucovacího prostředku	**Částečně akceptováno.**

	Vítáme, že návrh obsahuje některá opatření, která mohou snížit riziko špatného zacházení s osobami (např. evidence použití donucovacích prostředků, resp. přestupek za její nevedení). Předkladatel však stále ponechává nevyřešenou úpravu správního postihu poskytovatelů při zásazích do soukromí, bezpečnosti, integrity a důstojnosti pacientů. Konkrétně návrh neobsahuje úpravu skutkové podstaty přestupků ponižujícího zacházení a nesprávného použití omezovacího prostředku, potažmo doplnění příslušného výčtu přestupků. Podle článku 3 EÚLP je stát povinen přijmout opatření s cílem zajistit, aby jednotlivci nebyli vystaveni ponižujícímu zacházení, a to i ze strany soukromých osob. Jakmile se špatné zacházení dostane do pozornosti vnitrostátních orgánů, stát musí přijmout přiměřené kroky k zabránění špatnému zacházení, pokud o něm jeho orgány ví, anebo vědět mají. Nestačí, pokud mají osoby k dispozici soukromoprávní prostředky. Nezbytným předpokladem pro naplnění tohoto závazku je vytvoření a naplňování adekvátního legislativního rámce k předcházení špatného zacházení. Na základě ratifikace Úmluvy OSN proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání byla do trestního zákoníku zakotvena skutková podstata trestného činu mučení a jiného nelidského a krutého zacházení (§ 149). V praxi se však mohou vyskytovat i situace, které nedosahují závažnosti a společenské škodlivosti trestných činů. Stát přitom musí dát najevo jejich nepřijatelnost a reagovat na ně i jinými, netrestními prostředky. Měl by v tomto směru postupovat tak, aby takovému chování nejen zabránil, ale také mu účinně předcházel. Zákon o zdravotních službách dnes neobsahuje žádnou skutkovou podstatu přestupku, u které by chráněným zájmem byla lidská důstojnost pacientů. V § 28 zákona o zdravotních službách se hovoří o právu pacienta při poskytování zdravotních služeb na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb. Podle § 45 odst. 1 téhož zákona má poskytovatel povinnost poskytovat zdravotní služby	Ad přestupek ponižujícího zacházení: V návaznosti na připomínku doplněn přestupek v § 117 odst. 1 písm. x), kterého se poskytovatel zdravotních služeb dopustí tím, že poruší právo pacienta na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb. Ad přestupek nesprávného použití omezovacího prostředku: Ministerstvo k připomínce uvádí, že pokud zde existuje soudní přezkum použití omezovacího prostředku, kde v části případů má povinnost dát podnět k tomuto přezkumu samotný poskytovatel zdravotních služeb, tak skutková podstata přestupku nesprávného použití omezovacího prostředku se v takových případech jeví jako nevhodná, jelikož by její naplnění fakticky posuzoval již civilní soud. Příslušnému správnímu orgánu by tak v rámci projednání přestupku nezbývalo než se ztotožnit s výrokem soudu (jinak by naopak konstatoval, že použití omezovacího prostředku nebylo nesprávné). Takový postup považuje Ministerstvo zdravotnictví za nevhodný a v části případů za rozporný se zákazem sebeobviňování (minimálně v těch případech, kdy by poskytovatel zdravotních služeb byl vázán oznamovací povinností soudu), který dopadá i na řízení o přestupku. Z těchto důvodů nelze připomínku v tomto rozsahu akceptovat.

	na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb. Dále § 39 téhož zákona stanoví podmínky a záruky práv pacienta při použití omezovacích prostředků. Stávající právní rámec proto efektivní postih špatného zacházení s pacienty neumožňuje, a změna zákona se proto jeví s ohledem na naplnění závazků, které pro stát vyplývají z článků 3 a 8 EÚLP, jako nutná. Domníváme se, že správní postih jako doplněk postihu trestního by vedl ke komplexnosti právní úpravy schopné účinně reagovat na širší škálu různých jednání. Cílem je dát příslušným orgánům k dispozici relevantní nástroj postihu zejména v případech zjevných excesů. Potřebu přijmout příslušnou úpravu zdůrazňuje i Veřejný ochránce práv (vizte např. výroční zprávu Veřejného ochránce práv za rok 2022, dostupnou na internetových stránkách Veřejného ochránce práv). Požadujeme proto doplnit do návrhu úpravu přestupků ponižujícího zacházení a nesprávného použití omezovacího prostředku. **<u>Tato připomínka je zásadní</u>**	
	33. K úpravě, proti komu lze podat stížnost Podle § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách lze podat stížnost proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami. Naproti tomu podle § 107 odst. 1 zákona o zdravotních službách lze kontrolní činnost vykonávat nejen ve vztahu k poskytovatelům, ale i jiným právnickým nebo podnikajícím fyzickým osobám v souvislosti s prováděním činností, k nimž je třeba udělení souhlasu, oprávnění k činnosti nebo jiného obdobného povolení podle tohoto zákona nebo jiných zákonů upravujících zdravotní služby, jakož *i ve vztahu k poskytovatelům sociálních služeb*. Zdá se nám, že právní úprava v § 93 odst. 1 neumožňuje podání stížnosti na postup při poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb. Podle standardu CPT ze dne 19. dubna 2018, CPT/Inf(2018)4-part, (dostupné na:	**<u>Vysvětleno.</u>** Uvedená problematika je řešena jiným legislativním návrhem, u něhož skončilo mezirezortní připomínkové řízení, viz zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/

	https://rm.coe.int/1680a8aeaa), představují mechanismy pro podávání stížností základní pojistku proti špatnému zacházení bez ohledu na místo nebo situaci, v níž se zadržené osoby nacházejí (včetně zařízení sociální péče). Takové mechanismy mohou nejen snížit napětí mezi osobami a personálem, ale také přispět k budování pozitivních vztahů. Požadujeme proto doplnění možnosti podání stížnosti i v těchto případech. **Tato připomínka je zásadní**	
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy Mgr. Bc. Vlastislav Svoboda, LL.M., MBA tel. 234812179, Vlastislav.Svoboda@msmt.cz	**1. K čl. I bodu 78 [k § 42 písm. f)]:** Požadujeme do předmětného pododstavce zahrnout také § 44f odst. 1, tedy aby navrhované písmeno f) znělo: „f) § 44f odst. 1 a 2,“. Důvodem pro náš požadavek je, aby subjekty uvedené v § 42 (pěstouni, školská zařízení ústavní výchovy atd.) měly práva a povinnosti zákonného zástupce i pokud jde o využívání služeb Centra komplexního péče uvedených v § 44f odst. 1, tedy dlouhodobé lůžkové péče, stacionární péče a péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta (terénní formu péče), neboť jsou z hlediska kompetencí k poskytování zdravotní péče ve stejné situaci jako zákonní zástupci.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Pokud jde o práva a povinnosti vztahující se k poskytování zdravotní péče podle § 44f odst. 1, jedná se o obvyklé poskytování zdravotní péče se souhlasem, které již je stávajícím zněním § 42 ošetřeno [srov. písm. a) a b)]. Připomínku dále nelze akceptovat ani z toho důvodu, že navržené nové písm. f) bylo z návrhu na základě jiné připomínky vypuštěno a jeho obsah se částečně přesunul do § 44f odst. 2.
	2. K čl. I bodu 184 [k § 113h a 113i]: Zatímco současný § 28 odst. 3 písm. j) obecně uvádí, že pacient má právo „přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti“, navrhovaný § 113h odst. 2 stanovuje, že „Poskytování duchovní péče musí mít ekumenickou povahu“. Navržená úprava duchovní péče ve zdravotnictví tedy je dle našeho názoru problematická, neboť se nám jeví jako vnitřně rozporná a v rozporu s čl. 2 odst. 1 a čl. 15 odst. 1 Listiny základních práv a svobod. V případě, že pacient bude např. židovské či muslimské víry, může přijmout duchovní péči od duchovního příslušné náboženské skupiny, ale ten ji může poskytnout pouze tehdy, pokud bude mít ekumenickou povahu.	**Akceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku a vypouští poznámku o ekumenické povaze duchovní péče ve zdravotnictví. Ustanovení § 113h odst. 2 nově zní: *„(2) Poskytování duchovní péče nesmí mít povahu pobízení ke vstupu do církve nebo náboženské společnosti ani k vystoupení z ní nebo k účasti či neúčasti na náboženských úkonech či úkonech církve a náboženské společnosti.“*

	Předkladatel tedy dle našeho názoru v důsledku duchovní péči připouští pouze ve vztahu ke křesťanským církvím, čímž by bylo popřeno základní právo pacienta na jeho svobodné náboženské vyznání a zároveň by tímto postupem docházelo i k odklonu od náboženské neutrality státu. Uvedené spojení pouze s křesťanskou vírou je rovněž patrné z podmínek, které musí splnit osoba, aby vykonávala funkci nemocničního kaplana. Mezi těmito podmínkami je požadavek na vzdělání a písemné pověření od církve či náboženské společnosti registrované v České republice, které lze považovat za obecné a neutrální, avšak požadavek na nutný souhlas Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví je jednoznačně spojen s křesťanskou vírou. S ohledem na vše uvedené doporučujeme předkladatelem navrhovaný koncept duchovní péče změnit.	
Ministerstvo vnitra Mgr. Michaela Kubálková, e-mail: michaela.kubalkova@mvcr.cz, tel.: 974 817 354, mob.: +420 705 619 087	**Nad rámec – k problematice změny pohlaví:** Návrh je předkládán s tím, že jeho cílem je reagovat na aplikační problémy současné praxe v oblasti poskytování zdravotních služeb. Domníváme se, že jedním z aktuálních problémů je i otázka právní úpravy v oblasti změny pohlaví, kdy platí, že úřední změna pohlaví je podmíněna provedením chirurgického zákroku spočívajícího v přeměně pohlavních orgánů a současně ve znemožnění reprodukční funkce. Je zřejmé, že jde o mutilační zákroky, které jsou zpravidla nevratné. Stejně jako jiné lékařské výkony nejsou bez rizika vážného poškození zdraví. Nabízí se pak otázka, zda by pro jejich závažnost a nevratnost neměly být takové zákroky nepřípustné s ohledem na nezadatelnost a nezcizitelnost základních práv (srov. čl. 7 Listiny základních práv a svobod), resp. zda a za jakých podmínek mohou být výjimečně přípustné na základě svolení (svobodného informovaného souhlasu), jsou-li diktovány medicínskou nutností a jsou-li provedeny lege artis, tedy v souladu s profesními povinnostmi a standardy.	**Vysvětleno.** Změnu pohlaví transsexuálních pacientů upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, jehož samostatná novela je předmětem samostatného meziresortního připomínkového řízení. Připomínku bude možné uplatnit k této novele zákona o specifických zdravotních službách.

	Česká republika je považována za zemi s úctou k lidským právům a lidská práva zaujímají v české zahraniční politice klíčové místo, přesto jsme jednou z posledních evropských zemí, které mají úřední změnu pohlaví podmíněnu podstoupením kastrace. Nelze také opomenout, že jsme za tento přístup kritizováni i ze strany mezinárodních institucí (např. Řídící výbor Rady Evropy pro diverzitu a inkluzi). Požadujeme návrh rozšířit i o řešení této problematiky. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	
	K čl. I bodu 1 – k § 2 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Hasičský záchranný sbor České republiky a další složky integrovaného záchranného systému disponují nelékařskými pracovníky [kvalifikace podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů], kteří poskytují odbornou první pomoc v rámci výkonu práce. Ve své podstatě vykonávají činnosti, které vykonávají pracovníci zařazení u poskytovatele zdravotní služby, např. řidič zdravotnické dopravní služby a další. Obdobně je tomu například u Horské služby nebo Vodní záchranné služby. V § 2 odst. 2 proto navrhujeme doplnit písmeno k), které zní: *„k) poskytnutí odborné první pomocí nelékařskými zdravotnickými pracovníky zařazenými ve složkách integrovaného záchranného systému v rámci zdolávání mimořádných událostí.“.* **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**<u>Neakceptováno.</u>** Není zřejmá podstata připomínky ani přínos, který by mohla navržená změna pro praxi přinést. Činnosti NLZP, tak jak jsou popsány připomínkovým místem, odpovídají stávající definici zdravotních služeb v rozsahu § 2 odst. 2 písm. a) a e). Odborná první pomoc, jakožto implicitní součást obecné definice zdravotních služeb, je přitom reflektována i v § 11 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách. Odbornou první pomoc může (resp. musí, k tomu srov. § 112 a § 150 zákona č. 40/2009 Sb.) poskytovat jakýkoli zdravotnický pracovník, a to bez nutnosti mít k jejímu poskytnutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Uvedené se v plné míře uplatní i na situaci NLZP popsanou připomínkovým místem.
	K čl. I bodu 6 – k § 5 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb.: V § 5 odstavci 1 písmeno b) navrhujeme čárku za slovem *„okolí“* nahradit středníkem a za ním doplnit slova *„za akutní péči se považuje i poskytnutí odborné první pomoci v rozsahu § 2 odst. 2 písm. k),“*. Vzhledem k hrozícímu	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Odborná první pomoc spadá pod akutní (případně i neodkladnou) zdravotní péči, aniž by výše uvedená specifikace stávající úpravy byla potřebná.

	nebezpečí z prodlení a náplni zdravotnické služby je poskytnutí odborné první pomoci nelékařskými zdravotnickými pracovníky zařazenými ve složkách integrovaného záchranného systému činností směřující k odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	
	K čl. I bodu 6 – k § 5 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Složky integrovaného záchranného systému provádí každodenní činnosti směřující k odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu v případě stavu ohrožujícího život. Považujeme za nutné tuto činnost ukotvit v zákoně, proto navrhujeme doplnit v § 5 odst. 2 písmeno j), které zní: *„j) odborná první pomoc, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu ohrožujícího život.“.* **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Neakceptováno, vysvětleno.** Viz výše, odborná první pomoc je dostatečně zohledněna stávajícím vymezením zdravotních služeb.
	K čl. I bodu 10 – k § 11 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.: Jelikož je odborná první pomoc v rámci složek integrovaného záchranného systému poskytována výhradně mimo zdravotnická zařízení, tedy přímo v místě vzniku mimořádné události, navrhujeme v § 11 odst. 5 doplnit písmeno k), které zní: *„k) odbornou první pomoc.“.* **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Neakceptováno, vysvětleno.** Viz výše, poskytování odborné první pomoci a činnost IZS jsou dostatečně zohledněny stávající úpravou v § 11 odst. 2 písm. a) a odst. 5 písm. d) až f).
	K čl. I bodu 10 – k § 15 odst. 1 písm. c) zákona č. 372/2011 Sb.: V § 15 odst. 1 písm. c) navrhujeme slovo *„nebo“* za slovem *„informace“* nahradit čárkou a za slovem *„službou“* doplnit slova *„nebo Hasičským záchranným sborem České republiky,“*. Ve vazbě na zajištění odborné pomoci jako zdravotnické služby navrhujeme, aby byla možnost v případě potřeby zřídit zdravotnické zařízení u Hasičského záchranného sboru České republiky. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.**

	K čl. I bodu 156 – k § 101 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Upozorňujeme, že § 99 odst. 2 písm. d), na který je odkazováno, v zákoně obsažen není. Odkaz má patrně směřovat na § 99 odst. 2 písm. a) bod 2. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.** Opraveno.
	K čl. I bodu 166 – k § 112 odst. 4 písm. e) zákona č. 372/2011 Sb.: 1. Skutečnost, že lhůta pro podávání žádostí nesmí být kratší než 30 dnů, je stanovena v obecné úpravě řízení o výběru žádosti obsažené v § 146 odst. 2 správního řádu. Uvedení totožné lhůty ve speciálním zákoně je duplicitní. Požadujeme tedy slova *„tato lhůta nesmí být kratší než 30 dnů od zahájení řízení podle odstavce 2“* z ustanovení vypustit. 2. Zároveň doporučujeme zachovat ustálenou terminologii správního řádu, podle které účastník řízení svou žádost *podává* (nikoliv doručuje), a tedy nahradit spojení *„lhůtu pro doručení žádostí“* slovy *„lhůtu pro podání žádostí“*. Doručování je naopak spojeno se zasíláním písemností správním orgánem vůči účastníkům řízení nebo jiným osobám. **Tyto připomínky považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 166 – k § 112 odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb.: Podle předposlední věty má mít účastník možnost vyjádřit se k podkladům rozhodnutí, pouze pokud o to písemně požádá. V důvodové zprávě je uvedeno, že se tak činí v souladu s § 36 odst. 3 správního řádu. Upozorňujeme, že podle správního řádu má každý účastník právo vyjádřit se k podkladům rozhodnutí, a to i bez předchozí písemné žádosti. Podle důvodové zprávy má toto pravidlo zabránit průtahům řízení. Podle našeho názoru není tento argument namístě, obzvlášť pokud se navrhuje prodloužit lhůtu pro vydání rozhodnutí oproti obecné úpravě na 90 dnů. Výzva, aby se účastník vyjádřil k podkladům rozhodnutí, obvykle stanoví	**Akceptováno.** Dotčená pasáž ustanovení vypuštěna.

	také lhůtu k tomuto úkonu. Je-li tímto způsobem vyzýván jeden nebo všichni účastníci řízení, nemá na dobu řízení vliv. Požadujeme navrhovanou větu ze zákona vypustit a řídit se obecnou úpravou obsaženou ve správním řádu, anebo uvedenou odchylku náležitě zdůvodnit. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	
	K čl. I bodu 189 – k § 116 odst. 1 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb.: Skutková podstata pod písmenem f) trestá nesplnění požadavků na personální zabezpečení při hodnocení kvality a bezpečí a odkazuje přitom na § 98 odst. 7. Ustanovení § 98 odst. 7 vymezuje oblasti právní úpravy, které budou upřesněny prováděcím právním předpisem, v písmenu d) jde konkrétně o požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí. Z toho vyplývá, že konkrétní povinnosti, resp. požadavky na personální zabezpečení neplynou ze zákona, ale budou upraveny až v prováděcím právním předpise vydaným na základě § 98 odst. 7. V souladu se *Zásadami tvorby právní úpravy přestupků*, které schválila vláda svým usnesením č. 498 ze dne 31. 7. 2018, požadujeme odkaz ve skutkové podstatě náležitě upravit, např. takto: *„f) při hodnocení kvality a bezpečí nesplní požadavky na personální zabezpečení stanovené prováděcím právním předpisem vydaným na základě § 98 odst. 7 písm. d).“.* **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 197 – k § 117 odst. 2 písm. i) zákona č. 372/2011 Sb.: Povinnost podle § 7 odst. 3 spočívající v neposkytnutí návštěvní služby se týká pouze registrujícího poskytovatele, nikoliv každého poskytovatele. Tento speciální subjekt je nutné ve skutkové podstatě náležitě specifikovat. Navrhujeme tuto úpravu: *„i) jako registrující poskytovatel v rozporu s § 7 odst. 3 neposkytne návštěvní službu,“.*	**Akceptováno.**

	Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.	
	K čl. I bodu 203 – k § 117 odst. 3 písm. t) zákona č. 372/2011 Sb.: Povinnosti podle § 93 odst. 4 jsou uloženy pouze poskytovateli lůžkové nebo jednodenní péče, nikoliv každému poskytovateli. Tento speciální subjekt je nutné ve skutkové podstatě náležitě specifikovat. Dále je nutné doplnit alespoň obecný popis povinností, jejichž porušení se trestá. Navrhujeme tuto úpravu: „*t) jako poskytovatel lůžkové nebo jednodenní péče nesplní v souvislosti s vyřizováním stížností některou z povinností podle § 93 odst. 4, nebo“.* **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.**
	K čl. IV bodu 10 – k § 31a až 31c zákona č. 164/2001 Sb.: Z důvodu systematiky a návaznosti se domníváme, že by bylo vhodné ustanovení upravující povolení k využívání klimatických podmínek příznivých k léčení řadit tak, aby na sebe logicky navazovala podle jednotlivých fází správního řízení. Po obecné definici povolení (§ 31a odst. 1) by měla následovat ustanovení upravující žádost o povolení (§ 31b) a až poté ustanovení o způsobu vyřízení žádosti ministerstvem, tedy zamítnutí žádosti a vydání povolení (§ 31a odst. 2, 4 a 5). Jako poslední bude ponecháno ustanovení o zrušení a zániku povolení (§ 31c). Požadujeme pořadí ustanovení systematicky upravit. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.** Připomínka akceptována v plném rozsahu. Pro podrobnosti viz nově navrženou úpravu § 31a až § 31c lázeňského zákona.
	K čl. IV bodu 10 – k § 31a odst. 3 zákona č. 164/2001 Sb.: Požadujeme ustanovení bez náhrady vypustit pro nadbytečnost. Povaha povolení a zamítnutí žádosti jakožto správních rozhodnutí vydaných podle správního řádu vyplývá již z povahy těchto institutů. Správní řízení je definováno v § 9 správního řádu, podle něhož jde o postup správního orgánu, který v dané věci rozhoduje o právech a povinnostech	**Akceptováno.** Připomínka akceptována v plném rozsahu.

	jmenovitě určených osob – v tomto případě rozhoduje ministerstvo o právech a povinnostech žadatele o povolení. Ze stejného důvodu považujeme za nadbytečné rovněž již účinné ustanovení § 12 odst. 6 lázeňského zákona vztahující se k povolení využívání zdroje. Domníváme se, že by bylo vhodné i toto ustanovení v rámci překládané novely ze zákona vypustit. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	
	K čl. IV bodu 10 – k § 31c odst. 2 písm. e) zákona č. 164/2001 Sb.: Upozorňujeme, že po ukončení řízení o vydání povolení již nelze hovořit o žadateli, ze kterého se v případě získání povolení stává uživatel (viz § 31c odst. 1 a 2). Proto již nejde o nemovitosti žadatele, nýbrž o nemovitosti uživatele. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Akceptováno.** Připomínka akceptována.
	K čl. IV bodu 10 – k § 31c odst. 3 zákona č. 164/2001 Sb.: Není zřejmé, jaký je vztah mezi povolením k využívání zdroje a povolením k využívání klimatických podmínek vhodných k léčení. Z ustanovení § 31c odst. 3 vyplývá, že povolení k využívání klimatických podmínek je podmíněno platným povolením k využívání zdroje, zatímco podle důvodové zprávy *poskytovatel, který hodlá využívat při poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče výhradně klimatické podmínky vhodné k léčení, nemusí být uživatelem žádného z přírodních léčivých zdrojů*. Požadujeme objasnit, zda znění navrhovaného § 31c odst. 3 je opravdu záměrem předkladatele, anebo mělo jít o obdobný postup jako v § 15 odst. 2 lázeňského zákona, a povolení k využívání zdroje (dvojí výskyt) bylo chybně zaměněno s povolením k využívání klimatických podmínek vhodných k léčení. **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	**Vysvětleno.** Jedná se o překlep, odstraněno.
	K § 65 odst. 2 písm. q) zákona č. 372/2011 Sb. – pozměňovací návrh k sněmovnímu tisku č. 512:	**Vysvětleno.**

	Upozorňujeme, že v předkládaných dokumentech není nikde uvedeno znění § 68a, na něž je odkazováno v § 65 odst. 2 písm. q), které je modře vyznačeno jako změny navrhované sněmovním tiskem č. 512. V § 65 odst. 2 písm. q) se uvádí: *„pracovník příslušného archivu, který po vyřazení zdravotnické dokumentace poskytovatelem provádí výběr archiválií ze zdravotnické dokumentace podle § 68a,“*. Zmíněný § 68a však není ani ve stávajícím znění zákona o zdravotnických službách. Požadujeme proto doplnit znění nového § 68a a předat jej k posouzení. V případě, že nový § 68a nebude realizován, doporučujeme odstranění textu *„podle § 68a“* z návrhu § 65 písm. q). **Tuto připomínku považuje ministerstvo za zásadní.**	Nové ustanovení § 68a je navrhováno sněmovním tiskem č. 512 a bylo předmětem mezirezortního připomínkového řízení. Ministerstvo vnitra jej v rámci uvedeného mezirezortního připomínkového řízení posuzovalo a v rámci vypořádání dané znění odsouhlasilo. Není tak na místě jej znovu Ministerstvu vnitra předkládat k posouzení, když se tak již v minulosti stalo. Znění jsme však pro úplnost doplnili do platného znění (modře).
Ministerstvo zemědělství Mgr. Robert Pavloušek, robert.pavlousek@mze.cz tel.: 221 812 279	**2. K § 113i:** Toto ustanovení upravuje podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana. Toto ustanovení je nejasně a zmatečně formulované a máme k němu následující připomínky: • Máme za to, že písm. a) bod 1 a 2 jsou vzájemně zaměnitelné podmínky, neboť rozšiřující dovětek v bodě 2 podle našeho názoru nijak nerozšiřuje množinu studijních programů uvedených v bodě 1. • Dále máme za to, že výčet studijních programů uvedených v písm. a) bod 3 je problematický. V prvé řadě nám není zřejmé, proč byly zvoleny konkrétní oblasti vzdělávání a jaká kritéria byla při výběru těchto oblastí vzdělávání použita. Ve výčtu oblastí vzdělávání je tak např. veterinární lékařství a veterinární hygiena, ale absentují oblasti humanitního zaměření, např. právo nebo sociologie. Dále v bodě 3 je uveden dovětek „navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie“. Magisterské studijní programy v oblastech	**Akceptováno.** Ustanovení § 113i zásadně přepracováno na základě připomínky i připomínek jiných připomínkových míst. Podrobně srov. přepracovaný návrh § 113i zákona o zdravotních službách.

	vzdělávání uvedených ve výčtu však nenavazují na bakalářský studijní program v oblasti teologie. Vhodnější formulací by bylo, kdyby podmínkou bylo absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie a dodatečnou podmínkou by bylo absolvování magisterského studijního programu ve vybraných oblastech vzdělávání. S odkazem na výše uvedené však požadujeme revizi výčtu oblastí vzdělávání a vysvětlení v důvodové zprávě. • Podmínka absolvování vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany je společná pro všechny možnosti, proto by měla být přesunuta na začátek ustanovení. • Dále upozorňujeme na to, že mezi písm. a) a b) by měla být doplněna vhodná spojka. Předpokládáme, že výčet má být kumulativní. • Kromě vzdělání je druhou podmínkou k výkonu funkce nemocničního kaplana stanoveno pověření církví nebo náboženskou společností registrovanou v České republice. S tímto pověřením však musí navíc vyjádřit souhlas Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví. Z jakého důvodu bude vyžadován souhlas těchto dvou konkrétních církevních organizací, však není zřejmé. Požadujeme tedy v tomto smyslu doplnit důvodovou zprávu, případně podmínku souhlasu s pověřením vypustit. Pro přehlednost ještě uvádíme návrh textu § 113i: „§ 113i Podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana	

	Funkci nemocničního kaplana může vykonávat osoba, která a) je absolventem **vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu[71] a** 1. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání filozofie, religionistika a teologie, ~~2. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání filozofie, religionistika a teologie navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie,~~ nebo ~~3~~**2. bakalářského studijního programu v oblasti teologie a současně absolventem** magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání farmacie, neučitelská pedagogika, psychologie, sociální práce, učitelství, veterinární lékařství, veterinární hygiena, všeobecné lékařství a zubní lékařství nebo zdravotnické obory ~~navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie~~, **a** a ~~vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu[71],~~ b) byla písemně pověřena k výkonu této funkce církví nebo náboženskou společností registrovanou v České republice ~~a zároveň s tímto pověřením vyjádřila souhlas Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví~~, a to po dobu platnosti tohoto pověření.“. **Tato připomínka je zásadní.**	
Ministerstvo životního prostředí Ing. Alena Krejčová, alena.krejcova@mzp.cz tel.: 267 122 552	**Zásadní připomínka** Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace (RIA) neobsahuje Shrnutí závěrečné zprávy RIA dle přílohy č. 3 Obecných zásad pro hodnocení dopadů regulace (RIA). Shrnutí závěrečné zprávy RIA se zpracovává k návrhům zákonů před jejich předložení vládě k projednání a vkládá se jako úvodní stránka závěrečné zprávy RIA.	**Akceptováno.** Doplněno.

Ministr pro legislativu a předseda Legislativní rady vlády Mgr. Kristýna Hondlíková hondlikova.kristyna@vlada.cz, +420 603 144 355	**Zásadní připomínky k závěrečné zprávě hodnocení dopadů regulace (ZZ RIA)** **Shrnutí ZZ RIA** 1. Žádáme dopracovat zcela chybějící shrnutí. Jde o povinnou část ZZ RIA k návrhům zákonů a zároveň užitečný přehled cílů a klíčových dopadů úpravy, který usnadňuje porozumění a orientaci v textu. **Popis problému** 2. Je nutné doplnit konkrétní data a zjištění, která demonstrují důsledky zmíněných aplikačních problémů. Např. informace o současné dostupnosti, vytíženosti a finanční náročnosti pohotovostních služeb, jaké negativní jevy v praxi způsobuje absence ustanovení, že výkony estetické medicíny může provádět pouze zdravotnický pracovník nebo jaký je aktuální stav poskytování zdravotních služeb dětem s dlouhodobým zdravotním problémem (počet dotčených dětí a rodin, dostupnost a vytíženost služeb, atd.). Bez znalosti míry a rozsahu jednotlivých problematik, např. současné nákladnosti pohotovostních služeb či míry administrativní zátěže dotčených poskytovatelů zdravotních služeb, není možné porovnávat varianty a dávat doporučení o jejich (ne)vhodnosti. **Popis cílového stavu** 3. Cíle žádáme naformulovat výstižně a konkrétně – dostačující jedním souvětím. Cíle by měly odpovídat na jednotlivé popsané problémy/mezery a jejich plnění by mělo být měřitelné. Není nutné detailně popisovat zvolené řešení. **Varianty řešení** 4. Varianty by měly být jednoduchým popisem základních rysů opatření, které je navrhováno za účelem naplnění cílů. Např. „změnu definice lůžkové péče“ nelze považovat za popis věcného řešení. Je nutné specifikovat, jakým konkrétním způsobem se má upravit nastavení lůžkové péče. V této části není nutné zdůvodňovat navrhované řešení či uvádět počet dotčených subjektů.	**Akceptováno.** Doplněno.

	5. Žádáme vysvětlit, proč byla ve všech tematických oblastech zvažována vždy jen jedna varianta řešení. V současné podobě se jedná o prostý popis zvoleného řešení, tj. paragrafového znění. Není tudíž vystavěn základ pro smysluplnou RIA, která spočívá v porovnání různých možných variant řešení problému podle nákladů, přínosů či jiných kritérií. **Vyhodnocení nákladů a přínosů** 6. Je nutné upřesnit výši, rozsah či míru jednotlivých typů nákladů a přínosů a počet dotčených subjektů (pacientů, poskytovatelů). Je možné pracovat s expertními odhady či rozsahy (od–do). 7. Žádáme doplnit ověřitelný výstup z porovnání variant, ze kterého bude patrné, jaké výsledky vedly k doporučení varianty 1 ve všech tematických oblastech. Lze uvažovat, že roli mohla hrát výše nákladů pro státní rozpočet a poskytovatele zdravotnických služeb nebo rozsah benefitů pro pacienty. V předložené podobě jde o prostý popis neurčitých nákladů a přínosů zvoleného řešení. **Přezkum účinnosti** 8. Žádáme upřesnit, kdy bude předložen výstup ze zpětného vyhodnocení funkčnosti navržených změn a jaké parametry budou monitorovány s cílem zjistit efekty novely. Počínaje rokem 2025 bude účinnou novela Obecných zásad pro RIA, která přináší systematičtější provádění ex post RIA (součástí předkládání zpráv z přezkumů v jednotném formátu), je proto žádoucí klást důraz na stanovení základních prvků budoucí evaluace.	
Úřad vlády ČR – Odbor kompatibility Mgr. Pavol Rendek JUDr. et Mgr. Dominika Čech Otrošinová Mgr. Michaela Hrušková	**<u>Po stránce formální:</u>** Předkladatel **s níže uvedenými výhradami splnil** formální náležitosti týkající se vykazování slučitelnosti s právem EU, jak vyplývají zejména z Legislativních pravidel vlády, v platném znění, a z přílohy k usnesení vlády ze dne 12. října 2005 č. 1304, o Metodických pokynech pro zajišťování prací při plnění legislativních závazků vyplývajících z členství České republiky v Evropské unii, v platném znění.	**<u>Akceptováno.</u>** V normativním textu (novelizačních bodech) i platném znění s vyznačením navrhovaných změn jsou podtrženy pouze ty části, jež představují doplňované pasáže či slova. Rozdílová tabulka byla upravena dle pokynů Odboru kompatibility. § 51, § 112, § 112a, § 113 a § 113c se nevykazují jako implementační. Názvy předpisů EU v úvodu a závěru rozdílové tabulky byly revidovány. Srovnávací tabulky budou

	K výkaznictví ve vlastním návrhu: V bodovém znění návrhu by v případě novelizačního bodu, v rámci kterého je implementován určitý požadavek předpisu EU, měly být podtrženy pouze ty jeho části, jež představují tímto novelizačním bodem nově do měněného ustanovení novelizovaného zákona doplňované pasáže či slova (resp. pasáže či slova nahrazující v měněném ustanovení jiná slova, resp. věty), pokud je těmito pasážemi či slovy implementován požadavek předpisu EU. Nemělo by být podtrháváno celé znění novelizačního bodu, jak to činí předkladatel. *K rozdílové tabulce:* Pokud jde o vykazování ustanovení vnitrostátního předpisu v příslušném sloupci rozdílové tabulky (dále jen „RT“), uvádíme, že je možné uvádět přímo znění novelizačních bodů, v rámci kterých je zajišťována implementace práva EU, nebo, jak to činí předkladatel, uvádět ustanovení novelizovaného předpisu, a to ve znění návrhu. V návaznosti na způsob, který zvolil předkladatel, uvádíme následující. Zaprvé připomínáme, že ustanovení novelizovaného právního předpisu je na místě vykázat v RT pouze v případě, že je v jeho rámci zajišťována implementace (resp. re-implementace) práva EU samotným návrhem (nikoliv tedy v případě, kde je sice novelizované ustanovení t. č. v určité části implementační, avšak do takového ustanovení je vkládán pouze text, jenž implementační není). V této souvislosti konstatujeme, že nově doplňované písm. d) v § 2 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. by nemělo být vykázáno jako implementační vůči čl. 9 odst. 3 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby. Požadavkům směrnice odpovídají § 2 odst. 4 písm. a) a b), do nichž se návrhem nezasahuje. Písm. d) zároveň není nijak vyznačeno v návrhu zákona, je však uvedeno v RT; tyto části materiálu by si měly odpovídat. Zadruhé upozorňujeme, že je žádoucí vyhnout se uvádění odstavců, pododstavců, bodů a podbodů (dále také „textových	aktualizovány. Podnět k revizi výkaznictví nařízení (EU) 2017/746 předáme odpovědnému věcnému útvaru.

	jednotek“) nemajících náležitou souvislost s textem podtrženým ve vlastním návrhu, a nezatěžovat tak zbytečně výkaznictví v RT. Např. je-li text podtržený ve vlastním návrhu v jednom z odstavců paragrafu, je na místě v RT uvést návětí paragrafu a příslušný odstavec obsahující text podtržený ve vlastním návrhu, nikoliv však již další odstavce. Podobně, člení-li se odstavce paragrafu dále na pododstavce (a ty případně dále na body a podbody), je nezbytné především uvést co nejnižší textovou jednotku, avšak takovou, aby současně obsahovala text, který je ve vlastním návrhu podtržen; člení-li se tato jednotka na položky nižší úrovně členění, lze u těchto položek zvážit, zda se uváděním těchto položek výkaznictví zbytečně nezatíží (je-li např. vkládán implementační text do pododstavce, lze zvažovat, zda uvádění případných bodů není už zbytečně zatěžující). Textové jednotky stejné úrovně (např. ve výše uvedeném příkladu, kdy je vkládán implementační text do pododstavce, by to byly ostatní pododstavce) doporučujeme neuvádět; taktéž z vyšších úrovní ustanovení se „mimoběžné větve“ textu běžně neuvádějí (v přechozím příkladu by šlo o případné jiné odstavce, než ve kterém je obsažen pododstavec s nově doplňovaným implementačním textem). Naopak je žádoucí uvést tu část ustanovení, která textovou jednotku obsahující text, který je ve vlastním návrhu podtržen, uvozuje (návětí). Pokud tedy jde o RT předloženou předkladatelem, tak by z § 24 odst. 1 mělo být vykázáno písm. a) spolu s návětím, avšak nikoliv písm. b). Z § 51 by s ohledem na shora uvedené mělo uvedení v RT přicházet v úvahu nanejvýš v případě odst. 2, a to jen návětí a písm. e), a u odst. 4 a odst. 5, a to jen návětí a písm. f) a g). Avšak podle našeho názoru tyto části § 51 nezajišťují implementaci čl. 9 odst. 2 směrnice 2003/88/ES a ustanovení 4 přílohy směrnice 2000/79/ES. Obdobně by u § 113 s ohledem na výše uvedené mělo uvedení v RT přicházet v úvahu nanejvýš v případě odst. 3, a to jen návětí a písm. b), avšak ani ten nepovažujeme za implementační (je vykázán vůči čl. 5 odst. 1 a čl. 17 odst. 2 písm. e) směrnice 2010/53/EU).	

	Vykázání § 51 a § 113 požadujeme vysvětlit, nebo uvedená ustanovení nevykazovat. Dále k RT uvádíme následující. Není nám jasné, proč jsou § 112 a § 112a vykazovány vůči čl. 5 odst. 1 a čl. 17 odst. 2 písm. e) směrnice 2010/53/EU. Pokud jde o poskytovatele zdravotních služeb, není zajištění dodržování pravidel stanovených směrnicí 2010/53/EU navázáno až na udělení statusu centra, ale již na příslušné oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Máme za to, že požadavky uvedené směrnice poskytovatel zdravotních služeb musí plnit bez ohledu na to, zda je centrem, nebo nikoliv. Rovněž nemáme za to, že by byly § 112 a § 112a transpozičními vůči čl. 17 odst. 2 písm. e) směrnice 2010/53/EU. Požadujeme vysvětlit, nebo uvedená ustanovení nevykazovat. Nové znění § 113c odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. by nemělo být vykázáno jako implementační vůči čl. 40 bodu 40) směrnice Rady 2013/59/Euratom. *Screening* je organizovaný program poskytování preventivní péče, který není vázán pouze na využívání radiologických zařízení pro včasnou diagnózu u rizikových skupin obyvatelstva, jak je tomu u „vyhledávacího vyšetření“. Definice „vyhledávacího vyšetření“ je promítnuta do § 70 odst. 6 zákona č. 373/2011 Sb. Z výčtu předpisů EU na začátku i v závěru RT je nutné vypustit směrnici Evropského parlamentu a Rady 2009/54/ES; předkladatel uvádí číslo 2008/54/ES, avšak číslo směrnice bylo změněno Opravou (*Corrigendem*). V RT není vykázána v souvislosti s touto směrnicí žádná změna, s čímž souhlasíme, neboť změny obsažené v návrhu a dotýkající se úpravy transponující tuto směrnici jsou čistě formální (změna písmene). V takovém případě postačí pouze aktualizace srovnávací tabulky k uvedené směrnici, kterou předkladatel provedl. V seznamu předpisů EU v RT se však uvádějí pouze předpisy, jejichž ustanovení jsou v tabulce uvedena; v případě směrnice 2009/54/EU tomu tak není.	

	Doporučujeme provést revizi názvů předpisů EU v úvodu a v závěru RT tak, aby názvy byly souladné s názvy publikovanými v Úředním věstníku EU (např. v názvu směrnice 2003/88/ES je uveden Evropský parlament s malým „e“, v názvu směrnice 2013/59/Euratom chybí datum, atd.). *Ke srovnávacím tabulkám:* Návrh upravuje § 37 zákona č. 108/2006 Sb., který je t.č. vykázán jako implementační vůči směrnici Evropského parlamentu a Rady 2011/93/EU ze dne 13. prosince 2011 o boji proti pohlavnímu zneužívání a pohlavnímu vykořisťování dětí a proti dětské pornografii, kterou se nahrazuje rámcové rozhodnutí Rady 2004/68/SVV (čl. 18 odst. 2), a směrnici Evropského parlamentu a Rady 2012/29/EU ze dne 25. října 2012, kterou se zavádí minimální pravidla pro práva, podporu a ochranu obětí trestného činu a kterou se nahrazuje rámcové rozhodnutí Rady 2001/220/SVV (čl. 9 odst. 1 a čl. 9 odst. 3 písm. b)). Ačkoli v § 37 dochází pouze k terminologické změně, je třeba aktualizovat srovnávací tabulky k oběma předpisům EU. *Ke srovnávací tabulce k nařízení (EU) 2017/746 vložené do databáze ISAP:* Návrh upravuje § 28 a § 31 zákona č. 372/2011 Sb., které jsou t.č. vykázány jako implementační vůči čl. 4 odst. 4 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2017/746 ze dne 5. dubna 2017 o diagnostických zdravotnických prostředcích in vitro a o zrušení směrnice 98/79/ES a rozhodnutí Komise 2010/227/EU (§ 28), resp. čl. 4 odst. 1 a 2 téhož nařízení (§ 31). V této souvislosti vznášíme dotaz, z jakého důvodu je k uvedeným odstavcům čl. 4 nařízení (EU) 2017/746 vykázáno v ST vložené do příslušné databáze ISAP celé znění § 28 a § 31. Podle našeho názoru k tomuto není důvod a zásah do obou paragrafů vykázaných k uvedenému nařízení by mohl představovat prostor pro revizi výkaznictví.	
	Po stránce materiální:	**Akceptováno.**

	Stav relevantní právní úpravy v právu EU: **1)** K základním svobodám Ve smyslu čl. 168 Smlouvy o fungování EU (dále jen „SFEU“) má EU určité podpůrné, koordinační a doplňkové pravomoci v oblasti zdraví. Právo EU plně respektuje odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče, včetně řízení zdravotnictví a zdravotní péče, jakož i rozdělování na ně vyčleněných zdrojů. Avšak i v tomto případě musí členský stát při výkonu své pravomoci respektovat zejména základní svobody vnitřního trhu (svobodu usazování, volný pohyb služeb apod.) podle příslušných článků SFEU (zejm. čl. 49 a čl. 56), které v zásadě zakazují omezení (překážky) volného pohybu. Omezení volného pohybu jsou přípustná za podmínky, že jsou ospravedlnitelná naléhavým důvodem obecného zájmu, jsou-li nezbytná a proporcionální. Přípustné jsou taktéž odchylky od základních svobod, když si to vyžaduje vytvoření podmínek umožňujících naplnění zvláštních úkolů, které byly svěřeny podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu ve smyslu čl. 106 odst. 2 SFEU. **2)** K pravidlům hospodářské soutěže Poskytovatelé zdravotních služeb jsou subjekty vykonávající hospodářskou činnost ve smyslu čl. 49, 56 a 101 a násl. SFEU, a budou proto plně podléhat ustanovením o hospodářské soutěži a veřejné podpoře. Finanční výhody poskytnuté státem nebo ze státních prostředků poskytovatelům zdravotních služeb, jež naplňují znaky veřejné podpory, by tudíž měly být v obecné rovině notifikovány Evropské komisi, která rozhodne o jejich slučitelnosti s vnitřním trhem (viz čl. 107 SFEU a násl.) Jak však vyplývá z čl. 106 odst. 2 SFEU, veřejná podpora může být slučitelná s vnitřním trhem, jsou-li tak zajišťovány ekonomicky přijatelné podmínky pro naplňování zvláštních	Kapitola pátá obecné části důvodové zprávy byla doplněna.

	úkolů podniků *pověřených poskytováním služeb obecného ekonomického zájmu* (tj. plněním závazků veřejné služby). Návrh se dále dotýká těchto předpisů EU: • směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, v konsolidovaném znění, • směrnice Evropského parlamentu a Rady 2010/53/EU ze dne 7. července 2010 o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci, v konsolidovaném znění, • směrnice Evropského parlamentu a Rady 2003/88/ES ze dne 4. listopadu 2003 o některých aspektech úpravy pracovní doby, • směrnice Rady 2000/79/ES ze dne 27. listopadu 2000 o Evropské dohodě o organizaci pracovní doby mobilních pracovníků v civilním letectví uzavřené mezi Sdružením evropských leteckých společností (AEA), Evropskou federací pracovníků v dopravě (ETF), Evropským sdružením technických letových posádek (ECA), Evropským sdružením leteckých společností (ERA) a Mezinárodním sdružením leteckých dopravců (IACA). Navrhovaná právní úprava by měla zohledňovat rovněž Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie (2006/C 146/01) a závěry Rady „Na cestě k moderním, pružným a udržitelným zdravotním systémům“ (2011/C 202/04).	
	Připomínky a návrhy změn: Ačkoli se ve většině případů jedná o drobné změny, návrhem zákona se zasahuje i do ustanovení, která jsou již dnes vykázána jako implementační vůči několika předpisům EU. Tyto předpisy (viz výčet výše) by měly být doplněny do kapitoly páté obecné části důvodové zprávy, Zhodnocení	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví nesouhlasí s názorem OKOM, že ustanovení § 11b odst. 3 je způsobilé vytvářet omezení svobody usazování.

	slučitelnosti navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie. <u>K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 13. (§ 11b odst. 3) návrhu zákona:</u> Navrhujeme upravit formulaci nově navrženého § 11b odst. 3 s cílem zmírnění jeho přísnosti. Uvedené ustanovení je způsobilé vytvářet omezení svobody usazování a jako takové musí být ospravedlnitelné naléhavým důvodem obecného zájmu a být proporcionální. Odst. 3 nehovoří ani o délce, po níž poskytovatel zdravotní výkony mimo zdravotnické zařízení v rozsahu uvedeném v povolení neposkytuje, která by byla hodnocena jako dostatečná pro odnětí oprávnění, ani nezmiňuje situace, kdy k neposkytování zdravotních výkonů mimo zdravotnické zařízení dochází z omluvitelných důvodů (jak zmiňuje důvodová zpráva k danému bodu). Doporučujeme odst. 3 upravit např. doplněním formulace z důvodové zprávy vztahující se k danému bodu do podoby: *Krajský úřad může odejmout povolení, jestliže poskytovatel neposkytuje zdravotní výkony mimo zdravotnické zařízení v rozsahu uvedeném v povolení bez omluvitelného a vážného důvodu.* **Tato připomínka je zásadní.**	Je potřeba mít na paměti, že o povolení podle § 11a zákona o zdravotních službách (tj. povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení) může požádat pouze poskytovatel zdravotních služeb, tj. držitel oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. Povolení podle § 11a pak dále rozvíjí již stávající oprávnění k poskytování zdravotních služeb. To znamená, že i v případě odejmutí povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení podle § 11a dotčená osoba nadále zůstává usazená, neboť je stále držitelem obecného povolení k poskytování zdravotních služeb (ve zdravotnickém zařízení). Připomínka zároveň vychází z premisy, že navrhované § 11b odst. 3 má sankční povahu. Tak tomu ale není, což vyplývá i z toho, že odvolání má odkladný účinek. Ministerstvo zdravotnictví považuje za přiměřené, aby v případě nečinnosti poskytovatele při poskytování preventivní péče mimo zdravotnické zařízení, povolení odejmulo. V odvolacím řízení pak má poskytovatel příležitost vysvětlit svou neaktivitu. Z výše uvedených důvodů Ministerstvo zdravotnictví neshledává za potřebné dále ustanovení upřesňovat.
	<u>K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 31. (§ 17 písm. f)) návrhu zákona:</u> V některých případech podle nově navrženého písm. f) v § 17 není podle našeho názoru zřejmé, kdy překážka udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb pomine. Konkrétně upozorňujeme na nejasnost ohledně trvání překážky pro fyzickou osobu, která je navázána na překážku dle *písm. d) nebo e) u právnické osoby, kde je fyzická osoba jediným nebo většinovým společníkem, statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo členem kontrolního orgánu*, pokud by bylo nutné délku trvání překážky pro fyzickou osobu odvodit od délky, po kterou by *trvala překážka dle písm. d) nebo e), pokud by nedošlo k zániku této právnické osoby*. Kdy za těchto okolností přestane překážka pro dotčenou fyzickou osobu platit?	**<u>Vysvětleno.</u>** Pokud jde o překážky udělení oprávnění podle písm. d) a e), ty trvají po dobu trvání předběžného opatření nařízeného v rámci insolvenčního řízení [písm. d)], resp. po dobu trvání konkursu [písm. e)]. Po tu samou dobu bude trvat překážka i podle písm. f) odvozená od těchto případů. Ministerstvo zdravotnictví považuje dané ustanovení za dostatečně jednoznačné.

	Tato připomínka je zásadní.	
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodům 23. a 35. (§ 16 odst. 1 písm. l) a § 18 odst. 2 písm. a) bod 12.) návrhu zákona: Nově navržený požadavek ohledně splnění podmínek podle § 44g v § 16 odst. 1 písm. l) a požadavek ohledně dokladu prokazujícího splnění těchto podmínek v § 18 odst. 2 písm. a) bodě 12., které má žadatel o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předložit k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, považujeme za nejasné. V jakém smyslu má být pro účely udělení oprávnění prokázáno, že má poskytovatel zajištěn nepřetržitý provoz uvedených pracovišť v § 44g odst. 3 písm. a), a že zřídil pracoviště lékařské pohotovostní služby? Je dostatečné, aby žadatel/poskytovatel doložil, že je připraven pracoviště spustit, nebo už musí být v chodu? **Tato připomínka je zásadní.**	**Vysvětleno.** Požadavek je formulován záměrně obecně, aby zákon nevylučoval jednotlivé možnosti prokázání této skutečnosti. Doložení nepřetržitého provozu pracovišť (např. tzv. v režimu statim) je běžnou praxí ve zdravotnictví. Zřízení pracoviště lékařské pohotovostní služby lze doložit například prostřednictvím provozního řádu zdravotnického zařízení apod. Tyto podmínku musí být poskytovatel schopen splnit nejpozději k okamžiku data zahájení provozu urgentního příjmu.
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodům 23., 35., 79. až 84. a 87. (§ 16 odst. 1 písm. k) a l) a § 18 odst. 2 písm. a) body 11. a 12., § 44a, § 44b, § 44c, § 44f a § 44g) návrhu zákona: V ustanoveních § 44a, § 44b, § 44c, § 44f a § 44g se mluví o „hospici“, „centru duševního zdraví“, „centru komplexní péče o děti“ a o „urgentním příjmu“. Není však jasné, zda je smyslem uvedených ustanovení, že se hospicem/centrem/urgentním příjmem rozumí něco, *v čem jsou poskytovány* vyjmenované služby/zajištěn nepřetržitý provoz…, nebo se stanoví, že v hospici/centru/urgentním příjmu *mají být poskytovány* vyjmenované služby/zajištěn nepřetržitý provoz… (zda tedy formulace slouží k vymezení pojmu, nebo naopak ke stanovení povinností, což má odlišné důsledky). Jde-li o druhý případ, tak pak není jasné, kdy se zdravotnické zařízení stává „hospicem“/“centrem“/ „urgentním příjmem“ atd. Požadujeme vyjasnit. Je třeba vyjasnit i to, jak vykládat formulace „jde-li o centrum duševní zdraví“, resp. „jde-li o urgentní příjem“ v rámci § 16	**Vysvětleno.** Hospic, centrum duševního zdraví, centrum komplexní péče o děti a urgentní příjem jsou primárně zdravotnickými zařízeními, k jejichž provozu bude poskytovatel zdravotních služeb povinen mít oprávnění. Zároveň platí, že pokud oprávnění k provozu těchto pracovišť bude poskytovateli uděleno, tento poskytovatel bude na základě tohoto oprávnění oprávněn provádět například terénní péči (např. u center duševního zdraví). Jedná se o systém, který se obdobné uplatní pro poskytovatele ambulantní péče, kteří jsou na základě tohoto svého oprávnění (a v případě tzv. registrujících poskytovatelů mají dokonce povinnost) poskytovat rovněž návštěvní službu.

	odst. 1 písm. k) a l), resp. § 18 odst. 2 písm. a) bodů 11. a 12. **Tato připomínka je zásadní.**	
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 111. (poznámka pod čarou č. 69) návrhu zákona: Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 536/2014 již bylo novelizováno. Je nezbytné doplnit na konec názvu uvedeného předpisu dovětek „, v platném znění“. **Tato připomínka je zásadní.**	**Akceptováno.** Doplněno.
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 148. (§ 99 odst. 1 písm. b) bod 1.) návrhu zákona: S ohledem na požadavek stanovený v § 99 odst. 1 písm. b) bodu 1. týkající se uvedení adresy místa usazení závodu nebo organizační složky závodu na území ČR se tážeme, jaký je vztah úpravy udělování oprávnění k provádění externího hodnocení kvality a bezpečí k činnostem, které by spadaly pod čl. 56 SFEU, tj. poskytování služeb. „Službami“ ve smyslu čl. 56 SFEU jsou všechny *služby, které nejsou nabízeny stále a trvale z provozovny v členském státě určení*, přičemž ustanovení SFEU neumožňuje abstraktním způsobem určit délku nebo frekvenci, od které již nelze poskytnutí služby nebo určitého druhu služby považovat za poskytování služeb (viz např. rozsudek C-357 - C-359/10 *Duomo Gpa a další*, body 31 a 32). Je nutné oprávnění podle § 98 odst. 3 pro externí hodnocení v režimu poskytování služeb? Pokud ano, takový poskytovatel by zjevně nemohl uvést adresu umístění závodu nebo organizační složky závodu na území ČR. Požadujeme vyjasnit. Připomínáme také, že podle čl. 16 odst. 2 písm. a) směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu nesmějí členské státy omezovat volný pohyb služeb v případě poskytovatele usazeného v jiném členském státě stanovením povinnosti poskytovatele být na jejich území usazen.	**Akceptováno.** Předmětná pasáž ustanovení vypuštěna.

	Tato připomínka je zásadní.	
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 152. (§ 99 odst. 3) návrhu zákona: Podle § 99 odst. 3 může osoba, jejímž prostřednictvím bude hodnocení kvality a bezpečí prováděno, tuto činnost vykonávat pouze na základě osvědčení o odborné způsobilosti. Připomínáme, že podle judikatury Soudního dvora vnitrostátní pravidla, která stanoví kvalifikační podmínky, i když se uplatní nediskriminačně, mohou mít za následek ztížení výkonu uvedených základních svobod. Zaprvé požadujeme vyjasnit, jaké jsou podmínky odborné způsobilosti pro vydávání osvědčení odborné způsobilosti podle § 99 odst. 3. Máme za to, že v návrhu stanoveny nejsou. Zadruhé připomínáme, že z volného pohybu pracovníků a svobody usazování (čl. 45, resp. čl. 49 SFEU) Soudní dvůr ve své judikatuře dovodil, že striktnost požadavků na odbornou způsobilost musí být ospravedlnitelná naléhavým důvodem obecného zájmu a musí být proporcionální (srov. např. rozsudek C-108/09 *Ker-Optika*). To je potřebné dodržet. Zatřetí je nutné upravit povinnost zohledňování odborné kvalifikace v souladu s požadavky práva EU (směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací, popř. přímo ustanovení primárního práva, jak je vykládá Soudní dvůr ve své judikatuře), nebo lze vedle osvědčení odkázat i na rozhodnutí o uznání odborné kvalifikace podle zákona č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace. Nadto vznášíme dotaz, co znamená formulace „vydá osobě podle věty první osvědčení o odborné způsobilosti k jejímu výkonu, a to v rozsahu podle § 98 odst. 5, pro který tyto podmínky splňuje“. V § 98 odst. 5 není vymezován žádný rozsah. Požadujeme vyjasnit. **Tyto připomínky jsou zásadní.**	**Vysvětleno.** Požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí týkající se odborné způsobilosti osob, jejichž prostřednictvím bude hodnocení kvality a bezpečí prováděno, stanovuje prováděcí právní předpis [srov. § 98 odst. 7 písm. d)]. Podmínky získávání odborné způsobilosti zdravotnických pracovníků neupravuje zákon o zdravotních službách, ale zákony č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb. a prováděcí předpisy k těmto zákonům. Ministerstvo zdravotnictví je toho názoru, že úprava § 99 odst. 3 zákona o zdravotních službách se netýká volného pohybu pracovníků ani svobody usazování, upravuje pouze kontrolu splnění požadavků na personální zabezpečení externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 162. (§ 105 odst. 2 písm. a)) návrhu zákona:	**Akceptováno.**

	Za slova „identifikační číslo“ požaduje vložit slova „, bylo-li uděleno/přiděleno“. **Tato připomínka je zásadní.**	Doplněno.
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 166. (§ 112 odst. 3) návrhu zákona: Pokud jde o § 112 odst. 3, připomínáme, že ze svobody usazování (čl. 49 SFEU) plyne, pokud jde o výběr mezi více uchazeči (např. o omezený počet povolení apod.), požadavek, aby členské státy použily výběrové řízení, které poskytne plnou záruku nestrannosti a průhlednosti, zahrnující zejména *dostatečné zveřejnění informací o zahájení, průběhu a ukončení řízení*. V této souvislosti se tážeme, zda je formulace § 112 odst. 3 dostatečná pro zajištění toho, že výzva k podávání žádostí o udělení statusu centra vysoce specializované zdravotní péče bude vždy dostupná též způsobem umožňujícím dálkový přístup. Zaprvé, z § 112 odst. 3 nelze nade vší pochybnost dovodit, že výzva podle § 112 odst. 4 je úkon totožný s vyhlášením podle § 146 odst. 2 správního řádu, jež se doručuje veřejnou vyhláškou podle § 25 správního řádu[2]; rovněž § 122 odst. 4 nestanoví, že výzva k podávání žádostí o udělení statusu centra specializované zdravotní péče obsahuje *„vedle náležitostí podle § 146 odst. 2 správního řádu“* [3] alespoň tyto další náležitosti - tím pochybnosti o tom, že by mělo jít o tentýž úkon, zůstávají. V § 112 odst. 3 se mluví pouze o „vyvěšení výzvy na úřední desce ministerstva“. Požadujeme vyjasnit, zda navrhovaná úprava zajišťuje, že celý obsah výzvy bude dostupný na internetu (a nehrozí, že její celý obsah bude zveřejněn pouze na „fyzické“ úřední desce).	**Vysvětleno.** Ustanovení § 112 odst. 3 zákona o zdravotních službách uvádí, že řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče probíhá v režimu řízení o výběru žádosti ve smyslu § 146 odst. 2 správního řádu. § 146 odst. 2 správního řádu stanoví, že toto řízení se zahajuje veřejnou vyhláškou ve smyslu § 25 správního řádu, tj. vyhlášení se provede tak, že se výzva, vyvěsí na úřední desce správního orgánu, který písemnost doručuje; na písemnosti se vyznačí den vyvěšení. Písemnost nebo oznámení se zveřejní též způsobem umožňujícím dálkový přístup. Rovněž z § 26 odst. 1 věty druhé správního řádu stanoví, že obsah úřední desky správního orgánu (tj. rovněž Ministerstva zdravotnictví) se zveřejňuje i způsobem umožňujícím dálkový přístup. Ministerstvo zdravotnictví tedy shledává úpravu za dostatečnou a považuje za nesporné, že navrhovaná úprava zajišťuje, že celý obsah výzvy bude dostupný na internetu.

[2] Ustanovení § 25 odst. 2 správního řádu zní: „(2) Doručení veřejnou vyhláškou se provede tak, že se písemnost, popřípadě oznámení o možnosti převzít písemnost, vyvěsí na úřední desce správního orgánu, který písemnost doručuje; na písemnosti se vyznačí den vyvěšení. Písemnost nebo oznámení se zveřejní též způsobem umožňujícím dálkový přístup. Patnáctým dnem po vyvěšení se písemnost považuje za doručenou, byla-li v této lhůtě splněna i povinnost podle věty druhé.“.

[3] § 146 odst. 2 správního řádu uvádí např. lhůtu pro podávání žádostí, která nesmí být kratší než 30 dnů, pokud zvláštní zákon nestanoví jinak, či kritéria hodnocení podaných žádostí.

	Tato připomínka je zásadní.	
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 166. (§ 112 odst. 7) návrhu zákona: Pokud jde o §112, zejména odst. 7, připomínáme, že ze svobody usazování (čl. 49 SFEU) plyne, i pokud jde o výběr mezi více uchazeči (např. o omezený počet povolení apod.), že kritéria výběru by měla být *nerozdílně aplikovatelná, opodstatněná naléhavým důvodem obecného zájmu, přiměřená danému cíli obecného zájmu, jasná a jednoznačná, objektivní, předem zveřejněná, průhledná a přístupná*. Z § 112 však nelze dovodit, zda budou předem stanovena a známa *všechna* kritéria, na základě kterých se bude určovat pořadí žádostí. Není jasné, v jakém rozsahu se uplatní § 146 odst. 2 správního řádu a v něm zmiňované vyhlášení kritérií hodnocení podaných žádostí, když § 112 odst. 4 stanoví zvláštní (?) úpravu obsahu výzvy. V každém případě jsou v § 112 odst. 7, kde je upraven proces určování pořadí žádostí, kritéria, na základě kterých má být určeno pořadí, uvedena pouze příkladmo (viz „přihlédne zejména k“). S ohledem na shora uvedené se tážeme, zda budou předem známá všechna kritéria, na základě kterých bude možné určovat pořadí, a z čeho budou vyplývat, případně co ospravedlňuje jiný postup. **Tato připomínka je zásadní.**	**Vysvětleno.** Kritéria pro výběr žádosti budou stanovena výzvou k podávání žádostí o udělení statusu centra vysoce specializované zdravotní péče, která musí mít náležitosti podle § 112 odst. 4 a dále může mít doplňující náležitosti podle § 112 odst. 5. Tento výčet je taxativní, možnost stanovení kritérií je tedy omezena. Podmínky a pravidla určení pořadí ministerstvem plynou z odstavce 7. S ohledem na výše uvedené je Ministerstvo zdravotnictví toho názoru, že není pochyb o tom, že budou předem známá všechna kritéria, na základě kterých bude možné určovat pořadí, a z čeho budou vyplývat.
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodům 167. a 171. (§ 112a a § 113c) návrhu zákona: V případě ustanovení § 112a druhé věty není jasné, zda má poskytovatel poskytnout údaje za kalendářní rok předcházející dni, ke kterému je udělen status centra (podle § 112 odst. 3 třetí věty se status centra uděluje vždy k počátku roku následujícího po roce, v němž bylo vydáno rozhodnutí o udělení statusu centra), nebo až za první kalendářní rok fungování centra, a případně pak i za každý následující kalendářní rok. Ustanovení je nutné naformulovat jasněji.	**Částečně akceptováno,** Ustanovení § 112a věty druhé specifikováno tak, aby bylo zřejmé, že indikátory poskytování vysoce specializované péče je poskytovatel povinen poskytovat pouze v letech, pro které byl jeho zdravotnickému zařízení udělen status CVSP. Ministerstvo zdravotnictví nicméně odmítá, že by navrhovaná úprava nedostatečně vylučovala riziko rozdílného zacházení. Byť je zde možnost správního uvážení, i na tuto činnost ministerstva se uplatní základní zásady činnosti správních orgánů, mj. zákaz zneužití správního uvážení (srov. § 2 správního řádu).

	Dále, podle § 112a je ministerstvo oprávněno ukládat nápravná opatření, zjistí-li z údajů poskytnutých podle daného paragrafu nedostatky. Podle § 113 odst. 3 písm. b) je pak důvodem pro fakultativní odejmutí statusu centra vysoce specializované zdravotní péče „opakované neprokázání splnění indikátorů poskytování vysoce specializované zdravotní péče“ (není jasné, zda se opakovaným neprokázáním rozumí pouze neprokázání každoročním poskytnutím údajů o plnění těchto indikátorů podle § 112a, nebo se za neprokázání splnění indikátorů bude považovat i nesplnění nápravných opatření). Úprava fakultativního ukládání nápravných opatření v § 112a a fakultativního odejímání statusu centra vysoce specializované zdravotní péče se nám jeví jako nedostatečně vylučující riziko rozdílného zacházení, a tudíž i riziko vytvoření překážky svobodě usazování. Jaké jsou důvody pro to, že je uložení nápravných opatření, resp. odnětí statusu centra pro neplnění indikátorů poskytování vysoce specializované zdravotní péče (tj. minimálních hodnotících kritérií objemu, rozsahu a kvality poskytované péče ve zdravotnickém zařízení se statusem centra) na správním uvážení ministerstva? Rovněž připomínáme, že čl. 106 odst. 2 SFEU připouští odchylky od pravidel práva EU, včetně ustanovení o svobodě usazování nebo ustanovení o veřejné podpoře, pouze pro podniky pověřené poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (v rozsahu potřebném k vytvoření podmínek pro to, aby mohly naplnit své zvláštní úkoly). Upozorňujeme, že indikátory poskytování vysoce specializované zdravotní péče nemohou představovat závazky veřejné služby, kterými jsou poskytovatelé provozující zdravotnické zařízení s uděleným statusem centra „pověřeni“ ve smyslu čl. 106 odst. 2 SFEU. Chybí akt pověření, který by jim stanovil závazek (povinnost) naplňovat tato minimální kritéria. Tímto aktem by mohl být i zákon ve spojení s výzvou stanovující konkrétní indikátory, chybí však dostatečná závaznost těchto kritérií. Plněním těchto kritérii tudíž nebude	V neposlední řadě úprava § 112a nemůže bránit svobodě usazování ani technicky. Obdobně jako v případě povolení podle § 11a zákona o zdravotních službách, je rovněž i podmínkou udělení statusu CVSP oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Status CVSP udělený podle § 112 tedy pouze rozvíjí již stávající oprávnění, jeho odejmutí nikterak nezasahuje do svobody usazování. Na dotaz in fine Ministerstvo zdravotnictví sděluje, že na základě navržených ustanovení § 112 odst. 5 písm. a) a b) a odst. 6 písm. c) a f) plnění indikátorů před udělením statusu centra může být kritériem rozhodným pro určování pořadí žádostí podle § 112 odst. 7, nicméně nejedná se nutně o podmínku sine qua non ve všech případech.

	možné ospravedlňovat výhody pro tyto zdravotnická zařízení se statusem centra. Dále vznášíme dotaz, zda plnění indikátorů před udělením statusu centra může být kritériem rozhodným pro určování pořadí žádostí podle § 112 odst. 7. Pokud není schopnost naplňovat indikátory zkoumána během řízení o výběru žádosti (udělování statusu centra), máme tomu rozumět tak, se počítá s tím, že poskytovateli provozujícímu centrum vysoce specializované péče bude poskytována určitá podpora/výhody umožňující, aby indikátory mohl po udělení statusu centra naplňovat? Požadujeme vyjasnit. **Tyto připomínky jsou zásadní.**	
	<u>K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 184. (§ 113i) návrhu zákona:</u> Podle § 113i může vykonávat funkci „nemocničního kaplana“ (činnosti budou podrobně definované v prováděcím právním předpisu) pouze osoba, která je absolventem vymezených vysokoškolských studijních programů ve stanovených oblastech a vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu, a nadto byla písemně pověřena registrovanou církví nebo náboženskou společností a s pověřením vyjádřila souhlas Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví. Připomínáme, že podle judikatury Soudního dvora vnitrostátní pravidla, která stanoví kvalifikační podmínky, i když se uplatní nediskriminačně, mohou mít za následek ztížení výkonu základních svobod a že Soudní dvůr dále ve své judikatuře dovodil, že konkrétní podoba a striktnost požadavků na odbornou způsobilost musí být ospravedlnitelná naléhavým důvodem obecného zájmu a musí být proporcionální. V této souvislosti vznášíme dotaz, na základě čeho byly u § 113i odst. a) bodu 3 zvoleny oblasti vzdělávání absolvovaného magisterského studijního programu. Neměly by tam být jiné	**<u>Akceptováno.</u>** I na základě připomínek jiných připomínkových míst bylo ustanovení § 113i zásadně přepracováno. Odsouhlasení pověření Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví bylo vypuštěno. Je stanoven požadavek, aby nemocniční kaplan měl vzdělání v oblasti teologie, filozofie, religionistika nebo v příbuzné oblasti vzdělávání. Tak bude zajištěno plnění povinností plynoucích z volného pohybu pracovníků a svobody usazování v rámci EU. Máme za to, že požadavek na absolvování vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany je ospravedlnitelný a proporcionální vůči právu pacienta na kvalifikovanou duchovní péči.

	humanitní oblasti?[4] Dále vznášíme dotaz, jak je zajištěno plnění povinností plynoucích z volného pohybu pracovníků a svobody usazování zohledňovat odborné kvalifikace získané mimo daný členský stát v rozsahu, jak to Soudní dvůr vyložil ve své judikatuře (srov. např. C-340/89 *Vlassopoulou*). Přímo požadavku odborné kvalifikace vymezenému v § 113i písm. a) (včetně absolvování programů ve stanovených oblastech a vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu) není možné podřídit občany EU, kteří využívají volný pohyb pracovníků resp. svobodu usazování (jakož i jejich rodinné příslušníky) a odbornou kvalifikaci získali mimo ČR. Požadujeme vyjasnit. Máme dále pochybnosti i nezbytnosti a proporcionalitě požadavku na odsouhlasení pověření právě Českou biskupskou konferencí **a** Ekumenickou radou církví. Požadujeme vysvětlit. **Tyto připomínky jsou zásadní.**	
Úřad vlády ČR – Zmocněnkyně vlády pro lidská práva Mgr. Jakub Machačka (machacka.jakub@vlada.cz) JUDr. Miroslav Crha (crha.miroslav@vlada.cz) Mgr. Diana Šmidová (smidova.diana@vlada.cz) JUDr. Pavel Ptáčník (ptacnik.pavel@vlada.cz) Mgr. Monika Šamová (e-mail: samova.monika@vlada.cz, tel.: 725 765 883)	**1. K zajištění rovného přístupu ke zdravotním službám** Na rozdíl od mnohých jiných předpisů zákon o zdravotních službách neobsahuje specifickou povinnost poskytovatele poskytovat své služby všem pacientům bez rozdílu a nediskriminovat je při jejich poskytování. Mezinárodní výzkumy jako např. EU MIDIS Agentury EU pro základní práva ukazují, že diskriminace ve zdravotnictví rozhodně není vzácná. Jsem si samozřejmě vědomá toho, že tento zákaz je obsažen v antidiskriminačním zákoně. V jiných oblastech jako např. pracovní právo, zaměstnanost či přístup ke zboží a službám je však tato soukromoprávní povinnost doprovozena povinností veřejnoprávní, jejíž plnění je zajištěno i příslušným	**Vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví má za to, že problematika nediskriminace je v zákoně o zdravotních službách pokrytá dostatečně, ať už povinností lege artis postupu a dále zejm. § 48. Podle § 45 odst. 1 je poskytovatel „povinen poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů (…).“ Poskytovateli je uložen celý katalog povinností, který podle našeho názoru zajišťuje rovný přístup ke zdravotním službám. Rovný přístup bez diskriminace je pak zejména ošetřen ustanovením § 48, které stanoví taxativní podmínky, kdy může poskytovatel odmítnout pacientovi péči. V ostatních

[4] Dále formulace „navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie“ je problematická. Zákon o vysokých školách zná obdobnou formulaci: „magisterský studijní programy navazující na bakalářský studijní program“. To svádí k jejich ztotožnění, ovšem magisterské studijní programy např. v oblasti vzdělávání farmacie, veterinární lékařství, všeobecného lékařství, zubního lékařství, navazující na bakalářský program v oblasti teologie, zřejmě neexistují. Smyslem zřejmě bylo, aby nad rámec absolvování teologie (bakalář), absolvoval i magisterský studijní program v jedné z vymezených oblasti vzdělávání. Je žádoucí zvolit jinou formulaci.

Mgr. Markéta Gregorová (e-mail: gregorova.marketa@vlada.cz, tel.: 607 101 059) Mgr. Michal Pavlíček (e-mail: pavlicek.michal@vlada.cz, tel.: 725 716 477)	přestupkem s odpovídající sankcí. Tím je ochrana rovného přístupu k právům významně posílena, neboť není závislá na soukromé iniciativě oběti diskriminace a jejím přístupu k soudu. Proto považuji za žádoucí tuto povinnost zavést i do zákona o zdravotních službách, kde jí ostatně v brzké budoucnosti bude vyžadovat i právo EU, konkrétně směrnice o orgánech pro rovné zacházení. **Navrhuji proto do zákona doplnit** **a) povinnost poskytovatele zajistit rovný přístup k poskytovaným zdravotním službám bez diskriminace** **b) přestupek postihující porušení této povinnosti s odpovídající sankcí**	případech tak učinit nemůže. Máme za to, že požadované proklamativní doplnění textu zákona by v tomto směru bylo duplicitní, tedy nadbytečné a tudíž nežádoucí.
	2. K přestupku špatného zacházení ve zdravotních službách Jako další významný nedostatek vnímám absenci možnosti postihu forem špatného zacházení především v zdravotních službách. Jde o různé zásahy do důstojnosti, integrity soukromí a bezpečí pacientů během (ale nikoliv výlučně) hospitalizace v psychiatrických léčebnách a nemocnicích jako neoprávněné používání omezovacích prostředků, opomenutí či zanedbání péče, nezajištění důstojných podmínek během hospitalizace apod. Pokud v současnosti tyto skutky nedosáhnou závažnosti trestných činů, nemohou být nijak postihnuty. To je však v rozporu se zákazem špatného zacházení podle čl. 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod, čl. 3 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, čl. 7 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech či Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení či trestání, které musí být vždy efektivně postihováno a trestáno. Ze stejných důvodů na tuto absenci dlouhodobě poukazuje i veřejný ochránce práv[5] či Výbor proti mučení a jinému	**Akceptováno.** Ad přestupek ponižujícího zacházení: V návaznosti na připomínku doplněn přestupek v § 117 odst. 1 písm. x), kterého se poskytovatel zdravotních služeb dopustí tím, že poruší právo pacienta na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.

[5] Viz výroční zprávy za rok 2020, 2021 a 2022.

	krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení Rady vlády pro lidská práva. **Navrhuji proto do zákona doplnit přestupek postihující špatné zacházení s pacienty v podobě neoprávněných zásahů do jejich důstojnosti, soukromí, integrity a bezpečí spolu s odpovídající sankcí.**	
	3. Ke zdravotní respitní péči Dle aktuálních trendů v oblasti lidských práv je zejména u lidí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním kladen důraz na respekt k jejich specifickým potřebám, podporu jejich setrvání ve vlastním sociálním prostředí a poskytování kvalitní a kontinuální zdravotní péče. Počet dětských i dospělých pacientů, o které trvale a nepřetržitě pečují jejich blízcí v domácím prostředí, se neustále zvyšuje. Pro rodinné příslušníky je to však činnost velice fyzicky a psychicky náročná a bez možnosti zajistit si nezbytný čas na odpočinek a regeneraci. Zdravotní stav těchto pacientů neumožňuje pečujícím využít odlehčovací sociální služby. Potřebné služby zdravotní respitní péče nejsou v současné době zákonem jakkoli upraveny. Nejsou tedy stanoveny ani podmínky pro jejich výkon ani systematicky upraveny možnosti pro zajištění péče jinými kvalifikovanými osobami. Osoby pečující mnohdy nemají dostupné možnosti pro zajištění nezbytného volného času. Je potřeba zajistit rovnost podmínek poskytování péče a rovnost zabezpečení tohoto druhu péče pro všechny potřebné pacienty a jejich rodiny, a to jak pro děti, tak pro dospělé. Zdravotní respitní péče by přitom umožnila zefektivnit využívání lůžkové kapacity v zařízeních lůžkové péče pro pacienty v terminální fázi života, podpořila by v souladu s mezinárodními závazky (Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením) setrvání těchto pacientů v přirozeném domácím prostředí a také by zvýšila důstojnost života pacientů i pečujících osob.	**Vysvětleno.** **Řešeno jiným legislativním návrhem.** Problematika zdravotní respitní péče a propojení sociálních a zdravotních služeb obecně je řešena návrhem zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (podrobně viz zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/), jehož spolupředkladatelem je Ministerstvo zdravotnictví.

	Navrhuji proto do § 5 odst. 2 písm. i) zákona doplnit definici zdravotní respitní péče: **„i) zdravotní respitní péče, jejímž účelem je zajištění léčebné, léčebně-rehabilitační, ošetřovatelské nebo paliativní péče o pacienta se závažnou život limitující nebo život ohrožující diagnózou při současném umožnění nezbytného odpočinku fyzické osobě dlouhodobě pečující o pacienta v domácím prostředí."**	
	4. K ochraně soukromí pacientů v detenci (§ 28 odst. 7) Určitě vítám, že návrh se snaží řešit otázku zachování soukromí při poskytování zdravotní péče pacientům v detenci v návaznosti na doporučení Evropského výboru pro zabránění mučení (CPT) i úkoly vlády (Usnesení č. 838 ze dne 25. 11. 2019). Nicméně musím bohužel konstatovat, že řešení stále úplně nenaplňuje příslušný standard CPT, což však vláda slíbila ve svém vyjádření k poslední zprávě. Podle tohoto standardu by totiž veškeré lékařské prohlídky měly probíhat mimo doslech, a pokud lékař nepožaduje opak, i mimo dohled vězeňské služby. Návrh však (a to i na rozdíl od stávající úpravy) vůbec nerozlišuje tyto dvě formy kontroly, které jsou přitom z hlediska zachování soukromí zásadní (doslech má zajisté výraznější dopad než dohled). Rovněž podle standardu CPT to má být primárně lékař, kdo určí, jak se bude v konkrétním případě postupovat. Podle návrhu to má být příslušník bezpečnostního sboru ve spolupráci se zdravotníkem, což celou logiku spíše obrací. Dochází tak nadále k nepochopení standardu CPT, který samozřejmě nemá za cíl bránit příslušníkovi v ostraze osoby omezené na svobodě, ale má maximálně umožňovat rozvoj důvěrného vztahu mezi lékařem a pacientem a sloužit zároveň k ochraně lékaře, pokud se to ukáže nutné. Konečně pokud nově princip formulujeme jako omezení práva pacienta na soukromí, musíme přesně vymezit, kterých pacientů se týká. Omezení na svobodě se může dotýkat různých situací – pobytu ve věznicích či policejních celách, cizineckých zařízení či školských zařízení.	**Částečně akceptováno.** ad a): Ministerstvo zdravotnictví upraví textaci ustanovení § 28 odst. 7 tak, aby toto plně reflektovalo úkol plynoucí z usnesení vlády č. 838 ze dne 25. listopadu 2019 (srov. zde: https://odok.cz/portal/services/download/attachment/2019/838/1/pdf/). Ustanovení nově stanoví, že všechny zdravotní služby poskytované osobám dotčeným tímto ustanovením mohou být prováděny pod doslechem či dohledem příslušníka Vězeňské služby nebo Policie ČR pouze na výslovnou žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka. Blíže srov. upravenou textaci § 28 odst. 7 zákona o zdravotních službách. ad b): Akceptováno, viz výše. Ministerstvo zdravotnictví na tomto místě nicméně upozorňuje, že usnesení vlády pracuje s mírně nepřesnou terminologii, kdy uvádí, že o dohled a doslech může požádat jenom lékař, čímž ale z této možnosti vylučuje řadu jiných ošetřujících zdravotnických pracovníků (zubní lékaři, farmaceuti, nelékařští zdravotničtí pracovníci). Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že lékař nemusí být vždy přítomen při poskytování zdravotních služeb pacientovi. Ministerstvo zdravotnictví proto považuje za nezbytné přiznat toto oprávnění jakémukoli zdravotnickému pracovníkovi ošetřujícímu pacienta. ad c): Samotný úkol plynoucí z usnesení vlády č. 838 ze dne 29. listopadu 2019 uvádí, že problematika umožnění dohledu a doslechu se vztahuje na osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí

	Někde mohou být důvody ke kontrole silnější, jinde marginální. Proto by měl okruh dotčených osob být vymezen úžeji a přesněji. **Požaduji proto** **a) vymezit formy narušení soukromí pacientů podle standardu CPT v souladu se slibem vlády CPT** **b) dát oprávnění rozhodnout o kontrole zdravotnickému pracovníkovi** **c) omezit okruh dotčených osob jen na osoby vězněné, ve vazbě či zabezpečovací detenci a umístěné v policejních celách**	svobody, policejní detence nebo zabezpečovací detence. Tento rozsah dotčených osob byl plně respektován již původním návrhem a zůstává respektován i po přepracování ustanovení.
	5. K dříve vyslovenému přání v situaci mozkové smrti (§ 36 odst. 5) Oceňuji, že návrh blíže specifikuje pravidla respektování dříve vyslovených přání pacienta a posiluje tak jeho autonomii, což potvrzuje i důvodová zpráva, podle níž má nově být uznáno např. přání odpojení od přístrojů v případě mozkové smrti. Nicméně zákonné znění v tomto směru se zdá být vnitřně rozporné, neboť podle něj stále nelze respektovat dříve vyslovené přání, pokud nabádá k jednání, jehož výsledkem je způsobení smrti. Navíc oproti současnému stavu je vypuštěno slovo „aktivní“ (jednání), čímž se rozsah zákazu naopak rozšiřuje. **Navrhuji proto ustanovení upravit přesněji, bez vnitřních rozporů a v souladu se záměrem popsaným v důvodové zprávě.**	**<u>Akceptováno.</u>** Ustanovení § 36 odst. 5 zákona o zdravotních službách upraveno do následující podoby: *„**(5) Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovému jednání, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti.**“*
	6. K hlášení a soudní kontrole omezení svobody (§ 40) Jakkoliv mohu chápat, že hlášení krátkodobějších případů použití omezovacích prostředků je pro poskytovatele zdravotních služeb náročné, nemohu pominout, že se jedná o ochranu jednoho ze základních práv – práva na osobní svobodu (čl. 8 Listiny základních práv a svobod, čl. 5 Úmluvy o ochraně	**<u>Částečně akceptováno jinak, vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví předně upozorňuje, že nedobrovolná hospitalizace (tj. v terminologii LZPS nedobrovolné převzetí a držení v ústavní zdravotní péči) není omezovacím prostředkem. Jedna se o oproti omezovacím prostředkům podstatně

	lidských práv a základních svobod, čl. 9 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech). Listina základních práv a svobod navíc v čl. 8 odst. 6 stanoví povinnost nahlásit každé nedobrovolné převzetí či držení v nemocnici do 24 hodin soudu. Tato lhůta tedy plyne přímo z ústavního pořádku a logicky začíná v okamžiku, kdy k dané skutečnosti dojde. Pokud bychom však nyní čekali, zda omezení bude trvat 24 hodin či nikoliv, tak bychom určitou část omezení neoznámili soudu vůbec, ale u těch, která bychom oznámili, by k oznámení došlo logicky až po uplynutí dané ústavní lhůty, která by mohla být až dvojnásobně překročena (24 hodin trvání + až 24 hodin na oznámení). S tím se pojí i praktické otázky jako např. přerušení omezení a jeho možné následné obnovení. Pochyby u mě rovněž vyvolává obrácení pořadí prostředků ochrany, neboť za ochranu základních práv je primárně zodpovědný stát. Proto i ochranu osobní svobody ve zdravotnictví zajišťují primárně odpovědné subjekty, tj. poskytovatel a soud a nikoliv pacient, který nastupuje až v případě jejich opomenutí či selhání. Pokud by u krátkodobých omezení to měl být naopak primárně sám pacient, kdo brání svou osobní svobodu, je takový návrh v rozporu s požadavkem na ochranu této svobody ze strany státu. Celkově tedy nemohu s tímto návrhem souhlasit. **Požaduji proto vypuštění možnosti nehlásit soudu krátkodobá omezení.**	zásadnější zásah do osobní svobody a to reflektuje i LZPS ve svém čl. 8 odst. 6, kde přiznává dotčeným osobám právo na speciální soudní ochranu. Odlišnou povahu pro nedobrovolnou hospitalizaci a použití omezovacích prostředků reflektuje i zákon o zdravotních službách. Hospitalizace bez souhlasu je komplexně upravena v § 38, výčet přípustných omezovacích prostředků je obsažen až v § 39 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Co se týče práva na soudní přezkum hospitalizace pacienta bez souhlasu, jelikož toto právo pramení přímo z LZPS, zákon o zdravotních službách toto ústavně garantované právo musí respektovat a respektuje; proto ostatně nedochází k žádné změně stran oznamovací povinnosti poskytovatele, pokud přistoupí k nedobrovolné hospitalizaci pacienta [srov. § 40 odst. 1 písm. a)]. Co se týče oznámení použití omezovacího prostředku ve smyslu § 39 odst. 1, LZPS právo na soudní přezkum odůvodněnosti jeho použití již nepřiznává, proto případnou úpravou podmínek vzniku této oznamovací povinnosti bez dalšího nedochází k zásahu do ústavně garantovaných práv dotčených osob. Na tomto místě Ministerstvo zdravotnictví předně deklaruje, že při jakékoli úpravě zákonných povinností poskytovatelů zdravotních služeb má na zřeteli primárně bezpečí a ochranu práv pacienta a kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. Aplikační praxe vztahující se k oznamovací povinnosti podle § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách nicméně ukázala, že povinnost oznámení použití omezovacích prostředků soudu v současném rozsahu neplní svůj účel. Oznámení o *„krátkodobém“* použití omezovacích prostředků není ze strany soudů v praxi až na výjimky reálně řešeno,

		jelikož soudy se k reálnému šetření incidentu často dostávají až v době, kdy pacient již není omezen. Smyslem návrhu úpravy § 40 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách je primárně reálné zefektivnění soudního přezkumu použití omezovacích prostředků. Návrh původně počítal s tím, že poskytovatel bude mít nadále oznamovací povinnost při použití omezovacího prostředku v rozsahu co do závažnosti srovnatelném s nedobrovolnou hospitalizací, tj. v časovém rozsahu přesahujícím 24 hodin (k tomu srov. vymezení hospitalizace dle § 3 odst. 4 ZZS jakožto pobytu pacienta na lůžku a poskytování zdravotních služeb zpravidla přesahující 24 hodin). Nově v návaznosti na tuto a další připomínky byla tato doba zkrácena na 12 hodin. Tím dojde k odstranění nadbytečné administrativní zátěže na straně poskytovatelů zdravotních služeb, která s ohledem na stávající praxi nemá odůvodnění, zároveň pro soudy bude takové oznámení zároveň indikací naléhavosti takového případu a potažmo nezbytnosti jeho urychleného přezkoumání. Zároveň se po dobu omezení omezovacími prostředky neuplatní možnost dodatečného souhlasu pacienta s omezením, která by negovala oznamovací povinnost poskytovatele (k tomu srov. změnu v § 40 odst. 2), jelikož je z povahy věci vyloučeno, aby mohl být souhlas omezeného pacienta s omezením považován za svobodný. Pacient tak tento souhlas může vyslovit až po ukončení omezení. Navržený nový odstavec 3 přitom nepředstavuje *„obrácení pořadí prostředků ochrany“*, pouze zdůrazňuje

		možnost pacienta (případně jeho blízkého okolí) podat návrh na přezkum (byť sebekratšího) použití omezovacího prostředku. Jelikož se v takovém případě bude jednat o řízení na návrh, soud se takovým návrhem bude muset zabývat. Z výše uvedených důvodů Ministerstvo zdravotnictví ve zbylém rozsahu setrvává na návrhu.
	7. K centrům komplexní péče o děti (§ 44f) Rovněž vítám, že návrh přináší reformu bývalých kojeneckých ústavů na centra komplexní péče o děti. Cílovou skupinou těchto center mají být jedny z nejzranitelnějších dětí a jejich rodin. Jejich posláním pak má být dle důvodové zprávy zajištění takové komplexní zdravotně-sociální péče, aby byly vytvořeny co nejvhodnější podmínky pro dlouhodobé setrvání dítěte s vážným zdravotním omezením v jeho biologické (nebo náhradní) rodině. Zároveň však navrhovaná úprava formuluje poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí či odlehčovací službu jen jako možnost v rozporu nejen s důvodovou zprávou, ale i Úmluvou o právech dítěte a Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (zejm. čl. 23 odst. 3 až 5), dle nichž musí být zdravotní péče primárně poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta včetně odlehčovací péče. Návrh úpravy k centrům komplexní péče o děti pak, oproti hospicům a centrům duševního zdraví, neobsahuje povinnost poskytování sociálních služeb pacientům i jejich blízkým osobám, ač se jedná o velmi zranitelnou skupinu, která vyžaduje mezioborový přístup. Z návrhu pak není zřejmé, zda bude možno v centrech komplexní péče o děti poskytovat dlouhodobou lůžkovou péči nad rámec upravené respitní péče a pokud ano, pak za jakých podmínek. Důvodová zpráva zmiňuje riziko „odkládání“ dětí, nicméně návrh neobsahuje žádnou úpravu dlouhodobé péče včetně doby jejího trvání. Není ani jasné, zda a kdy bude	**<u>Částečně akceptováno, vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví úvodem považuje za potřebné upřesnit, že se a priori nejedná o reformu kojeneckých ústavů [v terminologii zákona o zdravotních službách dětských domovů pro děti do 3 let věku (DD3)]. Možnost transformace DD3 na Centra komplexní péče o děti (CKP) je sice možností pro DD3, nicméně využití CKP se neomezuje jenom na tuto možnost transformace a CKP mohou vzniknout i nezávisle na dosavadních DD3. Co se týče formulování poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta pouze jako možnosti (nikoli povinnosti), Ministerstvo zdravotnictví přistoupilo k mírné změně textace § 44f odst. 1, kdy spojení *„může poskytovat“* bylo nahrazeno termínem *„poskytuje“*. Ministerstvo zdravotnictví nicméně upozorňuje, že koncepce zákona o zdravotních službách, dle které je možné poskytovat zdravotní služby pouze na základě oprávnění k jejich poskytování, vychází z premisy, že takovým oprávněním se poskytovateli primárně ukládá možnost, nikoli povinnost poskytovat zdravotní služby v rozsahu stanoveném oprávněním (k tomu srov. § 11 odst. 1 ZZS). I tato možnost je v nějakém rozsahu zavazující a bude záležet na zdravotním stavu dotčeného pacienta, nicméně tento závazek bude mít vždy „měkkou“ povahu.

	povinnost informovat o umístění dítěte OSPOD, aby zhodnotil ohrožení dítěte a navrhl např. poskytnutí sociálního poradenství či služeb. V právní úpravě rovněž chybí podrobnější úprava cílové skupiny péče, kterou závěrečná zpráva RIA správně vymezuje jako „děti se vzácnými onemocněními, vážným nebo kombinovaným zdravotním postižením a vážným nestabilním zdravotním stavem“ a nikoliv „děti, které mají duševní onemocnění, mentální postižení nebo smyslové postižení bez somatických projevů“, kterým jsou určeny sociální služby. To plně odpovídá uvedeným mezinárodním závazkům ČR a směřuje k integraci dětí do běžného prostředí. V souladu s tím má být i komplexní a multidisciplinární zaměření poskytované péče se zdravotními, sociálními i vzdělávacími aspekty, čemuž však samotný návrh neodpovídá. **Požaduji proto, aby:** **a) centrum komplexní péče o děti zajišťovalo komplexní zdravotně-sociální péči o děti, která bude poskytovaná následovně:** **1. primárně v sociálním prostředí dítěte formou domácí péče,** **2. teprve následně formou ambulantní či stacionární a** **3. nakonec jako lůžková péče respitní;** **b) byly v zákoně vymezeny cíle péče jako podpora psychomotorického a socio-emočního vývoje dítěte, rozvíjení jeho komunikačních schopností a zamezení vzniku psychických deprivací** **c) byla v zákoně jasně vymezena cílová skupina péče jako děti se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním** **d) péče centra**	Co se týče formulace § 44f odst. 2, zakotvující možnost poskytování lůžkové péče nezletilým pacientům za účelem umožnění odpočinku osob o tyto pacienty pečujících v jejich domácím prostředí, zvolená formulace je upravena obdobně jako v případě § 44f odst. 1. K dalšímu rozsahu požadavku ZVLP podle písm. a) níže Ministerstvo zdravotnictví sděluje, že není rozhodné pořadí forem zdravotní péče, které je poskytovatel zřizující CKP oprávněn na základě svého oprávnění poskytovat, bez ohledu na toto pořadí nemůže ze strany poskytovatele docházet ke zneužívání či nadužívání některé z forem zdravotní péče v tom smyslu, že pacient, kterému postačuje zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí či stacionární, bude zbytečně hospitalizován. Co se týče požadavků dle písm. b) a c), Ministerstvo zdravotnictví ne zcela rozumí jejich obsahu a domnívá se, že cíle poskytované péče a cílová skupina je přesně takto vymezená již v § 44f odst. 1. Pokud jde o požadavek podle písmene d), Ministerstvo zdravotnictví k tomuto požadavku uvádí, že CKP poskytuje rodině primárně komplex zdravotních služeb, které umožní dlouhodobé setrvání dítěte v jeho biologické nebo náhradní rodině. Komplexnost představuje především multidisciplinarita týmu CKP a nabídka několika typů zdravotní péče jedním poskytovatelem stejné cílové skupině. Současná registrace sociální služby poskytovatelem CKP je sice vítaná, Ministerstvo zdravotnictví ji nicméně nepovažuje jako podmínku *sine qua non*. Stanovení takové podmínky by mohlo zvýšit finanční i administrativní náklady na provoz CKP a v důsledku zamezit vzniku většího počtu těchto center. Součástí personální vybavení je nicméně přítomnost zdravotně sociálního pracovníka k pokrytí sociálních potřeb pacientů a jejich rodin.

	1. **zahrnovala zdravotně-sociální pomezí a mezioborovou spolupráci zdravotního a sociálního personálu po vzoru úpravy hospiců či center duševního zdraví** 2. **podporovala i rodiny a blízké osoby dětí** **e) pokud by centrum komplexní péče mělo poskytovat dlouhodobou lůžkovou péči nad rámec respitní péče,** 1. **byly vyjasněny podmínky jejího poskytování** 2. **byla určena maximální doba jejího poskytování podobně jako u péče respitní** 3. **byla stanovena lhůta, po jejímž uplynutí bude povinnost informovat o umístění dítěte v centru OSPOD;**	Pokud jde o požadavek dle písmene e), Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že pro poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v CKP se uplatní stejná pravidla jako pro poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v jakémkoli jiném zdravotnickém zařízení (např. ve fakultní nemocnici). Podmínkou hospitalizace na lůžko k poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče v CKP bude nezbytná indikace lékaře, která spočívá v zásadě v tom, že jiná, méně intenzivní a omezující péče o pacienta není s ohledem na jeho zdravotní stav dostačující. Doba trvání takové hospitalizace se bude odvíjet od objektivního zdravotního stavu pacienta. Jakmile jeho zdravotní stav již hospitalizaci vyžadovat nebude, bude pacient propuštěn do jeho domácího prostředí. Oznamovací povinnost vůči OSPOD se rovněž uplatní stejným způsobem jako v případě poskytování lůžkové péče v jakémkoli jiném zdravotnickém zařízení.
	8. K hlášení špatného zacházení (§ 45 odst. 3 písm. i) Opět velice vítám, že návrh reaguje na další významné doporučení CPT a to možnost lékařů volné hlásit zjištění špatného zacházení s lidmi omezenými na svobodě bez porušení mlčenlivosti v souladu mj. s Istanbulským protokolem[6]. V návrhu však vnímám 2 problémy. Prvním je možná příliš široké pojetí jevu špatného zacházení, zejm. pokud má být hlášeno státnímu zastupitelství (zřejmě) za účelem trestního postihu. Špatným zacházením se v tomto kontextu dle mezinárodních standardů jako judikatura ESLP či standardy CPT míní působení fyzické újmy a závažnější formy zacházení způsobujícího újmu psychickou. Vytváření nedůstojného či nevhodného prostředí či zanedbání péče nemusí příslušné závažnosti, vyžadující trestněprávní odpověď dosahovat, je přitom současně žádoucí, aby se jím přesto relevantní inspekční a kontrolní orgány zabývaly. K těmto	**<u>Částečně akceptováno.</u>** Pokud jde o požadavek dle písmene b), Ministerstvo zdravotnictví tomuto požadavku vyhovuje doplněním, že osobou omezenou na svobodě se rozumí mj. rovněž osoba, které je poskytována pobytová sociální služba, aniž by byla schopna smlouvu o poskytování této služby vypovědět. Pokud jde o požadavek dle písmene a), Ministerstvo zdravotnictví ne zcela rozumí, o jaké další orgány by měla být působnost dotčeného ustanovení rozšířena. Obecná informační povinnost vůči řadě jiných orgánů (např. OSPOD) plyne dle názoru ministerstva již ze znění jiných předpisů (např. zákon o sociálně-právní ochraně a není tedy tuto povinnost potřeba znovu upravovat.

[6] Manuál pro účinné vyšetřování a dokumentaci mučení a jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání Český překlad dostupný zde: https://www.justice.cz/web/msp?clanek=manual-ucinneho-vysetrovani-spatneho-zachazeni-nove-i-v-cesti-2

	jevům navíc může docházet např. i v zařízeních sociální péče při poskytování sociálních služeb, a proto je třeba rozšířit působnost i na ně. **Navrhuji proto ustanovení více přizpůsobit různosti situací a** **a) rozšířit jeho působnost i na jiné orgány než státní zastupitelství, které by mohl řešit méně závažné případy špatného zacházení** **b) rozšířit jeho působnost min. i na pobytová zařízení sociálních služeb**	Ustanovení míří na specifické případy oznamovací povinnosti vůči státnímu zastupitelství, pokud míra špatného zacházení dosáhne zásadní míry intenzity. Ministerstvo zdravotnictví je samozřejmě otevřené dalšímu upřesnění dotčeného ustanovení, nicméně požaduje případné upřesnění připomínky v tomto rozsahu.
	9. K platbám za péči (§ 48 odst. 6) Určitě vítám, že zákon bude obsahovat explicitní zákaz plateb či jiných plnění za poskytnutou zdravotní péči či jejich vyžadování předem. Chápu rovněž výjimku pro pacienty nepojištěné a nevyžadující neodkladnou péči. Domnívám se nicméně, že v těchto případech by poskytovatel měl moci žádat maximálně platbu předem, nikoliv však jiné formy plnění, které přímo nevedou k úhradě nákladů poskytnuté péče. Pak by totiž vzájemná rovnováha zájmů již byla porušena. **Navrhuji proto umožnit u nepojištěných pacientů vyžadovat pouze platbu za poskytnutou odkladnou péči.**	**<u>Neakceptováno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví nevidí důvod, proč omezovat pacienta a poskytovatele zdravotních služeb ve smluvní volnosti co do úhrady za poskytnutí zdravotních služeb nehrazených z v. z. p. Ministerstvo zdravotnictví v tomto kontextu nicméně upozorňuje na závaznost ceníku nehrazených zdravotních služeb podle § 45 odst. 2 písm. b) ZZS.
	10. K podávání stížností (§ 93 odst. 1) Jedno z dalších legislativních doporučení veřejného ochránce práv, se kterým se ztotožňuji, směřuje k řešení situace, kdy pacient podává stížnost na poskytovatele ambulantní péče, tj. konkrétního samostatného lékaře, který by následně byl jako jediný příslušný k jejímu vyřízení. Nezávislé posouzení stížností tak prakticky není možné zajistit a krok je tak jen zbytečným administrativním úkonem. Podobně jako ochránce si myslím, že efektivní by v tomto případě bylo moci rovnou podat stížnost příslušnému správnímu orgánu.	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Základní pozitivní princip stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách vychází ze základního principu, že poskytovateli zdravotních služeb umožňuje jeho pochybení řešit s pacientem smírčí cestou bez ingerence správního orgánu. Vyhovění požadavku formulovanému touto připomínkou by šlo přímo proti smyslu tohoto principu, a proto tuto připomínku akceptovat nelze.

	Navrhuji proto moci stížnosti proti poskytovatelům ambulantní péče podávat přímo příslušnému správnímu orgánu.	Ministerstvo zdravotnictví dodává, že za předpokladu, že poskytovatel, proti kterému stížnost směřuje, se odmítne stížností zabývat nebo stížnost nevyřídí v zákonné lhůtě, diskvalifikuje se tím z možnosti smírného řešení svého případného pochybení. Naproti tomu ani domnělé plné vyhovění stížnosti ze strany poskytovatele nebrání tomu, aby se stěžovatel obrátil na příslušný krajský úřad s požadavkem na přezkum způsobu vyřízení stížnosti, pokud se s vyřízením ze strany poskytovatele přesto neztotožní. V neposlední řadě Ministerstvo zdravotnictví dodává, že za předpokladu, že pacient přes výše uvedené nechce svou záležitost řešit s poskytovatelem (ať už pro totální ztrátu důvěry nebo pokud věc nesnese odkladu), může se i v té chvíli obrátit na příslušný správní orgán, který v tu chvíli stížnost může stížnost jako podnět k provedení kontroly, což je povahově podobný institut.
	11. Ke stížnostem na poskytování zdravotních služeb (§ 93 odst. 1) Zdravotní služby mohou být podle zákona poskytovány nejen poskytovateli zdravotních služeb, ale i dalšími subjekty včetně poskytovatelů služeb sociálních, pokud k tomu získají příslušné oprávnění. V takovém případě však není možné podat proti poskytování těchto služeb stížnost, což považuji za diskriminační a navíc opět v rozporu se standardy CPT i dalšími mezinárodními standardy jako např. Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení či trestání, neboť právo stížnosti může rovněž přispívat k ochraně před špatným zacházením, ke kterému může docházet i v zařízeních sociálních služeb. **Navrhuji proto umožnit podávání stížností i u těchto subjektů.**	**Řešeno jiným legislativním návrhem.** Problematika a propojení sociálních a zdravotních služeb obecně je řešena návrhem zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (podrobně viz zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/), jehož spolupředkladatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Přijetím výše uvedeného zákona dojde k tomu, že každý poskytovatel sociálních služeb, který bude poskytovat zdravotní služby, bude k tomu muset mít uděleno oprávnění podle zákona o zdravotních službách (teď tomu tak není), ergo

		bude poskytovatelem, ergo se na něj uplatní režim stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách.
	12. K opatřením k nápravě (§ 96 odst. 1) Na jednu stranu chápu, že správní orgán nebude moci nařizovat poskytovateli konkrétní službu či formu péče, což je primárně na odborném posouzení poskytovatele. Nicméně toto omezení by nemělo vést k tomu, že např. případy diskriminace či neoprávněného odmítnutí péče nemohly být efektivně řešeny tak, že by poskytovatel nemohl být doveden k tomu, toto protiprávní jednání ukončit. Tento výsledek bych naopak považovala z hlediska zajištění přístupu k ochraně zdraví za velmi nežádoucí. **Navrhuji proto upřesnit, že opatření k nápravě mohou zahrnovat uložení poskytnutí zdravotní služby bez specifikace její odborné povahy v podobě konkrétního úkonu.**	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví k tomuto uvádí, že je potřeba rozlišovat mezi poskytnutím zdravotního výkonu, který ze strany správního orgánu obecně nařídit nelze, protože se jedná o otázku medicinskou, nikoli právní, a (odmítnutím) přijetí pacienta do péče, které je komplexně upraveno v § 48 zákona o zdravotních službách. Porušení tohoto ustanovení je pak sankcionováno přestupkem podle § 117 odst. 3 písm. a) nebo b) zákona o zdravotních službách. Nápravným opatřením nařídit přijetí pacienta do péče tedy lze, doplněk v § 96 odst. 1 písm. a) míří pouze proti nařízení konkrétních výkonů. Ministerstvo zdravotnictví tedy v tomto ohledu shledává navrhovanou úpravu zcela souladnou s připomínkou.
	13. K obecné části důvodové zprávy, bod č. 9 zhodnocení dopadů návrhu ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen Dle čl. 9 odst. 2 písm. a) Legislativních pravidel vlády obecná část důvodové zprávy návrhu zákona obsahuje „**zhodnocení platného právního stavu, včetně zhodnocení současného stavu ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen v rozsahu podle čl. 4 odst. 1 písm. f)**“. Pro účely hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů pro materiály překládané vládě ČR byla vytvořena **metodika** popisující postup hodnocení včetně příkladů hodnocení.[7] Důvodová zpráva na str. 8 uvádí, že „Návrh zákona nikterak nezasahuje do zásady zákazu diskriminace a nemá dopad na	OZP/2 ve spolupráci s LEG **<u>Akceptováno.</u>** Zhodnocení bylo doplněno – byla vyplněna tabulka hodnocení dopadů na rovnost žen a mužů. Obecná část důvodové zprávy byla odpovídajícím způsobem upravena.

[7] Blíže viz: Metodika-GIA.pdf (vlada.cz)

	problematiku rovnosti mužů a žen.“ V závěrečné zprávě z hodnocení dopadů regulace je opakovaně uvedeno, že se neočekává zásadní pozitivní ani negativní dopad na rovnost žen a mužů napříč oblastmi úpravy (str. 18 a 19). Navrhovaná úprava se týká postavení fyzických osob. Předkládací zpráva uvádí, že návrh reaguje na nedostatečnou úpravu práv pacientů (a pacientek) vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí. Postavení žen a mužů v oblasti domácího a sexualizovaného násilí a celkově v oblasti bezpečí není rovné. Ženy mají větší pocit strachu, přestože jsou obecně oběťmi kriminality v menší míře než muži.[8] Ženy vyjadřují vyšší obavy ze všech trestných činů kromě krádeže auta a organizovaného zločinu. Nejvýznamnější rozdíly jsou u obav ze znásilnění a dalších trestných činů spojených se sexuálním násilím.[9] U žen mají tyto obavy také zásadnější dopad na způsob chování – z důvodu obav o své bezpečí se např. po setmění vyhýbá určitým místům či lidem 60 % žen (oproti 20 % mužů).[10] Ženy tvoří drtivou většinu obětí trestných činů týrání osoby žijící ve společném obydlí, nebezpečné pronásledování či znásilnění, tedy trestných činů s velkým zásahem do osobní integrity a lidské důstojnosti.[11] Vzhledem k povaze těchto trestných činů a jejich dopadům na oběti (např. míra traumatizace a rizika sekundární viktimizace) vyžadují tyto typy kriminality specifický přístup. Charakteristická je vysoká míra latence, tedy skutečnost, že pouze velmi malá část obětí deliktů proti osobní integritě se rozhodne tento incident nahlásit policii. Zvláště citlivé případy sexuálního napadení a domácího násilí jsou policii nahlášeny pouze v přibližně pětině případů, přičemž často z důvodu nedůvěry ve schopnost policie situaci vyřešit či kvůli domnění, že ohlášení incidentu nestojí za vynaložené úsilí,	

[8] Blíže viz: http://www.ok.cz/iksp/docs/449.pdf.
[9] Blíže viz: http://www.ok.cz/iksp/docs/332.pdf
[10] Blíže viz: http://www.ok.cz/iksp/docs/449.pdf.
[11] Blíže viz: http://www.ok.cz/iksp/docs/449.pdf.

	která s sebou trestní oznámení přináší.[12] Sekundární viktimizace, opakované vyslýchání, obavy z nedůvěry nejbližšího okolí a orgánů činných v trestním řízení, blízký vztah s pachatelem, racionálně podložená nedůvěra v potrestání pachatele – to vše přispívá k nízké motivaci obětí zvlášť citlivé delikty proti osobní integritě nahlašovat a prohlubování jejich latence. **Z výše uvedených údajů se nelze ztotožnit se závěrem, že návrh zákona nikterak nezasahuje do zásady zákazu diskriminace a nemá dopad na problematiku rovnosti mužů a žen**. Ke zhodnocení dopadů nepostačuje pouhá deklarace o tom, zda úprava tyto dopady má či nemá. Je třeba vysvětlit příčiny případných rozdílů, očekávaných dopadů nebo očekávaného vývoje, s využitím statistických nebo jiných údajů členěných na muže a ženy, jsou-li tyto údaje k dispozici, jak stanoví čl. 4 odst. 7 písm. c) jednacího řádu vlády. Důvodová zpráva ve zvláštní části k § 28 odst. 4 až 6, § 46 odst. 1 písm. c) na str. 19 uvádí, že úprava zlepšuje postavení potenciálních obětí domácího či sexuálního násilí při poskytování zdravotních služeb. Dle tohoto ustanovení má pacient či pacientka právo požadovat, aby mu či jí zdravotní službu poskytl jiný k tomu způsobilý pracovník či pracovnice. Dále je stanovena povinnost poskytovatele zdravotních služeb předat pacientovi či pacientce základní informace o možnosti poskytnutí pomoci. Tato úprava má tak potenciálně pozitivní dopad ve vztahu k rovnosti žen a mužů. Požaduji proto uvedení, že „**Navrhovaná úprava má pozitivní dopad ve vztahu k rovnosti mužů a žen**“ a provedení **zhodnocení současného stavu a dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen** v důvodové zprávě, a to minimálně v rozsahu výše uvedeného závěru o rozdílech mezi ohrožením domácím násilím	

12

	a GBV. V tomto zhodnocení by mělo být obsaženo vysvětlení příčin případných rozdílů, očekávaných dopadů nebo očekávaného vývoje, s využitím statistických nebo jiných údajů členěných na muže a ženy. K tomuto zhodnocení by měla být využita výše uvedené metodika.	
	14. Ke zvláštní části důvodové zprávy, K § 28 odst. 4 až 6, § 46 odst. 1 písm. c) V odstavci věnujícímu se poskytování informací o dostupné pomoci obětem domácího a sexuálního násilí je jako zdroj informací uveden Manuál pro lékaře k domácímu a genderově podmíněnému násilí obsahující kontakty na intervenční centra. Manuál však obsahuje i kontakty na další specializované služby pro oběti domácího a sexuálního násilí, jako je např. specializované odborné poradenství či azylové domy pro oběti domácího násilí (Rosa a Acorus), které jsou pro oběti stejně zásadní jako intervenční centra. Současně však neobsahuje kontakty na specializované služby pro oběti sexuálního násilí. **Požaduji proto následující doplnění textu důvodové zprávy:** *Zdrojem těchto informací mohou být například materiály zpracované ústředními správními úřady, jakým je typicky Manuál pro lékaře k domácímu a genderově podmíněnému násilí, jež Ministerstvo zdravotnictví publikuje na svých internetových stránkách[13]. Zde jsou například uvedeny kontakty na intervenční centra v regionech* ***a další specializované sociální služby pro oběti domácího a sexuálního násilí****. Dalším zdrojem informací může být* ***zejména webová verze aplikace Bright Sky obsahující kontakty na specializované služby pomoci pro oběti domácího a sexuálního násilí, která je dostupná na adrese: www.bright-sky.org, či*** *registr poskytovatelů pomoci obětem trestných činů,*	**Akceptováno.**

[13] K tomu srov. https://www.mzcr.cz/domaci-a-genderove-podminene-nasili-manual-pro-lekare/.

	jež je dostupný na adrese https://otc.justice.cz/verejne/seznam.jsf.	
Úřad vlády ČR – Ministr pro evropské záležitosti Jiří Blažek blazek.jiri@vlada.cz; + 734 354 583	Žádáme o provedení změn v ustanoveních zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, konkrétně v dílu 4 změna pohlaví transsexuálních pacientů § 21 an., a odpovídajících právních předpisů. Upravená problematika patří do právní úpravy souvisejících zákonů k zákonu č. 372/2011 Sb. Aktuální platná právní úprava požaduje pro změnu pohlaví provedení chirurgického zákroku, při kterém současně dochází k znemožnění reprodukční funkce. Tento právní přístup považujeme za překonaný nejen po stránce etické, morální, ale zásadně i právní. Postavení transsexuálních osob se v běhu dějin vyvíjí. I přes značný pokrok v posledních dekádách není možné přehlížet nutnost provedení legislativních změn, které dosáhnou zamezení stále působených křivd. Transsexuální orientace byla a v české právní úpravě stále je vnímána jako porucha. V globálním měřítku je patrné ustupování od tohoto pojmenování, které přímo evokuje negativní vnímání tohoto stavu. O to více je nutné citlivě interpretovat čl. 7 Listiny základních práv a svobod, jejíž ustanovení má zamezit krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení. Při osobních svědectvích transsexuálních osob se bohužel právě s výrazy krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení často setkáváme. Dále poukazujeme na nesoulad české praxe s čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv, jehož naplnění je dále rozváděno např. v judikatuře ESLP v rozsudku ze dne 19. ledna 2021 ve věci č. 2145/16 a 20607/16 – X a Y proti Rumunsku. Daný chirurgický zásah významně dopadá na integritu osoby. Nucené podstupování takového zákroku zároveň není v souladu s dodržováním zásady na sebeurčení.	**Řešeno jiným legislativním návrhem.** Změnu pohlaví transsexuálních pacientů upravuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, jeho novela je předmětem vlastního meziresortního připomínkového řízení. Úřední změnu pohlaví upravuje zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, tam je třeba provést změnu, ne primárně v zákoně o specifických zdravotních službách, ten jen mluví o vydání potvrzení poskytovatelem o provedení změny pohlaví.

	V neposlední řadě je vhodné poukázat i na významná zdravotní rizika, kterým jsou osoby při podstupování chirurgického zákroku vystaveny. Vzhledem k zpravidla nevratnému odstranění zdravých pohlavních orgánů jsou tato rizika významně neúměrná jakémukoli cíli, kterého by snad mělo být dosaženo platnou právní úpravou. **Tato připomínka je zásadní**	
Česká lékařská komora MUDr. Milan Kubek prezident ČLK prezident@clkcr.cz	**I.** **Navrhované znění**: **§ 19 odst. 4** *Příslušný správní orgán zašle stejnopis písemného vyhotovení rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 15 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí místně příslušnému správci daně vykonávajícímu správu daně z příjmů a místně příslušné okresní správě sociálního zabezpečení,* **odbornému zástupci, odbornému zástupci, jehož činnost byla rozhodnutím ukončena,** *příslušné komoře; jde-li o oprávnění k poskytování lékárenské péče, zašle stejnopis rozhodnutí též Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv. Příslušný správní orgán zaznamená udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 3 pracovních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí do Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb (dále jen "Národní registr poskytovatelů") a prostřednictvím tohoto registru zapíše příslušné referenční údaje nebo změny příslušných referenčních údajů do základního registru právnických osob, podnikajících fyzických osob a orgánů veřejné moci 18) (dále jen "registr osob").* **Odůvodnění:** Vzhledem ke skutečnostem, kdy poskytovatelé zdravotních služeb, kteří sami nejsou lékaři, nedodržují ust. § 14 odst. 10 cit. zákona, přičemž České lékařské komoře je řada těchto případu známa, právě s ohledem na skutečnost, že sami odborní zástupci se obracejí na stavovskou organizaci s žádostí o pomoc, jak mají v situaci, kdy již tuto funkci nevykonávají	**Neakceptováno.** Ministerstvu zdravotnictví není zřejmá podstata připomínky. Ustanovení § 19 odst. 4 zákona o zdravotních službách upravuje postup příslušného správního orgánu v případě, kdy rozhodnutím udělí nové oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Pokud je ustavován odborný zástupce poskytovatele, podmínkou *sine qua non* je jeho výslovný souhlas s tímto ustavením do funkce (k tomu srov. § 18 odst. 2 písm. a) bod 3 ZZS. Je samozřejmě možností odborného zástupce, aby (klidně i jednostranně) ukončil výkon této své funkce, v takovém případě poskytovatel musí požádat o změnu oprávnění podle § 20a odst. 2 zákona o zdravotních službách (srov. také § 14 odst. 5), jinak se dopouští přestupku spočívající v neustavení nového odborného zástupce [srov. § 117 odst. 1 písm. d)]. Ministerstvo zdravotnictví neshledává doplnění § 19 odst. 4 jako potřebné.

	postupovat, když poskytovatel zdravotních služeb s nimi odmítá komunikovat, žádá komora o doplnění ustanovení, které zakládá příslušnému správnímu orgánu povinnost informovat o změnách v oprávnění o poskytování zdravotních služeb i odborné zástupce, tj. původního i nově zvoleného. Současné právní úprava neumožňuje konkrétní informaci získat, přičemž odborný zástupce nemá oporu v aktuální právní úpravě. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	I. **Navrhované znění:** **§ 45 odst. 2 písm. f)** **neprodleně** předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost **nebo pediatrie**, je-li mu tento poskytovatel znám, **poskytovateli, který si poskytnutí těchto zdravotních služeb vyžádal,** a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi. **Doplněné znění:** **§ 45 odst. 2 písm. f)** **~~„Neprodleně“~~** předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost **nebo pediatrie**, je-li mu tento poskytovatel znám, **poskytovateli, který si poskytnutí těchto zdravotních služeb vyžádal,** a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi, ***„a to i prostřednictvím pacienta“*** **Odůvodnění:** Pokud je stanovena povinnost každého poskytovatele „neprodleně předat zprávu registrujícímu všeobecnému praktickému lékaři, případně registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost“, pak by bylo vhodné uvést, že tuto zprávu může poskytovatel předat i prostřednictvím pacienta. V praxi	**Částečně akceptováno jinak.** Navrhované doplnění § 45 odst. 2 písm. f) in fine je z pohledu Ministerstva zdravotnictví nepřípustné, protože dává poskytovateli možnost přenést svou povinnost na pacienta. Je-li zdravotnická dokumentace vedená v nikoli elektronické podobě, poskytovatel může využít jiný způsob doručení této dokumentace (svépomocí, provozovatel poštovních služeb apod.). Termín „neprodleně“ nahrazen termínem „bez zbytečného odkladu“, v tomto rozsahu byla připomínka akceptována.

	totiž jinak nastane problém v tom, že ne každý poskytovatel má zabezpečeno elektronické předávání zpráv jiným poskytovatelům bezpečným způsobem z hlediska ochrany osobních údajů a zasílání zpráv obsahujících důvěrné údaje o zdravotním stavu pacienta poštou se nejeví jako vhodné a pokud by mělo být zasíláno doporučeně, pak by to představovalo enormní náklady pro poskytovatele, který by musel zajišťovat poštovní zaslání každé zprávy registrujícímu praktickému lékaři. Lze současně doporučit, aby bylo eliminováno slovo „neprodleně" eventuálně nahrazeno obvyklým „bez zbytečného odkladu“. Vhodné by bylo vložit do textu slova *„je-li to potřebné k návaznosti poskytování zdravotních služeb“.* **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	I. **Navrhované znění:** **§ 45 odst. 3 písm. i)** oznámit bez odkladu státnímu zástupci údaje nebo jiné skutečnosti, které vypovídají o tom, že pacient, který je osobou omezenou na svobodě, mohl být podroben špatnému zacházení; osobou omezenou na svobodě se rozumí osoba omezená na svobodě policistou, ve výkonu vazby, ve výkonu trestu odnětí svobody, ve výkonu zabezpečovací detence, v ochranném léčení ústavním, v ústavní výchově, v ochranné výchově, v zařízení pro zajištění cizinců, v azylovém zařízení a pacient hospitalizovaný bez jeho souhlasu. **Doplněné znění:** **§ 45 odst. 3 písm. i)** oznámit bez odkladu státnímu zástupci údaje nebo jiné skutečnosti, které vypovídají o tom, že pacient, který je osobou omezenou na svobodě, mohl být podroben ***~~špatnému zacházení~~ podezření na fyzické nebo psychické násilí, případně zanedbávání péče o nezletilé dítě***; osobou omezenou na svobodě se rozumí osoba omezená na svobodě policistou, ve výkonu vazby, ve výkonu trestu odnětí svobody, ve výkonu	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví v daném případě plně vychází z úkolu plynoucího z usnesení vlády ze dne 25. listopadu 2019 č. 838, dostupné zde: https://odok.cz/portal/services/download/attachment/2019/838/1/pdf/ Ministerstvu zdravotnictví se textace jeví jako přiléhavá.

	zabezpečovací detence, v ochranném léčení ústavním, v ústavní výchově, v ochranné výchově, v zařízení pro zajištění cizinců, v azylovém zařízení a pacient hospitalizovaný bez jeho souhlasu. **Odůvodnění:** Není zřejmé, do jaké míry je přesné vyjádření slov „špatnému zacházení“, Česká lékařská komora navrhuje zpřesnění „*podezření na fyzické nebo psychické násilí, případně zanedbávání péče o nezletilé dítě“.* **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	I. **<u>Ust. § 48 odst. 1 a 2 doplnit v rozsahu uvedeného odůvodnění</u>** **Odůvodnění:** Považujeme za nutné začlenit ustanovení o tom, že jde-li o zdravotní služby, které nejsou hrazeny nebo nejsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění, je důvodem k odmítnutí pacienta, případně k jeho vyřazení, pokud odmítne složit nebo nesloží přiměřenou zálohu na poskytnutí zdravotní služby, kterou je povinen sám si uhradit. Zejména ortodontisté a plastičtí chirurgové si stěžují na to, že pokud pacient není ochoten složit další zálohu na další zdravotní služby nebo tyto služby uhradit, nedává zákon poskytovateli zdravotních služeb možnost pacienta odmítnout nebo vyřadit z péče. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	**<u>Neakceptováno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví zde nesdílí názor připomínkového místa. Má-li být pacientovi, jenž je pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb, poskytnut zdravotní výkon nehrazený z veřejného zdravotního pojištění, nepovažuje Ministerstvo zdravotnictví za přiléhavé, aby měl poskytovatel možnost takového pacienta odmítnout nebo vyřadit z péče pouze z toho důvodu, že pacient odmítne poskytnout platbu či zálohu za nehrazenou zdravotní službu předem. Tím samozřejmě není nijak omezeno právo poskytovatele na úhradu těchto nehrazených služeb ze strany pacienta; neuhradí-li pacient tuto péči, lze tuto úhradu po něm vymáhat následně. K tomu bude třeba doložit, že pacient byl předem seznámen s tím, že úkon, který ho čeká, není hrazený a musí ho zaplatit. Důvod pro neposkytnutí péče zde však nevidíme.
	I. **Navrhované znění:** **<u>§ 65 odstavec 2 písm. i)</u>** soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým	**<u>Akceptováno částečně.</u>** Předně je nutno uvést, že cílem této úpravy (je předmětem novelizace aktuálně projednávané jako sněmovní tisk 512) je nahrazení nevhodné formulace ve stávajícím zákoně, která umožňuje, aby do zdravotnické dokumentace nahlížel soudní

	ústavem nebo znaleckou kanceláří[30], poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku zadaného orgánem činným v trestním řízení nebo soudem, **Doplněné znění:** **§ 65 odstavec 2 písm. i)** soudní znalci ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým ústavem nebo znaleckou kanceláří[30], poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku ~~***zadaného orgánem činným v trestním řízení nebo soudem,***~~ **Odůvodnění:** Česká lékařská komora trvá na odstranění slov: *„zadaného orgánem činným v trestním řízení nebo soudem“,* neboť znalecký posudek může být zadán nejen orgánem činným v trestním řízení nebo soudem, ale může být zadán i jeho obhajobou v trestním řízení zmocněncem poškozeného v trestním řízení nebo jednou ze stran jak žalobcem, tak žalovaným v občanském soudním řízení. V těchto případech je často zcela nezbytný znalecký posudek, který nevyžaduje ani soud ani orgán činný v trestním řízení, ale jedna ze stran řízení, přičemž zejména v občanskoprávním řízení soudy přímo trvají na znaleckém posudku, který by například stanovil výši újmy pro účel stanovení bolestného nebo ztížení společenského uplatnění. Samozřejmě i pro účel obhajoby lékaře v trestním řízení a obrany v občanskoprávním řízení je třeba umožnit, aby znalec pověřený obhajobou nebo stranou občanskoprávního řízení, mohl vypracovat znalecký posudek. **Slova „zadaného orgánem činným v trestním řízení nebo soudem“ jsou za této situace nonsens. Zadání znaleckého posudku jednou ze stran trestního řízení, viz § 110a trestního řádu, v občanskoprávním řízení viz § 127a občanského soudního řádu – zákona č. 99/1963 Sb., ve znění pozdějších předpisů.**	znalec, který vypracovává posudek pro jinou osobu, než je pacient, a není k tomu pověřen ani žádným státním orgánem. Tedy například soudní znalec pověřený žalovaným škůdcem je oprávněn bez dalšího nahlížet do zdravotnické dokumentace poškozeného pacienta. Toto se jeví jako nepřiměřený zásah do soukromí pacienta, a proto se navrhlo vrátit se de facto k vymezení, které v obdobném ustanovení obsahoval předchozí zákon (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu), a vyžadovat, aby soudní znalec byl ke své činnosti (zpracování posudku) pověřen buď orgány činnými v trestním řízení, nebo soudem. Připomínce se vyhovuje v tom rozsahu, že se vyrovnává postavení strav v trestním řízení a do ustanovení se doplňuje obhajoba v trestním řízení a zmocněnec poškozeného v trestním řízení. Co se týče stran občanskoprávního řízení, tak v tomto řízení, vzhledem k rovnosti stran, rozhoduje o provedení důkazu znaleckým posudkem soud, a to buď na návrh některé ze stran nebo z vlastního podnětu. V tomto případě se jeví odstranění zadání vypracování znaleckého posudku soudem jako nepřiměřený zásah do práv pacienta.

	Stupeň naléhavosti: vysoký.	
	I. **Navrhované znění:** **§ 66 odstavec 3** **Poskytovatel nemůže po osobě uvedené v § 65 odst. 1 v souvislosti s pořízením výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace požadovat úhradu; to neplatí, žádá-li tato osoba o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace opakovaně. V případě opakované žádosti podle věty první může poskytovatel požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout součet účelně vynaložených nákladů na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a za jejich odeslání v rozsahu, v němž byly výpis nebo kopie zdravotnické dokumentace na žádost osoby podle § 65 odst. 1 pořízeny opakovaně. Poskytovatel nemůže poskytnutí výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace podmínit předchozím poskytnutím úhrady podle věty druhé.]** **Doplněné znění:** **§ 66 odstavec 3** **Poskytovatel ~~ne~~může po osobě uvedené v § 65 odst. 1 v souvislosti s pořízením výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace požadovat úhradu; *je však povinen umožnit pacientovi nahlížení do zdravotnické dokumentace a pořízení si kopie pacientem vlastními prostředky bezplatně v případě prvotního nahlížení.* ~~*to neplatí, žádá-li tato osoba o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace opakovaně.*~~ V případě opakované žádosti podle věty první může poskytovatel požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout součet účelně vynaložených nákladů na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a za jejich odeslání v rozsahu, v němž byly výpis nebo kopie zdravotnické dokumentace na žádost osoby podle § 65 odst. 1 pořízeny opakovaně. Poskytovatel nemůže poskytnutí**	**Neakceptováno** Tato úprava je předmětem pozměňovací návrhu ke sněmovnímu tisku č. 512, který je projednáván Poslaneckou sněmovnou. Tato úprava, zakotvující právo pacienta získat bezplatně první kopii nebo výpis ze své zdravotnické dokumentace, je nutná. Promítá do české právní úpravy rozsudek Soudního dvora EU. Tento soud konstatoval, že GDPR zakotvuje právo pacienta získat první kopii své zdravotnické dokumentace, aniž mu v zásadě vzniknou jakékoli výdaje. Správce osobních údajů (tj. poskytovatel zdravotních služeb) může požadovat poplatek pouze tehdy, pokud pacient již bezplatně obdržel první kopii svých údajů a znovu o ni požádal.

	výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace podmínit předchozím poskytnutím úhrady podle věty druhé.] **Odůvodnění:** Česká lékařská komora si je vědoma rozhodnutí Evropského soudního dvora o tom, že první pořízení kopie zdravotnické dokumentace má být pacientovi umožněno bezplatně. Je třeba vycházet z toho, že poskytovatel zdravotních služeb není povinen mít kopírovací přístroj a nemůže mu být ukládáno, aby kopíroval zdarma zdravotnickou dokumentaci pacientovi nebo jim pověřeným osobám. Ustanovení by tedy mělo být upraveno tak, že je povinen umožnit nahlížení do originálu a pořizování si kopie zdravotnické dokumentace v prvém případě bezplatně. Ve většině případů si v současné době pacient sám pořídí mobilem nebo fotoaparátem potřebné záznamy ve zdravotnické dokumentaci, aniž požaduje, aby mu je kopíroval poskytovatel. Rozhodnutí Evropského soudního dvora nelze chápat tak, že poskytovatel je povinen zdarma na své náklady pacientovi zdravotnickou dokumentaci kopírovat. Ustanovení by tedy mělo znít tak, že poskytovatel umožní pacientovi prvé nahlédnutí a pořízení si kopie zdravotnické dokumentace bezplatně, nikoli tak, že bezplatně je povinen pořídit sám, vlastními prostředky, kopii zdravotnické dokumentace. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	I. **Navrhované znění:** **Ust. § 110** ~~§ 110~~ ~~(1) Kraj odpovídá za organizaci a zajištění~~ ~~a) lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a~~ ~~b) prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území; seznam poskytovatelů zajišťujících prohlídky těl~~	**Neakceptováno.** Uvedená úprava neznamená zánik pohotovostních služeb v České republice, povinnost zajištění pohotovostních služeb se bez dalšího neruší, pouze se odpovědnost za zajištění pohotovostních služeb přesouvá z krajů na zdravotní pojišťovny.

	~~zemřelých, s nimiž kraj uzavřel smlouvu podle § 84 odst. 2 písm. b), a poskytovatelů zajišťujících v rámci lékařské pohotovostní služby prohlídky těl zemřelých, včetně časového rozpisu a vymezení územního obvodu poskytování této zdravotní služby, kraj zveřejní na svých internetových stránkách a předá jej centru tísňové komunikace pro jednotné evropské tísňové číslo 112.~~ ~~(2) Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele. Podle věty první a druhé se postupuje i v případě poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékárenské pohotovostní služby.~~ **§ 110** **Kraj odpovídá za organizaci a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území; seznam poskytovatelů zajišťujících prohlídky těl zemřelých, s nimiž kraj uzavřel smlouvu podle § 84 odst. 2 písm. b), včetně časového rozpisu a vymezení územního obvodu poskytování této zdravotní služby, kraj zveřejní na svých internetových stránkách a předá jej centru tísňové komunikace pro jednotné evropské tísňové číslo 112.** **Doplněné znění:** **Ust. § 110** ***§ 110*** ***(1) Kraj odpovídá za organizaci a zajištění*** ***a) lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a*** ***b) prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území; seznam poskytovatelů zajišťujících prohlídky těl***	

	zemřelých, s nimiž kraj uzavřel smlouvu podle § 84 odst. 2 písm. b), a poskytovatelů zajišťujících v rámci lékařské pohotovostní služby prohlídky těl zemřelých, včetně časového rozpisu a vymezení územního obvodu poskytování této zdravotní služby, kraj zveřejní na svých internetových stránkách a předá jej centru tísňové komunikace pro jednotné evropské tísňové číslo 112. ***(2) Lékařskou pohotovostní službou se rozumí ambulantní péče poskytovaná pacientům v případech náhlé změny zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění. O pohotovostní služby nejde v případě poskytnutí ambulantní péče v rámci pravidelné ordinační doby poskytovatele. Podle věty první a druhé se postupuje i v případě poskytování pohotovostní služby v oboru zubní lékařství a lékárenské pohotovostní služby.*** ***~~§ 110~~*** ***~~Kraj odpovídá za organizaci a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území; seznam poskytovatelů zajišťujících prohlídky těl zemřelých, s nimiž kraj uzavřel smlouvu podle § 84 odst. 2 písm. b), včetně časového rozpisu a vymezení územního obvodu poskytování této zdravotní služby, kraj zveřejní na svých internetových stránkách a předá jej centru tísňové komunikace pro jednotné evropské tísňové číslo 112.~~*** **Odůvodnění:** **Česká lékařská komora upozorňujeme na skutečnost, že bez dalšího se ruší povinnost krajů zajišťovat pohotovostní služby pro občany v kraji.** Pokud to znamená zánik pohotovostních služeb v České republice a každý pacient, který bude potřebovat zdravotní pomoc nebo bude mít pocit, že tuto pomoc potřebuje, bude muset jít buď do nemocnice nebo si zavolat zdravotnickou záchrannou služby pak v praxi zrušení povinnosti krajů zajišťovat pohotovostní lékařské služby bude znamenat **enormní zatížení již v současné době velmi**	

	zatížených ústavních pohotovostních služeb v nemocnicích, jakož i zatížení zdravotnické záchranné služby. Česká lékařská komora trvá za zachování povinnosti krajů zajistit zdravotnickou pohotovostní službu pro občany kraje byla zachována tak, jak tomu bylo dosud. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§11** (2) Bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb je možné a) poskytovat odbornou první pomoc, b) poskytovat zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách, c) zajistit převoz osoby, jejíž zdravotní stav to vyžaduje, ze zahraničí do České republiky nebo z České republiky do zahraničí osobou oprávněnou k této činnosti podle právních předpisů jiného státu, z jehož území nebo na jehož území se převoz uskutečňuje a jde-li o činnost na území České republiky dočasnou, d) poskytovat zdravotní služby podle § 20., ***e) předepisovat léčivé přípravky sobě, manželovi, registrovanému partnerovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jde-li o lékaře, který nevykonává zdravotnické povolání a jestliže jeho odbornost zaručuje Česká lékařská komora nebo České stomatologická komora.*** **Odůvodnění:** Zákon o zdravotních službách stanoví případy, kdy lze poskytovat zdravotní služby bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Mezi tyto případy se nově doplňuje případy, kdy lékař, který nevykonává zdravotnické povolání, předepisuje léčivé přípravky sobě, manželovi, registrovanému partnerovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům.	**Vysvětleno.** Dle názoru Ministerstva zdravotnictví předepisování léčivých přípravků sobě, manželovi, registrovanému partnerovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jde-li o lékaře, který nevykonává zdravotnické povolání a jestliže jeho odbornost zaručuje Česká lékařská komora nebo Česká stomatologická komora, není samo o sobě zdravotní službou dle § 2 zákona o zdravotních službách, proto tato činnost nemůže být uvedena v § 11 téhož zákona.

	Již dnes zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, ve svém ustanovení § 17 odst. 7 písm. a) ve vztahu k úhradě z veřejného zdravotního pojištění stanoví: "Příslušná zdravotní pojišťovna uhradí vždy na základě: a) lékařského předpisu vystaveného smluvním poskytovatelem, lékařem poskytujícím neodkladnou péči pojištěnci, smluvním lékařem poskytujícím hrazené služby v zařízení sociální péče a smluvním lékařem poskytujícím hrazené služby sobě, manželovi, svým rodičům, prarodičům, dětem, vnukům a sourozencům, jestliže jeho odbornost zaručuje Česká lékařská komora nebo Česká stomatologická komora a jestliže k tomu takový lékař uzavře zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou". Navrženou novelou je odstraňován rozpor mezi dvěma právními předpisy. Stejně jako v případě právní úpravy v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, upravuje se v zákoně o zdravotních službách podmínka zaručení odbornosti lékaře předepisujícího léčivé přípravky sobě a osobám blízkých příslušnou komorou. **Česká lékařská komora trvá na připomínce, která nebyla bez uvedení důvodu do novely zákona zapracována, ač preskripci lékařům v důchodu, případně na rodičovské dovolené pro sebe a osoby sobě blízké předpokládá již delší dobu ustanovení § 17 odst. 7 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Novela zákona o zdravotních službách by měla, podle našeho názoru sjednotit právní úpravu tak, aby preskripce lékařů, kteří nejsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami (důchodců a lékařů na rodičovské dovolené) byla kodifikována i v ustanovení § 11 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a nejen v ustanovení § 17 odst. 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.**	

	Stupeň naléhavosti: vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 18** Žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb (2) Žadatel k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předloží, a) je-li žadatelem fyzická osoba uvedená v § 16 odst. 1 4. seznam zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kteří budou vykonávat zdravotnické povolání v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k žadateli, a to v rozsahu požadavků na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. U lékařů, zubních lékařů a farmaceutů způsobilých k samostatnému výkonu zdravotnického povolání se v seznamu uvede jméno, popřípadě jména, příjmení, obor, v němž mají způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání a jejich týdenní pracovní doba; u vedoucích zaměstnanců se uvede též jejich pracovní zařazení. U ostatních zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků se v seznamu uvede pouze jejich počet v členění podle odborné způsobilosti. Seznam se člení podle zařazení pracovníků k jednotlivým formám a oborům zdravotní péče, popřípadě druhům zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i) nebo zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f) a i); v případě více míst poskytování zdravotních služeb se seznam člení též podle těchto míst~~,~~***; žádá-li žadatel o oprávnění k poskytování zdravotních služeb v lékařských, stomatologických, nebo lékárnických oborech, připojí souhlas profesní komory zřízené zákonem s personálním vybavením,***" **Odůvodnění:**	**Neakceptováno.** Minimální požadavky na personální zabezpečení zdravotních služeb jsou závazně stanovené vyhláškou č. 99/2012 Sb. Pokud poskytovatel příslušnému správnímu orgánu doloží splnění těchto požadavků, lze považovat personální zabezpečení zdravotních služeb za dostačující, a to i bez stanoviska profesní komory.

	V nejdůležitějších zdravotnických oborech, ve kterých odbornost kontrolují též profesní komory zřízené zákonem č. 220/1991 Sb., existovala povinnost žadatele o registraci, vyžádat si od profesní komory zřízené zákonem souhlas s personálním vybavením, jako podklad pro rozhodnutí o registraci. Na základě politicky motivované iniciativy byla tato kompetence profesním komorám novelou zákona č. 160/1992 Sb. odňata. Navrhuje se obnovit tuto kompetenci profesních komor s tím, že jejich stanovisko je podkladem pro rozhodnutí správního orgánu, podobně jako je vyžadováno například schválení provozního řádu orgánem ochrany veřejného zdraví. Pokud schvaluje personální vybavení sám správní orgán na úrovni kraje, může bez zavinění odpovědných pracovníků dojít k situaci, jaká se stala nedávno v Bechyni, kdy s řádným oprávněním k poskytování zdravotních služeb "ordinovala" v gynekologické ordinaci "gynekoložka", která byla ve skutečnosti mužského pohlaví a neměla lékařské ani jiné zdravotnické vzdělání. K takové situaci by v případě schvalování personálního vybavení profesní komorou dojít nemohlo. V případě nově zřizované nemocnice by profesní komora musela též posoudit, zda počet lékařů a jejich odbornost jsou dostatečné k zajištění nepřetržitého provozu a pohotovostních služeb v noci a ve dnech volna a klidu, v souladu se zákoníkem práce. Tato kompetence by nijak nezasahovala do nabytých práv dosavadních poskytovatelů zdravotních služeb a týkala by se pouze žadatelů o nové oprávnění k poskytování zdravotních služeb. **Podnět České lékařské komory k tomu, aby oprávnění k poskytování zdravotních služeb v lékařských a stomatologických nebo v lékárnických oborech bylo podmíněno souhlasem profesní komory zřízené zákonem s**	

	personálním vybavením nebylo akceptováno, ač tato vnější kontrola, mimo kraje, které jsou zpravidla též zřizovateli nemocnic a dalších poskytovatelů zdravotních služeb, by byla nepochybně žádoucí a v zájmu ochrany pacientů a zajištění náležité odborné úrovně zdravotních služeb. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 38** (1) Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže b) ohrožuje ~~**bezprostředně a**~~ závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo c) jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas. **Odůvodnění:** Podle platného znění zákona lze pacienta, který jeví známky duševní poruchy a ohrožuje sebe nebo okolí, proti jeho vůli hospitalizovat, jen ohrožuje-li "bezprostředně". V praxi toto ustanovení činí problémy zejména v případě příjezdu zdravotnické záchranné služby, kdy pacient, který ohrožoval sebe nebo své okolí se po příjezdu posádky zdravotnické záchranné služby přechodně zklidní a není tedy splněna podmínka „bezprostřednosti“. Následně po odjezdu posádky dochází ve většině případů opět k projevům agresivity a zdravotnická záchranná služba je volána zpět na místo události. V praxi se toto i několikrát opakuje. Při dodržování bezprostřednosti ohrožení není možno ani při vysokém stupni rizika zasahovat preventivně a zdravotničtí pracovníci musí čekat, až dojde ke škodě na zdraví kohokoli (včetně pacienta) nebo na majetku. Každá nedobrovolná	**<u>Akceptováno jinak.</u>** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku a z ustanovení § 38 odst. 1 písm. b) vypouští podmínku bezprostřednosti. Ustanovení § 38 odst. 1 písm. b) po úpravě zní: § 38 (1) Pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat, jestliže (…) ~~b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo~~ **b) závažným způsobem ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud tuto hrozbu nelze odvrátit jinak, nebo** (…)

	hospitalizace se povinně hlásí soudu a ten její opodstatnění dále zkoumá. **Česká lékařská komora trvá na připomínce, že z ustanovení by mělo být vypuštěno slovo „bezprostředně“ – viz předchozí odůvodnění podnětu k novele tohoto ustanovení.;** **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 45** (2) Poskytovatel je povinen f) předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost ***v případech, kdy je to potřebné pro zajištění návaznosti zdravotních služeb a*** je-li mu tento poskytovatel znám, a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi; registrující poskytovatel v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví má povinnost předat zprávu jen v případě, kdy poskytnutí zdravotních služeb indikoval registrující poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost***; zprávu o poskytnutých zdravotních službách lze předat prostřednictvím pacienta nebo zákonného zástupce, pokud pacient nebo zákonný zástupce s takovým postupem souhlasí***, **Odůvodnění:** Podle stávajícího znění zákona o zdravotních službách musí vždy každý poskytovatel o každé poskytnuté zdravotní službě zaslat zprávu „registrujícímu praktickému lékaři“. To je někdy zcela zbytečné. Zákon též neřeší, jakým způsobem se mají zprávy posílat. Poštou? Doporučeně? Jde o chráněné osobní	**Akceptováno částečně.** Připomínka akceptována částečně, kdy povinnost podle § 45 odst. 2 písm. f) zákona o zdravotních službách se uplatní pouze v případech, kdy je to potřebné pro zajištění návaznosti zdravotních služeb. Co se týče předávání zprávy o poskytnutých zdravotních službách prostřednictvím pacienta, Ministerstvo zdravotnictví konstatuje, že ani stávající úprava takovému postupu nebrání (pokud s takovým postupem pacient vysloví souhlas); stávající úprava nijak neomezuje způsob předání této zprávy, tuto zprávu lze tedy předat i prostřednictvím pacienta a legislativní úprava této možnosti není potřebná; Ministerstvo zdravotnictví nicméně upozorňuje, že předávající poskytovatel v takovém případě vždy musí zvážit, zda je vhodné, aby v konkrétním případě došlo k předání této zprávy prostřednictvím pacienta či nikoli. Ustanovení § 45 odst. 2 písm. f) ve znění navrhovaných změn po zapracování připomínky zní: § 45 (2) Poskytovatel je povinen (…) **f) bez zbytečného odkladu** předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost **nebo pediatrie, je-li to nezbytné pro**

	údaje. Kdo uhradí poštovné? Někteří právníci projevili názor, že prostřednictvím pacienta tak činit nesmí. Je tedy nezbytné, aby tuto problematiku zákon přímo upravil. Stávající znění zákona klade plnou odpovědnost za doručení zprávy pouze na poskytovatele, což při důsledném dodržení (zasílání doporučenou poštou nejlépe s doručenkou) znamená výrazné navýšení nákladů poskytovatelů zdravotních služeb. Již dnes mnozí poskytovatelé proto postupují tak, že zprávy posílají po samotných pacientech. Ustanovení se proto doplňuje o možnost předat zprávu pro registrujícího všeobecného praktického lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost též prostřednictvím pacienta, nebo jeho zákonného zástupce, a to v případě souhlasu pacienta nebo zákonného zástupce s tímto postupem. Není též nutné předávat zprávu ve všech případech poskytnutí zdravotních služeb. Zprávu bude tedy nutné předat jen, je-li to potřebné pro návaznost poskytování zdravotních služeb. **Česká lékařská komora nadále navrhuje, aby zpráva pro registrujícího poskytovatele byla předávána nejen tehdy, je-li třeba pro zajištění návaznosti zdravotních služeb a bylo možno ji předat i prostřednictvím pacienta.** **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	**zajištění návaznosti poskytování zdravotních služeb a** je-li mu tento poskytovatel znám, **poskytovateli, který si poskytnutí těchto zdravotních služeb vyžádal,** a na vyžádání též poskytovateli zdravotnické záchranné služby nebo pacientovi; registrující poskytovatel v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví má povinnost předat zprávu jen v případě, kdy poskytnutí zdravotních služeb indikoval registrující poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost **nebo pediatrie**,
	II. **Navrhované znění:** **§ 48** (2) Poskytovatel může ukončit péči o pacienta v případě, že e) přestal poskytovat součinnost nezbytnou pro další poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta;~~,~~	**<u>Neakceptováno.</u>** Ztráta důvěry může být důvodem pro změnu poskytovatele zdravotních služeb ze strany pacienta, nikoli obráceně. Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje zapracování této možnosti ukončení péče o pacienta za přípustné s ohledem na její možnou zneužitelnost.

	f) je závažným způsobem narušen vztah důvěry mezi ním a pacientem; ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. (5) Důvody odmítnutí přijetí pacienta do péče podle odstavce 1 nebo ukončení péče podle odstavce 2 posuzuje poskytovatel. Poskytovatel o odmítnutí přijetí do péče podle odstavce 1 nebo o ukončení péče podle odstavce 2 písm. d) ~~a e)~~ ***až f)*** nebo o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb podle § 50 odst. 2 vydá pacientovi písemnou zprávu, ve které je uveden důvod odmítnutí nebo ukončení **Odůvodnění:** Zákon stanoví případy, kdy může poskytovatel propustit pacienta z péče. Nově se doplňují případy, kdy je závažným způsobem narušen vztah důvěry mezi poskytovatelem a pacientem. Takovéto ustanovení, které je analogické ustanovení zákona o advokacii, lékaři velmi žádají. Jinak musí poskytovat i odkladné zdravotní služby pacientovi, který na ně opakovaně podává trestní oznámení, žaloby a stížnosti. To někdy vede i k šikaně lékařů, kteří se nemohou s takovým pacientem legitimně "rozloučit". Jiného poskytovatele je pacientovi povinna zajistit podle zákona č. 48/1997 Sb., jeho zdravotní pojišťovna, pokud by neuspěl se svobodnou volbou. Nadále platí podmínka, že ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta. A stejně jako v dalších případech ukončení péče o pacienta bude muset poskytovatel předat pacientovi důvody ukončení péče písemnou formou. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	

	II. **Navrhované znění:** **§ 93** (1) Proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami může podat stížnost a) pacient, b) zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, c) osoba blízká v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo pokud zemřel, nebo d) osoba zmocněná pacientem. Stížnost se podává poskytovateli, proti kterému směřuje; tím není dotčena možnost podat stížnost podle jiných právních předpisů. Podání stížnosti nesmí být osobě, která ji podala, nebo pacientovi, jehož se stížnost týká, na újmu. (2) Pokud osoba, která podala poskytovateli stížnost (dále jen „stěžovatel“), s jejím vyřízením nesouhlasí, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zároveň uvede důvody nesouhlasu s vyřízením stížnosti poskytovatelem. (3) Poskytovatel je povinen a) navrhnout stěžovateli ústní projednání stížnosti, pokud je to s ohledem na charakter stížnosti vhodné, b) vyřídit stížnost do 30 dnů ode dne jejího obdržení; tuto lhůtu může odůvodněně prodloužit o dalších 30 dnů; jde-li o stížnost, k jejímuž vyřízení je nepříslušný, je povinen ji do 5 dnů ode dne jejího obdržení prokazatelně postoupit věcně příslušnému subjektu; o prodloužení lhůty a postoupení stížnosti je povinen informovat stěžovatele, c) vést evidenci o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení, d) umožnit stěžovateli nahlížet do konkrétního stížnostního spisu a pořizovat z něj kopie, e) jde-li o šetření stížnosti příslušným správním orgánem, poskytnout mu na jeho vyžádání včasnou a nutnou součinnost; to platí i pro poskytovatele, který poskytl související zdravotní služby.	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Již dosavadní právní úprava stanoví, že pokud příslušný správní orgán zjistí takové pochybení, které přísluší šetřit profesní komoře, podá této komoře podnět [§ 96 odst. 1 písm. b) bod 2 zákona o zdravotních službách]. Zjistí-li správní orgán, že k šetření není příslušný, nýbrž je příslušná komora (např. jde-li o pochybení lékaře, za které není poskytovatel odpovědný), opět je povinen postoupit takovou stížnost komoře [§ 94 odst. 1 písm. a) in fine]. Taková úprava rozdělení kompetencí profesních komor a správních orgánů se jeví jako dostačující. Pokud jde o navrhovaný odstavec 8, Ministerstvo zdravotnictví neshledává důvod, proč by stížnosti proti poskytovatelům zdravotních služeb – fyzickým osobám neměly být příslušné šetřit krajské úřady, které následně mohou uložit sankce za zjištěná pochybení (přestupek, odejmutí oprávnění apod.).

	(4) Poskytovatel lůžkové nebo jednodenní péče je dále povinen a) vypracovat postup pro vyřizování stížností, b) postup podle písmene a) a informaci o možnosti podat stížnost subjektům uvedeným v odstavci 2 uveřejnit ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě a na svých internetových stránkách. (5) K šetření stížností osob proti postupu při poskytování zdravotních služeb, jejichž poskytovatelem je Vězeňská služba, je příslušný ředitel organizační jednotky Vězeňské služby, pokud generální ředitel Vězeňské služby nepověří šetřením stížnosti jinou osobu. ***(6) Týká-li se stížnost odbornosti nebo etiky poskytování zdravotních služeb lékařem, zubním lékařem, nebo lékárníkem, podává se vždy příslušné profesní komoře zřízené zákonem.*** ***7) Je-li stížnost podána příslušnému správnímu orgánu, který zjistí, že předmětem stížnosti je odborné pochybení, nebo etické provinění člena příslušné profesní komory zřízené zákonem, předá věc k řešení této profesní komoře.*** ***(8) V případě, že stížnost směřuje proti postupu zdravotnického pracovníka, který je sám poskytovatelem, podá stěžovatel stížnost vždy přímo příslušné profesní komoře zřízené zákonem nebo příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb.*** **Odůvodnění:** Dosavadní znění zákona dává nesmyslně všem poskytovatelům (tedy třeba jedinému soukromému lékaři) povinnost řešit stížnosti "sám na sebe", vést stížnostní spis, vyhodnotit, zda stížnost podaná na něj je oprávněná, odpovídat ve stanovené lhůtě stěžovatelům. Velký prostor pro šikanu lékaře. Stížnost na odbornost a etiku lékařů, stomatologů a farmaceutů mají řešit jako všude v Evropě profesní komory. Stížnost na jiné – nelékařské poskytovatele (psychology, logopedy,	

	fyzioterapeuty, apod.) by měly řešit příslušné správní orgány. Krajský úřad jako příslušný správní orgán by nemusel zřizovat a platit tzv. nezávislé odborné komise, věc by posoudila komora a oborová komise její vědecké rady, zabránilo by se i duplicitám, kdy stížnost řeší jak komora, tak krajský úřad (často ještě policie a soud, ale tomu zabránit nelze). **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 98 až § 106** ~~**§ 98**~~ ~~**(1) Hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (dále jen „hodnocení kvality a bezpečí“) je dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí.** ~~**(2) Hodnotící standardy jsou souborem požadavků na vybrané procesy a ukazatele posuzované ve zdravotnickém zařízení z hlediska zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.** ~~**(3) Hodnocení kvality a bezpečí může provádět fyzická nebo právnická osoba, které bylo uděleno oprávnění k provádění této činnosti podle tohoto zákona.** ~~**(4) O udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí rozhoduje ministerstvo. Toto oprávnění nelze převést ani nepřechází na jinou fyzickou nebo právnickou osobu.** ~~**(5) Fyzické osobě se udělí oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí na její písemnou žádost, jestliže** ~~**a) není poskytovatelem nebo společníkem právnické osoby, která je poskytovatelem,**	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví nesdílí názor, že externí hodnocení kvality zdravotních služeb dle části deváté zákona o zdravotních službách zavádí zbytečné odčerpávání finančních prostředků z nemocnic soukromým firmám provádějícím akreditace. Externí hodnocení kvality je zcela dobrovolný proces, který nemocnice podstupují na základě vlastního uvážení.

	~~b) nejedná ve shodě s poskytovatelem nebo zdravotní pojišťovnou42),~~ ~~c) má vypracovány hodnotící standardy kvality a bezpečí pro jednotlivé formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být oprávnění uděleno, a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí,~~ ~~d) splňuje požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí v návaznosti na formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být oprávnění uděleno.~~ ~~(6) Právnické osobě se udělí oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí na její písemnou žádost, jestliže~~ ~~a) není poskytovatelem nebo společníkem právnické osoby, která je poskytovatelem, nebo zdravotní pojišťovnou,~~ ~~b) její statutární orgán nebo jeho člen nebo člen jejího kontrolního orgánu není současně statutárním orgánem nebo jeho členem nebo členem kontrolního orgánu poskytovatele nebo zdravotní pojišťovny a není ani poskytovatelem,~~ ~~c) nejedná ve shodě s poskytovatelem nebo zdravotní pojišťovnou42) a ani jinak nejednají ve shodě s poskytovatelem nebo zdravotní pojišťovnou její statutární orgán nebo jeho člen nebo člen jejího kontrolního orgánu,~~ ~~d) má vypracovány hodnotící standardy pro jednotlivé formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být~~	

	~~oprávnění uděleno, a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí,~~ **~~c) splňuje požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí v návaznosti na formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být oprávnění uděleno.~~** **~~(7) Prováděcí právní předpis stanoví~~** **~~a) minimální hodnotící standardy kvality a bezpečí pro jednotlivé formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i),~~** **~~b) ukazatele kvality a bezpečí zdravotních služeb, způsob jejich tvorby a sledování,~~** **~~c) rozsah procesů posuzovaných ve zdravotnickém zařízení a požadavků na tyto procesy,~~** **~~d) požadavky na způsob a postupy hodnocení kvality a bezpečí,~~** **~~e) požadavky na personální zabezpečení provádění hodnocení kvality a bezpečí týkající se odborné způsobilosti osob, jejichž prostřednictvím bude hodnocení kvality a bezpečí prováděno, a počet těchto osob.~~** **~~§ 99~~** **~~(1) Žádost o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí kromě náležitostí stanovených správním řádem obsahuje,~~** **~~a) je-li žadatelem fyzická osoba~~**	

	~~1. jméno, popřípadě jména, příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum narození žadatele,~~ ~~2. identifikační číslo17), bylo-li přiděleno,~~ ~~3. formy, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být oprávnění uděleno,~~ ~~4. datum, od něhož žadatel hodlá zahájit provádění hodnocení kvality a bezpečí,~~ ~~b) je-li žadatelem právnická osoba~~ ~~1. obchodní firmu nebo název a adresu sídla žadatele,~~ ~~2. jméno, popřípadě jména, příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného pobytu na území České republiky a datum narození osob, které jsou statutárním orgánem žadatele nebo jeho členy nebo které jednají jménem právnické osoby zapisované do obchodního nebo obdobného rejstříku před jejím vznikem,~~ ~~3. údaje uvedené v písmenu a) bodech 2 až 4.~~ ~~(2) Žadatel k žádosti o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí předloží,~~ ~~a) jde-li o fyzickou osobu~~ ~~1. prohlášení, že splňuje podmínky podle § 98 odst. 5 písm. a) a b),~~ ~~2. seznam osob, jejichž prostřednictvím bude hodnocení kvality a bezpečí prováděno, s uvedením jména, popřípadě jmen a příjmení; u zdravotnických pracovníků se dále uvede jejich odborná nebo specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání a u ostatních osob jejich~~	

	~~vzdělání s uvedením studijního programu a oboru, ve kterém bylo získáno; v seznamu se dále uvede, které osoby budou odpovídat žadateli za hodnocení kvality a bezpečí jednotlivých forem, popřípadě druhů zdravotní péče,~~ ~~3. hodnotící standardy kvality a bezpečí a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí pro jednotlivé formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení má být oprávnění uděleno,~~ ~~b) jde-li o právnickou osobu~~ ~~1. doklad o tom, že právnická osoba byla zřízena nebo založena, pokud se nezapisuje do obchodního nebo obdobného rejstříku nebo pokud zápis ještě nebyl proveden; je-li žadatelem právnická osoba se sídlem mimo území České republiky, předloží výpis z obchodního nebo obdobného rejstříku vedeného ve státě sídla, který nesmí být starší 3 měsíců,~~ ~~2. prohlášení, že splňuje podmínky podle § 98 odst. 6 písm. a) a c),~~ ~~3. prohlášení statutárního orgánu nebo jeho členů a členů kontrolního orgánu, že splňují podmínky podle § 98 odst. 6 písm. b) a c),~~ ~~4. údaje uvedené v písmenu a) bodech 2 a 3.~~ ~~§ 100~~ ~~(1) Rozhodnutí o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí kromě náležitostí stanovených správním řádem obsahuje~~ ~~a) v případě fyzické osoby jméno, popřípadě jména, příjmení, státní občanství, adresu místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresu bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresu místa hlášeného~~	

	~~pobytu na území České republiky, datum narození a identifikační číslo, bylo-li přiděleno,~~ ~~b) v případě právnické osoby obchodní firmu nebo název, adresu sídla a identifikační číslo, bylo-li přiděleno,~~ ~~c) formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro jejichž hodnocení se oprávnění uděluje,~~ ~~d) datum, od kterého lze hodnocení kvality a bezpečí provádět.~~ ~~(2) Ministerstvo zašle stejnopis písemného vyhotovení rozhodnutí o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí do 30 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí místně příslušnému správci daně vykonávajícímu správu daně z příjmů a místně příslušné okresní správě sociálního zabezpečení.~~ ~~(3) Ministerstvo zveřejní seznam osob oprávněných k provádění hodnocení kvality a bezpečí, s uvedením údajů uvedených v odstavci 1, na svých internetových stránkách.~~ ~~§ 101~~ ~~(1) Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí je povinna zveřejnit hodnotící standardy a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí na svých internetových stránkách.~~ ~~(2) Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí je povinna písemně oznámit ministerstvu všechny změny týkající se údajů obsažených v rozhodnutí o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí, v žádosti o udělení oprávnění a v dokladech předkládaných s touto žádostí a doložit tyto změny příslušnými doklady. V~~	

	~~případě změn údajů uvedených v seznamu osob uvedeného v § 99 odst. 2 písm. a) bodě 2 se oznamují pouze změny týkající se osob, které odpovídají za hodnocení kvality a bezpečí jednotlivých forem zdravotní péče, popřípadě druhů zdravotní péče.~~ ~~(3) Týká-li se změna údaje, který není uveden v rozhodnutí o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí a jsou-li nadále splněny podmínky stanovené pro provádění hodnocení, provede ministerstvo o této změně záznam do spisu; v ostatních případech rozhodne ministerstvo podle okolností o změně oprávnění nebo o jeho odejmutí.~~ ~~§ 102~~ ~~(1) Oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí zaniká~~ ~~a) smrtí držitele oprávnění,~~ ~~b) zánikem držitele oprávnění, nebo~~ ~~c) rozhodnutím ministerstva o odejmutí oprávnění.~~ ~~(2) Ministerstvo odejme oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí, jestliže držitel oprávnění~~ ~~a) přestal splňovat některou z podmínek uvedených v § 98 odst. 5 nebo 6, nebo~~ ~~b) o odejmutí oprávnění požádal.~~ ~~(3) Ministerstvo může odejmout oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí, jestliže držitel oprávnění závažným způsobem nebo opakovaně porušil některou z povinností uvedených v § 101 odst. 1 nebo 2 nebo~~	

	~~v § 104 odst. 2. Ministerstvo může odejmout oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí rovněž v případě, že držitel oprávnění provedl hodnocení kvality a bezpečí prostřednictvím osoby vyloučené z hodnocení podle § 104 odst. 3.~~ ~~§ 103~~ ~~Ministerstvo zašle stejnopis písemného vyhotovení rozhodnutí o změně nebo odejmutí oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí do 30 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí subjektům uvedeným v § 100 odst. 2.~~ ~~§ 104~~ ~~(1) Hodnocení kvality a bezpečí se provádí na základě smlouvy uzavřené mezi osobou oprávněnou provádět hodnocení kvality a bezpečí a poskytovatelem; součástí smlouvy je i sjednaná úplata za provedené hodnocení. Hodnocení kvality a bezpečí musí být provedeno do 12 měsíců ode dne uzavření smlouvy.~~ ~~(2) Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí je při hodnocení povinna~~ ~~a) postupovat nestranně,~~ ~~b) dodržovat hodnotící standardy kvality a bezpečí a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí.~~ ~~(3) Z provádění hodnocení kvality a bezpečí je vyloučena osoba, která je v pracovněprávním nebo obdobném vztahu k poskytovateli, u něhož má být hodnocení provedeno, nebo vykonává pro tohoto poskytovatele funkci odborného zástupce nebo, je-li tímto poskytovatelem právnická osoba, je společníkem této~~	

	~~právnické osoby, jejím statutárním orgánem nebo členem statutárního orgánu nebo členem jejího kontrolního orgánu.~~ ~~§ 105~~ ~~(1) Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí vydá v případě, že vyhovuje úroveň poskytovaných zdravotních služeb u hodnoceného poskytovatele hodnotícím standardům, certifikát kvality a bezpečí (dále jen „certifikát“) s platností 3 roky.~~ ~~(2) Certifikát obsahuje~~ ~~a) údaje o osobě, která vydala certifikát, jimiž jsou~~ ~~1. v případě fyzické osoby jméno, popřípadě jména, příjmení, adresa místa trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresa bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky a identifikační číslo,~~ ~~2. v případě právnické osoby obchodní firma nebo název, adresa sídla a identifikační číslo,~~ ~~b) údaje o poskytovateli, jimiž jsou~~ ~~1. v případě fyzické osoby jméno, popřípadě jména, příjmení a adresa místa jejího trvalého pobytu na území České republiky nebo v případě fyzické osoby bez trvalého pobytu na území České republiky adresa bydliště mimo území České republiky a popřípadě adresa místa hlášeného pobytu na území České republiky a identifikační číslo,~~ ~~2. v případě právnické osoby obchodní firma nebo název, adresa sídla, v případě právnické osoby se sídlem mimo území České republiky též adresa místa usazení závodu nebo organizační složky závodu právnické osoby na území České republiky a identifikační číslo,~~	

	~~**c) formy zdravotní péče, popřípadě druhy zdravotní péče podle § 5 odst. 2 písm. f) až i), pro které byl certifikát vydán, a adresu místa jejich poskytování,**~~ ~~**d) datum vydání certifikátu.**~~ ~~**(3) Pokud nejsou splněny podmínky pro vydání certifikátu, oznámí osoba, která provedla hodnocení kvality a bezpečí, tuto skutečnost písemně poskytovateli; v oznámení uvede, které podmínky poskytovatel nesplnil.**~~ ~~**§ 106**~~ ~~**Osoby oprávněné provádět hodnocení kvality a bezpečí vedou evidenci poskytovatelů, kterým vydaly certifikát.**~~ ~~**17) § 24 písm. c) zákona č. 111/2009 Sb., o základních registrech.**~~ ~~**42) § 66b obchodního zákoníku.**~~ **Odůvodnění:** Ustanovení zákona, která se navrhují vypustit, zavádějí zbytečné odčerpávání nemalých finančních prostředků z nemocnic soukromým firmám provádějícím tzv. akreditace. Kvalitu a bezpečí lékařských, stomatologických a lékárnických služeb přitom mohou hodnotit profesní komory (například projekt ČLK "Nemocnice 21. století"). **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 107**	**Neakceptováno, vysvětleno.** Pokud zákon o komorách nepřiznává profesním komorám žádné kompetence při výkonu jejich kontrolní činnosti, nelze

	(1) Kontrolu poskytovatelů v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb nebo kontrolu poskytovatelů nebo jiných právnických nebo podnikajících fyzických osob v souvislosti s prováděním činností, k nimž je třeba udělení souhlasu, oprávnění k činnosti nebo jiného obdobného povolení podle tohoto zákona nebo jiných zákonů upravujících zdravotní služby, kontrolu poskytovatelů sociálních služeb uvedených v Národním registru poskytovatelů a osob poskytujících zdravotní služby podle § 20 (dále jen „kontrolované osoby“) provádí a) ministerstvo, b) příslušný správní orgán, c) krajský úřad, který zaznamenal poskytovatele sociálních služeb nebo osobu poskytující zdravotní služby podle § 20 do Národního registru poskytovatelů, d) Státní ústav pro kontrolu léčiv, e) Státní úřad pro jadernou bezpečnost, jde-li o poskytovatele poskytující zdravotní služby, jejichž součástí je lékařské ozáření; tím není dotčena kontrolní činnost Státního úřadu pro jadernou bezpečnost podle jiných právních předpisů, f) generální ředitelství Vězeňské služby, jde-li o zdravotní služby poskytované v jejím zdravotnickém zařízení, g) komory, ~~v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem43)~~ ***<u>které mohou v případě zjištění nedostatků při poskytování zdravotních služeb uložit poskytovateli těchto služeb opatření k nápravě</u>***	tuto úpravu obcházet úpravou blanketního ustanovení zákona o zdravotních službách. Není ani zcela zřejmé, proč by měly profesní komory ukládat nápravná opatření vůči poskytovatelům zdravotních služeb, vůči nimž je neváže žádný přímý vztah. Pokud správní orgán vyhodnotí, že k provedení kontroly je nezbytné přizvat jako odborníka zdravotnického pracovníka, může tak učinit na základě § 6 kontrolního řádu. Ministerstvo zdravotnictví nicméně nesdílí názor ČLK, že ke každé kontrole poskytovatelů zdravotních služeb poskytujících zdravotní služby v některém z oborů zdravotní péče lékařů, zubních lékařů nebo farmaceutů je nezbytný lékař/zubní lékař/farmaceut. V tomto případě považuje Ministerstvo zdravotnictví za vhodné ponechat kontrolnímu orgánu prostor pro správní uvážení.

	(dále jen „kontrolní orgány“). (2) Kontrolu dodržování podmínek poskytování zdravotních služeb ve zdravotnických zařízeních ozbrojených sil České republiky umístěných v zahraničí provádí Ministerstvo obrany. ***(3) Ke kontrole poskytovatelů zdravotních služeb týkající se poskytování zdravotní péče lékaři, zubními lékaři, nebo lékárníky, přizve příslušný orgán zástupce příslušné profesní komory zřízené zákonem.*** **Odůvodnění:** K § 107 odst. 1 písm. g) Dosavadní znění zákona dává profesním komorám kontrolní kompetence podle zvláštního zákona, který jim však žádné kontrolní kompetence vůči poskytovatelům nepřiznává, jen disciplinární kompetence vůči členům komor. Přitom zjištěné nedostatky jsou často systémové – v organizaci, řízení, apod. Komory by tedy měly mít kompetenci vedle trestání lékařů stanovit i nápravná opatření pro poskytovatele zdravotních služeb, aby se zabránilo opakování chyb a nedostatků zjištěných v disciplinárním řízení. K § 107 odst. 3 Navrhuje se zkvalitnění kontrolní činnosti zaměřené na poskytování lékařské péče a činnosti lékáren, kdy účast zástupce profesní komory prohlubuje kvalifikovanost kontroly. Zástupce komory nebude samostatným kontrolním orgánem, ale tzv. přizvanou osobou s poradním hlasem. **Česká lékařská komora nadále navrhuje, aby komory byly oprávněny kontrolovat poskytovatele zdravotní služby**	

	v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb lékařských, stomatologických a lékárenských a mohly v případě zjištěných nedostatků při poskytování těchto služeb položit poskytovateli opatření k nápravě. **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
	II. **Navrhované znění:** **§ 112** Centrum vysoce specializované péče (1) Ministerstvo může poskytovateli, který poskytuje zdravotní péči v daných oborech, udělit na jeho žádost podanou na základě výzvy ministerstva statut centra vysoce specializované zdravotní péče (dále jen „centrum“), pokud tento poskytovatel splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a požadavky na personální zabezpečení vysoce specializované zdravotní péče a je schopen pro vymezené území tuto zdravotní péči zajistit. Statut centra lze udělit též v rámci jednoho nebo více oborů nebo jejich částí, popřípadě pro vysoce náročnou diagnostiku, léčbu nebo sledování určité nemoci. (2) Ministerstvo zveřejní na svých internetových stránkách a ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví požadavky kladené na poskytovatele ucházející se o statut centra (dále jen „uchazeč o statut centra“). Výzva ministerstva k podání žádosti o udělení statutu centra obsahuje a) místo, kam se žádosti předkládají, b) lhůtu pro předložení žádostí, c) vymezení oboru zdravotní péče nebo jeho části, popřípadě nemoci, pro jejíž diagnostiku, léčbu nebo sledování se statut centra uděluje,	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Dlouhodobým záměrem Ministerstva zdravotnictví je alespoň částečně eliminovat provádění výkonů určených pro centra vysoce specializované péče nižším poskytovateli s nedostatečnou erudicí či zajištěním. V současné době se nastavují snížené úhrady těmto poskytovatelům za centrové výkony, ale děje se tak postupnými kroky. Povinností každého poskytovatele je poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, tudíž pokud poskytovatel není schopen zajistit potřebnou péči, měli by pacienta přeložit do zdravotnického zařízení vyššího stupně, čímž jsou centra vysoce specializované péče. To ovšem platí již podle stávající úpravy. Nelze ovšem opomenout právo pacienta na výběr poskytovatele zdravotních služeb vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s předáním do péče jinému poskytovateli. Návrh připomínkového místa toto právo pacienta nerespektuje. Nelze také opomenout, že Centra vysoce specializované péče provádějí mj. i výkony, které jsou v současné době sdílené s necentrovými poskytovateli, tudíž takto radikálně omezit zdravotní péči by mohlo ohrozit dostupnost zdravotní péče v České republice. Stanovením povinnosti překladu v případě neodkladné zdravotní péče bez vyrozumění centra by zároveň vzniklo

	d) požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče a lhůtu pro jejich splnění, e) požadavky na personální zabezpečení vysoce specializované zdravotní péče, včetně kvalifikačních požadavků, a lhůtu pro jejich splnění, f) území, pro které má být vysoce specializovaná zdravotní péče poskytována, g) dobu, na kterou se statut centra uděluje, a h) další nezbytné požadavky potřebné k posouzení zajištění poskytování vysoce specializované zdravotní péče, například údaje o počtu léčených pacientů a o provedených zdravotních výkonech ve vymezeném časovém období ve zdravotnickém zařízení uchazeče o statut centra. (3) Žádost o udělení statutu centra obsahuje a) identifikační údaje uchazeče o statut centra, b) kopii oprávnění k poskytování zdravotních služeb, c) údaje o rozsahu a objemu vysoce specializované zdravotní péče, kterou je uchazeč o statut centra schopen zajistit, d) údaje o technickém a věcném vybavení zdravotnického zařízení uchazeče o statut centra, v němž má být vysoce specializovaná zdravotní péče poskytována, a o jejím personálním zabezpečení, e) prohlášení uchazeče o statut centra, že je schopen splnit požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče	riziko, že toto centrum bude mít plný stav či omezenou kapacitu a pacienta nebude možno hospitalizovat v rámci centrové péče ale v oddělení jiného oboru, což nezaručuje zdravotní péči na úrovni centra vysoce specializované péče. Dále by bylo velmi diskutabilní, zda zdravotní stav pacienta bude ve všech případech natolik stabilizován že umožní překlad do centra vysoce specializované péče. Transport pacientů je vždy rizikový pro stabilitu jejich zdravotního stavu. Samotná regulace komunikace mezi poskytovatelem se žádostí o překlad pacienta a centrem vysoce specializované péče se Ministerstvu nejeví jako přiléhavá a potřebná. Dále mám obavu o zajištění a uchování zvukového záznamu 1 roku od překladu. Požadavek ČLK týkající se nastavení pravidel předkladů mezi poskytovateli nižšího a vyššího stupně je rozhodně tématem k diskusi, ale Ministerstvo zdravotnictví se nedomnívá, že by takto navržené ustanovení bez předchozích zásadních jednání s konečnou shodou bylo přínosem. Také je nezbytné zmínit, že vždy bude záležet na aktuálním zdravotním stavu pacienta, vzdálenosti do centra vysoce specializované péče a dalších faktorech (viz výše).

	a požadavky na personální zabezpečení této zdravotní péče v rozsahu a ve lhůtě uvedených ve výzvě, f) další údaje a doklady uvedené ve výzvě podle odstavce 2. (4) Ministerstvo po posouzení žádostí jednotlivých uchazečů o statut centra vyřadí uchazeče, kteří nevyhověli podmínkám vymezeným ve výzvě, a u ostatních uchazečů určí jejich pořadí. Ministerstvo při určování pořadí uchazečů o statut centra zejména přihlédne ke kvalifikačním předpokladům jejich zdravotnických pracovníků pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče, době a rozsahu poskytování této zdravotní péče a její dostupnosti, a je-li to předmětem výzvy, též k údajům o počtu léčených pacientů, provedených zdravotních výkonech ve vymezeném časovém období a k dalším požadavkům stanoveným ve výzvě. Při rozhodování o udělení statutu centra ministerstvo přihlédne k určenému pořadí uchazečů o statut centra; na udělení statutu centra není právní nárok. (5) Ministerstvo zveřejní seznam center na svých internetových stránkách a ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví; v seznamu uvede identifikační údaje poskytovatele, jemuž byl udělen statut centra, a údaje podle odstavce 2 písm. c), f) a g). (6) Poskytovatel je povinen písemně oznámit ministerstvu změny všech údajů a podmínek, za nichž mu byl statut centra udělen, a to nejpozději do 15 dnů ode dne jejich vzniku. ***(7) Poskytovatel lůžkové péče, který zhodnotí, že jeho pacient potřebuje poskytnutí zdravotních služeb ve vysoce specializovaném centru, které tento poskytovatel sám není způsobilý poskytnout, projedná s lékařem vysoce specializovaného centra možnost převzetí pacienta. Probíhá-li jednání telefonicky, pořizuje se jeho zvukový záznam, který***	

	se uchovává po dobu jednoho roku. Přeložení pacienta k poskytnutí zdravotních služeb ve vysoce specializovaném centru se realizuje po dohodě a se souhlasem lékaře vysoce specializovaného centra. Jde-li o neodkladnou péči, kterou je třeba poskytnout ve vysoce specializovaném centru, přeloží poskytovatel pacienta i bez předchozího projednání s lékařem vysoce specializovaného centra. **Odůvodnění:** Považuje se za žádoucí, aby byl zákonnou úpravou řešen stav, kdy menší, méně vybavený poskytovatel lůžkových služeb nezvládá péči o pacienta a z tohoto důvodu jej hodlá přeložit na „vyšší pracoviště“. Tato situace je v praxi velice častá, přesto však postrádá jakoukoliv zákonnou úpravu, není tedy dáno, zda překlad pacienta musí či nemusí být konzultován s vyšším pracovištěm, zda tento poskytovatel je povinen pacienta za těchto podmínek přijmout do péče apod. Na toto téma je mezi odbornou veřejností vedena rozsáhlá diskuse s nejednoznačnými závěry. Cílem návrhu je tuto problematiku vyřešit na úrovni zákonné právní úpravy tak, aby byly shora uvedené nejasnosti do budoucna odstraněny a dosavadní různorodá „zvyková“ praxe při překládání pacientů na vyšší pracoviště nahrazena jasnými zákonnými pravidly. **Česká lékařská komora nadále navrhuje, aby zákon stanovil alespoň základní pravidla pro překládání pacientů z tzv. nižších pracovišť na tzv. vyšší pracoviště s tím, že dosud žádná pravidla k přeložení pacienta do péče ve vysoce specializovaném centru stanovena nejsou, což v praxi činí značné problémy. Doporučujeme nevyhýbat se tomuto problému a v rámci novely zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování řešit i praktické otázky, které mohou, velmi závažným způsobem, zasáhnout do života a zdraví pacientů.** **Stupeň naléhavosti:** vysoký.	
Česká lékárnická komora	**1.** ČLnK při předchozích přípravách novely zákona předložila níže uvedené návrhy, z nichž není žádný v nynějším návrhu	**Neakceptováno.**

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík, jmarsik@outlook.cz	novely obsažen. ČLnK je proto souhrnně uplatňuje v tomto bodu svých připomínek: Síť lékáren § 11 Doplnit nové odstavce 9 a 10: (9) Lékárna může být zřízena pouze v obci, v níž dosud není lékárna zřízena, nebo v obci, v níž už je lékárna zřízena, pokud a) po zřízení této lékárny bude na prvních 6000 obyvatel obce a na každých dalších započatých 3000 obyvatel obce připadat vždy nejvýše jedna lékárna zřízená na území v obce a b) mezi vchody pro pacienty jednotlivých lékáren bude vzdálenost nejméně 500 m vzdušnou čarou. (10) Podmínky pro zřízení lékáren podle odst. 9 se neuplatní a) při změně osoby poskytovatele pokračujícího v provozu lékárny na stejném místě na základě převodu nebo přechodu práv od předchozího poskytovatele, nebo b) při přemístění lékárny stejným poskytovatelem v rámci území obce. § 16 V odst. 1 doplnit nové písmeno n): n) lékárna splňuje podmínky podle § 11 odst. 9 a 10. V odst. 3 písm. c) rozšířit rozsah písmen až po n). V přechodném ustanovení stanovit, že podmínky pro vznik lékáren dopadají až na poskytovatele zřizující tato zařízení po účinnosti zákona. Povinné označení lékáren lékárenským znakem § 45 odst. 2 písm. d) opatřit zdravotnické zařízení **a místo poskytování zdravotních služeb mimo zdravotnické zařízení podle § 11a odst. 5 písm. c)** viditelným označením, které musí obsahovat obchodní firmu, název nebo jméno, popřípadě jména a příjmení poskytovatele, a identifikační číslo, bylo-li přiděleno; lékárna musí být dále označena lékárenským křížem, jehož technické	Česká lékárnická komora uplatňuje v rámci připomínkového řízení řadu připomínek, které představují komplexní podněty ke koncepčním změnám stran tvorby sítě poskytovatelů lékárenské péče a řízení o udělení oprávnění k poskytování lékárenské péče. Tyto podněty (zejména stran tvorby sítě lékáren) by mohly mít za následek zásadní dopady na dostupnost lékárenské péče a podnikatelské prostředí, kdy by nepochybně došlo k omezení volnosti zřízení nových lékáren. Ministerstvo zdravotnictví má předně za to, že takto koncipovaná změna se zřejmými dopady na stávající situaci do praxe vyžaduje širokou odbornou i politickou diskusi a zhodnocení možných kritérií a dopadů na stávající systém, což bez podrobného vyhodnocení dopadů takové změny není možné provést prostřednictvím připomínkového řízení. Česká lékárnická komora k těmto návrhům zatím nepředložila zhodnocení (pozitivních či negativních) dopadů na dostupnost zdravotní péče, podnikatelské prostředí, výkon veřejné správy či kvalitu a bezpečí poskytované lékárenské péče, za jehož základě by bylo možné tyto dopady a vhodnost navrhovaných změn posoudit. Z těchto důvodů nelze připomínku akceptovat. Co se týče povinného označení lékáren lékárenským znakem, navrhovaná úprava v § 45 odst. 2 písm. d) navrhuje pouze odkázat na prováděcí vyhlášku č. 92/2012 Sb. Ministerstvo zdravotnictví má přitom za to, že tato úprava na úrovni zákona o zdravotních službách není potřebná a problematiku označování lékáren lékárenským znakem lze diskutovat v rámci novely vyhlášky č.

	parametry stanoví prováděcí právní předpis uvedený v § 11 odst. 6, <u>Ochrana označení „lékárna“</u> Navrhuje se doplnit do zákona toto ustanovení: Označení „lékárna“, překlad tohoto označení nebo označení od něho odvozené je oprávněn užívat pouze poskytovatel zdravotních služeb farmaceutické péče pro svou lékárnu. Jiné osoby nesmějí ve svém názvu, v názvu své organizační části, v názvu svého zdravotnického zařízení nebo jeho části nebo v názvu své provozovny toto označení, překlad tohoto označení nebo označení od něj odvozené používat. Dále se navrhuje zahrnout porušení navrženého ustanovení mezi správní delikty se sankcí nejméně do 500.000 Kč. <u>Osvědčení ČLnK jako podmínka pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb</u> **§ 18 odst. 2 písm. a) a c)** Navrhuje se doplnění bodu 14 v odst. 2 písm. a) a doplnění v písm. c bodu 4: (2) Žadatel k žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb předloží, a) je-li žadatelem fyzická osoba uvedená v § 16 odst. 1 14. osvědčení České lékárnické komory o splnění podmínek k výkonu soukromé praxe svého člena nebo v případě ustanovení odborného zástupce osvědčení České lékárnické komory o splnění podmínek k výkonu funkce odborného zástupce, jde-li o poskytování zdravotních služeb farmaceutické péče, c) je-li žadatelem právnická osoba 4. doklady uvedené v písmenu a) bodech 3 až 14, **Vypořádání ve vnitřním připomínkovém řízení: neakceptováno.** ČLnK s vypořádáním připomínky nesouhlasí.	92/2012 Sb., která bude následovat v návaznosti na tuto novelu zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví proto v tomto rozsahu doporučuje ČLnK zpracovat návrh podnětu ke změně této vyhlášky včetně posouzení dopadů této změny. Co se týče požadavku na ochranu označení „lékárna“, Ministerstvo zdravotnictví vnímá problém, na který ČLnK v tomto ohledu svou připomínkou míří, nicméně upozorňuje, že zákon o zdravotních službách neobsahuje ani ochranu jiných označení spojených s poskytováním zdravotních služeb („nemocnice“, „ordinace“, „klinika“ apod.). Řešení této problematiky si nicméně opětovně vyžaduje komplexní odbornou politickou diskuzi, na kterou v připomínkovém řízení není prostor. Ministerstvo zdravotnictví nicméně podotýká, že nekorektní (klamavé) označení provozovny jako „lékárna“ může být jednak hodnoceno jako delikt soukromoprávní, k tomu srov. § 2976 a násl. občanského zákoníku, jednak i jako nekalá obchodní praktika ve smyslu zákona o ochraně spotřebitele. Co se týče podmínek výkonu funkce odborného zástupce, Ministerstvo zdravotnictví se hodlá problematikou odborných zástupců a podmínkami výkonu jejich funkce v budoucnu zabývat komplexně. Ministerstvo zdravotnictví zároveň v tomto ohledu uvítá spolupráci s ČLnK při komplexním řešení této problematiky.

	Ad síť lékáren: ČLnK nesouhlasí s tím, že by šlo o zásah do práva podnikat. Obdobná pravidla platí např. v Rakousku, Belgii, Chorvatsku, Francii, Makedonii, Maďarsku, Itálii, Polsku, Portugalsku, Slovinsku, Řecku, Lucembursku, Rumunsku, Španělsku, Dánsku, Finsku nebo ve Velké Británii. Ad povinné označení lékáren lékárenským znakem: ČLnK se domnívala, na základě předchozích jednání se zástupci MZd, že po více něž 15 letech usilování o zákonnou ochranu lékárenského znaku byla nalezena shoda v zájmu tuto úpravu přijmout. Pokud tomu tak při vypořádání připomínek ve vnitřním připomínkovém řízení nebylo, pak nyní alespoň připojuje odůvodnění svého návrhu: „*ČLnK navrhuje povinné označení lékáren lékárenským křížem. Činí tak proto, že označení lékáren křížem je tradiční a pacientovi umožňuje snadné a jednoznačné rozpoznání lékárny. Povinné označení křížem bylo na počátku devadesátých let ponecháno v kompetenci České lékárnické komory, což mělo své opodstatnění v plném držení lékáren v rukách farmaceutů. V současné době jsou lékárny provozovány jakoukoliv fyzickou nebo právnickou osobou, a proto je žádoucí, aby jednotné označení lékáren bylo povinností uloženou zákonem.*“ Ve vypořádání vyjádřený názor, že zákonná ochrana označení lékáren by neměla být řešena zákonem o zdravotních službách, je pro ČLnK překvapivý, neboť ačkoliv MZd dlouhodobě nevyhovovalo tomuto návrhu ČLnK, nikdy nezpochybňovalo, že pokud by označení lékáren mělo být zákonem upraveno, pak právě v zákoně o zdravotních službách. Podobně, jako tento zákon upravuje označení dopravních prostředků zdravotnické záchranné služby v § 11 odst. 7. Žádný jiný právní předpis k tomu není vhodný. Ad ochrana označení lékárna:	

	Vypořádání této připomínky je obsahově totožné jako té předchozí. ČLnK proto odkazuje na svou repliku výše a zde jen doplňuje odůvodnění svého návrhu: „*V poslední době se ČLnK ve zvýšené míře potýká se zneužíváním pojmu „lékárna“ pro jiné účely než poskytování lékárenské péče. Aktuálně se jedná o tzv. konopné, ale i jiné lékárny. Negativním dopadem tohoto zneužití je klamavé označení provozovny schopné u pacienta vyvolat nebezpečí záměny lékárny a běžného obchodu. V případě konopných produktů pak vyvolávají zcela mylný dojem, že „konopné lékárny“ nabízejí sortiment, o němž je dnes v médiích hodně slyšet v souvislosti s „konopnou“ novelou zákona o léčivech a zákona o návykových látkách. Pacient i díky podmínkám, které právní předpisy kladou na provoz lékáren, právem od lékárny očekává vybavené zdravotnické zařízení s odborným personálem, kterého se mu ale v živnostenských provozovnách nemůže dostat.*“ <u>Ad osvědčení ČLnK jako podmínka pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb:</u> MZd se omezilo na konstatování, že jde o zásah do práva podnikat, aniž by vysvětlilo, v čem tento zásah spočívá. Přehlíží při tom, že osvědčení ČLnK jsou reálně vydávána podle zákona č. 220/1991 Sb. Osvědčení pro výkon funkce vedoucího lékárníka jsou dokonce v praxi běžně vyžadována inspektory SÚKL při kontrolách v lékárnách. Návrhem se činí povinnou přílohou žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb lékárenské péče osvědčení o splnění podmínek k výkonu soukromé praxe svého člena nebo k výkonu funkce odborného zástupce vydávaného Českou lékárnickou komorou podle § 2 odst. 2 písm. d) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře. ČLnK osvědčení uděluje farmaceutům, kteří kromě odborné a specializované způsobilosti podle zákona č. 95/2004 Sb. splňují povinnost celoživotního vzdělávání členů komory podle řádu pro celoživotní vzdělávání členů České lékárnické komory ve formě získání alespoň minimálního stanoveného počtu bodů v	

	posledním ukončeném cyklu celoživotního vzdělávání a podmínku profesní bezúhonnosti. Poskytovatelem (fyzickou osobou) nebo odborným zástupcem by neměl být farmaceut, který se nevzdělává nebo byl disciplinárně potrestán pro závažný disciplinární delikt v předchozích dvou letech, jak stanoví licenční řád ČLnK. Předložení osvědčení komory jako přílohy žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb pak zaručuje, že krajský úřad nevydá osvědčení poskytovateli, u něhož by toto hrozilo. Nejde tedy o omezování lékárenské péče ani o neracionální regulaci.	
	2. ČLnK navrhuje: - toto znění § 5 odst. 2 písm. i): farmaceutická péče, jejímž účelem je maximalizace účinku a minimalizace rizik farmakoterapie, směřující ke zlepšení kvality života pacienta. Farmaceutická péče sestává zejména ze zajišťování, přípravy, úpravy, uchovávání, kontroly jakosti, výdeje léčivých přípravků (s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech), potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků; dále je farmaceutickou péčí optimalizace farmakoterapie pacienta včetně hodnocení vlivu farmakoterapie na diagnostické metody, posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a používání zdravotnických prostředků, konzultační a konziliární činnosti, poradenství a další péče podle § 2 odst. 4, písm. b). - nahradit slova „lékárenská péče“ slovy „farmaceutická péče“ v § 11 odst. 6, § 15 odst. 2, § 16 odst. 1 písm. h), § 18 odst. 2 písm. a) bod 6, § 19 odst. 4, § 45 odst. 2 písm. b), § 53 odst. 1, § 108 odst. 3, Odůvodnění: Péče poskytovaná farmaceuty má vždy jednotný účel, tedy zajistit kvalitní a bezpečnou farmakoterapii, a to v celém jejím komplexu od zajištění léčiv (a zdravotnických prostředků) až	**<u>Neakceptováno.</u>** Návrh předně přináší změnu terminologie z „lékárenské“ na „farmaceutickou“ péči. Ministerstvo zdravotnictví k tomu uvádí, že taková terminologická změna by měla zásadní dopad na další zásadní právní předpisy (zejména zákon o léčivech, který intenzivně pracuje s terminologii lékárenské péče). Ministerstvo zdravotnictví se do budoucna této změně nebrání, nicméně považuje za potřebné takovou terminologickou změny provést koordinovaně společně s dalšími dotčenými právními předpisy. Co se týče věcné úpravy samotného znění definice, Ministerstvo zdravotnictví v současnosti neshledává ve stávajícím znění definice žádné aplikační problémy.

	po konzultační činnost spojenou s užíváním léčiv a optimalizaci a sledování jejich účinku. Stejně jako u ostatních druhů péče (léčebná, ošetřovatelská atd.) se na poskytování tohoto typu péče podílejí specialisté jednotlivých oborů, kteří plní dle své odbornosti různé úlohy a kompetence. Jedině takto lze také zachovat příslušnost všech farmaceutů k samosprávné stavovské organizaci. Je ale nutno uznat, že vzhledem k vývoji farmacie není nadále udržitelný název „lékárenská péče“ jako zastřešující pojem pro veškeré zdravotní služby poskytované farmaceuty a že je vhodné jej nahradit výstižnějším pojmem „**farmaceutická péče**“, který je navíc i celosvětově používaný a vnímaný jako termín zastřešující péči poskytovanou všemi odbornostmi farmaceutů. Definováním farmaceutické péče dojde k posunu významu, který bude odpovídat realitě poskytování zdravotních služeb farmaceuty, protože v jejím rámci vedle sebe rovnocenně působí jednotlivé farmaceutické odbornosti, z nichž jen některé jsou vázány na lékárnu. Znění definice bylo připraveno ve spolupráci s Českou farmaceutickou společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně.	
	3. § 53 odst. 1 Poskytovatel, nejde-li o poskytování **farmaceutické** péče v lékárně **spočívající ve výdeji léčivých přípravků, výdeji a prodeji zdravotnických prostředků, výdeji a prodeji potravin pro zvláštní lékařské účely nebo v poskytování výkonů nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění**, je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Zdravotnická dokumentace je souborem informací podle odstavce 2 vztahujících se k pacientovi, o němž je vedena. Odůvodnění: ČLnK dlouhodobě usiluje o přiznání úhrady některým, zejména screeningovým a preventivním výkonům farmaceutů. Jedním z argumentů, které ze strany zdravotních pojišťoven	**<u>Neakceptováno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví setrvává na svém názoru, že s ohledem na projednávání ST 512 v Poslanecké sněmovně není vhodné tímto připomínkovaným návrhem novely zákona o zdravotních službách dále upravovat problematiku vztahující se k právní úpravě zdravotnické dokumentace. ST 512 se sice nedotýká vedení zdravotnické dokumentace v lékárně, komplexně ovšem novelizuje úpravu zdravotnické dokumentace jako celku. Ministerstvo zdravotnictví nikterak nerozporuje ani konstatování ČLnK, že možnost dobrovolného vedení zdravotnické dokumentace neřeší problém, kvůli kterému ČLnK návrh podává, totiž odmítání přiznání úhrady některým výkonům farmaceutů ze strany zdravotních pojišťoven; tento

	zaznívají proti zavedení hrazených výkonů, je nevedení zdravotnické dokumentace v případě poskytování těchto výkonů. Proto navrhujeme povinné vedení zdravotnické dokumentace při poskytování hrazených výkonů při zachování výjimky pro výdej léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a potravin pro zvláštní lékařské účely a pro nehrazené výkony, které lékárny většinově pacientům poskytují zcela bezplatně a bylo by kontraproduktivní je zatěžovat vedením dokumentace. **Vypořádání ve vnitřním připomínkovém řízení: neakceptováno.** ČLnK s vypořádáním připomínky nesouhlasí. Odkazovaný návrh novely vedený v Poslanecké sněmovně jako sněmovní tisk č. 512 řeší jinou problematiku: „*Návrh novelizuje úpravu vedení zdravotnické dokumentace, zejména v elektronické podobě, dále zpřesňuje úpravu Národního zdravotnického informačního systému a zavádí definici telemedicínských služeb a základní rámec jejich používání.*“ Nikterak se nedotýká vedení zdravotnické dokumentace v lékárně. Doporučení dobrovolného vedení zdravotnické dokumentace neřeší problém, kvůli kterému ČLnK návrh podává, totiž odmítání přiznání úhrady některým výkonům farmaceutů ze strany zdravotních pojišťoven.	problém by ovšem neřešila ani povinnost poskytovatelů lékárenské péče vést zdravotnickou dokumentaci. Smluvní politika zdravotních pojišťoven je plně v kompetenci těchto zdravotních pojišťoven a přiznání úhrady tak lze dosáhnout primárně vyjednáváním se zdravotními pojišťovnami.

Česká stomatologická komora Mgr. Jiří Slavík, slavik@dent.cz	**1. k § 14 odst. 1** **návrh**: vložit nové písmeno e), které včetně poznámek pod čarou zní: **„e) držitelem osvědčení o splnění podmínek k výkonu funkce odborného zástupce vydaného komorou podle jiného zákona*, jestliže členství v komoře je podmínkou pro výkon zdravotnického povolání podle § 12 a komora podle jiného zákona** stanovila podmínky k výkonu funkce odborného zástupce.** *** § 2 odst. 2 písm. c) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů** **** § 2 odst. 2 písm. d) zákona č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů“** **odůvodnění**: Citovaný zákon o komorách dává komorám oprávnění stanovit podmínky pro výkon funkce odborných zástupců a vydávat o splnění těchto podmínek osvědčení. Komory jsou v současné době jediné, kdo se snaží dbát na to, aby funkce odborného zástupce nebyla jen formální, aby odborní zástupci plnili svoji povinnost se celoživotně vzdělávat a byli reálně schopni zajišťovat odborné řízení. Tomuto cíli by velmi pomohlo, pokud by zákon o zdravotních službách byl provázán se zákonem o komorách v tom smyslu, že osvědčení o splnění podmínek k výkonu funkce odborného zástupce bude skutečnou podmínkou pro výkonem této funkce, nikoliv pouhou další formalitou. Situace týkající se odborných zástupců je nadále neudržitelná. Funkce odborného zástupce je vnímána (zdravotnickou veřejností a bohužel i orgány příslušnými k udělení oprávnění) a vykonávána zcela formálně. Zákon o komorách v době svého vzniku počítal s tím, že osvědčení komor budou skutečnými podmínkami pro výkon povolání či vyjmenovaných funkcí. Později přijatý zákon o zdravotních službách tento princip	**<u>Neakceptováno.</u>** Širší úprava institutu odborného zástupce není předmětem této novelizace zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví nicméně do budoucna plánuje přehodnotit platnou právní úpravu tohoto institutu a přivítá i účast profesních komor na této diskuzi.

	nepřejal. Zejména v případě odborných zástupců se však tento krok ukázal jako nesprávný, protože přímo způsobil aktuální stav, kdy odborný zástupce je jen jméno uvedené v rozhodnutí o oprávnění. V praxi se setkáváme s odbornými zástupci, kteří jinak své povolání mnoho let nevykonávají, jsou upoutáni na lůžko, dlouhodobě žijí v zahraničí apod. Osvědčení komory má zajistit, aby odborným zástupcem byl skutečný lékař, zubní lékař či farmaceut, který vykonává povolání (má tedy odpovídající praxi, je orientován v problematice), plní povinnost se celoživotně vzdělávat, je disciplinárně bezúhonný apod. Komory tyto informace (na rozdíl od krajských úřadů) mají k dispozici. Jsou ze zákona podmínky pro výkon funkce odborného zástupce stanovit a osvědčení o jejich splnění vydávat, je proto zcela přirozené, aby takto vydaná osvědčení byla při ustanovení odborného zástupce vyžadována. V současné době je situace taková, že stanoví-li komora podmínky pro výkon funkce odborného zástupce, může být jejich porušení postiženo jako disciplinární provinění odborného zástupce. To ale nestačí. Splnění stanovených podmínek pro výkon funkce musí být pojato jako jedna z podmínek pro ustanovení do funkce (vedle členství v komoře) a setrvání v ní. Je třeba, aby i poskytovatel odpovídal za to, že ustanovil do funkce odborného zástupce osobu, která splňuje stanovené podmínky.	
	2. k § 14 odst. 3 **návrh**: „(3) Odborný zástupce musí vykonávat svou funkci v rozsahu nezbytném pro řádné odborné řízení poskytovaných zdravotních služeb**, zejména být osobně přítomen ve zdravotnickém zařízení poskytovatele v každém místě poskytování zdravotních služeb uvedeném v oprávnění k poskytování zdravotních služeb nejméně jednou**	**<u>Neakceptováno.</u>** Širší úprava institutu odborného zástupce není předmětem této novelizace zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví nicméně do budoucna plánuje přehodnotit platnou právní úpravu tohoto institutu a přivítá i účast profesních komor na této diskuzi.

	v kalendářním týdnu. Stejná osoba nemůže vykonávat funkci odborného zástupce pro více než **1~~2~~** poskytovatele.“ **odůvodnění**: Funkce odborného zástupce je zdravotnickou veřejností chápána jako zcela formální záležitost a také je zcela formálně vykonávána. Být ustanoven do funkce odborného zástupce v praxi znamená být uveden v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Odborní zástupci (nejde-li o současně o společníky jednočlenných společností, kteří v ordinaci současně sami ordinují) se na pracovištích poskytovatelů často nevyskytují, nemají ani základní povědomí o tom, jak poskytovatel funguje. Předepsaná minimální přítomnost na pracovišti je (zajisté nikoliv dokonalým) prostředkem, jak zdůraznit, že odborný zástupce se má o fungování poskytovatele reálně zajímat. Ze stejných důvodů se navrhuje omezit počet poskytovatelů, u nichž jedna osoba může vykonávat funkci odborného zástupce, na 1. Smyslem návrhu je vytvořit skutečný vztah odborného zástupce k pracovišti, na kterém má vykonávat odborné řízení. Odborné řízení totiž nelze vykonávat distančně.	
	3. k § 41 odst. 1 písm. c) Odkaz na § 48 odst. 3 je nejasný. Je možné, že se má jednat o § 38 odst. 3.	**Vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví na základě připomínky opětovně posoudilo odkaz na § 48 odst. 3 v § 41 odst. 1 písm. c) a tento odkaz nadále považuje za správný. Odkaz míří na povinnost poskytovatele poskytnout pacientovi neodkladnou péči (a to i bez jeho souhlasu), nicméně ustanovení § 41 odst. 1 písm. c) tomuto poskytovateli zapovídalo požadovat za poskytnutí těchto služeb úhradu, nebyly-li hrazeny ze zdravotního pojištění. Doplněním odkazu na § 48 odst. 3 se pak řeší tato mezera v zákoně.
	4. k § 45 odst. 2 písm. f) **návrh:**	**Akceptováno jinak.**

	ponechat ustanovení beze změny **odůvodnění:** Nově se upravuje povinnost předávat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství nebo v oboru praktické lékařství pro děti a dorost nebo pediatrie též pro poskytovatele v oboru zubní lékařství a gynekologie. Jinými slovy, zubní lékaři a gynekologové by měli nově předávat zprávy o svých pacientech jejich praktickým lékařům. Taková úprava nedává žádný smysl (odborný ani praktický), nikdo ji nepožaduje a v praxi se jí nikdy nikdo nebude řídit. Registrující praktičtí lékaři nepotřebují informace o tom, jaké služby jejich registrovaným pacientům poskytují zubní lékaři. Pacienti jsou u zubních lékařů (a taktéž gynekologů) registrováni, je jim zde poskytována primární péče, není proto věcný důvod, aby o jejím poskytování informovali registrujícího praktického lékaře. Bylo by zcela absurdní, pokud by zubní lékař posílal praktickému lékaři zprávu o tom, že jeho pacientovi zhotovil můstek nebo ošetřil zubní kaz. Odkaz na směrnici o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je zavádějící. Z této směrnice nelze dovodit, že by poskytovatel péče v oboru zubní lékařství měl předávat zprávu o poskytnuté péči praktickému lékaři.	Ustanovení § 45 odst. 2 písm. f) za středníkem (výluka z povinnosti stanovené tímto ustanovením mj. pro zubní lékaře) ponecháno beze změny.
	5. k § 45 odst. 2 písm. h) **návrh:** h) jde-li o dosavadního registrujícího poskytovatele, předat ~~do patnácti dnů ode dne, kdy se dozvěděl o skutečnosti, že pacient změnil registrujícího poskytovatele,~~ kopii zdravotnické dokumentace vedené o ~~tomto~~ pacientovi jeho novému registrujícímu poskytovateli **do patnácti dnů ode dne, ve kterém jej nový registrující poskytovatel pacienta k předání kopie zdravotnické dokumentace vyzval**, **Odůvodnění:**	**Akceptováno jinak.** Ustanovení § 45 odst. 2 písm. h) nově zní: *„h) jde-li o dosavadního registrujícího poskytovatele, předat na žádost nového registrujícího poskytovatele do 15 dnů kopii zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi tomuto novému registrujícímu poskytovateli,“*

	Ustanovení v navržené podobě není realistické a ani věcně odůvodněné. Např. poskytovatelé v oboru zubné lékařství zpravidla nepotřebují kopii zdravotnické dokumentace předchozího registrujícího poskytovatele, proto o ni nežádají a navzájem si ani její kopie nepředávají. Je na místě ponechat na rozhodnutí nové registrujícího poskytovatele, aby si kopii zdravotnické dokumentace vyžádal. Automatické předávání kopie zdravotnické dokumentace je i nepraktické, protože dosavadní registrující poskytovatel nemusí vědět, jak a kam má novému registrujícímu poskytovateli kopii zdravotnické dokumentace zaslat, nemluvě o tom, že budou vznikat pochybnosti o tom, kdy se dosavadní registrující poskytovatel dozvěděl o tom, že pacient má nového registrujícího poskytovatele (z přehledu kapitačních plateb? Z B2B napojení na kapitační centrum? Od pacienta?). Mnohem vhodnější se proto jeví vázat vznik povinnosti předat kopii zdravotnické dokumentace novému registrujícímu poskytovateli na jeho výzvu.	
	6. k § 48 odst. 2 písm. e) **návrh**: „e) **pacient** ~~přestal poskytovat~~ **opakovaně neposkytne** součinnost nezbytnou pro ~~další~~ poskytování zdravotních služeb; to neplatí, jestliže neposkytování součinnosti souvisí se zdravotním stavem pacienta; ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.“ **odůvodnění**: Výklad slov „přestal poskytovat součinnost“ činí v praxi zásadní problémy, a to zejména v ambulantní sféře. V podstatě nelze určit a tím méně pak prokázat, že pacient „přestal poskytovat součinnost pro další poskytování zdravotních služeb“. Navrhuje se proto formulace, která výklad a případné dokazování zjednoduší.	**<u>Akceptováno částečně.</u>** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku v tom rozsahu, že pro vyjasnění celého ustanovení vypouští z vymezení podmínky ukončení péče o pacienta slovo *„další“*. Ministerstvo zdravotnictví dále chápe úmysl připomínkového místa, nicméně nesdílí názor, že navržená úprava je ve svém celku prospěšná. Ačkoli toto zpřesnění teoreticky může vyřešit výkladové nejasnosti při poskytování ambulantní péče, v případě například lůžkové formy péče se taková konstrukce dotčeného ustanovení nejeví jako prospěšná, jelikož podmínka *„opakovaného neposkytnutí“* součinnosti při kontinuálním poskytování lůžkové zdravotní péče se jeví jako problematická (již jednorázové odmítnutí součinnosti

	Navržený text reaguje na to, že nejčastější „neposkytnutí součinnosti“ v praxi znamená neomluvené nedostavení se na objednaný termín ošetření. „Opakovaně“ znamená „více než jednou“. Neposkytnutí součinnosti musí být protiprávní, nesmí se tedy jednat o výkon práva (např. zpětvzetí či neudělení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb není neposkytnutím součinnosti). Jde o ty případy, kdy součinnost pacienta vyplývá ze smlouvy mezi ním a poskytovatelem.	pro poskytování zdravotní péče touto formou může představovat důvod pro ukončení lůžkové péče). Ministerstvo zdravotnictví připomínku nicméně akceptuje jako podnět ke zpracování stanoviska k dotčenému ustanovení § 48 odst. 2 písm. e), které bude mít za cíl jednoznačně popsat jednotlivé případy, ve kterých lze postupovat v souladu s § 48 odst. 2 písm. e) v závislosti na formě, případně oborech či druzích poskytované zdravotní péče. Vzejde-li ze zpracovávání tohoto stanoviska potřeba dalších legislativních úprav, Ministerstvo zdravotnictví se nebrání jejich provedení v budoucnu.
	7. k § 48 odst. 2 **návrh**: **Navrhuje se vložení nového písmene f) tohoto znění:** **„f) pacient se dopustil úmyslného protiprávního jednání vůči poskytovateli nebo jeho zaměstnancům,“** **odůvodnění**: Navržené ustanovení v praxi citelně chybí. Je nepochybné, že mohou nastat situace, kdy po poskytovateli nelze spravedlivě požadovat, aby dál poskytoval pacientovi zdravotní služby (v praxi se setkáváme s násilným jednáním proti lékaři, stalkingem, psychickým nátlakem apod.). Zejména malý ambulantní poskytovatel nemá možnost vyměnit ošetřující personál, a proto je vystaven absurdní situaci, kdy pacient vůči němu jedná zjevně protiprávně a on nemůže vztah s ním jednostranně ukončit. Obava před zneužitím podobného ustanovení není na místě. Existují účinné kontrolní a sankční mechanismy. Jako pojistku pro neodkladné případy lze odkaz na nově navržené písmeno f) zařadit do dosavadního odstavce 3 mezi případy, kdy ukončení do péče nepřichází v úvahu.	**Akceptováno jinak.** Ustanovení § 48 odst. 2 doplněno o písm. f) v následovném znění: *„f) pacient se vůči poskytovateli nebo jeho pracovníkům dopustil činu povahy úmyslného trestného činu, pokud spáchání tohoto činu nebylo způsobeno jeho zdravotním stavem;“* Terminologie *činu povahy úmyslného trestného činu* vychází z terminologie zvolené občanským zákoníkem (srov. např. § 1481). K této terminologii srov. komentářovou literaturu, např. PETROV, Jan, VÝTISK, Michal, BERAN, Vladimír a kol. Občanský zákoník. 2. vydání (2. aktualizace). Praha: C. H. Beck, 2023: *„Který skutek může být trestným činem, stanoví TrZ. O spáchání trestného činu rozhoduje soud v trestním řízení. Pro vyloučení z dědického práva ale není rozhodné, zda byl pachatel za spáchání úmyslného trestného činu odsouzen, či nikoliv (NS 21 Cdo 3074/2015), ani že odsouzení pachatele bylo později zahlazeno (§ 106 TrZ). Postačí toliko, že pachatel spáchal čin, který má povahu trestného činu, a že se takového činu dopustil úmyslně. To znamená, že spácháním činu došlo k naplnění znaků některé ze skutkových podstat trestných činů uvedených v TrZ a takový čin byl spáchaný buď s přímým úmyslem, kdy pachatel chtěl způsobem uvedeným v TrZ porušit*

	Stávající právní úprava není v tomto směru vyhovující. Ani jedno ze stávajících ustanovení zákona nepamatuje na protiprávní jednání mířící proti poskytovateli či jeho personálu. Napadne-li pacient lékaře v ordinaci, nejde o porušení léčebného plánu ani o omezení práv ostatních pacientů, tím méně pak o neposkytnutí součinnosti. Porušení vnitřního řádu nepřichází v úvahu v ambulancích, neboť v nich vnitřní řád není pro pacienty závazný.	*nebo ohrozit zájem chráněný tímto zákonem, anebo s úmyslem nepřímým, kdy věděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, a pro případ, že je způsobí, s tím byl srozuměn (§ 15 TrZ).* […] *Byl-li však čin spáchán za okolnosti vylučující protiprávnost (§ 28–32 TrZ), k vyloučení z dědického práva nedojde.“* Ministerstvo zdravotnictví má za to, že takto nastavené podmínky umožnění ukončení péče o pacienta vhodně nastavují hranici míry závažnosti protiprávního jednání pacienta vůči poskytovateli.
	8. k § 48 **návrh**: **Navrhuje se vložení nového odstavce 3 tohoto znění:** **„Registrující poskytovatel může ukončit péči o registrovaného pacienta též tehdy, jestliže po dobu přesahující 5 let se mezi registrujícím poskytovatelem a registrovaným pacientem neuskutečnil žádný kontakt,“** **odůvodnění**: Jde o opatření směřující k podpoře zvýšení kapacity registrujících poskytovatelů a motivace pacientů k preventivní péči. Pacienti, kteří jsou přijati do péče, avšak tuto péči nečerpají (a to ani v rozsahu preventivní péče), blokují kapacitu poskytovatelů na úkor pacientů, kteří o poskytnutí primární péče mají zájem. Budou-li pacienti vědět, že po určité době, během které nebudou docházet ani na preventivní péči, mohou o svého registrujícího poskytovatele přijít, může je to motivovat k tomu, aby se na prevenci objednali. Ty, kteří ani přesto svého registrujícího lékaře 5 let nekontaktují, pak bude možno z péče vyloučit, čímž dojde k uvolnění kapacity pro jiné pacienty. Nejedná se samozřejmě o „sankci“ – registrovaný pacient není povinen se k registrujícímu lékaři dostavovat, tudíž nemůže být (quasi)sankcionován za to, že tak skutečně nečiní. Jde o to, že kapacita poskytovatelů není nekonečná, a udržování pacienta,	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví v tomto ohledu setrvává na vypořádání této připomínky z vnitřního připomínkového řízení a nepovažuje za vhodné ukončovat registraci o pacienta, pokud tento pacient neuskuteční s registrujícím poskytovatelem žádný kontakt. Pokud udržování pravidelného kontaktu je nezbytné pro poskytování primární péče, v případě že pacient tak nečiní, lze takové jeho jednání považovat i za neposkytnutí nezbytné součinnosti a v takovém případě lze zvažovat aplikaci dosavadního § 48 odst. 2 písm. e) zákona o zdravotních službách.

	který dlouhodobě nemá o péči zájem, v péči prostě vytváří překážku pro přijetí takových pacientů, kteří o péči zájem mají. Lze připomenout, že podle právních předpisů upravujících vedení zdravotnické dokumentace činí doba uchování zdravotnické dokumentace v případě zubních lékařů 5 let od poslední návštěvy pacienta. Takové ustanovení má jistě logiku. Naproti tomu komentované ustanovení zákona, které činí vztah mezi poskytovatelem s nekontaktním pacientem v podstatě věčným, logiku postrádá.	
	9. k § 48 odst. 6 **komentář**: Cíl nově navrženého ustanovení je chvályhodný, konkrétní text však vzbuzuje pochybnosti. Především je nutno vidět, že podmínění přijetí do péče platbou či podobným plněním bude patrně vždy porušením stávajícího ust. § 48 odst. 1. To však neznamená, že široce uplatňovaná a samozřejmě krajně nežádoucí praxe podmiňování přijímání pacientů do péče nemůže mít vlastní speciální ustanovení. Navržený text se jeví jako problematický v těchto ohledech: – zákaz podmiňování přijetí do péče se má vztahovat na (i) poskytnutí platby, (ii) jiného prospěchu, (iii) nákupu zboží či služeb nesouvisejících s poskytovanou péčí. To nejspíš znamená, že např. nákupem služby související s poskytovanou péčí přijetí do péče podmínit lze. Tak např. smluvní poskytovatel v oboru zubní lékařství podmíní přijetí pacienta do primární péče, která je hrazená ze zdravotního pojištění, poskytnutím vstupní konzultace „před registrací pojištěnce“ nebo ošetřením u dentální hygienistky, které ovšem ze zdravotního pojištění hrazené nejsou. Nebo nákupem zubních kartáčků, past a podobného zboží. V uvedených případech jde o služby či zboží, které nesporně souvisí s poskytovanou péčí. Je zřejmé, že takový postup poskytovatele je krajně nežádoucí. Podmiňování poskytnutí péče hrazené ze zdravotního	**<u>Částečně akceptováno.</u>** Připomínka akceptována v tom rozsahu, že je doplněn zákaz požadovat úhradu za péči, která je již hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zároveň je lépe specifikován i zákaz podmínění přijetí pacienta do péče a pokračování v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi poskytnutím platby nebo jiného prospěchu ani nákupem jiného zboží či služeb, které nejsou **<u>nezbytné</u>** pro poskytnutí zdravotních služeb. Ustanovení § 48 odst. 6 tedy nově zní: **(6) Nestanoví-li jiný právní předpis jinak, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nemůže** **a) požadovat úhradu za poskytnutí zdravotních služeb nebo služeb souvisejících v rozsahu, ve kterém jsou tyto služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,** **b) požadovat úhradu poskytnutých zdravotních služeb nebo služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, jež nejsou v době informování pacienta o jejich ceně uvedeny v seznamu cen zpracovaném podle § 45 odst. 2 písm. b),** **c) podmínit přijetí tohoto pacienta do péče ani pokračování**

	pojištění poskytnutím péče hrazené jiným způsobem odporuje smlouvě o poskytování a úhradě zdravotních služeb, to však zjevně není pro poskytovatele dostatečná motivace, aby se takového jednání nedopouštěli. Lze patrně vyslovit závěr, že přijetí do péče nelze podmínit vůbec nijak. Pak se ale znovu nabízí otázka, zda zvláštní ustanovení, které jen specifikuje určitou skupinu jednání porušujících obecné pravidlo o povinnosti přijmout pacienta do péče, je vůbec nutné. – zákaz podmiňování se má týkat nejen přijetí do péče, ale i pokračování v jejím poskytování konkrétnímu pacientovi (terminologické nejasnosti – pokračování v poskytování zdravotních služeb má v zákoně i jiný význam – lze nyní ponechat stranou). I zde je třeba položit si otázku, zda je zvláštní ustanovení nutné, jsou-li v zákoně taxativně stanoveny důvody ukončení péče o pacienta. V daném kontextu je zajímavý zákaz podmínit pokračování v poskytování poskytnutím platby. Představme si pacienta – pojištěnce u smluvního poskytovatele zdravotních služeb v oboru zubní lékařství, který čerpá vedle péče hrazené ze zdravotního pojištění i péči nehrazenou, za kterou ovšem soustavně neplatí. Lze poskytovatele nutit k tomu, aby takovému pacientovi poskytoval další nehrazenou péči? Anebo se jeví jako spravedlivé (a z hlediska občanského zákoníku zcela po právu), aby poskytovatel odmítl pacientovi další nehrazenou péči poskytovat až do doby, než zaplatí tu, která mu již byla poskytnuta? V případě podmínění pokračování v poskytování se tak jeví omezení na platby „nesouvisející s poskytovanou péčí“ na místě, nikoliv však paušálně (není samozřejmě možné, aby poskytovatel ukončil péči o pacienta pro to, že si nekoupil kartáček nebo odmítl služby dentální hygieny).	**v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi poskytnutím platby nebo jiného prospěchu ani nákupem jiného zboží či služeb, které nejsou nezbytné pro poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o pacienta podle odstavce 1 písm. c), nevyžaduje-li zdravotní stav tohoto pacienta poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3.**

	– omezení zákazu jen na pojištěnce smluvní pojišťovny se nejeví jako šťastné. Lze pochopit výchozí úvahu: pacienta, který není pojištěn u smluvní pojišťovny (dále jen „nepojištěnec“), může poskytovatel vždy odmítnout, není proto na místě výslovně zakazovat podmínění jeho přijetí do péče. Problematické je, že tím zákon říká, že u této kategorie pacientů je podmínění přijetí do péče akceptovatelné. Takže bude v pořádku, pokud poskytovatel bude přijímat jen takové nepojištěnce, kteří mu zaplatí vstupní poplatek, koupí si ubytování v jeho hotelu, podpoří jeho kandidaturu ve volbách apod. U pokračování v poskytování je to ještě složitější: zákonné důvody ukončení péče se totiž vztahují jak na pojištěnce, tak na nepojištěnce. Přesto navržené ustanovení zákaz podmiňování na nepojištěnce nevztahuje. Zdá se tedy, že navržené ustanovení v kontextu stávající právní úpravy říká, že poskytovatel může ukončit péči o nepojištěnce jen ze zákonem vymezených důvodů, zároveň však ale může jakkoliv podmínit pokračování v poskytování služeb o takového nepojištěnce. Takovou právní úpravu v praxi asi nikdo nechce.	
Českomoravská konfederace odborových svazů Jan Čermák tel.: 733 619 156, pravni@cmkos.cz Štěpánka Řandová, tel.: 737 217 560, randova.stepanka@cmkos.cz	**1. K § 28 odst. 7, §46 odst. 1 písm. g), § 51 odst. 5 písm. f)** Požadujeme, aby byla zachována přímá účast příslušníka Vězeňské služby nebo Policie České republiky u vyšetření dané osoby. **Odůvodnění:** Souhlasíme s tím, že i osoba ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence a osoba omezená na svobodě má právo na zachování své lidské důstojnosti a soukromí, včetně situace, kdy vystupuje jako pacient. Avšak je zcela nezbytné, aby v takových případech byla zajištěna primárně bezpečnost a ochrana zdravotnickému pracovníkovi, který poskytuje osobě omezené na svobodě zdravotní služby.	**Akceptováno jinak.** Ustanovení § 28 odst. 7 v návaznosti na tuto a jiné připomínky upraveno do následovného znění: *„(7) Právo pacienta na důvěrnost a respektování soukromí uvedené v odstavci 3 písm. a) a právo odmítnout přítomnost třetích osob uvedené v odstavci 3 písm. h) může být na žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka omezeno v případě poskytování zdravotních služeb* *a) pacientovi ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, a to dohledem nebo dohledem a doslechem příslušníka Vězeňské služby,*

	Tuto připomínku považujeme za zásadní.	*b) pacientovi omezenému na svobodě podle zákona o Policii České republiky dohledem příslušníka Policie České republiky. O uplatnění dohledu nebo dohledu a doslechu se provede záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“* Pro uplatnění dozoru a dohledu je tedy rozhodující žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka.
	2. K § 44g Požadujeme vypuštění ustanovení § 44g odst. 3 písm. b) a c) z návrhu zákona. **Odůvodnění:** Zásadně nesouhlasíme s povinností poskytovatele zřizujícího urgentní příjem zřídit v rámci zdravotnického zařízení, kde se nachází urgentní příjem, pracoviště lékařské pohotovostní služby. Takováto povinnost by byla v zásadním rozporu se záměrem předkladatele přenést povinnost zajistit lékařskou pohotovostní službu na zdravotní pojišťovny, jak je uvedeno v části textu hovořícím o zřizování lékařské pohotovostní služby. Tímto krokem se přenáší povinnost zajistit lékařskou pohotovostní službu na poskytovatele akutní lůžkové péče a zcela se ze systému eliminuje povinnost péče o pacienta ze strany praktických lékařů. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	**Neakceptováno.** Ad § 44g odst. 3 písm. b): Požadavek zřízení pracoviště lékařské pohotovostní služby plně odpovídá odbornému požadavku na organizační provázání těchto pracovišť s pracovišti urgentního příjmu. Poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost zřídit pouze pracoviště lékařské pohotovostní služby, personální zabezpečení této služby je na odpovědnosti zdravotních pojišťoven. Ad § 44g odst. 3 písm. c): Není zřejmé, k čemu připomínka v tomto rozsahu míří, jelikož ustanovení § 44g odst. 3 neobsahuje písmeno c).
	3. K § 113h (Duchovní péče ve zdravotnictví) Nesouhlasíme se začleněním této služby/péče do zákona a žádáme o vypuštění duchovní péče ve zdravotnictví z návrhu zákona. **Odůvodnění:** V případě duchovní péče jsme názoru, že se jedná o službu sui generis, která existuje více jak dva tisíce let, a která evidentně není „zdravotní“ službou ve vnímání zákona č. 372/2011 Sb.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Návrh nikterak nezařazuje duchovní péči ve zdravotnictví mezi zdravotní služby. Zdravotní služby jsou vymezeny v § 2 zákona o zdravotních službách. Návrh pouze umožňuje další rozvoj duchovní péče v návaznosti na právo pacienta na přijímání této péče, jež je garantováno již v § 28 odst. 2 písm. j) zákona o zdravotních službách.

	Tuto připomínku považujeme za zásadní.	
	4. K části deváté a) Na základě zkušeností a připomínek odborových organizací k dobrovolnému hodnocení kvality a vzhledem k tomu, že dosud nebyl naplněn původní záměr, aby poskytovatelé, kteří získají certifikát, byli zdravotními pojišťovnami bonifikováni na úhradách, navrhujeme část devátou ze zákona vypustit. Externí hodnocení kvality přináší obrovskou administrativní zátěž pro zaměstnance a zvýšené náklady. Finanční prostředky, které poskytovatelé na hodnocení externích služeb využívají, by bezesporu mohli využít na zkvalitnění a zvýšení bezpečí pacientů a zaměstnanců. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.** b) V případě, že MZDR část devátou v zákoně ponechá, tak z textu požadujeme vypustit návrh, aby se externí hodnocení kvality nově provádělo ve zdravotnických záchranných službách. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	**Neakceptováno.** Ad a): jedná se pořád o dobrovolný proces, který poskytovatel podstupuje výhradně na základě vlastní vůle a s vědomím nákladů, které tento proces obnáší. Ministerstvo zdravotnictví neshledává důvod k vypuštění předmětné úpravy. Ad b): rozšíření možnosti externího hodnocení kvality a bezpečí na zdravotnickou záchrannou službu plyne z požadavků a souhlasného stanoviska Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR, které má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici.
Hospodářská komora pripominkovani@komora.cz	**Zásadní připomínka k bodu 184.nové Části čtrnácté k ustanovením § 113h a 113i** Požadujeme nově navrhovaná ustanovení § 113h a 113i z návrhu vypustit. Odůvodnění: Víra jedince je neoddiskutovatelně soukromou záležitostí každého jedince, přenášet na poskytovatele povinnost zajištění poskytování duchovní péče nijak nesouvisí se základním účelem fungování poskytovatelů zdravotních služeb. Péče o duchovní potřeby byly a jsou zajišťovány církvemi a náboženskými společnostmi. V tomto smyslu byla ostatně	**Neakceptováno.** Povinnost zajišťování duchovní péče ve zdravotnictví je stanovena skutečně jako minimální. Ministerstvo nadto upozorňuje, že duchovní péči ani v předloženém návrhu nevnímá jako službu zdravotní (srov. § 2 odst. 2 a contrario), pouze jako institut posilující právo pacienta podle § 28 odst. 3 písm. j) zákona o zdravotních službách. Ustanovení § 28 odst. 3 písm. j) zákona o zdravotních službách stanoví pacientovi právo na přijímání duchovní péče ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, nestanoví ovšem povinnost poskytovatele k aktivnímu vytváření podmínek pro ulehčení realizace tohoto práva.

	uzavřena Dohoda o duchovní péči ve zdravotnictví ze dne 11.7.2019 mezi Ministerstvem zdravotnictví ČR a Českou biskupskou konferencí a Ekumenickou radou církví v ČR. V této dohodě se výslovně uvádí, že duchovní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních je nezdravotní službou. Zároveň dohoda vnímá spolupráci ze strany zdravotnických zařízení jako dobrovolnou, nikoliv povinnou, jak předepisuje nyní předložená novela zákona č.372/2011 Sb. České zdravotnictví je po mnoho let zcela sekulární (byť nemůžeme zapomínat na péči řádových sester). Nemůžeme ani nebrat na zřetel, že nejsou lidé jen jedné víry, pak toto ustanovení bude působit nevhodně na mnoho aktivistických skupin a osob jiné víry. Je třeba respektovat náboženskou pluralitu společnosti. Případný nasmlouvaný kaplan bude duchovně spjatý se svou církví, což je potenciálním zdrojem konfliktu s vírou klienta. Povinně nasmlouvaný kaplan tak může být klientem vnímán jako nositel cizí ideologie, jako někdo, s kým nemá nic společného. Považujeme samozřejmě za vhodné udržet vazbu kaplana na jeho církev, nicméně potom by měl poskytovat cílené duchovní služby svým členům přesně v souladu s potřebami klienta. Návrh představuje další administrativní a ekonomickou zátěž pro poskytovatele zdravotních služeb bez návaznosti zajištění financování z prostředků veřejného zdravotního pojištění a závazku zajištění personálních kapacit pro zamýšlený návrh. Navrhujeme, aby byly zamýšlené povinnosti určeny institucím, které k nim jsou z principu předurčeny, tj. církvím a náboženským společnostem, např. formou novely zákona o církvích a náboženských společnostech. Současnou právní úpravu v zákoně o zdravotních službách pak pro potřeby zajištění duchoví péče klientů považujeme za dostatečnou, bude-li ze strany poskytovatelů duchovní péče, tedy církví a náboženských společností, popřípadě jejich zastřešujících	Navrhovaná ustanovení části patnácté zákona o zdravotních službách v minimálním rozsahu stanoví poskytovateli povinnost aktivně vytvářen podmínky pro realizaci práva na přijímání duchovní péče.

	sdružení, jako Ekumenická rada církví ČR apod., vyvinuta dostatečná iniciativa. Za dostatečnou právní úpravu považujeme dosavadní uvedenou v § 28 odst. 3 písm. j), a to i vzhledem k tomu, že pokud poskytovatel neumožní pacientovi přijímat duchovní péči nebo duchovní podporu, je takové jednání považováno za přestupek (viz § 117 odst. 1 písm. k).	
Kancelář veřejného ochránce práv Mgr. Petra Šuplerová (542 542 389, petra.suplerova@ochrance.cz) a Mgr. et Mgr. Matěj Stříteský, Ph.D. (542 542 283, matej.stritesky@ochrance.cz	**1. Souhlas stěžovatele s nahlížením do zdravotnické dokumentace** Při šetření podnětů, které se týkají vyřizování stížností podle zákona o zdravotních službách, se opakovaně setkávám s nadbytečným zproštěním mlčenlivosti při vyřizování stížnosti. Navrhované znění právní úpravy již počítá s tím, že dřívější novely (v současnosti jako sněmovní tisky) mají nutnost souhlasu stěžovatele s nahlížením do zdravotnické dokumentace odstranit. Pokud by tomu tak nebylo, je třeba na uvedené pamatovat a nutnost souhlasu odstranit, neboť ten vyplývá již ze samotného podání stížnosti. Je na místě, aby do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohly i bez jeho výslovného souhlasu nahlížet osoby pověřené k vyřízení stížnosti podle části osmé tohoto zákona (v souvislosti s touto stížností). **Tato připomínka je zásadní.**	**Vzato na vědomí.** Uvedená problematika je řešena novelou zákona o zdravotních službách ST 512. Ministerstvo zdravotnictví nepředpokládá, že by změny navržené v tomto ohledu měly být ze ST 512 vypuštěny.
	2. Přestupek ponižujícího zacházení V předloženém návrhu chybí zavedení přestupku ponižujícího zacházení s pacientem. Ochránce to přitom opakovaně doporučoval, v komunikaci s Ministerstvem zdravotnictví i ve výročních zprávách. Poskytovatele zdravotních služeb nyní nelze postihnout za většinu zásahů do důstojnosti, soukromí, bezpečí a integrity pacientů, protože toto jednání není přestupkem a ani závažné zásahy do důstojnosti člověka často nenaplní znaky trestného činu. Například nedojde k újmě na zdraví, chybí úmysl nebo	**Akceptováno.** Ad přestupek ponižujícího zacházení: V návaznosti na připomínku doplněn přestupek v § 117 odst. 1 písm. x), kterého se poskytovatel zdravotních služeb dopustí tím, že poruší právo pacienta na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb.

	jde o soubor jednání či opomenutí, jež sama o sobě nedosahují závažnosti trestného činu. Úřady sice poskytovatelům mohou ukládat nápravná opatření, to ale někdy k zajištění nápravy nestačí. V případě špatného zacházení nestačí odkázat oběti na žalobu na ochranu osobnosti, protože mnohé nejsou schopné ji podat. Nemluvě o tom, že tento prostředek nápravy nesplňuje kritérium rychlosti a úředního vyšetřování. Opakovaně zjišťujeme (především systematickými návštěvami míst zbavení svobody) závažné zásahy do důstojnosti a integrity pacientů způsobené jednáním jednotlivců nebo nevhodnými podmínkami při poskytování péče. Rovněž média přinášejí závažná obvinění. Nezakotvení přestupku představuje jasný signál, že Česká republika toleruje nepostižitelnost ponižujícího zacházení s bezmocnými pacienty. Absence přestupku ponižujícího zacházení je paradoxně ohrožující i pro zdravotníky, protože neoprávněné zásahy do důstojnosti, soukromí, integrity a bezpečí pacientů musí být řešeny v trestněprávní rovině. Požaduji doplnit do návrhu přestupek postihující neoprávněné zásahy do důstojnosti, soukromí, integrity a bezpečí pacientů. **Tato připomínka je zásadní.**	
	3. Přestupek neoprávněného použití omezovacího prostředku Zvláštním případem prve uvedeného je absence přestupku neoprávněného použití omezovacího prostředku, na niž ochránce rovněž již několik let upozorňuje. Předložený návrh obsahuje pouze přestupek nevedení evidence použití omezovacích prostředků, bod 195. Požaduji zapracování do návrhu, a to jako doplnění § 117 odst. 2 zákona, například o text „v rozporu s § 39 odst. 2 písm. a) použijí zdravotničtí pracovníci omezovací prostředek, aniž by tím odvraceli bezprostřední ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, nebo použití trvalo i v době, kdy již netrvaly důvody pro použití podle § 39 odst. 2	**<u>Neakceptováno.</u>** <u>Ad přestupek nesprávného použití omezovacího prostředku:</u> Ministerstvo k připomínce uvádí, že pokud zde existuje soudní přezkum použití omezovacího prostředku, kde v části případů má povinnost dát podnět k tomuto přezkumu samotný poskytovatel zdravotních služeb, tak skutková podstata přestupku nesprávného použití omezovacího prostředku se v takových případech jeví jako nevhodná, jelikož by její naplnění fakticky posuzoval již civilní soud. Příslušnému správnímu orgánu by tak v rámci projednání přestupku nezbývalo než se ztotožnit s výrokem soudu (jinak by naopak konstatoval, že použití omezovacího prostředku

	písm. a), nebo omezovací prostředek byl v rozporu s § 39 odst. 2 písm. c) použit, aniž byl nejprve neúspěšně použit mírnější postup,“. S tím souvisí doplnění nového přestupku do § 117 odst. 4, nejlépe do písm. a). Zavedení skutkové podstaty nezpůsobí přílišné trestání poskytovatelů, ani je nevystaví přehnaným obavám z represe, protože dokázat naplnění skutkové podstaty nebude snadné. Skutková podstata dopadne spíše na zjevné excesy. Na druhou stranu je neudržitelné, aby stížnostní a kontrolní orgány neměly k dispozici relevantní postih v případě, že učiní poznatky o tomto vysoce závažném porušení práv pacienta. Neoprávněné použití omezovacích prostředků ve formě kurtů trvající několik hodin hodnotil Evropský soud pro lidská práva jako nelidské a ponižující zacházení.[14] Opět platí, že absence přestupku je paradoxně ohrožující i pro zdravotníky, protože neoprávněné zásahy do důstojnosti, soukromí, integrity a bezpečí pacientů, musí být řešeny v trestněprávní rovině. **Tato připomínka je zásadní.**	nebylo nesprávné). Takový postup považuje Ministerstvo zdravotnictví za nevhodný a v části případů za rozporný se zákazem sebeobviňování (minimálně v těch případech, kdy by poskytovatel zdravotních služeb byl vázán oznamovací povinností soudu), který dopadá i na řízení o přestupku. Z těchto důvodů nelze připomínku v tomto rozsahu akceptovat.
	4. Stížnosti při poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb Návrh se nedotýká § 93 odst. 1 věty první. Stížnosti podle zákona o zdravotních službách se (na rozdíl od kontrolní činnosti podle § 107 a násl.) tedy týkají pouze „poskytovatelů“, což ve smyslu § 2 odst. 1 zahrnuje pouze subjekty, které mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Navrhuji upravit předložený materiál tak, aby umožňoval podání stížnosti i v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb. **Tato připomínka je zásadní.**	**Vysvětleno. Řešeno jiným legislativním návrhem.** Uvedená problematika je řešena návrhem zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/. Tento návrh předpokládá zrušení výjimky dle § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách. Pokud bude poskytovatel

[14] Srov. rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 18. 10. 2012, Bureš proti České republice, č. 37679/08.

		sociálních služeb chtít poskytovat svým klientům i zdravotní služby, bude se muset stát zároveň poskytovatelem zdravotních služeb, ergo bude muset mít oprávnění k jejich poskytování a v tomto režimu se na něj plně vztáhne úprava stížností dle části osmé zákona o zdravotních službách. Podrobnosti viz výše uvedený paralelní návrh zákona.
	5. Poskytování zdravotních služeb ve školách a školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy V předloženém návrhu chybí zajištění zdravotních služeb ve školských pobytových zařízeních. Ochránce dlouhodobě upozorňuje na to, že do těchto zařízení jsou umisťovány děti, které se vedle poruch chování potýkají se zdravotními problémy, jež vyžadují péči zdravotnického personálu. Typicky se jedná o pedopsychiatrickou či adiktologickou péči. Zařízení musí děti s těmito obtížemi přijímat, neboť je do nich umisťuje soud spolu s nařízením ústavní výchovy nebo s uložením ochranné výchovy. Ve snaze zajistit těmto skupinám dětí adekvátní péči se v síti školských zařízení postupně vyprofilovalo několik dětských domovů se školou a výchovných ústavů se specializací na potřeby dětí se závislostními problémy a na potřeby dětí vyžadující výchovně léčebný režim (v důsledku kombinací závažných a extrémních poruch chování s duševním onemocněním a zdravotním postižením). Ačkoli tato zařízení nemohou poskytovat zdravotní služby a nemohou zaměstnávat zdravotníky, praxe přítomnost zdravotnického personálu vyžaduje. Typicky jde o pozice adiktologa, pedopsychiatra, pedopsychiatrické sestry, dětské sestry či všeobecné sestry. Zařízení situaci řeší v současné době tak, že tyto pracovníky zaměstnává na místě určeném pro pedagogického pracovníka. To však má hned několik negativních aspektů. V zásadě dochází k poskytování zdravotních služeb bez oprávnění, zařízení se tím ochuzuje o místo pro pedagogického pracovníka v přímé péči, kterých je kvůli personálnímu podhodnocení už tak málo, a současně se	**<u>Akceptováno jako podnět.</u>** Ministerstvo zdravotnictví obdrželo obdobnou připomínku od MŠMT na toto téma. Ministerstvo zdravotnictví se nebrání tomu, aby bylo ve školských pobytových zařízeních umožněno poskytování zdravotních služeb na základě specifického druhu oprávnění, a toto sdělilo i MŠMT, nicméně na toto téma je nezbytné vést ještě další diskuze. Ministerstvo zdravotnictví je připraveno tyto diskuze vést, a to jak s MŠMT, tak případně i s KVOP. Z procesního pohledu pak pokládá Ministerstvo zdravotnictví za vhodnější podrobit takovou případnou úpravu širší odborné diskusi se všemi dotčenými subjekty.

	těmto pracovníkům výkon práce nezapočítává do odpracované doby praxe, což činí tato pracovní místa pro zdravotníky neatraktivní a velice obtížně obsaditelná. S ohledem na potřeby praxe a zajištění adekvátní péče o děti se specifickými potřebami požaduji doplnit do návrhu možnost, která zajistí prostupnost zdravotníků a poskytování zdravotních služeb do školských zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy. Jednou z možností je udělení výjimky, kterou zákon v § 11 odst. 2 písm. b) stanovuje sociálním službám, také školským pobytovým zařízením. V tomto kontextu je třeba připomenout, že návrh neřeší ani poskytování zdravotních služeb ve školách. Ty sice nejsou pobytovými zařízeními, ale také u školních dětí se často objevují diagnózy vyžadující určitou míru dohledu či ošetření při pobytu ve škole nebo při činnostech souvisejících se vzděláváním. Od 1. ledna 2022 je sice v účinnosti novela zákona o zdravotních službách umožňující vstup zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb do školy nebo školského zařízení, v praxi ale tato novela neřeší ani situaci v pobytových zařízeních, ani v běžných či speciálních školách. Rodiče o možnosti zajištění zdravotníka nevědí, navíc tato varianta není využitelná pro akutní, neplánované úkony. Zejména ve speciálních školách (školách zřízených podle ustanovení § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) dochází, podobně jako ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy, k poskytování zdravotních úkonů bez oprávnění. Proto by návrh měl stanovit jednoznačně, které typy úkonů může poskytovat také poučený laik (nezdravotník). Stávající úprava nedává uspokojivou odpověď, když pouze zmiňuje, že zdravotní služby poskytují poskytovatelé, kteří k tomu disponují oprávněním. Zmíněný deficit zákonné úpravy uvádějí opakovaně jak ředitelé škol, tak odborníci (lékaři), ale	

	také neziskový sektor, jak zjistil ochránce svým rozsáhlým výzkumem.[15] **Tato připomínka je zásadní.**	
	6. K nejasnému postavení podpůrných osob pacienta Stávající právní úprava nereflektuje změny, které přinesl občanský zákoník, týkající se právního jednání lidí s omezenou svéprávností,[16] postavení opatrovníka[17] či nových institutů podpory.[18] Zvláštní postavení přisuzuje pouze opatrovníkovi pacienta s omezenou svéprávností.[19] V praxi se však může poskytovatel zdravotních služeb setkat také s pacienty, kteří mají určeného opatrovníka pro oblast poskytování zdravotních služeb, ačkoliv nejsou omezeni ve svéprávnosti, případně mají pro tuto oblast určeného zástupce člena domácnosti či podpůrce. Zvláště v situaci, kdy pacient není schopen z důvodu svého zdravotního stavu či míry postižení projevit svoji vůli, měla by legislativa určit, zda tyto osoby jsou způsobilé bez dalšího k podání informací o zdravotním stavu pacienta,[20] zda má pacient právo na jejich (nepřetržitou) přítomnost při poskytování zdravotních služeb,[21] případně zda můžou jménem pacienta podat stížnost.[22] Nejasné je také postavení osoby (pacientského) důvěrníka. Dle občanského zákoníku jde o osobu, která podporuje pacienta zejména v řízení o hospitalizaci bez jeho souhlasu.[23] Předkladatel považuje za pacientské důvěrníky dle důvodové zprávy k návrhu všechny „osoby určené pacientem, které jsou způsobilé být informovány o jeho zdravotním stavu podle § 33	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví nesouhlasí s názorem VOP, že úprava zákona o zdravotních službách nereflektuje změny, které přinesl občanský zákoník. Úpravu zákona o zdravotních službách nelze vykládat izolovaně, nicméně v návaznosti na celý právní řád a i na občanský zákoník. Ministerstvo zdravotnictví v tomto ohledu neidentifikovalo kolizi zákona o zdravotních službách ani s § 64 a 65 občanského zákoníku, ani s § 467, § 480 a § 483 OZ. Co se týče institutu předběžného prohlášení, nápomoci při rozhodování či zastoupení členem domácnosti, Ministerstvo zdravotnictví odkazuje právě na úpravu § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 zákona o zdravotních službách, které umožňují pacientovi samotnému určit osoby, které mohou při indispozici pacienta vykonávat jeho práva v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (mj. právo na podání informací o jeho zdravotním stavu). Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje za příléhavé, aby bylo do zákona o zdravotních službách doplněno zákonné zmocnění pro např. podpůrce nebo zastupujícího člena domácnosti být informován o zdravotním stavu pacienta, který není omezen ve svéprávnosti co do způsobilosti posoudit

15 https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/63_2022_DIS-final_004.pdf
16 Viz například § 64 a 65 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.
17 Zejména § 467, § 480 a § 483 občanského zákoníku, které značně omezují možnost opatrovníka samostatně rozhodovat za opatrovance.
18 § 38 – 54 občanského zákoníku.
19 § 28 odst. 3 písm. e) bod 2 zákona o zdravotních službách.
20 § 33 zákona o zdravotních službách.
21 § 28 odst. 3 písm. e) zákona o zdravotních službách.
22 § 93 odst. 1 zákona o zdravotních službách.
23 § 106 odst. 1 a násl. občanského zákoníku.

	odst. 1 zákona o zdravotních službách.“ Jde tedy o širší okruh osob, než předpokládá občanský zákoník. Navrhuji, aby postavení pacientského důvěrníka a jeho pravomoci byly taktéž jednoznačně legislativně upraveny. **Tato připomínka je zásadní.**	důsledky poskytnutí zdravotních služeb, proto je sám tento pacient kompetentní rozhodovat o tom, kdo má v souladu s jeho právem na soukromí možnost být informován o jeho zdravotním stavu. Obdobně to platí i pro možnost podat stížnost [srov. § 93 odst. 1 písm. c) a d)]. Co se týče přítomnosti osob blízkých při poskytování zdravotních služeb, rovněž tato oblast je dle mínění Ministerstva zdravotnictví dostatečně ošetřena stávající právní úpravou [srov. § 28 odst. 3 písm. e) bod 3]. Termín *„pacientský důvěrník“* užitý v důvodové zprávě se ukázal jako nepřesný, proto byl odstraněn.
	A. K části první, změna zákona o zdravotních službách **7. K bodu 59** ▪ **nový § 28 odst. 7** Vítám zařazení bodu, který zavede adekvátní zákonný rámec pro výjimky ze zásady, kterou je poskytování zdravotních služeb v soukromí, pro některé situace při poskytování zdravotních služeb vězňům a osobám omezeným na svobodě Policií České republiky. Rovněž souhlasím s jeho důsledným promítnutím na další místa předpisu (novelizační body 99 a 107). Návrh jednoznačně vychází z textace, kterou Kancelář veřejného ochránce práv vyjednala s Vězeňskou službou. Problém je v drobných zásazích, které mohou mít nezamýšlené důsledky: Návrh vypustil poznámku pod čarou s odkazem na zákon o Policii České republiky, která měla specifikovat, co je tím jiným právním předpisem, podle kterého je osoba omezena na svobodě. Navrhované znění nyní otevírá použití výjimky pro veškeré „osoby omezené na svobodě podle jiného právního přepisu“, což by mohlo zahrnovat třeba i děti v ústavní a ochranné výchově, zajištěné cizince nebo pacienty v ochranném léčení. Důvodová zpráva je minimalistická a neříká nic o tom, jaké omezení svobody je na mysli. Navíc má	**Částečně akceptováno jinak.** Ad § 28 odst. 7: Ustanovení § 28 odst. 7 nově na základě této a dalších připomínek zní: *„(7) Právo pacienta na důvěrnost a respektování soukromí uvedené v odstavci 3 písm. a) a právo odmítnout přítomnost třetích osob uvedené v odstavci 3 písm. h) může být na žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka omezeno v případě poskytování zdravotních služeb* *a) pacientovi ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence, a to dohledem nebo dohledem a doslechem příslušníka Vězeňské služby,* *b) pacientovi omezenému na svobodě podle zákona o Policii České republiky dohledem příslušníka Policie České republiky. O uplatnění dohledu nebo dohledu a doslechu se provede záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta.“* Ministerstvo zdravotnictví upravilo textaci ustanovení § 28 odst. 7 tak, aby toto plně reflektovalo úkol plynoucí z usnesení vlády č. 838 ze dne 25. listopadu 2019 (srov. zde:

	novela na jiná místa zákona [§ 45 odst. 3 písm. i), § 51 odst. 2 písm. e)] vnést ustanovení, že „pacientem omezeným na svobodě se rozumí pacient omezený na svobodě policistou, ve výkonu vazby, ve výkonu trestu odnětí svobody, ve výkonu zabezpečovací detence, v ochranném léčení ústavním, v ústavní výchově, v ochranné výchově, v zařízení pro zajištění cizinců, v azylovém zařízení a pacient hospitalizovaný bez jeho souhlasu“. Požaduji, aby z řešeného ustanovení bylo zřejmé, že pro jeho účely se osobou omezenou na osobní svobodě podle jiného právního předpisu rozumí osoba omezená na osobní svobodě podle zákona o Policii České republiky. **Tato připomínka je zásadní.** Dále je po mém soudu problém, že důvodová zpráva vůbec nenavádí ke správnému, tedy ústavně konformnímu výkladu tím, že by nastiňovala, v jakých situacích je nezbytná jaká intenzita dozoru. Kvůli dosavadní velmi rozšířené praxi Vězeňské služby České republiky i Policie České republiky, kdy příslušníci bývají přítomni v ordinaci při vyšetření či ošetření, požaduji doplnění důvodové zprávy tak, aby z ní bylo zřejmé, že přítomnost příslušníka musí představovat krajní a dobře odůvodněné opatření, a o kritéria při posuzování nezbytnosti a přiměřenosti dozoru. **Tato připomínka je zásadní.** ▪ **nový § 28 odst. 8** Navrhovaná právní úprava legalizuje úhrady, které v praxi již po mnoho let od pacientů vybírá nejeden poskytovatel zdravotních služeb. Některé úhrady v minulosti ospravedlnil Ústavní soud, konkrétně v případě přítomnosti otců či jiných osob zvolených rodičkou u porodu.[24] Navrhovaná právní úprava nově stanoví možnost, aby si poskytovatel zdravotních služeb „zpoplatnil“ své náklady v souvislosti s přítomností	https://odok.cz/portal/services/download/attachment/2019/838/1/pdf/). Ustanovení nově stanoví, že všechny zdravotní služby poskytované osobám dotčeným tímto ustanovením mohou být prováděny pod doslechem či dohledem příslušníka Vězeňské služby nebo Policie ČR pouze na výslovnou žádost ošetřujícího zdravotnického pracovníka. Blíže srov. upravenou textaci § 28 odst. 7 zákona o zdravotních službách. Ad § 28 odst. 8: Návrh plně respektuje zmiňovanou judikaturu Ústavního soudu, který připustil úhradu účelně vynaložených nákladů poskytovatele v souvislosti s výkonem práva na přítomnost osob blízkých u pacienta. Poskytovatel samozřejmě musí být schopen výši těchto nákladů doložit. Alternativní návrh KVOP naproti tomu jde nad rámec judikatury ÚS, kdy vůbec nepřipouští úhradu těchto nákladů za přítomnost osob podle § 28 odst. 3 písm. e) bodu 1. a 2., což Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje za vhodné. Ministerstvo zdravotnictví proto setrvává na návrhu v původním znění.

[24] Nález Ústavního soudu ze dne 12. 4. 2016, sp. zn. IV. ÚS 3035/15 (N 65/81 SbNU 141); dostupné z: http://nalus.usoud.cz.

	osob(y) v zásadě u jakéhokoli pacienta. V praxi se to bude nejvíce týkat dětských pacientů a otců (či jiných osob) u porodů. Ústavní soud v případě úhrad v souvislosti s přítomností otců a dalších osob u porodu umožnil vybírat pouze náklady za nadstandardní služby či nezbytné úkony, které zdravotníci z povahy věci musí poskytnout. V praxi si porodnice nechávají platit především za nezbytné úkony, nazývané instruktáž či edukace, které provádí personál, a dále např. za dohled, který personál provádí nad přítomnou osobou. Pravidelně se setkávám s námitkami rodiček, že personál porodnic žádné nezbytné edukační či instruktážní úkony fakticky neposkytuje a na otce nikdo nedohlíží (protože to v masivní většině případů není třeba). Z ceníků porodnic nebývá jasné, co se vlastně zpoplatňuje, příp. co je skutečným obsahem nezbytného úkonu personálu a v jakém rozsahu ho personál poskytuje. Mnohdy si přitom poskytovatelé účtují nemalé částky (FN Motol 688 Kč, Ústav pro péči o matku a dítě 750 Kč). Ve výsledku není jasné, co se otcům a jiným osobám přítomným u porodů za tyto peníze vlastně poskytuje. Úhrady budí emoce, které vyvolávají zbytečné konflikty mezi personálem a rodiči a bývají předmětem častých stížností. Poskytovatelé porodních služeb se v praxi obhajují tím, že edukace/instruktáž otce či jiné osoby je komunikační proces, který zdravotníky zatěžuje a který by jinak, kdyby otec či jiná osoba přítomni nebyli, nevykonávali. Má jít o kontinuální proces vyžadující zvýšené úsilí personálu, který začíná přijetím rodičky do porodnice a končí až narozením dítěte. Rodiče a další osoby u porodu přítomné zase kontrují, že s nimi nikdo v porodnici v zásadě moc nemluví a zdravotníkům spíše ještě vypomáhají, než že by je reálně zatěžovali (např. rodičce vypomáhají v době, kdy u ní není přítomna porodní asistentka). V praxi se tedy objevuje to, čeho se chtěl vyvarovat Ústavní soud: aby úhrady neskrývaly kvazislužby, které jsou účelově nabízeny jen proto, aby za ně mohl být vybrán jakýsi	

	„poplatek“, a aby nešlo o skryté platby, které zastírají svůj pravý účel (zastřené vytváření zisku, vynahrazování příjmů ze systému veřejného zdravotního pojištění či skryté odrazování rodičů od přítomnosti u svého dítěte - body 19 až 21 nálezu). Musí se tedy jednat o úhrady férové. V praxi posledních let lze pozorovat, že čím dál více poskytovatelů porodních služeb upouští od úhrad v souvislosti s přítomností otců a dalších osob u porodů. V moravských porodnicích se rodičky s úhradami téměř nesetkávají, v Čechách naopak především v Praze a jejím blízkém okolí téměř všude. Spory, které vznikají v důsledku nejasných obsahů úhrad a toho, zda zdravotníci nějaký úkon otci či jiné osobě skutečně poskytli, jsou zbytečné a poskytovatele ještě více zatěžují. Ústavní soud se vyjadřoval k úhradám v souvislosti s přítomností otců a jiných osob u porodů. Jeho nález se tedy neuplatní v situacích úhrad v souvislosti s přítomností rodičů či jiných osob odpovědných za výchovu u dětí, ani úhrad v souvislosti s přítomností opatrovníků (nebo jimi určených osob) u osob omezených ve svéprávnosti. Domnívám se, že zejména v případě dětí budou úhrady v souvislosti s přítomností jejich rodičů velkým tématem a příčinou dalších, nutno dodat naprosto zbytečných konfliktních situací. **Proto navrhuji v § 28 jeho odst. 8 vypustit.** Pokud by navrhovatel trval na legalizaci úhrad účelně vynaložených nákladů v souvislosti s přítomností osob u pacientů, **navrhuji § 28 odst. 8 zakotvit takto**: „*Poskytovatel nesmí požadovat platbu za přítomnost některé z osob podle odstavce 3 písm. e). Poskytovatel dále nesmí podmiňovat umožnění přítomnosti těchto osob platbou za jiné plnění. Tím není dotčena možnost, aby poskytovatel požadoval úhradu účelně vynaložených nákladů v souvislosti s přítomností některé z osob podle odstavce 3 písm. e) bod 3.*“ **Tato připomínka je zásadní.**	

	8. K bodu 70 [nové znění § 39 odst. 1 písm. e)] Vítám snahu rozšířit okruh situací, které budou považovány za použití farmakologického omezovacího prostředku. Jsem však přesvědčen, že definice zaměřující se na vůli pacienta může vést k tomu, že za použití omezovacího prostředku nebudou považovány situace, kdy je lék podán silou a jsou pochyby o tom, zda projevy pacienta jsou projevy vůle nebo jeho nemoci. Vůle v právním smyslu není jakékoliv hnutí mysli, ale musí u ní být dán vztah k zamýšlenému následku. Hledání vůle může být náročné např. u pacientů v pokročilém stádiu demence, kteří se kolem sebe ohání a způsobují si zranění o postranice. **Navrhuji následující znění § 39 odst. 1 písm. e):** *„K omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb lze použít … psychofarmaka, popřípadě jiné léčivé přípravky, které jsou podány pacientovi za účelem zvládnutí chování pacienta proti jeho vůli, nebo silou,“* Případně se nabízí v důvodové zprávě vysvětlit, co má na tomto místě zákonodárce na mysli pojmem „vůle“ a jak se její pojetí případně liší od jiných míst právního řádu. **Tato připomínka je zásadní.**	**Akceptováno.** Kritérium použití síly bude do ustanovení navráceno.
	9. K bodu 71 (nové znění § 39 odst. 4) Dlouhodobě chybí jasné zadání, k čemu tato evidence slouží. Pokud má evidence sloužit pouze ke srovnávání jednotlivých poskytovatelů mezi sebou, tak považuji za nutné, aby evidence byla vedena za každé oddělení či stanici zvlášť. Nemá smysl srovnávat souhrnné údaje z naprosto rozdílných typů pracovišť. Protože považuji za nezbytné průběžně podrobovat praxi používání omezovacích prostředků kontrole, zdůrazňuji smysl evidence spočívající právě v umožnění kontroly používání omezovacích prostředků, a to interní i externí. Využitelnost evidence pro tento účel je minimální, pokud neobsahuje identifikační údaje pacientů. Například slovenská právní	**Částečně akceptováno.** Bude doplněn indikátor konkrétního oddělení, kde byl omezovací prostředek použit. Na druhé straně Ministerstvo zdravotnictví setrvává na tom, že účelem evidence použití omezovacích prostředků je globálnější pohled na jejich použití v rámci daného poskytovatele, identifikace pacientů tedy není v rámci evidence považována za potřebnou. Doplnění identifikátorů pacientů (byť pseudonymizovaných) by přitom představovalo zásadní navýšení administrativní zátěže na straně poskytovatelů a s ohledem na zpřístupnění evidence správním orgánům by představovalo potenciální zásah do ochrany osobních údajů.

	úprava (§ 9b odst. 13 zákona č. 576/2004 Z. z, o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov) předepisuje vést v registru přímo jméno, příjmení a rodné číslo pacienta. Data obsažená v evidenci však mohou být i pseudoanonymizovaná a umožňovat zjištění konkrétního pacienta jen osobě, která je k tomu oprávněná a má přístup ke „klíči“. Kromě speciálního identifikátoru vytvořeného za tímto účelem se nabízí např. využití čísla chorobopisu. **Navrhuji následující znění § 39 odst. 4:** *„(4) Poskytovatel je povinen vést evidenci použití omezovacích prostředků s rozlišením oddělení či stanice, kde byl prostředek použit, která obsahuje alespoň souhrnné údaje za kalendářní rok o* *a) počtech případů použití omezovacích prostředků,* *b) celkovém času v omezení; to neplatí, jde-li o omezení při poskytování zdravotnické záchranné služby,* *c) celkovém počtu pacientů, kteří byli omezeni,* *a to pro každý typ omezovacího prostředku zvlášť. Souhrnné údaje podle písm. b) se neuvádějí pro omezení prostřednictvím psychofarmak. Identifikační údaje pacientů se do evidence zaznamenávají způsobem, který neumožňuje jejich přiřazení pacientovi bez použití dodatečných informací. Dodatečné informace se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace pacienta způsobem, který umožní oprávněným osobám bez zbytečného odkladu určit pacienty uvedené v evidenci. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití. Do evidence se nezaznamenává použití omezovacího prostředku podle odst. 1 písm. a), je-li jeho účelem pouze použití jiného omezovacího prostředku. Poskytovatel je dále povinen na žádost příslušného správního orgánu nebo ministerstva poskytnout tuto evidenci těmto správním orgánům.“*	V návaznosti na vypořádání připomínky ustanovení § 39 odst. 4 nově zní: *„(4) Poskytovatel je povinen vést centrální evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje alespoň souhrnné údaje za kalendářní rok o* *a) počtech případů použití omezovacích prostředků,* *b) celkovém času v omezení; to neplatí, jde-li o omezení při poskytování zdravotnické záchranné služby,* *c) celkovém počtu pacientů, kteří byli omezeni,* *a to pro každý typ omezovacího prostředku a pro každé oddělení zvlášť. Souhrnné údaje podle písmene b) se neuvádějí pro omezení prostřednictvím psychofarmak. Identifikační údaje pacientů, u kterých byly omezovací prostředky použity, se v evidenci neuvádějí. Použití omezovacího prostředku se zaznamená do centrální evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití. Do centrální evidence se nezaznamenává použití omezovacího prostředku podle odstavce 1 písm. a), je-li jeho účelem pouze použití jiného omezovacího prostředku. Poskytovatel je dále povinen na žádost příslušného správního orgánu nebo ministerstva poskytnout tuto centrální evidenci těmto správním orgánům.“*

	Tato připomínka je zásadní.	
	10. K bodu 72 (nový § 39 odst. 5) Vítám zavedení možnosti přerušit či ukončit použití omezovacího prostředku pro nelékařské pracovníky. Mám však obavy, že stávající znění může přenášet odpovědnost za ukončení omezení na nelékařské zdravotnické pracovníky, kteří k tomu nejsou odborně způsobilí, může se jednat např. o klinické psychology či sanitáře. Ačkoliv návrh zavádí možnost omezení ukončit, tak s ohledem na § 39 odst. 2 písm. b), který stanoví, že omezení nesmí trvat déle, než je nezbytně nutné, se jedná fakticky o povinnost. Navrhuji, aby se řešené ustanovení týkalo nad rámec sester pro péči v psychiatrii nebo, jde-li o dítě, tak sester pro dětskou a dorostovou psychiatrii, pouze nelékařských zdravotnických pracovníků s předchozím pověřením vedoucím lékařem oddělení či stanice. **Navrhuji následující znění § 39 odst. 5:** *„O dočasném přerušení nebo o ukončení použití omezovacího prostředku rozhoduje lékař, sestra pro péči v psychiatrii nebo, jde-li o dítě, dětská sestra pro dětskou a dorostovou psychiatrii. Nejsou-li tito zdravotničtí pracovníci bezprostředně dostupní a pokračování v použití omezovacího prostředku se jeví jako nepřiměřené s ohledem na zdravotní stav pacienta, může o dočasném přerušení nebo o ukončení použití omezovacího prostředku rozhodnout i jiný zdravotnický pracovník nelékařského povolání, který je přítomen a kterého k tomu pověřil vedoucí lékař oddělení či stanice, kde omezení probíhá; v takovém případě musí být některý ze zdravotnických pracovníků podle věty první o tomto rozhodnutí neprodleně informován.“* **Tato připomínka je zásadní.**	**<u>Vysvětleno.</u>** Návrh novely zákona připouští přerušení nebo ukončení omezení jiným nelékařským zdravotníkem pouze za předpokladu, že není bezprostředně dostupný lékař nebo sestra se specializací pro péči v psychiatrii (případně dětská sestra) a pokud se omezení jeví jako nepřiměřené. O ukončení navíc musí být některý z výše uvedených zdravotnických pracovníků neprodleně informován. V drtivé většině se v těchto případech bude jednat o rozhodnutí jiného nelékařského zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu povolání bez odborného dohledu, jelikož, jak správně uvádí připomínkové místo, nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří nemají způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu, mohou zdravotní výkony provádět pouze pod dohledem nebo přímým vedením zdravotnických pracovníků způsobilých k samostatnému výkonu povolání. Teoreticky ovšem může v praxi nastat i situace, kdy se u omezeného pacienta bude nacházet pouze např. sanitář či ošetřovatel, a v kritických případech, kdy pokračování omezení bude zcela nepřiměřené nebo až ohrožující, by i tento zdravotnický pracovník měl být oprávněn rozhodnout o přerušení či ukončení omezení. Pověření vedoucím lékařem oddělení jde proti smyslu takto navržené úpravy (nadto zákon o zdravotních službách institut vedoucího lékaře ani nezná). Ministerstvo nadto upozorňuje, že se v daných případech nejedná o možnost rozhodnout o omezení, ale naopak omezení ve výjimečných případech přerušit či omezit. Smyslem této změny je především zkrácení doby omezení tak, aby nebylo vyčkáváno příchodu lékaře nebo sestry se specializovanou způsobilostí i přes skutečnost, že omezení již

		není nutné. Jiný zdravotnický nelékař ale přichází v úvahu až jako druhá možnost.
	11. K bodu 73 [nové znění § 40 odst. 1 písm. b)] Předkladatel navrhuje upustit od povinnosti poskytovatelů hlásit soudu každé omezení pacienta hospitalizovaného se souhlasem. Rozumím argumentu, že stávající úprava představuje administrativní zátěž pro poskytovatele a souhlasím s tím, že soudy ne vždy adekvátně reagují na oznámení ze strany poskytovatelů. Nicméně, pohodlí poskytovatelů ani neúčinnost stávajícího systému ochrany nemůžou odůvodňovat snížení právní ochrany zranitelných pacientů. Použití omezovacího prostředku vždy představuje závažný zásah do integrity pacienta a je vždy spojeno s rizikem zranění nebo újmy na jeho důstojnosti a právech. Proto je nezbytné, aby existoval účinný systém dohledu a vyhodnocování zákonnosti takového zásahu. Nelze ani přisvědčit argumentům předkladatele, že bude nutné hlásit omezení delší než 24 hodin. Omezovací prostředky přípustné zákonem se zpravidla používají po dobu kratší než 24 hodin. Navíc, návrh vůbec neřeší, zda bude mít předkladatel povinnost hlásit také situace, kdy bude pacient vystaven omezení opakovaně. Poskytovatel tak teoreticky může pacienta bez dohledu soudu omezit na předem neurčenou dobu, pokud omezení každých 24 hodin na pár minut přeruší. Nepovažuji za dostatečné napravit situaci tím, že se pacient může sám nebo prostřednictvím svého zástupce nebo důvěrníka obrátit na soud. K použití omezovacích prostředků dochází dle mých zkušeností často u pacientů, kteří nejsou krátkodobě nebo trvale schopni účinné bránit svá práva (pacienti s demencí, pacienti s mentálním postižením, pacienti v akutní psychotické krizi). Pro tyto pacienty může být značně obtížné porozumět tomu, jak se proti použití omezovacích prostředků bránit či se samostatně na soud obrátit. Navrhuji, aby ustanovení § 40 odst. 1 písm. b) zůstalo beze změny.	**<u>Částečně akceptováno.</u>** Na základě této a dalších připomínek byla doba omezení, po které není povinností poskytovatele toto omezení oznamovat soudu, z 24 na 12 hodin. Ve zbylém rozsahu Ministerstvo zdravotnictví na návrhu trvá. Základním problémem je, že přezkum použití omezovacího prostředku soudem se v praxi ukázal jako neefektivní, k tomu srov. blíže důvodovou zprávu.

	Tato připomínka je zásadní.	
	12. K bodu 75 (nový § 40 odst. 3) Vítám přístup zákonodárce, který jasně deklaruje možnost přípustnosti přezkumu použití omezovacího prostředku soudem podle zákona o zvláštních řízeních soudních. Je však potřeba vyjasnit, v jakém soudním řízení k tomu má dojít. Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalšího držení ve zdravotním ústavu podle § 78 odst. 1 zákona o zvláštních řízeních soudních vede k rozhodnutí, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů, a pokud ano, zda tyto důvody trvají. Jsem přesvědčen, že výsledkem uvedeného řízení nemůže být rozhodnutí, zda byly naplněny podmínky pro použití omezovacího prostředku podle § 39 odst. 2 zákona o zdravotních službách, ale pouze rozhodnutí, zda byly naplněny a trvají podmínky pro hospitalizaci bez souhlasu podle § 38 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Nabízí se, aby se naplnění podmínek pro použití omezovacího prostředku řešilo v řízení o přivolení k zásahu do integrity podle § 65 zákona o zvláštních řízeních soudních. Toto řízení však není spojeno s takovým množstvím procesních pojistek, jako řízení o vyslovení přípustnosti převzetí a dalším držení ve zdravotním ústavu. **Požaduji tedy vyjasnění, jaké soudní řízení má být na základě návrhu zahájeno.** **Tato připomínka je zásadní.** Pokud zákonodárce zavádí možnost přezkumu omezovacího prostředku nad rámec běžné civilní žaloby na ochranu osobnosti, nelze z této možnosti přezkumu vyloučit pacienty hospitalizované bez souhlasu. Lidé jsou si v právech rovni a je paradoxní, aby pacient, který je více zranitelný, protože byl omezený na osobní svobodě, musel volit náročnější cestu k přezkumu použití omezovacího prostředku. **Navrhuji následující znění § 40 odst. 3:**	**<u>Akceptováno k dalšímu řešení.</u>** Ministerstvo zdravotnictví v rámci vypořádání připomínek hodlá vést paralelní diskuze s Ministerstvem spravedlnosti za účelem specifikace úpravy řízení o přivolení k zásahu do integrity a detenčního řízení. Počítá se s tím, že řízení navazující na navržený § 40 odst. 3 zákona o zdravotních službách bude probíhat právě v rámci řízení dle zákona o zvláštních řízeních soudních. Tomu každopádně odpovídá i poznámka pod čarou č. 65). K navrhované úpravě znění § 40 odst. 3: Pacienta, který byl přijat k hospitalizaci na základě svého souhlasu, nelze dále hospitalizovat, pokud svůj souhlas s hospitalizací odvolá, nejsou-li dány důvody pro hospitalizaci podle § 38 odst. 1 nebo 2 bez souhlasu. Konstatuje-li poskytovatel, že tyto důvody jsou dány, bude postupovat podle § 40 odst. 1 písm. a) – v takovém případě je soud obeznámen s hospitalizací bez souhlasu a zahájí detenční řízení. Doplnění do § 40 odst. 3 není potřebné, a to ani s ohledem na § 76 odst. 2 zákona o zvláštních řízeních soudních.

	„Pacient, jenž byl omezen ve volném pohybu podle § 39 odst. 1 písm. b) až f), nebo pacient hospitalizovaný na základě souhlasu, který byl omezen ve styku s vnějším světem až v průběhu léčení, jeho zákonný zástupce nebo opatrovník mohou podat návrh soudu na přezkoumání přípustnosti tohoto omezení65), i když toto omezení trvá po dobu kratší 24 hodin. Tento návrh mohou vedle pacienta, jeho zákonného zástupce nebo opatrovníka podat i osoby blízké pacientovi nebo určené pacientem podle § 33 odst. 1.“	
	13. K bodu 87 (nový § 44f) Předložený návrh hodnotím v kontextu závazků státu, které mu vyplývají zejména z **čl. 23 odst. 4** (právo dětí se zdravotním postižením na život v rodinném prostředí na rovnoprávném základě s ostatními dětmi a právo dětí s postižením a jejich rodin na včasné a komplexní informace, služby a podporu), **čl. 25 písm. b) a c)** (právo člověka s postižením na přístup ke zdravotním službám, které potřebuje specificky z důvodu svého postižení, a to co nejblíže jeho bydlišti) **a čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením** (právo člověka s postižením na služby v komunitě)**.** Ve světle uvedených článků Úmluvy by měl stát zajistit dětem s postižením (a sekundárně i jejich rodinám) komplexní podporu primárně v rodinném prostředí. Pokud to není s ohledem na povahu poskytované služby možné, měl by nastavit záruky pro to, aby dítě setrvalo v jiném prostředí po co nejkratší dobu a celkově se minimalizoval zásah do jeho práva na rodinný život. Mám za to, že předložený návrh neprovádí závazky z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v některých aspektech dostatečně, a proto navrhuji dílčí změny a doplnění. **a) cílová skupina služby** Podle navrženého ustanovení má být v centrech komplexní péče o děti poskytována péče nezletilým pacientům se „somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím	**<u>Částečně akceptováno, vysvětleno.</u>** <u>Ad a):</u> terminologie v důvodové zprávě upravena, nicméně vymezení cílové skupiny dětí se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním považuje Ministerstvo zdravotnictví za dostatečné; přílišná konkretizace by naopak mohla vést k nežádoucím omezujícím výkladům zákona. <u>Ad b):</u> Ustanovení § 44f odst. 2 bylo přeformulováno.Ministerstvo zdravotnictví nicméně upozorňuje, že CKP je primárně zdravotnickým zařízením a tedy nespadá ve vlastním slova smyslu do sociálně zdravotního pomezí, proto registrace sociální služby není podmínkou *sine qua non* pro zřízení CKP. <u>Ad c):</u> Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje zakotvení níže uvedených pojistek za potřebné. Je potřebné si uvědomit, že CKP mohou vzniknout pouze ve zdravotnických zařízeních, nikoli ve školských zařízeních, nebo zařízeních sociálních služeb. Ve zdravotních službách jsou nastaveny na všech úrovních (včetně dlouhodobé a následné péče) kontrolní a sankční mechanismy, které brání trvalému umístění pacienta, tj. blokaci lůžka. Tyto mechanismy jsou nastaveny na úrovni zdravotní pojišťovny. Délku pobytu nastavuje její úhradový mechanismus, který poskytovatele motivuje pobyt

	onemocněním“. Jedná se pojmy, které jsou spjaty s paliativní medicínou. V důvodové zprávě je však předkladatel blíže neobjasňuje a na místo toho uvádí termíny „závažné somatické zdravotní postižení“ a „závažné somatické chronické onemocnění.“ Tím vytváří prostor pro rozšiřující výklad. **Navrhuji, aby předkladatel pracoval v důvodové zprávě s pojmy užívanými v návrhu zákona a v přiměřeném rozsahu vysvětlil, jaké skupině pacientů budou centra poskytovat péči.** **b) komplexní podpora** Navzdory samotnému názvu zdravotnického zařízení nezakládá navržená úprava poskytovateli zřizujícímu centrum povinnost poskytovat komplexní péči, ale toliko dlouhodobou lůžkovou a stacionární péči. **Navrhuji, aby předkladatel vymezil jako povinnou (a nikoliv pouze fakultativní) součást služeb centra i péči ve vlastním sociálním prostředí a odlehčovací službu podle odst. 2.** Dále upozorňuji na to, že na rozdíl od poskytovatelů zřizujících další druhy zařízení na zdravotně-sociálním pomezí (hospic a centrum duševního zdraví) nemá poskytovatel zřizující centrum komplexní péče o děti povinnost poskytovat také sociální služby (případně je alespoň zajišťovat, jak se nově navrhuje u center duševního zdraví). Navíc, podle důvodové zprávy má centrum sloužit ke komplexní podpoře rodin. Vyjma odlehčovací služby, kterou nadto nemá poskytovatel zřizující centrum povinnost poskytovat, však není ze stávajícího návrhu zřejmé, v čem bude tato podpora rodin spočívat. **Proto navrhuji do textu ustanovení doplnit, že centrum poskytuje pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla i další navazující služby podle jiných právních předpisů.** **c) prevence institucionalizace**	neprodlužovat a zkracovat. Je-li překročen limit, pak je odmítnuta nebo snížení úhrada za pacienta. CKP je poskytovatelem zdravotních služeb obdobně jako nemocnice, rehabilitační ústav nebo lázně. Nejde v žádném případě o zařízení, kterému lze svěřit dítě do péče: nejde tedy o ústavní zařízení (jako je tomu v případě dětských domovů pro děti do tří let). Zařízení, která se považují za ústavní zařízení a lze jim svěřit dítě do péče jsou vyjmenována v zákoně o sociálně-právní ochraně dětí. Do CKP nelze svěřit dítě na základě předběžného opatření ani meritorním rozhodnutím soudu, dítě nelze svěřit do CKP ani na základě smlouvy s rodičem. Dítě může být v CKP pouze hospitalizováno na základě svého aktuálního zdravotního stavu, obdobně jako v nemocnici, tzn. na základě indikace ošetřujícím lékařem (výklad termínu ošetřující lékař lze nalézt v § 18 zákona o veřejném zdravotní pojištění). CKP také nenahrazuje žádné stávající pobytové zařízení pro děti (jako např. dětské domovy pro děti do 3 let). Cílem CKP je vhodně doplnit sytém péče tam, kde zdravotní stav dítěte neumožňuje jeho přijetí do sociálních služeb. Kritérium pro zařazení pacienta do péče CKP potřeba vysokého objemu zdravotní péče, kterou nejsou schopné saturovat sociální služby. Zdravotní stav těchto dětí je indikačně na úrovni dlouhodobé lůžkové péče v nemocnicích, přestože často žijí v domácím prostředí, kde nepřetržité poskytování zdravotních výkonů zajišťují jejich rodiče. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí taxativně vymezuje v § 6 děti, které pod tuto ochranu spadají, tzn. kterými se má zabývat OSPOD. Děti se závažným onemocněním nebo s vážným zdravotním postižením nejsou v § 6 uvedeny, nejsou tedy subjektem sociálně právní ochrany a nevztahuje se na ně oznamovací povinnost (jen kvůli jejich zdravotnímu stavu).

	Podle navrženého ustanovení je cílem poskytování lůžkové péče v centrech navrácení dítěte do vlastního sociálního prostředí. Současně mu má být péče poskytována takovým způsobem, aby se předcházelo vzniku deprivací. V důvodové zprávě se uvádí, že centra nemají „nic společného s ústavní výchovou“. Stávající návrh však neobsahuje některé důležité pojistky k naplnění tohoto závazku. **Proto ho navrhuji doplnit o**: ▪ **výslovný zákaz, aby ve stejné budově provozovalo svou činnost zařízení, ve kterém může být vykonávána ústavní výchova na základě rozhodnutí soudu** (zejména školská ústavní zařízení podle zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc podle § 42 a násl. zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, a domov pro osoby se zdravotním postižením podle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách), ▪ **ustanovení, že centrum komplexní péče nevykonává ústavní výchovu ani výchovná opatření podle jiných právních předpisů**. Dále připomínám, že podle platné právní úpravy (§ 16b odst. 1 písm. d) zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí) vyslovuje příslušný orgán sociálně-právní ochrany dětí souhlas s poskytováním služeb dítěti v dětském domově pro děti do 3 let věku na základě smlouvy. I v kontextu toho, že centra komplexní péče o děti budou vznikat také na základě transformace dětských domovů pro děti do 3 let věku, **postrádám v předloženém návrhu zakotvení (alespoň) informační povinnosti poskytovatele vůči příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí o přijetí dítěte do**	Oznamovací povinnost by byla na místě pouze v případech, kdy by CKP pojalo podezření, že dochází k zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte (obdobně jako u jiných zdravotnických zařízení). Nutné je také připomenou, že CKP je zdravotnické zařízení (jako nemocnice), ne zařízení ústavní péče, a děti jsou zde umisťovány vždy na základě indikace lékaře, která vychází aktuálního zdravotního stavu dítěte. Neexistuje oprávnění OSPOD zasahovat do péče poskytované zdravotnickým zařízením, tedy do poskytování zdravotních služeb. <u>Ad d):</u> Standardy péče (personální, věcné, technické vybavení) jsou koncipovány na 15 lůžek, tj. aby byla zajištěna odbornost, kvalita a bezpečnost poskytovaných služeb. Nastavení standardu na 15 lůžek bude podporovat vznik malokapacitních zařízení. Za síť zdravotních služeb jsou zodpovědné zdravotní pojišťovny a jejich úkolem bude zajistit dostupnost v optimální dojezdové vzdálenosti od bydliště rodiny. Vzhledem k nákladnosti péče a nedostatku zdravotnického personálu se očekává v prvních letech spíše nedostatek lůžek a vznik malých zařízení. Prováděcí právní předpisy nestanovují u žádné zdravotní služby maximální kapacitu. Za dostupnost péče a síť zdravotních služeb na určitém území zodpovídají příslušné zdravotní pojišťovny, které smluvně zavazují také kapacitu.

	dlouhodobé lůžkové péče (tak, aby OSPOD mohl co nejdříve posoudit jeho situaci a zvážit případný další postup). **V tomto směru tedy žádám o doplnění předloženého návrhu.** **d) prostředí** Závěrem mám poznámku k materiálně-technickým podmínkám. Pokud mají centra předcházet deprivacím, měla by připomínat rodinné prostředí. Proto předkladatele žádám, aby zvážil, zda by bylo možné (a případně v jakém předpise) omezit kapacitu lůžek pro poskytování dlouhodobé lůžkové péče (ideálně na max. 10 lůžek) a uložit poskytovatelům zřizujícím centra, aby vytvářeli podmínky pro pobyt průvodce nezletilého pacienta. **Tato připomínka je zásadní.**	
	14. K bodu 96 [nový § 45 odst. 3 písm. i)] Navrhuji tento bod z novelizace vypustit, neboť pro zákonné zakotvení široké povinnosti pro každého poskytovatele hlásit známky každého špatného zacházení nejsou zatím v České republice vytvořeny podmínky (vzdělávání a metodické vedení lékařů, záruky pro efektivní ochranu obětí takového špatného zacházení). Důvodová zpráva navíc definuje špatné zacházení příliš široce, když jde nad rámec toho, co pokrývá čl. 7 odst. 2 Listiny základních práv a svobod a čl. 3 Evropské úmluvy a u čeho tedy vyvstává zvýšená potřeba prevence a boje s nepostižitelností, jež by odůvodňovala oznamovací povinnost. V současné době považuji za dostačující zakotvení výjimky ze zákonné mlčenlivosti (viz novelizační bod 105), protože poskytovatelům umožní postupovat podle mezinárodního medicínského standardu – Istanbulského	**<u>Akceptováno jako podnět k dalšímu řešení.</u>** Ministerstvo zdravotnictví bere připomínku jako podnět k dalšímu řešení. Ministerstvo zdravotnictví nadále považuje úpravu obsaženou dotčeným ustanovením za vhodnou, nicméně v návaznosti na tuto připomínku a připomínku MSp Ministerstvo zdravotnictví považuje za nejvhodnější tuto problematiku dále prodiskutovat.

	protokolu[25], který obsahuje související podrobná vysvětlení a také vodítka pro řešení souvisejících etických dilemat. Již v roce 2022 informovala Kancelář veřejného ochránce práv Ministerstvo zdravotnictví, že za vhodnější řešení považuje úpravu řešené problematiky pouze v § 51, tedy jako prolomení mlčenlivosti zdravotníka bez stanovení povinnosti oznámit špatné zacházení. Setrvávám na tomto stanovisku a navrhuji § 45 odst. 3 písm. i) z návrhu vypustit a ponechat pouze navrhovaný § 51 odst. 1 písm. e). **Tato připomínka je zásadní.**	
	15. K bodům 123 až 128 Současné znění zákona stanovuje stížnostní mechanismus ve zdravotnictví tak, že nejprve musí být stížnost podána vždy poskytovateli, proti kterému směřuje. Navrhuji odstranit nutnost dvoustupňového stížnostního mechanismu v případě, že si chce osoba stěžovat na zdravotnického pracovníka, který vystupuje jako poskytovatel, případně jako jediný společník poskytovatele, a poskytuje zdravotní služby svým jménem. Ten v současnosti musí nejprve vyřídit stížnost sám (vést stížnostní spis, vyhodnotit, zda stížnost podaná na něj je oprávněná, odpovídat ve stanovené lhůtě stěžovatelům atd.). Tato situace může být pro pacienty mnohdy nepříjemná. Podání takovéto stížnosti považuji za nadbytečné. Naopak, v těchto případech je na místě obrátit se rovnou na správní orgán, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění, aby vyřizoval stížnost podle zákona o zdravotních službách.	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Základní a klíčový princip stížností podle části osmé zákona o zdravotních službách vychází ze základního principu, že poskytovateli zdravotních služeb umožňuje jeho pochybení řešit s pacientem smírčí cestou bez ingerence správního orgánu. Vyhovění požadavku formulovanému touto připomínkou by šlo přímo proti smyslu tohoto principu, a proto tuto připomínku akceptovat nelze. Ministerstvo zdravotnictví dodává, že za předpokladu, že poskytovatel, proti kterému stížnost směřuje, se odmítne stížností zabývat nebo stížnost nevyřídí v zákonné lhůtě, diskvalifikuje se tím z možnosti smírného řešení svého případného pochybení. Naproti tomu ani domnělé plné vyhovění stížnosti ze strany poskytovatele nebrání tomu, aby se stěžovatel obrátil na příslušný krajský úřad s požadavkem na přezkum způsobu vyřízení stížnosti, pokud se s vyřízením ze strany poskytovatele přesto neztotožní.

25 UN OHCHR. *Příručka k účinnému vyšetřování a dokumentování mučení a jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání (Istanbulský protokol), rev. 2* [online]. New York a Ženeva: OSN, 2022 [cit. 2023-09-14]. Dostupná v angličtině z: https://www.ohchr.org/en/publications/policy-and-methodological-publications/istanbul-protocol-manual-effective-0, český překlad vybraných částí dostupný z: https://justice.cz/documents/2509270/0/Istanbulsky%CC%81+protokol_pr%CC%8Ceklad+vybrany%CC%81ch+c%CC%8Ca%CC%81sti%CC%81+CZ.pdf/5b0021f9-9bd1-4fe9-8008-86c92e3a435a

	Jsem přesvědčen, že změna povede k zefektivnění stížnostního mechanismu ve zdravotnictví. **Navrhuji proto zakotvit § 93a takto[26]:** *„Směřuje-li stížnost podle § 93 odst. 1 proti postupu zdravotnického pracovníka při poskytování zdravotních služeb, který je zároveň poskytovatelem nebo jediným společníkem poskytovatele, může stěžovatel tuto stížnost podat přímo příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Pro vyřízení takové stížnosti se použijí ustanovení § 94 obdobně*." **Tato připomínka je zásadní.**	V neposlední řadě Ministerstvo zdravotnictví dodává, že za předpokladu, že pacient přes výše uvedené nechce svou záležitost řešit s poskytovatelem (ať už pro totální ztrátu důvěry nebo pokud věc nesnese odkladu), může se i v té chvíli obrátit na příslušný správní orgán, který v tu chvíli stížnost může stížnost jako podnět k provedení kontroly, což je povahově podobný institut.
	16. K bodu 136 (§ 96 odst. 1 písm. a) Navrhuji do právní úpravy doplnit správnímu orgánu právní rámec, jak získat informace o splnění uložených nápravných opatření v rámci šetření stížnosti. **Navrhuji proto doplnit ustanovení § 96 odst. 1 a) takto[27]:** „*uloží rozhodnutím poskytovateli nápravná opatření s uvedením lhůty pro jejich splnění a lhůty, ve které je poskytovatel povinen zaslat příslušnému správnímu orgánu písemnou zprávu o splnění nápravných opatření".* **Tato připomínka je zásadní.**	**Akceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví vítá tento podnět a akceptuje ho.
	17. K bodům 201 až 203 (§ 117 odst. 3) Z mé činnosti vyplynulo, že je nutné zakotvit do právní úpravy dva přestupky. Za prvé se jedná o situaci, kdy poskytovatel zdravotních služeb nevyřídí stížnost v souladu s ustanovením § 93 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách. V takovém případě ho totiž	**Částečně akceptováno.** Ad přestupek nevyřízení stížnosti: stížnostní mechanismus dle zákona o zdravotních službách vychází ze základního principu, že poskytovateli zdravotních služeb umožňuje jeho pochybení řešit s pacientem smírčí cestou bez ingerence správního orgánu. Nevyřídí-li poskytovatel stížnost v zákonné lhůtě nebo odmítne-li se stížností dále zabývat, „sankcí" za takový postup je možnost pacienta obrátit se přímo na krajský úřad postupem

[26] Znění je převzato z předčasně ukončeného připomínkového řízení Ministerstva zdravotnictví, č. j. MZDR 34062/2020/LEG-1.

[27] Znění je převzato z předčasně ukončeného připomínkového řízení Ministerstva zdravotnictví, č. j. MZDR 34062/2020/LEG-1.

	správní orgán, který mu udělil oprávnění, nemůže sankcionovat. Za druhé navrhuji, stejně jako v minulosti Ministerstvo zdravotnictví, zakotvit přestupek poskytovatele zdravotních služeb, který nepřijme nápravná opatření uložená v souvislosti s vyřizováním stížností na poskytovatele zdravotních služeb. V dosavadní právní úpravě není uspokojivě řešena situace, kdy je v důsledku vyřizování stížnosti uloženo nápravné opatření a poskytovatel nemá stanovenu povinnost zaslat správnímu orgánu písemnou zprávu o splnění těchto opatření. Tuto povinnost je nutné zavést a její nesplnění označit jako přestupek. **Navrhuji proto doplnit do ustanovení § 117 odst. 3 tyto přestupky:** ▪ *„nevyřídí stížnost ve lhůtě podle § 93 odst. 3 písm. b)“,* ▪ *„v rozporu s § 96 odst. 1 písm. a) nesplní v určené lhůtě nápravná opatření uložená příslušným správním orgánem.“*[28] **Tato připomínka je zásadní.**	podle § 93 odst. 2. To je reflektováno i v novém znění posledně citovaného ustanovení. <u>Ad nesplnění nápravných opatření:</u> přestupek v návaznosti na připomínku doplněn, k tomu srov. § 117 odst. 3 písm. s).
Jihočeský kraj Mgr. Ivana Turková Tel. 386 720 600 turkova@kraj-jihocesky.cz	K § 44a zákona o zdravotních službách - navrhujeme upravit nově navrhovaný text následovně: **~~§44a~~** **~~V hospici je poskytována léčebná, paliativní a ošetřovatelská lůžková péče nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu onemocnění; těmto pacientům a jejich osobám blízkým jsou zároveň poskytovány i sociální služby podle zákona o sociálních službách[66]).~~**	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Jedná se částečné nedorozumění, mobilní hospice poskytují zdravotní služby na základě oprávnění k jejich poskytování formou zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta – domácí paliativní péče, srov. § 10 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách. Ustanovení § 44a naproti tomu upravuje primárně „lůžkový“ hospic jako zdravotnické zařízení (uvedené nebrání tomu, aby poskytovatel domácí paliativní péče používal označení mobilní hospic.

[28] Znění je převzato z předčasně ukončeného připomínkového řízení Ministerstva zdravotnictví, č. j. MZDR 34062/2020/LEG-1.

	§44a **(1) Hospicem se rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu formou lůžkové péče nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.** **(2)V hospici je poskytována léčebná, paliativní a ošetřovatelská péče. Pacientům a jejich osobám blízkým mohou být v případě potřeby zároveň poskytovány i sociální služby podle zákona o sociálních službách[66].** <u>Odůvodnění:</u> Nová úprava, která byla předložena, by mohla být vykládána tak, že hospicem je poskytovatel lůžkové péče s tím, že tento poskytovatel případně může poskytovat i péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. V praxi však vedle sebe existují lůžkové hospice a hospice poskytující péči pouze ve vlastním sociálním prostředí pacienta (mobilní hospic). Tuto praxi reflektuje i stávající znění § 44a, které předpokládá poskytování buď lůžkové péče **nebo** péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Navrhujeme zakotvit text, který bude výkladově jednoznačný a bude z něj vyplývat, že hospicem je jak poskytovatel lůžkové péče, tak poskytovatel poskytující péči terminálně nemocným pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí Pro mobilní hospice je důležité, aby i do budoucna mohly používat označení „hospic“, a proto je definice tohoto pojmu v zákoně pro používání tohoto označení v praxi velmi podstatná. Zásadní připomínka.	Jedná se tedy pouze o úpravu vymezení lůžkového hospice, přičemž na činnosti lůžkových či mobilních hospiců se ovšem provedenou úpravou ničeho nemění.
	K § 10 zákona o zdravotních službách:	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>**

	(1) Zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou a) návštěvní služba, b) domácí péče, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče, ~~nebo~~ paliativní péče **nebo dlouhodobá domácí péče**. (2) Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle odstavce 1 poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu. Odůvodnění: Definicí dlouhodobé domácí péče budou mít pacienti dlouhodobě umístění v LDN a na tzv. ošetřovatelských lůžkách šanci se znovu vrátit do vlastního sociálního prostředí s vizí dostatečného zdravotního i sociálního zajištění. Při nastavení stejných úhradových podmínek pro dlouhodobou domácí péči, které platí pro úhradu domácí péče poskytované pacientům v terminálním stadiu nemoci, nebudou mít poskytovatelé domácí zdravotní péče obavy převzít dlouhodobě nemocného pacienta do péče z důvodu úhradových regulací. Podstatně se zvýší i kultura umírání a přesune se více lidí v terminální fázi nemoci bez obav z finanční zátěže do domácího prostředí. Zásadní připomínka.	Stávající znění § 10 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách nikterak nebrání poskytování domácí paliativní péče dlouhodobě nebrání ani změně úhradových podmínek tak, aby bylo více podpořeno setrvání pacientů v terminálním stádiu nemoci v jejich vlastním sociálním prostředí. Problematika úprav úhradové regulace ovšem není předmětem tohoto návrhu. Z tohoto důvodu tuto připomínku nelze akceptovat.
	PLATNÉ ZNĚNÍ DOTČENÝCH USTANOVENÍ ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH S VYZNAČENÍM NAVRHOVANÝCH ZMĚN A DOPLNĚNÍ **§ 36** Rozsah a podmínky zabezpečení a hrazení zdravotní péče o osoby, kterým se poskytují ~~pobytové~~ zdravotní služby v	**Vysvětleno.** Uvedená problematika je předmětem změn v rámci návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o

	zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. ~~c) až f),~~ **a) až u)** upravují zvláštní právní předpisy~~19)~~***) Zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Zákon 372 o zdravotních službách**. Ošetřovatelská a rehabilitační péče je těmto osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení uvedených v předchozí větě, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu~~20)~~. ***)** Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů. Odůvodnění: Tato úprava navazuje na výše navrhovanou úpravu vymezení vlastního sociálního prostředí a umožní řešit problematický deficit možnosti poskytování zdravotní péče osobám, které dosud nemohly využívat zákonem nevyjmenované typy sociálních služeb, protože tam nemohla být zdravotní péče poskytována (zdravotně- sociální). Zásadní připomínka.	změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Podrobně viz zde: https://odok.cz/portal/veklep/material/KORNCYQLUKLX/
Karlovarský kraj Ing. Alena Šalátová e-mail: alena.salatova@kr-karlovarsky.cz telefon: 354 222 420	**Zásadní připomínka:** **Ustanovení § 44d** Nově se stanoví, že poskytovatel zřizující centrum duševního zdraví nemusí být zároveň poskytovatelem sociálních služeb, nýbrž může poskytování těchto sociálních služeb zajišťovat prostřednictvím jiného oprávněného poskytovatele. Jedná se tedy o faktické zjednodušení podmínek pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb prostřednictvím	**Částečně akceptováno, dále vysvětleno.** Ustanovení § 79 odst. 1 písm. h) zákona o sociálních službách se tímto návrhem vypouští bez náhrady. V návaznosti na připomínku bude dále vypuštěno i ustanovení § 79 odst. 5 písm. l). K nevypuštění tohoto ustanovení došlo nedopatřením. V souladu s dojednaným postupem s MPSV byl upraven postup pro získání registrace sociálních služeb a oprávnění k poskytování zdravotních služeb tak, že první je získání registrace k sociální službě. Z tohoto důvodu není možné

	center duševního zdraví, zároveň bude ovšem nadále zajištěna nezbytná sociální péče jeho pacientům. **Odůvodnění:** **Pokud bude přijato navrhované ustanovení v tomto znění, chybí vazba na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“). Zejména s ohledem na registrace poskytovatelů sociálních služeb.** Konkrétně se jedná o ustanovení § 79 odst. 1 písm. h) zákona o sociálních službách, ve kterém je uvedeno, že podmínkou registrace u centra duševního zdraví je oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v oborech zdravotní péče pro centrum duševního zdraví. Tudíž z tohoto ustanovení jednoznačně nevyplývá možnost, aby centra duševního zdraví provozovaly dva rozdílné subjekty (jeden jen se zdravotní registrací a druhý jen se sociální) a měly mezi sebou uzavřenou smlouvu. Varianta jednoho poskytovatele s oběma registracemi byla po celou dobu jako jediná možná komunikována i z MPSV. Další ustanovení zákona o sociálních službách, na které má navrhovaná právní úprava zásadní vliv, je § 79 odst. 5 písm. l) – dle našeho názoru by mělo být v obou variantách (jeden poskytovatel má obě registrace nebo se připustí, že bude stačit registrace jen jedna a uzavření smlouvy mezi oběma poskytovateli) předkládáno rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb …., ale v případě varianty, kdy mezi sebou dva různé subjekty (poskytovatel sociálních služeb a poskytovatel zdravotních služeb) uzavřou smlouvu, měla by být tato smlouva předložena též jako samostatný podklad pro registraci centra duševního zdraví dle § 70a) zákona o sociálních službách, aby bylo ověřeno, že bude zajištěna i zdravotní část. **Návrh nového znění:** Navrhujeme toto ustanovení zcela vypustit a nadále se držet původní myšlenky, že poskytovatel služeb centra duševního	doložit oprávnění k poskytování zdravotní služby a není relevantní tudíž ani smlouva. Zákon o sociálních službách zároveň neupravuje, a tudíž ani nezakazuje možnost poskytovat služby centra duševního zdraví dvěma subjekty.

	zdraví musí mít obě registrace (zdravotních i sociálních služeb).	
	Zásadní připomínka: **Ustanovení § 44f** „Tato péče je poskytována s důrazem na podporu psychomotorického a socioemočního vývoje pacienta, zamezení vzniku psychických deprivací a rozvíjení jeho komunikačních schopností, a to za účelem navrácení do vlastního sociálního prostředí nebo setrvání v tomto prostředí“. **Odůvodnění:** V návrhu zákona, ani v důvodové zprávě, není uvedeno, jakým způsobem bude výše uvedená podpora poskytována, nejsou uvedena minimální kritéria standardu poskytované péče. Ohledně kontroly poskytované péče není uvedeno, jakým způsobem bude probíhat, neboť v § 98 je uvedeno, že externí hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je dobrovolný proces, jehož účelem je posoudit podle hodnotících standardů organizační úroveň poskytování zdravotních služeb, a to z hlediska jejich kvality a bezpečí. **Návrh nového znění:** Do návrhu je nutné zapracovat stanovení povinnosti zajištění psychologické a jiné obdobné péče pro děti a osoby nepřetržitě pečující o pacienta a stanovení minimálních podmínek (standardů) poskytované péče v oblasti podpory psychomotorického a socioemočního vývoje pacienta, zamezení vzniku psychických deprivací a rozvíjení jeho komunikačních schopností, a to za účelem navrácení do vlastního sociálního prostředí nebo setrvání v tomto prostředí. A rozpracování kontroly poskytované péče.	**<u>Vysvětleno.</u>** Poskytovatelé zdravotních služeb a jejich zdravotničtí pracovníci mají jasně stanovené kompetence (vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Minimální personální zabezpečení zdravotních služeb je upraveno ve vyhlášce č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Požadavky na věcné a technické vybavení jsou upraveny ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Standardy zdravotní péče jsou tedy nastaveny v prováděcích právních předpisech. Vedle nezbytného lékařského a ošetřovatelského personálu personální standard předpokládá přítomnost nelékařských zdravotnických pracovníků – fyzioterapeutů, klinického psychologa a dostupnost logopeda, včetně přítomnosti zdravotně sociálního pracovníka. Kontrolní i sankční mechanismy při nedodržování povinností plynoucích z ustanovení zákona o zdravotních službách jsou ve stávající legislativě upraveny.
	Zásadní připomínka: **Požadujeme odstranění přechodného ustanovení č. 3** **Zdůvodnění:**	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Přetrvávající existenci registrací vnímá ministerstvo jako zásadní problém, proto opětovně přistupuje k jejich eliminaci prostřednictvím přeregistrací.

	Zavádí se opět „přeregistrace“, která bude znamenat enormní administrativní zátěž pro krajské úřady. I v případě řízení z moci úřední bude muset poskytovatel dokládat doklady, které v rámci registrace dokládat nebylo třeba. Hlavní problém bude u těch registrací, kde v průběhu let nedošlo k žádné změně a jedná se většinou o lékaře ve vyšším věku.	Předložený návrh reaguje na výtky Ústavního soudu, srov. předmětný nález Pl. ÚS 1/12 a důvodovou zprávu. Jelikož v navrženém znění nebude přeregistrace zatížena správním poplatkem, jelikož se bude jednat o postup příslušných správních orgánů z moci úřední, eliminuje se tím i poslední riziko popisované připomínkovým místem.
	Zásadní připomínka (OSPOD): **Ustanovení § 44f** Navrhuje se doplnění odstavce (3): Délka poskytování dlouhodobé lůžkové péče v centru komplexní péče o děti může trvat nejdéle po dobu 3 měsíců od umístění nezletilého pacienta. Pobyt může být prodloužen pouze na základě přeposouzení zdravotního stavu nezletilého dítěte jeho ošetřujícím lékařem, který není zároveň zaměstnancem centra. K přeposouzení se vyjádří rovněž orgán sociálně-právní ochrany dětí, který pravidelně monitoruje situaci dítěte a vyhodnocuje, zda se nejedná o dítě uvedené v § 6 ZoSPOD.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Délka hospitalizace na lůžku dlouhodobé lůžkové péče, nejde-li o péči poskytovanou podle § 44f odst. 2, závisí vždy od zdravotního stavu pacienta. nevyžaduje-li zdravotní stav pacienta nadále hospitalizaci v lůžkovém zdravotnickém zařízení, má být pacient z hospitalizace propuštěn do domácího prostředí. jedná se o obecné pravidlo poskytování lůžkové zdravotní péče. Přesně omezit možnost poskytování lůžkové zdravotní péče na konkrétní časové období nelze, protože zdravotní stav pacienta je vždy individuální proměnnou, kterou je třeba posuzovat v každém případě samostatně.
Kraj Vysočina Mgr. Lucie Bašta basta.l@kr-vysocina.cz, 564 602 451	K § 44c odst. 3 V uvedeném návrhu není zcela na jisto postaveno, zda v CDZ mohou být poskytovány zdravotní služby v oboru **psychoterapie** dle nařízení vlády č. 31/2010 Sb., nebo **lékařská psychoterapie** dle vyhlášky č. 152/2018 Sb. Z praktického hlediska je toto rozlišení podstatné, proto žádáme o upřesnění znění. Zásadní připomínka.	**Vysvětleno.** Dle doplňující poznámky č. 67) může jít jak o psychoterapii dle Přílohy č. 1 bod 11.3 nařízení vlády č. 31/2010 Sb., tak dle Přílohy č. 1 bod 25. vyhlášky č. 152/2018 Sb. Z odborného hlediska je přípustné obojí, protože úroveň psychoterapeutického vzdělání je srovnatelná a tím i zajištění kvalitní psychoterapie.
Královéhradecký kraj Mgr. Karel Baše kbase@kr-kralovehradecky.cz tel. 725 511 758	**K § 9 odst. 2 písm. c) bod 1 a bod 2** (bod 8 navrhovaného zákona): Pro jednoznačný výklad daného ustanovení navrhujeme na konec textu bodu 1 a bodu 2 doplnit slovo „***nebo“***. Při neuvedení slova „nebo“ je tak možný výklad, že musejí být splněny podmínky ve všech třech bodech kumulativně.	**Akceptováno jinak.** Slovo „nebo“ doplněno na konec textu bodu 2, na konec bodu 1 nelze doplnit, neboť podle Legislativních pravidel vlády platí, že: *„Čl. 42 Vyjádření variant (1) Varianty se vyjadřují spojkami „nebo“ a „anebo“. Při více možnostech vyjádřených v*

		pododstavcích nebo bodech se spojka „nebo“, před níž se píše čárka, klade mezi poslední dvě možnosti. Jde-li však o výčet možností, který není vyjádřen v pododstavcích nebo bodech, čárka se před spojku „nebo“ nepíše.“.
	K § 44g odst. 4 (bod 87 navrhovaného zákona): Upozorňujeme na skutečnost, že povinnost *vybavit pacienta vybavit při propuštění léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu* nebude možné efektivně vymáhat z důvodu absence jakékoli sankce za neplnění této povinnosti. Obdobné platí pro stávající znění § 47 odst. 1 písm. f), kdy se setkáváme se stížnostmi pacientů na neplnění této povinnosti ze strany poskytovatelů jednodenní nebo lůžkové péče.	**Akceptováno jinak.** V návaznosti na připomínku doplněn přestupek, srov. nový § 117 odst. 2 písm. q). Ustanovení § 44g odst. 4 v návaznosti na jiné připomínky vypuštěno.
	K § 45 odst. 2 písm. c) (bod 89 navrhovaného zákona): Považujeme za potřebné upravit text první věty předmětného ustanovení následovně „*vymezit ordinační dobu jednotlivých pracovišť v členění dle jednotlivých oborů, ve kterých jsou zdravotní služby poskytovány*“. Ordinační doba by měla být vymezena pro každý obor poskytované péče, aby bylo pacientům zřejmé, kam a v jaký čas přijít se svým zdravotním problémem. Pokud poskytovatel poskytuje zdravotní služby ve více oborech, měl by mít ordinační dobu rozdělenu tak, aby se pacienti vyžadující rozdílnou péči potkávali minimálně.	**Neakceptováno.** Ministerstvo má za to, že povinnost podle § 45 odst. 2 písm. c) je postačující, pokud je navázána na pracoviště.
	K § 45 odst. 2 písm. f) (bod 91 navrhovaného zákona): Upozorňujeme na skutečnost, že povinnost zakotvená příslušným ustanovením nebude možné efektivně vymáhat z důvodu absence jakékoli sankce za neplnění této povinnosti.	**Vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví nesouhlasí s názorem připomínkového místa. Porušení uvedené povinnosti je přestupkem podle § 117 odst. 1 písm. t) zákona o zdravotních službách.
	K § 57a (bod 109 navrhovaného zákona): Vyjadřujeme zásadní nesouhlas s navrženou úpravou. Přerušení poskytování zdravotních služeb je projevem vůle poskytovatele zdravotních služeb, narozdíl od zániku oprávnění úmrtím poskytovatele, ke kterému dochází bez ohledu na vůli tohoto poskytovatele. Zavádění obdobných pravidel pro obě situace tak není zcela logické. Poskytovatelé	**Neakceptováno, vysvětleno.** Ustanovení, společně s úpravami § 26, reaguje na případy, kdy dojde zejm. k personálnímu vyprázdnění poskytovatele - právnické osoby, aniž by ovšem došlo k zániku oprávnění.

	jsou podnikajícími osobami a v případě, kdy hodlají přerušit svou činnost, musí si být předem vědomi jejich povinností trvajících i po dobu přerušení. Plnění povinností dle § 26 odst. 3 může poskytovatel bezesporu zajistit i na základě smluvního ujednání a není důvod, proč by správní orgány měly suplovat plnění této základní povinnosti poskytovatelů. Úlohou správních orgánů není nahrazovat poskytovatele zdravotních služeb ve chvíli, kdy on sám neníní plnit své zákonné povinnosti. Úlohou správních orgánů je zajistit plnění těchto zákonných povinností, a to ukládáním předvídatelných sankcí, popř. i odejmutím oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Je-li účelem navrhovaného ustanovení zajistit pacientům přístup ke zdravotnické dokumentaci i v určitých případech přerušení poskytování zdravotních služeb, navrhujeme přeformulovat např. následovně: ***„Poskytovatel a osoby uvedené v § 57 odst. 1, jsou povinny na základě rozhodnutí příslušného správního orgánu postupovat obdobně podle § 57 i v případech přerušení poskytování zdravotních služeb dle § 26. Příslušný správní orgán vydat toto rozhodnutí pouze v případě, jsou-li k takovému postupu dány objektivní důvody, zejména v případě, kdy poskytovatel není schopen splnit povinnost podle § 26 odst. 3. Příslušný správní orgán v takovém případě postupuje obdobně podle § 57 a neprodleně po oznámení pokračování zdravotních služeb podle § 26 odst. 4 vydá poskytovateli zdravotnickou dokumentaci v rozsahu, v jakém po dobu přerušení nedošlo k jejímu předání podle § 57 odst. 3 písm. d).“*** Rovněž bychom přivítali, pokud by novela řešila situaci, kdy zemře osoba, která je v poskytovateli – právnické osobě jediným statutárním orgánem, odborným zástupcem a zároveň jediným zdravotnickým pracovníkem. Na tuto situaci stávající znění zákona nepamatuje a na rozdíl od návrhu dle § 57a představuje reálný problém pro pacienty.	Přerušení poskytování zdravotních služeb je stavem faktickým, mnohokrát nezávislým na vůli poskytovatele (poskytovatel je donucen přerušit činnost); v takovém případě mnohokrát ani poskytovatel není schopen dostát své povinnosti podle § 26 odst. 3, nové ustanovení § 57a dává příslušnému správnímu orgánu možnost zasáhnout obdobně jako v případě jeho úmrtí, jedná-li se o poskytovatele – fyzickou osobu. Tato úprava dle názoru Ministerstva zdravotnictví řeší i situace, na které poukazuje připomínkové místo v posledním odstavci – zemře-li jediný zdravotnický pracovník poskytovatele – právnické osoby, jedná se přesně o ty situace, kdy daný poskytovatel (právnická osoba) z důvodů nezávislých na jeho vůli přerušuje poskytování zdravotních služeb a zároveň nebude schopen dostát povinnosti podle § 26 odst. 3 zákona o zdravotních službách. V takovém případě se nově bude postupovat obdobně jako při zániku poskytovatele jako takového (§ 57).
	K § 84 odst. 2 písm. e) (bod 122 navrhovaného zákona): Nově toto ustanovení dává možnost poskytovateli domácí paliativní péče (za uvedených podmínek) zajistit prohlídku těla	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví bere názor připomínkového místa na vědomí, nicméně jej nesdílí. Není úplně zřejmé, v čem by měla

	zemřelého. Dle vyjádření koronerů hrozí poměrně snadná zneužitelnost daného ustanovení, a to i ve smyslu později vzniklých pochybností o úmrtí, kdy bude chybět „objektivní pohled nezaujatého lékaře“. Navrhujeme uvedenou novelizaci neprovádět.	spočívat zneužitelnost, na kterou připomínkové místo poukazuje. Pokud je na místě úmrtí pacienta k dispozici lékař poskytovatele domácí paliativní péče, není důvod, proč by tento lékař nemohl provést prohlídku těla zemřelého. Ostatně v některých krajích se tak již dle informací Ministerstva zdravotnictví děje.
	K § 113h a 113i (bod 184 navrhovaného zákona): Ustanovení povinného institutu nemocničního kaplana pro všechna lůžková zařízení se jeví jako zbytné při současném navýšení provozních nákladů jednotlivých lůžkových zařízení. Provedení čl. 16 odst. 1 Listiny základních práv a svobod prostřednictvím již existujícího § 28 odst. 3 písm. j) se jeví jako dostačující. **Navrhujeme ponechat jako právo pacienta nikoliv jako povinnost poskytovatele.**	**Neakceptováno.** Ministerstvo bere na vědomí názor připomínkového místa, nicméně ho nesdílí. Navrhovaná ustanovení části patnácté zákona o zdravotních službách v minimálním rozsahu stanoví poskytovateli povinnost aktivně vytvářen podmínky pro realizaci práva na přijímání duchovní péče.
	K čl II. odst. 3 (Přechodná ustanovení): V praxi nebude možné provést „automatickou“ přeregistraci bez aktivní spolupráce s příslušným poskytovatelem zdravotních služeb. Považujeme za nezbytné, aby v rámci případného procesu přeregistrace bylo ze strany poskytovatele zdravotních služeb doloženo, že splňuje podmínky pro vydání oprávnění dle aktuálně platných právních předpisů. Nesouhlasíme s formou řízení „z moci úřední“ – v současné době neexistuje komplexní evidence poskytovatelů zdravotních služeb, kteří zdravotní služby poskytují na základě tzv. registrace. Bude proto nutné tyto informace získat z jednotlivých analogových spisů vedených krajskými úřady. Vnímáme proces přeregistrace za prospěšný (minimálně z důvodu sjednocení vykazování druhu poskytované péče a kontroly poskytovatelů), nicméně by tato povinnost měla být uložena samotným poskytovatelům zdravotních služeb. Řízení by tak mělo být zahajováno na žádost, která s sebou přinese i povinnost uhradit správní poplatek. Tento alespoň částečně pokryje náklady správních orgánů na výkon uvedené agendy. Dosud poskytovatelé, kteří požádali o přeregistraci, správní	**Vysvětleno.** Přetrvávající existenci registrací vnímá ministerstvo jako zásadní problém, proto opětovně přistupuje k jejich eliminaci prostřednictvím přeregistrací. Podmínky pro poskytování zdravotních služeb platí stejně tak pro poskytovatele na základě oprávnění dle zákona o zdravotních službách, jako i pro poskytovatele na základě registrace vydané podle předešlé právní úpravy. Poskytuje-li poskytovatel zdravotní služby na základě registrace, aniž by u něj krajský úřad v rámci dozorčí či kontrolní činnosti shledal jakékoli pochybení či nesplnění podmínek, vychází se z předpokladu, že podmínky pro poskytování zdravotních služeb splňuje a nemusí tedy ničeho dokládat. Ministerstvo zdravotnictví si uvědomuje některé problematické aspekty spojené s přeregistračním řízením vedeným z moci úřední, nicméně i s ohledem na judikaturu Ústavního soudu (srov. Pl. ÚS 1/12) volí toto řešení.

	poplatek ve výši 1000 Kč hradili. Je rovněž neoddiskutovatelné, že povinná přeregistrace s sebou přinese enormní administrativní zátěž na krajské úřady a s tím související reálné riziko nedodržování správních lhůt. Z navrženého znění není zřejmé: o Jak správní orgán bez součinnosti poskytovatele ZS v řízení z moci úřední vymezí v oprávnění rozsah zdravotních služeb, které jsou v registraci vymezeny zcela odlišně. o Co se stane v případě, kdy proces přeregistrace nebude možné dokončit? (např. z důvodu, že poskytovatel ZS nebude splňovat požadavky na personální či technické vybavení zdravotních služeb vymezených v novém oprávnění, popř. z důvodu „nesoučinnosti“ poskytovatele ZS, apod.). o Navržená úprava přinese zvýšené náklady krajů na zajištění personálu pro uvedenou agendu.	V navrženém znění nebude přeregistrace zatížena správním poplatkem, jelikož se bude jednat právě o postup příslušných správních orgánů z moci úřední. K dílčím dotazům: - K vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb: Ministerstvo zdravotnictví má za to, že ve velké většině případů vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb problémem nebude. Ve zbylé oblasti je připraveno krajským úřadům poskytovat metodické vedení. - Nebude-li možné proces přeregistrace dokončit z důvodu, že poskytovatel nesplní podmínky pro poskytování zdravotních služeb, řízení se zastaví, nicméně v takovém případě je na místě dále řešit zjištěnou skutečnost, že poskytovatel tyto podmínky nesplňuje. Neplnění podmínek k poskytování zdravotních služeb je důvodem pro změnu, pozastavení či odejmutí jak oprávnění, tak i registrace.
Liberecký kraj PhDr. Alena Riegerová, tel.: 485 226 550, alena.riegerova@kraj-lbc.cz	**K Důvodové zprávě, obecná část, bod 14:** V důvodové zprávě se uvádí, že je očekáván pozitivní dopad na výkon přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví, neboť dílčím cílem navrhované novely je právě odbourání administrativní zátěže, a to nejen pro poskytovatele, tak pro příslušné správní orgány. Navrhovaná změna v přechodném ustanovení č. 3 jde proti tomuto zdůvodnění, a naopak bude správní orgány neúměrně a zbytečně zatěžovat, zvlášť, pokud se týká pouze o formální změnu názvu a přepsání slova registrace za oprávnění. **Zásadní připomínka.**	**<u>Vzato na vědomí.</u>** Ministerstvo zdravotnictví bere připomínku na vědomí, nicméně přetrvávající existenci registrací vnímá jako zásadní problém (zejména s ohledem na evidenční překážky v rámci NRPZS), proto opětovně přistupuje k jejich eliminaci prostřednictvím přeregistrací.
	K § 15, odst. 2: Požadujeme upřesnit, zda zápis rozsahu činností vymezených v závazném stanovisku SÚKL bude prováděn v rámci jiných změn nebo PZS musí o zápis rozsahu	**<u>Vysvětleno.</u>**

	činností požádat samostatně. Dále není jasné, zda PZS bude žádat dle §20a nebo oznamovat změnu dle §21 ZZS. **Zásadní připomínka.**	Nová úprava se bez dalšího neuplatní na stávající oprávnění, nicméně do budoucna (při řízení o udělení nového oprávnění, resp. při změně již stávajícího oprávnění na žádost poskytovatele, bude-li předmětem této žádosti změna rozsahu poskytovaných zdravotních služeb), není a priori potřebné stávající oprávnění z moci úřední na základě nové úpravy otevírat.
	K § 93, odst. 1, odst. 2: Požadujeme doplnit znění odstavce 1) následovně: Proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami může podat stížnost, **a to do 3 let ode dne, ve kterém nastala skutečnost rozhodná pro podání stížnosti**. Odůvodnění: Navrhujeme dobu takto omezit, a to vzhledem k dohledávání skutkové podstaty při šetření stížnosti s delším časovým odstupem od doby, kdy se stala. Např. Disciplinární řád ČLK omezuje lhůtu jedním rokem. V odstavci 2) se uvádí: Pokud osoba, která podala stížnost podle odstavce 1 (dále jen „stěžovatel“), s jejím vyřízením nesouhlasí, může ve lhůtě 60 dnů ode dne doručení jejího vyřízení podat stížnost příslušnému správnímu orgánu. Zároveň uvede důvody nesouhlasu s vyřízením stížnosti podle odstavce 1. Stížnost podle věty první lze podat i tehdy, není-li stížnost podle odstavce 1 vyřízena ve lhůtě podle odst. 3 písm. b). **Toto znění neřeší situace, kdy poskytovatel stěžovateli neodpoví vůbec, kdy nelze počítat lhůtu, ani případ, pokud stěžovatel doručí správnímu orgánu po této lhůtě. Požadujeme uvést, jaký bude postup správního orgánu**. **Zásadní připomínka.**	**Neakceptováno, vysvětleno.** Ad návrh k § 93 odst. 1: Ministerstvo zdravotnictví se možností stanovení této lhůty opakovaně zabývalo, nicméně nepovažuje jí za vhodnou. Jednak se jedná o lhůtu, která se uplatní na podání stížnosti poskytovateli, nikoli správnímu orgánu. Dále i při stanovení této lhůty se pak stěžovatel může se svou věcí obrátit na krajský úřad, který se pak takovým podáním bude muset zabývat jako podnětem ke kontrole, což představuje procesně složitější postup než vyřízení stížnosti. Z těchto důvodů Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje stanovení této lhůty za účelné. Ad návrh § 93 odst. 2: Pokud poskytovatel, proti kterému stížnost směřuje, stížnost nevyřídí vůbec, tak platí, že tuto stížnost nevyřídil ani ve lhůtě podle § 93 odst. 3 písm. b) ZZS a stěžovatel se v těchto případech pak může obrátit na správní orgán. Ministerstvo zdravotnictví neshledává problém v takto navrženém ustanovení.
	K § 44c) odst. 3, písm. a): Požadujeme upravit tak, aby Centra duševního zdraví se specifickým zaměřením na osoby s	**Akceptováno.**

	nařízeným ochranným léčením nebyla zatížena přílišnou tvrdostí zákona, což by působilo personální obtíže. Návazně pak upravit i vyhlášku č. 99/2012 Sb. Odůvodnění: Ochrannou protialkoholní a protitoxikomanickou léčbu mohou provádět všichni lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie. Pouze ochranná léčba sexuologická je vázána na lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v nástavbovém oboru sexuologie. Pro každého psychiatra je „závislost“ stejná diagnóza jako jakákoliv jiná např. psychóza či afektivní porucha. Tzn., že ne všechna CDZ s nařízeným ochranným léčením musí mít sexuologa. **Zásadní připomínka.**	Upraveno dle připomínky.
	Přechodné ustanovení č. 3: Požadujeme odstranění přechodného ustanovení č. 3 Odůvodnění: Zavádí se opět „přeregistrace“, která bude znamenat enormní administrativní zátěž pro KÚ. Tímto byly KÚ již jednou zatíženy v roce 2012, kdy žádosti dle § 121, odst. 5 přijímaly a po zásahu Ústavního soudu je musely usnesením zastavovat a vracet správní poplatky! I když se uvádí, že bude provedena tzv. mandatorní přeregistrace držitelů dosud platných registrací podle zákona č. 160/1992 Sb., a to za nových podmínek, za účelem minimalizace jakýchkoli administrativních i finančních nákladů na straně poskytovatelů, není jednoznačné, zda správní orgán nebude muset poskytovatele vyzývat k doložení určitých dokladů, které nebyly součástí registrace dle z. 160/1992 Sb. Poklud dojde pouze k přepsání slova registrace na oprávnění, nebudou doložené doklady odpovídat skutečnému stavu (např. provozní řády oborům apod., doložené vzdělání). **Zásadní připomínka.**	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví bere připomínku na vědomí, nicméně přetrvávající existenci registrací vnímá jako zásadní problém (zejména s ohledem na evidenční překážky v rámci NRPZS), proto opětovně přistupuje k jejich eliminaci prostřednictvím přeregistrací.
Moravskoslezský kraj silvie.janeckova@msk.cz	1. V § 19 odst. 5 zákona v poslední větě navrhujeme zrušit text „zaslat příslušnému správnímu orgánu doklad prokazující	**Neakceptováno.**

	podání návrhu na zápis do rejstříku do 15 dnů ode dne podání návrhu a dále“. <u>Odůvodnění:</u> *V praxi je tato povinnost neživotná, pro účely vydání rozhodnutí o udělení oprávnění je žadatelem správnímu orgánu dokládán notářský zápis o založení společnosti a pro účely daného řízení správní orgán považuje za zbytečné doložení dokladu, že návrh do OR byl podán (jedná se o zbytečnou administrativu jak pro žadatele, tak i pro správní orgán). Pro správní orgán je dostačující oznámení, že právnická osoba je již do rejstříku zapsána, neboť od tohoto se odvíjí zahájení poskytování zdravotních služeb. Poskytovatelé již toto v praxi dělají a správnímu orgánu oznámí zápis do OR, což vede ke změně rozhodnutí v souvislosti s doplněním IČO.*	Ustanovení § 19 odst. 5 ZZS (včetně zapracovaných dílčích změn zní: *„Pokud bylo právnické osobě, která vzniká dnem zápisu do obchodního nebo jiného zákonem určeného rejstříku, vydáno rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do rejstříku, vznikne této právnické osobě právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do rejstříku. Pokud bylo právnické osobě se sídlem mimo území České republiky, která se zapisuje do obchodního rejstříku, vydáno rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb před zápisem do obchodního rejstříku, vznikne této právnické osobě právo poskytovat zdravotní služby dnem zápisu do obchodního rejstříku. <u>Nepodá-li právnická osoba uvedená ve větě první nebo druhé návrh na zápis do rejstříku ve lhůtě 90 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění</u>* nebo *nebyl-li zápis proveden do 90 dnů ode dne podání návrhu na zápis, <u>oprávnění zaniká uplynutím této lhůty.</u> <u>Právnická osoba je povinna zaslat příslušnému správnímu orgánu doklad prokazující podání návrhu na zápis do rejstříku do 15 dnů ode dne podání návrhu</u> a dále ~~doklad o tom~~ **oznámit příslušnému správnímu orgánu**, že právnická osoba byla zapsána do rejstříku, a to do 15 dnů ode dne provedení zápisu.“* Ministerstvo zdravotnictví nesdílí názor připomínkového místa, že dotčená povinnost neživotná, naopak je esenciální pro zjištění, zda oprávnění nezaniklo ex lege, jelikož poskytovatel (právnická osoba) nedostál své povinnosti podat návrh na zápis do veřejného rejstříku v 90denní lhůtě od právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění. Z těchto důvodů nelze připomínku akceptovat.
	2. V § 57a zákona navrhujeme doplnění věty reagující na skutečnost, že v případě, kdy v průběhu přerušení poskytování zdravotních služeb předá příslušný správní orgán originál zdravotnické dokumentace podle § 57 odst. 3 písm. d) novému	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Pokud postupem podle § 57a dojde k předání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jinému poskytovateli,

	poskytovateli, kterého si pacient zvolil, nevztahuje se na původního poskytovatele, který měl přerušené poskytování zdravotních služeb, povinnost uchovávat dokumentaci podle § 53. *<u>Odůvodnění:</u>* *Nové ustanovení § 57a by v praxi znamenalo, že v případě přerušení poskytování zdravotních služeb poskytovatele, za splnění dalších podmínek, by zdravotnickou dokumentaci jeho pacientů převzal správní orgán. Správní orgán by pak tuto dokumentaci na základě žádosti pacienta předal nově zvolenému poskytovateli (originál jeho zdravotnické dokumentace). Poté, co by však došlo k ukončení přerušení, by původní poskytovatel pokračoval v poskytování zdravotních služeb, ale již by tento originál zdravotnické dokumentace neměl k dispozici, a tudíž by tuto nemohl ani v souladu se zákonem archivovat po stanovenou dobu. V možnostech správního orgánu není v takovýchto situacích pořizovat pouze výpisy a originál dokumentace pacienta, který přešel k novému poskytovateli, vrátit zpátky poskytovateli původnímu, který pokračuje v poskytování. Toto ani není záměrem daného ustanovení.* *Uvedená situace je odlišná od případu, kdy původní poskytovatel zcela skončil, a tedy již do budoucna jako poskytovatel nebude vystupovat.*	v zásadě se tím jedná o suplování povinnosti podle § 26 odst. 3, je tedy nesporné, že v případě pokračování v poskytování zdravotních služeb se následně dokumentace vydaná jiným poskytovatelům nevrací, jelikož si pacient v mezidobí vybral jiného poskytovatele (s ohledem na jeho právo na svobodný výběr poskytovatele zdravotních služeb). Ministerstvo zdravotnictví tak v tomto ohledu neshledává výkladový problém popisovaný připomínkovým místem.
	3. V § 77a odst. 5 navrhujeme mezi osoby, kterým je obsah Národního registru hrazených zdravotních služeb přístupný, doplnit také oprávněné zaměstnance správního orgánu, a to za účelem šetření stížností podle zákona o zdravotních službách (v daném ustanovení by se tak vložilo nové písmeno). *<u>Odůvodnění:</u>* *V praxi se při šetření stížnosti správní orgán často setkává s nesouhlasem a podněty, kdy byly pacientům chybně nebo duplicitně hrazeny některé služby, případně byla po nich*	**<u>Neakceptováno.</u>** NRHZS je součástí NZIS a jedná se o sekundární zpracování údajů primárních ze zdravotnické dokumentace. Není tedy shledán důvod pro zpřístupnění NRHZS za účelem šetření stížností.

	požadována přímá úhrada. Příslušným k šetření uvedené problematiky je primárně zdravotní pojišťovna, ale mnohdy je potřeba, aby se i správní orgán v rámci šetření stížnosti v rámci své působnosti k tomuto vyjádřil, avšak zdravotní pojišťovny bez zbavení povinnosti mlčenlivosti pacientem/stěžovatelem tyto informace odmítají poskytnout.	
	4. Ustanovení § 93 odst. 2 zákona navrhujeme doplnit ustanovení tak, aby příslušný správní orgán měl možnost zjistit, kdy bylo vyřízení stížnosti poskytovatelem doručeno stěžovateli. <u>Odůvodnění:</u> *V praxi poskytovatelé stížnosti vyřizují e-mailem, resp. poštovní zásilkou (nikoli doporučenou) a nelze tak zpětně dohledat konkrétní datum doručení stížnosti. Mnohdy ani stěžovatelé nemají k dispozici doklad o doručení, pouze samotný výsledek prošetření, na který reagují (uplatňují námitky). Dané ustanovení neobsahuje řešení situace, kdy nebude možno zjistit datum prokazatelného doručení. Přikláníme se k tomu, že uvedené by mělo jít k tíži poskytovatele, a pokud tento nebude schopen prokázat doručení vyřízení stížnosti, měla by tato být prošetřena správním orgánem, avšak i zde navrhujeme uplatnit nejzazší termín pro přijetí.*	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví k této připomínce uvádí, že dle navržené úpravy jde důkazní břemeno doručení za poskytovatelem zdravotních služeb. Poskytovatel zdravotních služeb pak bude muset prokázat vyřízení stížnosti v zákonné lhůtě.
	5. V § 119 odst. 2 zákona navrhujeme v textu „účelně vynaložených nákladů a přiměřená odměna“ nahradit spojku „a“ spojkou „nebo“. <u>Odůvodnění:</u> *Pokud je již poskytována náhrada mzdy nebo platu a účelně vynaložené náklady (např. cestovné), považujeme za nadbytečné doplňovat i přiměřenou odměnu. Naopak tuto odměnu lze použít bez dalšího, pokud by bylo administrativně či jinak náročné zjišťovat výši mzdy, resp. platu nezávislých*	**<u>Neakceptováno.</u>** Ustanovení se upravuje tak, aby byl výkon funkce nezávislých odborníků/nezávislých odborných komisí pro odborné zdravotnické pracovníky zajímavější. Takto upravené ustanovení umožňuje příslušným správním orgánům poskytnout za výkon těchto funkcí adekvátní odměnu.

	odborníků. Přiměřená odměna by mohla být paušální částkou za účast např. na nezávislé odborné komisi atd.	
	6. V § 79 odst. 5 zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění účinném od 1. 1. 2025, navrhujeme odstranit znění pod písmenem l), tj. textu „u centra duševního zdraví rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v oborech zdravotní péče pro centrum duševního zdraví“. <u>*Odůvodnění:*</u> *Podle § 44d návrhu novely zákona o zdravotních službách musí být poskytovatel zřizující centrum duševního zdraví držitelem registrace k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví podle zákona o sociálních službách nebo musí tyto sociální služby zajišťovat prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb, který je držitelem této registrace. V návaznosti na toto je navrhována změna zákona o sociálních službách, kdy je navrhováno odstranění § 79 odst. 1 písm. h).* *Pokud jsou tyto změny odrazem postupu, že žadatel o oprávnění k poskytování zdravotních služeb centra duševního zdraví již musí být držitelem registrace podle zákona o sociálních službách, pak je nezbytné odstranit i § 79 odst. 5 písm. l), neboť by mohlo dojít k zacyklení. Nemohlo by být vydáno oprávnění k poskytování zdravotních služeb bez doložení registrace podle zákona o sociálních službách, naopak ale zákon o sociálních službách požaduje k vydání registrace podle zákona o sociálních službách doložit již vydané oprávnění k poskytování zdravotních služeb.*	**<u>Akceptováno.</u>** Ustanovení § 79 odst. 5 písm. l) zákona o sociálních službách vypuštěno.
Olomoucký kraj Mgr. Olga Nepšinská o.nepsinska@olkraj.cz, tel.: 585 508 451, Mgr. Bc. Zbyňek Vočka	**1. <u>K Čl. I. bodu 79. (§ 44a ZZS):</u>** Dle paragrafového znění jsou v hospici poskytovány pacientům a jejich osobám blízkým zároveň i sociální služby podle zákona o sociálních službách	**<u>Vysvětleno.</u>** Jedná se pouze o specifikaci stávajícího znění, které bylo vyhodnoceno jako příliš obecné. Specifikace vychází z odůvodnění pozměňovacího návrhu k návrhu předcházející

zbynek.vocka@olkraj.cz tel.: 585 508 217	dle § 37 odst. 3 a 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Textace části ustanovení za středníkem nasvědčuje tomu, že je nezbytné, aby současně byla poskytována zdravotní služba a odborné sociální poradenství. Je tedy stanovena povinnost poskytovat odborné sociální poradenství pacientům a jejich blízkým v hospici včetně povinnosti registrovat se jako poskytovatel sociálních služeb? Vhodnější by bylo zakotvení možnosti poskytovat odborné sociální poradenství v hospici. Základním principem poskytování sociálních služeb je dobrovolnost využití služeb za splnění předpokladu existence nepříznivé sociální situace (a poskytování zdravotní péče v hospici nemusí být vždy nutně spojeno s nepříznivou sociální situací pacienta). Pokud mají být cílovou skupinou sociálních služeb též osoby pacientovi blízké, považujeme za nezbytné v tomto smyslu upravit též § 37 zákona o sociálních službách (lépe však cílit na osoby pečující). **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	novely zákona o zdravotních službách, který do tohoto zákona úpravu hospiců zavedl. Pro poskytovatele provozující lůžkový hospic se nicméně touto změnou ničeho nemění, nevzniká jim povinnost registrace sociální služby a využívání odborného sociálního poradenství je pouze možností, nikoli povinností, a to v souladu s popisovaným principem dobrovolnosti. V návaznosti na tuto připomínku nicméně byla pro jednoznačnost právní úpravy částečně upravena textace ustanovení § 44a za středníkem. Úprava § 37 zákona o sociálních službách se v tomto ohledu nejeví jako nezbytná (nad rámec již navržené terminologické změny). Registrace sociální služby ale povinností poskytovatele není.
	2. <u>K Čl. I. bodu 81. (§ 44b odst. 3 ZZS):</u> Ustanovení nekoresponduje se zněním § 70a zákona o sociálních službách s účinností od 1. 1. 2025, podle kterého je poskytována sociální služba osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování, ne však již jejich blízkým. **§ 70a** **Centrum duševního zdraví** (1) Centrum duševního zdraví poskytuje osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, sociální služby podle odstavce 3 a zdravotní služby v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o zdravotních službách (dále jen „služby centra duševního zdraví“). (2) Služby centra duševního zdraví jsou poskytovány prostřednictvím pracovníků uvedených v § 115 odst. 1 písm. a), b) a e) a zdravotnických pracovníků centra duševního zdraví	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví není toho názoru, že ustanovení § 44b odst. 3 zákona o zdravotních službách nekoresponduje s § 70a zákona o sociálních službách. Úprava center duševního zdraví v zákoně o zdravotních službách upravuje primárně zdravotní složku poskytované péče, která je určena pouze pacientům na základě indikace péče. Koncept centra duševního zdraví je ale nastaven a pilotován na osoby s duševním onemocněním v riziku duševního onemocnění i na jejich osoby blízké. Připomínka byla ale projednána i s MPSV, přičemž bude vydáno metodické doporučení k bližšímu vymezení cílové

	podle zákona o zdravotních službách a v jejich úzké součinnosti. (3) Služby centra duševního zdraví jsou poskytovány v terénní nebo ambulantní formě, přičemž obsahují tyto základní činnosti: a) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, e) sociálně terapeutické činnosti. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	skupiny, a to i s ohledem na nastavený informační systém pro registraci sociálních služeb.
	3. <u>K Čl. I. bodu 87. (§ 44f ZZS):</u> Není zřejmé, jakou zdravotní péči má centrum zajišťovat, péče definovaná v odst. 2 navrhovaného § 44f směřuje do oblastí zajišťovaných sociálními službami. Z textace § 44f lze dovozovat, že se jedná o alternativu odlehčovacích služeb podle zákona o sociálních službách. Pro zajištění uvedené péče považujeme za dostačující stávající právní úpravu odlehčovacích služeb podle ustanovení § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	**<u>Vysvětleno.</u>** Jedná se skutečně o alternativu odlehčovacích služeb dle zákona o sociálních službách, jedná se o specifickou formu respitní péče po dětské pacienty vyžadující i v rámci tohoto respitu péči v rámci (krátkodobé) hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (nikoli zařízení sociálních služeb).
	5. <u>K Čl. V. bodům 1. – 5. (§ 7 odst. 2, § 16 odst. 1, § 21 odst. 2 písm. d), § 21a odst. 2, § 29 odst. 1 písm. b) ZSS):</u> Ustanovení řeší pobírání příspěvku na péči v případě poskytování zdravotní péče v centru komplexní péče o děti a v hospici, přestože dále v zákoně o sociálních službách není řešeno, na co má (může) být příspěvek na péči využit, když ve zdravotních službách nejsou poskytovány základní činnosti sociálních služeb. Již v současné době je problematické přijímání příspěvku na péči a jeho využití v dětských domovech a speciálních	**<u>Nad rámec návrhu.</u>** Úprava využití příspěvku na péči není předmětem tohoto návrhu a *a priori* není ani v gesci Ministerstva zdravotnictví, nýbrž v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí.

	lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu, když příspěvek na péči není v těchto zařízeních využit na zajištění základních činností sociálních služeb, není tak fakticky zřejmé, jak byl využit. Pokud má být i nadále umožněno využívání příspěvku na péči v těchto zařízeních, považujeme za nezbytné výslovně upravit jeho využití, a tím vyjasnit i podmínky pro kontrolu využití příspěvku na péči. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	
	6. K Čl. V. bodu 6. (§ 37 odst. 3 ZSS): V návaznosti na připomínku k čl. I. bodu 79 považujeme za nezbytné vyjasnit okruh osob, kterým mohou (musí) být odborné sociální poradenství poskytováno. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	**Vysvětleno.** Viz výše.
	7. K Čl. V. bodu 7. (§ 79 odst. 1 ZSS): S ohledem na novelizaci § 79 odst. 1 písm. h) navrhujeme současně vypustit v § 79 odst. 5 písm. l) v tomto znění: ~~l) u centra duševního zdraví rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v oborech zdravotní péče pro centrum duševního zdraví,~~ a to ze stejných důvodů, pro které je vypuštěno písm. h) v odst. 1 § 79 zákona v podobě účinné od 1. 1. 2025. **Tuto připomínku považujeme za zásadní.**	**Akceptováno.** Ustanovení vypuštěno.
Pardubický kraj Mgr. Pavlína Venzarová, MPA, pavlina.venzarova@pardubickykraj.cz, 466026170 JUDr. Jaroslav Fejt, jaroslav.fejt@pardubickykraj.cz, 466026143	1) Návrh zavádí Centrum komplexní péče o děti, v němž je nezletilým pacientům se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním poskytována dlouhodobá lůžková péče a stacionární péče. Poskytovatelé zřizující centra komplexní péče o děti mohou poskytovat i zdravotní lůžkovou respitní (odlehčovací) péči. Současně je měněn zákon o veřejném zdravotním pojištění, kdy je stanoveno, že lůžková péče poskytovaná centrem komplexní péče o děti dětem se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním na základě indikace ošetřujícího lékaře a na žádost zákonného zástupce nebo jiné oprávněné osoby podle zákona o zdravotních službách za účelem umožnění odpočinku	**Vysvětleno.** Úhradu péče poskytované centry komplexní péče o děti nelze směšovat s úhradou péče poskytované dětskými domovy pro děti do tří let, které představují z pohledu zákona zcela jiné zařízení s jinou legislativní úpravou, na čemž nic nemění věcný předpoklad, že malá část těchto dětských domovů se v budoucnosti transformuje právě na centra komplexní péče o děti. Pokud jde o úhradu dlouhodobé lůžkové péče a stacionární péče poskytované centry komplexní péče o děti z veřejného

	a odlehčení žadatele a podpory další péče o dítě v jeho vlastním sociálním prostředí je hrazenou službou po dobu nejvýše 14 dnů za kalendářní rok. Z výše uvedeného vyplývá, že úhrada zdravotní péče, poskytované v Centrech komplexní péče o děti, z veřejného zdravotního pojištění se týká pouze respitní (odlehčovací) péče a nikoliv již dlouhodobé lůžkové péče a stacionární péče. Uvedené tedy půjde i nadále k tíži zřizovatele Centra komplexní péče o děti. Požadujeme, aby tato péče byla alespoň z části hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a to výkonovým typem úhrad. **Tato připomínka je zásadní.** *Odůvodnění:* V dětských centrech jsou poskytovány zdravotní služby, a to na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb, které je udělováno krajským úřadem, v jehož správním obvodu je zařízení a v němž jsou služby poskytovány. Tomu odpovídá také povinné personální zabezpečení, které tvoří odborný tým zdravotnických pracovníků – pediatr, dětské sestry, fyzioterapeut, klinický psycholog, zdravotně sociální pracovník a sestra se specializací ve výchovné péči. V současné době se činnost těchto center posouvá směrem k péči o děti s těžkým zdravotním postižením. V rámci zdravotního systému je často návazným stupněm zdravotní služby, která přebírá dítě z nemocnice nebo porodnice do dlouhodobé chronické péče. Jedná se o následnou ošetřovatelskou péči, jejímž účelem je udržení a podpora zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou jejich zdravotního stavu, a to včetně paliativní a hospicové péče. Cílem je zmírňování utrpení a zachování kvality života dítěte, které trpí nevyléčitelnou nemocí. Takováto péče není omezena	zdravotního pojištění, ta vyplývá z obecného ustanovení § 13 odst. 2 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého jsou hrazeny vyjmenované druhy zdravotní péče, a to ve všech formách jejího poskytování. Podle názoru předkladatele toto obecné ustanovení v kontextu ostatních ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění dopadá i na péči, kterou budou poskytovat centra komplexní péče o děti, a tato péče tedy bude z veřejného zdravotního pojištění hrazena na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou. Pro stacionární péči pak ještě je relevantní § 22 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého hrazenou službou je také péče ve stacionářích. Zákon úhradový mechanismus nepředjímá, nicméně lze předpokládat, že pro dlouhodobou lůžkovou péči půjde o úhradu ošetřovacím dnem a pro stacionární péči o výkonovou či balíčkovou úhradu.

	časem, běžně trvá i několik let, což je důvodem dlouhodobých pobytů těchto dětí v zařízení. Tyto děti vyžadují velmi intenzivní 24 hodinovou ošetřovatelskou péči – podávání kyslíku, sledování životních funkcí s okamžitým řešením změn, časté odsávání a čištění dýchacích cest, péči o kůži s prevencí proleženin, polohování, denní rehabilitaci, pravidelné podávání medikace, šetrné krmení s využitím alternativních metod. Jsou to nepohyblivé, ležící děti s těžkou psychomotorickou retardací, nekomunikující, s progredujícím onemocněním a s tzv. infaustní (smrtelnou) prognózou. Jedná se o děti se závažnými diagnózami, které jsou trvale upoutané na lůžko, často vyživované PEG, tracheostomované. Pro tyto děti jsou umožněny neomezené návštěvy i s možností ubytování rodiny pro delší setkání. Jsou zacvičováni v ošetřovatelských technikách, a pokud to dovolí zdravotní stav dítěte, mohou si je brát na určitou dobu domů, dle přání doprovázet k vyšetřením v odborných poradnách. Na rozdíl od ostatních zdravotních služeb v České republice, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, je ale v tomto případě úhrada zdravotních služeb zajišťována pouze z rozpočtu zřizovatele zařízení, kterým je obvykle kraj. Okrajovým zdrojem financování je příspěvek rodiče nebo jiné osoby odpovědné za výchovu dítěte podle § 44 zákona o zdravotních službách. Většina dětských center financuje také část svých nákladů ze soukromých darů fyzických a právnických osob. Veřejné zdravotní pojištění se na financování zdravotních výkonů prováděných v rámci těchto služeb vůbec nepodílí, a to i přesto, že do systému veřejného zdravotního pojištění za tyto pojištěnce stát platbu odvádí. Tato skutečnost se jeví jako nespravedlivá diskriminace vybrané skupiny pojištěnců, obzvlášť, jsou-li to děti, které bez svého zavinění potřebují velký podíl zdravotní péče.	

Plzeňský kraj Mgr. Luboš Šimek, 377 195 796, lubos.simek@plzensky-kraj.cz	**Zásadní připomínka:** 1. Ke znění ustanovení § 8: *„Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče.“* Toto ustanovení není předmětem změny, ale přesto KÚ PK navrhuje, aby byla stanovena místní dostupnost (max. dojezdová doba) akutní lůžkové péče. Jde o případy, kdy je jednodenní péče poskytována poskytovateli, kteří nemají akutní lůžkovou péči v rámci svého zdravotnického zařízení a akutní péči zajišťují smluvně u jiného poskytovatele.	**Vzato na vědomí jako podnět.** Uvedená problematika není předmětem této novely, nicméně Ministerstvo zdravotnictví se problematikou jednodenní péče komplexně zabývá a zvažuje provedení koncepčních změn v této oblasti v budoucnosti.
	Zásadní připomínka: 2. Ke znění ustanovení § 19 odst. 4: *„Příslušný správní orgán zaznamená udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb do 3 dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí....“* Odůvodnění: Lhůta 3 dnů pro záznam rozhodnutí o udělení, změně či odejmutí oprávnění do NRPZS pro správní orgány (od data nabytí právní moci rozhodnutí) je pro správní orgán těžko v praxi realizovatelná, a to z důvodu nemoci, dovolené či vytíženosti zodpovědné úřední osoby. **Lhůtu je třeba prodloužit na 15dnů, stejně jako je uvedena lhůta pro odesílání písemného stejnopisu rozhodnutí místně příslušnému správci daně vykonávajícímu správu daně z příjmů a místně příslušné okresní správě sociálního zabezpečení, příslušné komoře.**	**Neakceptováno.** Lhůta 3 pracovních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí byla stanovena zákonem č. 326/2021 Sb. s účinností od 1. ledna 2022 a Ministerstvo zdravotnictví v tuto chvíli neshledává potřebu jejího opětovného prodloužení zpátky na 15 dnů.
	Zásadní připomínka: 3. Ke znění ustanovení § 20a): **„**Žádost o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k	**Neakceptováno.** Adresa sídla poskytovatele zdravotních služeb zůstává jako náležitost rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování

	poskytování *zdravotních služeb podá příslušnému správnímu orgánu poskytovatel v případě zamýšlené změny .....b) adresy ~~sídla a~~ místa, popřípadě míst poskytování zdravotních služeb, adresy místa pracoviště poskytovatele zdravotnické záchranné služby,.....“* KÚPK navrhuje, aby žádost o změnu rozhodnutí o udělení oprávnění k PZS obsahovala i adresu sídla poskytování zdravotních služeb. Argument, uvedený v důvodové zprávě k ZZS, že se jedná o úpravu, která zohledňuje skutečnost, že ZZS nepracuje s institutem „sídla poskytování zdravotních služeb“ nepovažuje KÚPK za relevantní, resp. považuje ho za absurdní, neboť meziresortní připomínkové řízení má za cíl vypořádávat různé námitky a podněty, a to za situace, kdy byla shledána nutnost vytvoření nové právní úpravy, a byl promyšlen konkrétní legislativní záměr. V praxi se často stává, že adresa sídla a adresa místa PZS jsou odlišné, proto by bylo žádoucí, aby zákon o ZS s institutem sídla začal pracovat.	zdravotních služeb zachována. V případě změny sídla poskytovatele zdravotních služeb bude poskytovatel oznamovat tuto změnu v režimu § 21, tedy jako oznamování „ostatních“ změn neuvedených výslovně v § 20a.
	Zásadní připomínka: 4. Ke znění ust. § 39 odst. 4 písm. c): *„Poskytovatel je povinen vést evidenci použití omezovacích prostředků, která obsahuje alespoň souhrnné údaje za kalendářní rok o celkovém počtu pacientů, kteří byli omezeni,..... Použití omezovacího prostředku se zaznamená do evidence nejpozději do 60 dnů ode dne jeho použití."* KÚPK považuje tuto lhůtu za nepřiměřeně dlouhou a nevidí důvod pro stanovení takto dlouhé lhůty. KÚPK navrhuje, aby se použití omezovacího prostředku zaznamenalo do evidence nejpozději do jednoho dne ode dne jeho použití, neboť se dá předpokládat, že za dva měsíce ode dne použití omezovacího prostředku, si zdravotnický pracovník nebude (nemusí) pamatovat, jaký omezovací prostředek a příp., u jakého konkrétního pacienta, byl použit.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Nutno odlišit „evidenci použití omezovacích prostředků“ od záznamu o omezení ve zdravotnické dokumentaci, kde musí být incident dokumentován bez prodlení. Lhůta pro evidenci použití omezovacích prostředků, čili administrativní zpracování statistických údajů, je uvedena jako nejzazší. Nic nevylučuje provést evidenci v kratší době. Za optimální považujeme, pokud nemocniční informační systém dokáže zajistit evidenci přímo ze záznamů ve zdravotnické dokumentaci.

	Zásadní připomínka: 5. Ke znění ustanovení § 45 odst. 4: „*Poskytovatel je povinen informovat osobu určenou pacientem podle § 33 odst. 1, že pacient svévolně opustil zdravotnické zařízení lůžkové péče. Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, poskytovatel informuje jeho zákonného zástupce nebo opatrovníka. Poskytovatel rovněž informuje Policii České republiky v případech, kdy přerušením poskytování zdravotních služeb pacientovi podle věty první je vážně ohroženo jeho zdraví nebo život nebo je ohroženo zdraví nebo život třetích osob.“* KÚPK navrhuje, aby do citovaného ustanovení byl vložen text: *„a to bezprostředně poté co se o tomto svévolném opuštění poskytovatel dozvěděl.“*	**Akceptováno.** Ustanovení doplněno.
	Zásadní připomínka: 6. Ke znění ustanovení § 44g odst. 4: „*Nedojde-li k hospitalizaci, poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost pacienta vybavit při propuštění léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu; to neplatí, má-li v čase propuštění pacienta poskytovatel ve zdravotnickém zařízení, v němž se urgentní příjem nachází, zabezpečen výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků ze zdravotnického zařízení lékárenské péče.* § 5 odst. 8 zák. č. 378/2007 Sb., o léčivech stanoví, kdo může vybavit pacienta potřebným množstvím léčivých přípravků. V tomto výčtu chybí pracoviště urgentního příjmu. Nutno oba zákony sjednotit.	**Vysvětleno.** Ustanovení § 44g odst. 4 v návaznosti na tuto a jiné připomínky vypuštěno.
	Zásadní připomínka: 7. Ke znění ustanovení § 47 odst. 1 písm. e):	**Neakceptováno.**

	Poskytovatel jednodenní nebo lůžkové péče je povinen návrh traumatologického plánu podle písmene d) a návrh jeho aktualizace projednat s příslušným správním orgánem, ~~jde-li o fakultní nemocnici, s ministerstvem;~~ podrobnosti o obsahu traumatologického plánu a postup při jeho zpracování a projednání s příslušným správním orgánem ~~nebo ministerstvem~~ stanoví prováděcí právní předpis. KÚPK navrhuje, aby povinnost projednat návrh traumatologického plánu a návrh jeho aktualizace, pokud jde o fakultní nemocnice, s ministerstvem, byla zachována. KÚPK má zato, že se ministerstvo chce své povinnosti zprostit a přenést veškerou zodpovědnost na příslušné správní orgány, byť nejsou zřizovateli fakultních nemocnic, a byť je pravdou, že nad těmito poskytovateli vykonávají příslušné správní orgány dozorovou pravomoc. Avšak s ohledem na to, že fakultní nemocnice jsou v přímé působnosti ministerstva zdravotnictví, mělo by se právě ministerstvo předně k těmto traumatologickým plánům a návrhům jejich aktualizace vyjadřovat.	Navrhovaná změna by nevhodně duplikovala postup dozorčích orgánů. Ministerstvo na základě provádění kontrol výkonu přenesené působnosti neshledává problémy v posuzování traumatologických plánů krajskými úřady a považuje za vhodné, aby i v případě fakultních nemocnic probíhala kontrola traumatologických plánů jednotně krajskými úřady.
	Zásadní připomínka: 8. Ke znění ust. § 117 odst. 3“ KÚPK navrhuje doplnit ustanovení § 117 odst. 3 písm. v) „*nevyřídí stížnost podle § 93 odst. 3 písm. b)“*	**Vysvětleno.** Ministerstvo neshledává potřebu zakotvení tohoto přestupku. Negativním důsledkem nevyřízení stížnosti podle § 93 odst. 1 ze strany poskytovatele je právě možnost obrátit se se stížností na krajský úřad jakožto správní orgán vykonávající kontrolní a sankční pravomoci vůči poskytovatelům zdravotních služeb (srov. § 93 odst. 2).
Středočeský kraj Mgr. Simona Dobisová, telefon 257 280 951, e-mail dobisova@kr-s.cz	1. § 18 odst. 2 písm. a) bod. 12. - doklad prokazující splnění podmínek podle § 44g, jde-li o urgentní příjem Není zřejmé, jak tyto skutečnosti budou poskytovatelé dokládat – co bude přesně vyžadováno. V případě UP I. typu bylo sděleno, že se jedná o rozhodnutí o udělení statusu centra vysoce specializované péče. Pro UP II. typu je tento doklad bezpředmětný, neboť oprávnění má kraj k dispozici (ve vazbě	**Vysvětleno.** Ad § 18 odst. 2 písm. a) bod. 12. – ustanovení míří na splnění podmínek podle § 44g odst. 2 a 3. Veškeré informace, které bude mít krajský úřad k dispozici ze své úřední činnosti, žadatel o udělení oprávnění samozřejmě dokládat nemusí, a to v souladu s principem veřejné správy jako služby veřejnosti a zásady hospodárnosti správního řízení.

	na místní příslušnost), tedy je mu známa skutečnost, zda se jedná o poskytovatele akutní lůžkové péče (viz současně doklady dle § 18 odst. 2 písm. a) bod 4 a 5). § 18 odst. 2 písm. a) bod. 11. - doklad prokazující splnění podmínek podle § 44d, jde-li o centrum duševního zdraví Tento doklad není možné v rámci registrace sociálních služeb získat jinak, než předložit oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách v oborech zdravotní péče pro centrum duševního zdraví – zákon č. 108/2006 Sb., § 79 odst. 1 písm. h), tedy stále platí, že jedno podmiňuje druhé.	§ 18 odst. 2 písm. a) bod. 11. – ustanovení § 79 odst. 1 písm. h) a odst. 5 písm. l) zákona o sociálních službách je tímto návrhem zákona vypuštěno. Tím dochází k odstranění kolize právních úprav.
	2. § 28 – odst. 3 písm. f) - f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, **Navrhujeme:** f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb **a služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění** a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje, Cílem je zakotvit, aby byl pacient seznámen nikoli pouze s cenou z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo částečně hrazených zdravotních služeb, nýbrž aby byl seznámen i s cenou služeb, jež nejsou zdravotními službami, nicméně přímo souvisejí s poskytováním zdravotních služeb, a tyto rovněž nejsou hrazeny nebo jsou hrazeny jenom částečně.	**Akceptováno.**
	3. § 44a V hospici je poskytována léčebná, paliativní a ošetřovatelská lůžková péče nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu onemocnění; těmto pacientům a jejich osobám blízkým jsou zároveň poskytovány i sociální služby podle zákona o sociálních službách66).	**Vysvětleno.** K odstranění možnosti poskytování paliativní péče prostřednictvím mobilních hospiců tímto návrhem v žádném případě nedochází, tzv. mobilní hospice fungují na základě zcela jiného ustanovení § 10 odst. 1 písm. b) zákona o

	Krajskému úřadu není jasné, proč došlo k odstranění možnosti poskytování těchto služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta, neboť terénní péče je sama o sobě nyní velmi podporována. Na území Středočeského kraje toho času již fungují „mobilní hospicové týmy“, které však poskytují péči pouze ve vlastním sociálním prostředí. **Doporučujeme navrátit k předchozímu navrhovanému znění.**	zdravotních službách. Na činnosti mobilních hospiců se tedy ničeho nemění.
	4. § 44f – centrum komplexní péče o děti. Předpokládáme, že pokud bude poskytována dlouhodobá lůžková péče v těchto centrech, tak bude hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Avšak vzhledem ke skutečnosti, kdy dle zákona budou moci tato centra poskytovat i respitní péči, a to až v rozsahu 60 dní za každých 12 po sobě jdoucích měsíců dochází k rozporu s navrženým zněním § 15 zákona č. 48/1997, kdy má být toto péčí hrazenou do bodu nejvýše 14 dní za kalendářní rok. Jakým způsobem budou hrazeny zbylé dny? **Stejně jako u lůžkových hospiců bychom navrhovali uplatnit možnost využití příspěvku na péči.**	**Vysvětleno.** Péče podle § 44f odst. 2 poskytována nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění bude hrazena přímo pacientem.
	6. § 44g odst. 4 Nedojde-li k hospitalizaci, poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost pacienta vybavit při propuštění léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu; to neplatí, má-li v čase propuštění pacienta poskytovatel ve zdravotnickém zařízení, v němž se urgentní příjem nachází, zabezpečen výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků ze zdravotnického zařízení lékárenské péče. Na území Středočeského kraje zejména ve městech, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba či zřízen urgentní příjem je lékárenská péče zabezpečena jinými poskytovateli v dosahu těchto zařízení, a to zpravidla v prodloužených otevíracích hodinách cca do 20:00. Pokud je tedy tato lékárna v dosahu daného zařízení (např. 15 min.), považujeme za zcela bezpředmětné v této době uložení povinnosti vybavit pacienta	**Akceptováno jinak.** Ustanovení § 44g odst. 4 v návaznosti na tuto a další připomínky vypuštěno.

	léčivými přípravky v rámci ošetření. Tuto povinnost chápeme ve chvíli, kdy již lékárna v dosahu zabezpečena není. **Návrh úpravy:** Nedojde-li k hospitalizaci, poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost pacienta vybavit při propuštění léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky na 3 dny nebo v odůvodněných případech i na další nezbytně nutnou dobu; to neplatí, má-li v čase propuštění pacienta poskytovatel ve zdravotnickém zařízení, v němž se urgentní příjem nachází, zabezpečen výdej léčivých přípravků a zdravotnických prostředků ze zdravotnického zařízení lékárenské péče či je lékárenská péče zajištěna jiným poskytovatelem v dojezdové době 15 minut od daného zařízení.	
	7. § 45 odst. 2 písm. a) a b) Poskytovatel je dále povinen a) informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a to před jejich poskytnutím, a vystavit účet za uhrazené zdravotní služby, nestanoví-li jiný právní předpis jinak, b) zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl seznam přístupný pacientům; to neplatí pro poskytovatele lékárenské péče, **Navrhujeme:** a) informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb **nebo služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami** nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a to před jejich poskytnutím, a vystavit účet za uhrazené zdravotní služby, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,; **poskytovatel nemůže po pacientovi požadovat úhradu poskytnutých služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, jež**	**Akceptováno jinak.** Připomínka akceptována, byť bylo zvoleno jiné řešení, k tomu srov. § 45 odst. 2 písm. a) a b) a § 48 odst. 6 písm. b).

	nejsou v době informování pacienta o jejich ceně uvedeny v seznamu cen zpracovaném písmene b), b) zpracovat seznam cen poskytovaných zdravotních služeb **a služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami** nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a umístit ho tak, aby byl seznam přístupný pacientům; to neplatí pro poskytovatele lékárenské péče, Cílem je stanovit závaznost ceníku podle § 45 odst. 2 písm. b) v tom smyslu, že poskytovatel může po pacientovi požadovat pouze úhradu služeb nehrazených/částečně hrazených z VZP, které má v rozhodné době uvedeny v ceníku. Jednak to posílí závaznost ceníku, jednak taková úprava má posílit veřejnosprávní kontrolu nad poskytovateli v tomto ohledu.	
	8. § 66 odst. 3 – Poskytovatel nemůže po osobě uvedené v § 65 odst. 1 v souvislosti s pořízením výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace požadovat úhradu; to neplatí, žádá-li tato osoba o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace opakovaně. V případě opakované žádosti podle věty první může poskytovatel požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout součet účelně vynaložených nákladů na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a za jejich odeslání v rozsahu, v němž byly výpis nebo kopie zdravotnické dokumentace na žádost osoby podle § 65 odst. 1 pořízeny opakovaně. Poskytovatel nemůže poskytnutí výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace podmínit předchozím poskytnutím úhrady podle věty druhé. Není zřejmé, kdo bude posuzovat, zda se jedná o „opakovanou“ žádost, jedná se o konkrétní osobu (např. osobu blízkou) či se toto bude vztahovat ke konkrétní dokumentaci. Úhrada za výpis či kopii bude tak vždy sporná. **Pokud toto nebude dostatečně vysvětleno, navrhujeme ponechat předchozí znění – vztah k § 117 odst. 3 písm. i)**	**<u>Vysvětleno.</u>** Připomínkované ustanovení § 66 odst. 3 není předmětem tohoto mezirezortního řízení. V textu platného znění je uvedeno, že se jedná o možnou budoucí změnu tohoto ustanovení, která je projednávána v Poslanecké sněmovně v rámci sněmovního tisku 512 a byla navržena pozměňovacím návrhem. Pozměňovací návrh byl načten v tomto znění: „*(3) Poskytovatel nemůže po osobě uvedené v § 65 odst. 1 písm. a) v souvislosti s pořízením výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace na její žádost požadovat úhradu; to neplatí, žádá-li tato osoba o pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace opakovaně. V případě opakované žádosti podle věty první nebo žádosti osoby uvedené v § 65 odst. 1 písm. b) nebo c) může poskytovatel požadovat úhradu ve výši, která nesmí přesáhnout součet účelně vynaložených nákladů na pořízení výpisu nebo kopie zdravotnické dokumentace a za jejich odeslání. Poskytovatel nemůže poskytnutí výpisu nebo kopie ze zdravotnické dokumentace podmínit předchozím poskytnutím úhrady podle věty druhé*.“. Cílem uvedeného pozměňovacího návrhu je zakotvit právo pacienta získat bezplatně první kopii své zdravotnické dokumentace. Důvodem je nutnost promítnout do české právní

		úpravy rozsudek Soudního dvora EU ve věci C-307/22. Soudní dvůr ve svém rozsudku konstatoval, že GDPR zakotvuje právo pacienta získat první kopii své zdravotnické dokumentace, aniž mu v zásadě vzniknou jakékoli výdaje. Správce osobních údajů (tj. poskytovatel zdravotních služeb) může požadovat poplatek pouze tehdy, pokud pacient již bezplatně obdržel první kopii svých údajů a znovu o ni požádal. Právo na bezplatné kopie a výpisy ze zdravotnické dokumentace se přiznává osobám uvedeným v § 65 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, neboť čl. 15 GDPR toto právo přiznává pouze subjektu údajů. Právo na bezplatné poskytnutí se vztahuje jak na kopie, tak na výpisy ze zdravotnické dokumentace, protože v souladu s § 66 odst. 1 může poskytovatel výpis ze zdravotnické dokumentace pořídit „pouze v případě, je-li to účelnější než pořízení kopie, a to po dohodě s oprávněnou osobou“. Pro osoby uvedené v § 65 odst. 1 písm. b) a c) zůstává zachován stávající režim.
	9. § 84 prohlídky těl zemřelých - odst. 2 písm. b) - b) nejde-li o postup podle písmene a), lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel, se kterým kraj uzavřel za účelem zajišťování prohlídky těl zemřelých smlouvu, **Navrhujeme odstranit „lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu“** – v současnosti, kdy jsou LPS přetížené je tato povinnost pro lékaře sloužící LPS nemyslitelná a v praxi se v rámci Středočeského kraje nevyužívá, neboť by docházelo ke značné časové prodlevě v řádu hodin.	**Akceptováno.**
	10. § 113h odst. 3 - Poskytování duchovní péče je možné pouze se souhlasem jejího příjemce, případně osob uvedených v § 34 odst. 7, jestliže je příjemcem pacient, který s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže tento souhlas vyslovit. Přijímání duchovní péče je značně specifické a jedná se o osobní záležitost každého pacienta, proto o tom, zda bude tato péče poskytnuta či nikoli by měl rozhodovat vždy pacient či	**Akceptováno.** Ustanovení § 113h odst. 3 nově zní: *„(3) Poskytování duchovní péče je možné pouze se souhlasem jejího příjemce, případně osob pacientem určených podle § 33 odst. 1, jestliže je příjemcem pacient, který s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže tento souhlas vyslovit.“*

	jemu určená osoba dle § 33 odst. 1 nikoli osoby uvedené v § 34 odst. 7.	
	11. § 113i a) je absolventem 1. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání filozofie, religionistika a teologie, 2. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání filozofie, religionistika a teologie navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie, nebo 3. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání farmacie, neučitelská pedagogika, psychologie, sociální práce, učitelství, veterinární lékařství, veterinární hygiena, všeobecné lékařství a zubní lékařství nebo zdravotnické obory navazujícího na absolvování bakalářského studijního programu v oblasti teologie, a vzdělávacího programu pro nemocniční kaplany akreditovaného podle zvláštního právního předpisu71), b) byla písemně pověřena k výkonu této funkce církví nebo náboženskou společností registrovanou v České republice a zároveň s tímto pověřením vyjádřila souhlas Česká biskupská konference a Ekumenická rada církví, a to po dobu platnosti tohoto pověření. **Navrhujeme:** Mezi písm. a) a b) vložit nebo. Předpokládáme, že pokud již někdo splní a) není třeba další pověření, tedy vyjádření souhlasu.	**<u>Akceptováno jinak.</u>** Ustanovení § 113i s ohledem na tuto a další připomínky zásadně přeformulováno, viz návrh zákona event. platné znění s vyznačením změn.
	12. § 117 přestupky - odst. 3 písm. u) nezpracuje písemná pravidla pro zpracování zdravotnická dokumentace podle §55d - §55d není součástí předkládané novely	**<u>Řešeno jinou legislativní prací.</u>** Srov návrh zákona, kterým se mění zákon o zdravotních službách – ST 512.
Zlínský kraj Mgr. Ing. Bc. Tomáš Bambuch tel: 577 043 804	**1. <u>K čl. I. bodu 53 (§ 26 odst. 1 zákona ve znění novely:</u> Ustanovení ve znění** *„Přerušením poskytování zdravotních služeb se rozumí neposkytování zdravotních služeb nepřetržitě*	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>**

tomas.bambuch@zlinskykraj.cz	*po dobu delší než 1 měsíc.“* **navrhujeme doplnit ustanovením vylučujícím přerušení poskytování zdravotních služeb registrujícím poskytovatelem zdravotních služeb, například druhou větou:** *„Toto ustanovení se na registrující poskytovatele nevztahuje.“* Odůvodnění: Dle důvodové zprávy k tomuto ustanovení bylo smyslem přijaté právní úpravy umožnit poskytovatelům přerušení činnosti z různých důvodů (zahraniční stáž, dlouhodobá nemoc apod.), aniž by museli činnost ukončit, následně opětovně žádat o udělení oprávnění a navazovat smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami. S tím souvisí také skutečnost, že po dobu přerušení činnosti zůstává zdravotnická dokumentace poskytovateli, který má pouze povinnost zabezpečit předávání informací pro účely zajištění návaznosti péče. Domníváme se, že nejméně v případě registrujících poskytovatelů zdravotních služeb v oborech VPL a PLDD je nutné vyloučit možnost přerušení činnosti, a to obzvláště ve světle navrhovaných změn (oznamovací povinnost ex post do 15 dnů, což prakticky vylučuje možnost pacientů na zamýšlené přerušení včas reagovat, neomezený počet opakování přerušení činnosti). Registrující poskytovatel je „vstupní branou“ pacienta do systému zdravotní péče, a zabezpečuje pacientům základní škálu zdravotních služeb, preventivními a pracovnělékařskými prohlídkami počínaje, předepisováním chronické medikace a vystavováním zpráv více méně administrativní povahy (například pro účely řízení ve věci příspěvku na péči či invalidního důchodu) konče. U registrujícího poskytovatele se také schází informace o zdravotním stavu pacienta od specialistů, případně z lůžkových zdravotnických zařízení, a v ideální podobě se tedy navíc jedná fakticky o pomyslné centrum informací o zdravotním stavu pacienta. Přeruší-li poskytování zdravotních služeb registrující poskytovatel, jsou pacienti de facto nuceni nalézt si nového registrujícího poskytovatele, a hromadně od původního poskytovatele	K přerušení poskytování zdravotních služeb v řadě případů nedochází z vůle poskytovatele zdravotních služeb (typicky náhlá nemoc či jiná indispozice), nelze proto vyloučit aplikovatelnost § 26 zákona o zdravotních službách na registrující poskytovatele. Tuto skutečnost respektují i navrhované změny v § 26. V případě, že k přerušení poskytování zdravotních služeb dojde čistě z vůle poskytovatele (studijní stáž, dlouhodobá dovolená apod.), je takový poskytovatel vázán povinností podle § 26 odst. 3 zákona o zdravotních službách. Nedodržení této povinnosti je pak přestupkem podle § 117 odst. 1 písm. g) zákona o zdravotních službách. Pro případy, že poskytovatel v průběhu přerušení poskytování zdravotních služeb není objektivně schopen (například pro náhlou nemoc) povinnosti podle § 26 odst. 3 dostát, je navržen nový § 57a, a to za účelem zajištění přístupu pacientů k o nich vedené zdravotnické dokumentace. Vyloučení aplikovatelnosti § 26 zákona o zdravotních službách na registrující poskytovatele by jednak odporovalo objektivní realitě – fakticky by to nezabránilo případům, kdy poskytovatel přeruší nebo dokonce musí přerušit svou činnost, zároveň by nebylo možné vůči těmto poskytovatelům uplatnit přestupkovou odpovědnost za porušení § 26 odst. 3. Z těchto důvodů nelze připomínku akceptovat.

	odchází. Je pak nereálné, aby poskytovatel, který přerušil poskytování zdravotních služeb, předal v krátkém čase informace ve smyslu § 26 odst. 3 stovkám pacientů. **Tato připomínka je ZÁSADNÍ.**	
	2. <u>K čl. I. bodu 109 (nový § 57a):</u> Navrhujeme jeho znění zpřesnit takto „*Podle § 57 se obdobně postupuje i v případě přerušení poskytování zdravotních služeb, pokud poskytovatel ~~není schopen~~ **<u>není ze zdravotních důvodů nebo z důvodů úmrtí jediného člena statutárního orgánu schopen</u>** splnit povinnost podle § 26 odst. 3. Příslušný správní orgán v takovém případě neprodleně po oznámení pokračování zdravotních služeb podle § 26 odst. 4 vydá poskytovateli zdravotnickou dokumentaci v rozsahu, v jakém nedošlo k jejímu předání podle § 57 odst. 3 písm. d)“.* <u>Odůvodnění:</u> Cílem navrhovaného ustanovení bylo, aby správní orgán zabezpečil povinnosti poskytovatele v případech, kdy jeho neschopnost postupovat podle § 26 odst. 3 vyplývá z nezaviněných objektivních skutečností na úrovni vis maior. Typicky tehdy, když poskytovatel přeruší poskytování zdravotních služeb z důvodu náhlé změny zdravotního stavu. Může nastat patová situace, kdy dokumentace zůstává v době přerušení poskytovateli, ten ale není schopen povinnosti zabezpečit, přitom ale současně lze očekávat opětovné obnovení poskytování zdravotní péče a postup podle § 24 odst. 3 písm. a). Odejmutí oprávnění z moci úřední z důvodu neplnění povinnosti by bylo ve vztahu k důvodu přerušení vůči poskytovateli nepřiměřeně tvrdé, stejně jako postup podle § 117 odst. 1 písm. g) (přestupkové řízení). Zde je pak na místě aktivovat povinnost správního orgánu **<u>dokumentaci převzít</u>** (§ 57 – správní orgán fakticky pomůže poskytovateli překlenout mimořádnou situaci – dočasně poskytovatele zastoupí).	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví se v zásadě ztotožňuje s názorem připomínkového místa, že zdravotní důvody nebo úmrtí představují valnou většinu důvodů, pro které se uplatní postup podle § 57a, nicméně dle názoru Ministerstva zdravotnictví není vhodné uvádět taxativní výčet případů, kdy lze postupovat podle § 57a. Bude tedy věcí správního uvážení příslušného správního orgánu, zda jsou naplněny důvody pro postup podle § 57a zákona o zdravotních službách. Jedná se o objektivní neschopnost splnit danou povinnost, nikoli o poskytovatelem tvrzenou neschopnost dostát svým povinnostem. Toto řešení se jeví jako nejvhodnější.

	Z navrhovaného znění ale mimořádnost zásahu správního orgánu podle našeho názoru nevyplývá, když jej lze vyložit i tak, že povinnost správního orgánu bude aktivována při jakékoliv poskytovatelem zdravotních služeb tvrzené neschopnosti dostát svým zákonným povinnostem – například přerušení z důvodů zahraniční cesty, rodičovské dovolené nebo z důvodů podané výpovědi zaměstnanců – zdravotnických pracovníků. **Tato připomínka je ZÁSADNÍ.**	
	3. Čl. II bod 3 (Přechodná ustanovení) v navrhovaném znění: „*Správní orgán příslušný podle § 15 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. rozhodnutím vydaným v rámci řízení z moci úřední do 36 měsíců od nabytí účinnosti tohoto zákona udělí osobě poskytující zdravotní služby na základě rozhodnutí o registraci podle § 121 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. oprávnění k poskytování zdravotních služeb v rozsahu, v němž osoba v souladu s touto registrací poskytuje zdravotní služby. Registrace podle § 121 odst. 1 zaniká ke dni právní moci rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle věty první. Rozhodnutí podle věty první může být prvním úkonem v řízení.*“ **navrhujeme vypustit bez náhrady.** Odůvodnění: Povinnost správního orgánu udělit oprávnění stávajícím držitelům rozhodnutí o registraci podle původního zákona č. 160/1992 Sb., a to v rozsahu, **v němž osoba v souladu s touto registrací poskytuje zdravotní služby**, je věcně nesplnitelná. Registrace nestátních zdravotnických zařízení neobsahují vždy druh, obor a formu poskytované zdravotní péče, ale druh a rozsah poskytované zdravotní péče (§ 10 odst. 2 písm. b/ zákona č. 160/1992 Sb.), přičemž v prvních letech účinnosti zákona okresní úřady rozhodovaly o udělení oprávnění na základě	**Neakceptováno.** Přetrvávající existenci registrací vnímá ministerstvo jako zásadní problém, proto opětovně přistupuje k jejich eliminaci prostřednictvím přeregistrací. Předložený návrh reaguje na výtky Ústavního soudu, srov. předmětný nález Ústavního soudu Pl. ÚS 1/12 a důvodovou zprávu. Ministerstvo zdravotnictví si uvědomuje některé problematické aspekty spojené s přeregistračním řízením vedeným z moci úřední, nicméně i s ohledem na judikaturu Ústavního soudu volí toto řešení. Aktuálně platné podmínky pro poskytování zdravotních služeb ovšem platí stejně tak pro poskytovatele na základě oprávnění dle zákona o zdravotních službách, jako i pro poskytovatele na základě registrace vydané podle předešlé právní úpravy. Pokud dle současného právního stavu některé úkony mezi poskytování zdravotních služeb nelze řadit, nelze mít pro tyto výkony oprávnění. K vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb: Ministerstvo zdravotnictví má za to, že ve velké většině případů

	stanovisek profesních komor k věcnému, technickému a personálnímu vybavení. Není proto výjimkou, že registrace obsahují také konkrétní metody, včetně například akupunktury či homeopatie (která již dnes ovšem zdravotní službou není). V případě poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče nelze z rozhodnutí o registraci vůbec zjistit, zda poskytovatel lůžkové péče v daném oboru poskytuje lůžkovou zdravotní péči intenzivní, standardní či následnou, což je ovšem zásadní pro posouzení splnění podmínek personálního a věcného zabezpečení zdravotní péče. Stejně tak nelze z registrace zjistit, co je obsaženo například pod druhem registrované péče „laboratorní komplement“. Není vinou prvostupňových správních orgánů, že ministerstvo při přípravě zákona o zdravotních službách „přeregistrační povinnost“, stanovenou § 121 odst. 5, obsahově vyprázdnilo natolik, že bylo toto ustanovení následně Ústavním soudem zrušeno. Ve Zlínském kraji je přes 700 poskytovatelů zdravotních služeb stále držitelem registrace nestátního zdravotnického zařízení. **Tato připomínka je ZÁSADNÍ.**	vymezení rozsahu poskytovaných zdravotních služeb problémem nebude. Ve zbylé oblasti je připraveno krajským úřadům poskytovat metodické vedení.
Sdružení místních samospráv ČR Ing. Adéla Palíšková paliskova@smscr.cz Mgr. Jindra Tužilová tuzilova@smscr.cz, info@smscr.cz	**Připomínka č. 1 – § 44f odst. 2** *Poskytovatel zřizující centrum komplexní péče o děti může na základě indikace ošetřujícího lékaře a na žádost zákonného zástupce pacienta, pokud je žadatel zároveň osobou nepřetržitě pečující o pacienta podle odstavce 1, přijmout tohoto pacienta na přechodnou dobu do péče na lůžko za účelem umožnění odpočinku a odlehčení žadatele a podpory další péče o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí, pokud z důvodu zdravotního stavu pacienta nelze tuto péči poskytnout podle zákona o sociálních službách. Péče podle věty první může být tomuto pacientovi poskytována nejdéle po dobu 14 po sobě jdoucích dní a její celkový rozsah za každých 12 po sobě jdoucích kalendářních měsíců nesmí přesáhnout 60 dní.*	**Neakceptováno, vysvětleno.** Uvedená doba byla diskutována v odborných kruzích, neziskovém sektoru, mezi pacientskými organizacemi a zejména u sdružení samotných pečujících osob. Umožnění sdílení péče rodinám dětí, jejichž zdravotní stav vyžaduje velký objem zdravotní péče, nyní v terénu prakticky neexistuje. Navržená právní úprava reflektuje tuto skutečnost a nabízí za kalendářní rok 60 dní sdílené péče o dítě, což považujeme za vstřícný krok. Nad to, v případech, kdy dítě potřebuje setrvat ve zdravotnickém zařízení déle, než jsou definované limity, nejedná se již o respitní péči, ale o péči dlouhodobou, která není takto striktně limitována.

	Dovolujeme si na základě zkušeností z praxe v území upozornit, že vnímáme navržený rozsah respitní péče, především definici maximálního počtu 60 dní, za nedostačující. Navrhujeme navýšení až na 90 dnů. ***Odůvodnění*** Pro rodiny pečující o těžce nemocné dítě je 60 dní odlehčovacích zdravotních služeb velmi často nedostačující. Především, pokud v rodině nastanou další životní či zdravotní komplikace. Navržená úprava vystavuje rodiny nejistotě. Jelikož je k pobytu dítěte nutná indikace lékaře, současně je potřebný souhlas orgánu sociálně-právní ochrany dětí dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, je tedy prakticky vyloučeno, že by v praxi docházelo ke zneužívání poskytování respitní péče. ***Tato připomínka je zásadní***	Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí taxativně vymezuje v § 6 děti, které pod tuto ochranu spadají, tzn. kterými se má zabývat OSPOD. Děti se závažným onemocněním nebo s vážným zdravotním postižením nejsou v § 6 uvedeny, nejsou tedy subjektem sociálně právní ochrany a nevztahuje se na ně oznamovací povinnost (jen kvůli jejich zdravotnímu stavu). Oznamovací povinnost by byla na místě pouze v případech, kdy by CKP pojalo podezření, že dochází k zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte (obdobně jako u jiných zdravotnických zařízení). Nutné je také připomenout, že CKP je zdravotnické zařízení (jako nemocnice), ne zařízení ústavní péče, a děti jsou zde umisťovány vždy na základě indikace lékaře, která vychází aktuálního zdravotního stavu dítěte. Neexistuje oprávnění OSPOD zasahovat do péče poskytované zdravotnickým zařízením, tedy do poskytování zdravotních služeb.
Státní úřad pro jadernou bezpečnost JUDr. Eduard Klobouček, Ph.D. eduard.kloboucek@sujb.cz	K § 65 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách: Do tohoto stávajícího písmene navrhujeme následující nové znění: "*inspektor Státního úřadu pro jadernou bezpečnost se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřený ověřováním podmínek vzniku nemocí z povolání, jde-li o podezření na vznik nemoci z povolání v souvislosti s prací v podmínkách ionizujícího záření,*" Zdůvodnění: Nad rámec novelizací navrhujeme výše uvedené nové znění tohoto písmene. To doposud umožňovalo lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost (SÚJB) v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem za stanovených podmínek nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. SÚJB při ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání podle § 62 odst. 3 písm. b) zákona č. 373/2011 Sb. potřebuje nahlížet do	**Akceptováno.** Ustanovení § 65 odst. 2 písm. j nově zní: *„(2) Do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou bez jeho souhlasu nahlížet, jestliže je to v zájmu pacienta nebo jestliže je to potřebné k naplnění účelů plynoucích z jejich pověření nebo k výkonu působnosti svěřené podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu, (…)* *[Modře je vyznačena změna navrhovaná sněmovním tiskem č. 512]* *j) zdravotničtí pracovníci způsobilí k ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání pověření k této činnosti Státním úřadem pro jadernou bezpečnost, jde-li o podezření na vznik nemoci z povolání v souvislosti s prací v podmínkách ionizujícího záření,“* Ministerstvo zdravotnictví nicméně upozorňuje, že takto provedená změna sama o sobě nemění (nerozšiřuje) kompetence nelékařských zdravotnických pracovníků k

	zdravotnické dokumentace, aby byl posudek proveden správně - jeho výsledek je vedle dávek z ionizujícího záření obdržených pacientem během jeho zaměstnání, doby expozice, věku a pohlaví také silně závislý na konkrétní diagnóze. Pro každé onemocnění jsou úrovně dávek, při kterých SÚJB dospěje k závěru, že podmínky vzniku nemoci z povolání byly splněny, velmi odlišné. Proto je nutné, aby inspektor SÚJB, který je pověřen tímto ověřováním, měl přístup do zdravotnické dokumentace daného pacienta. Do současnosti proto toto ověřování prováděl lékař SÚJB. Z personálních důvodů ovšem SÚJB nebude schopen garantovat, že bude pro tyto účely mít trvale k dispozici lékaře. Oba lékaři, které má v současnosti SÚJB k dispozici, jsou již důchodového věku a i přes trvalou snahu zaměstnat další lékaře se ukazuje, že toto pravděpodobně není uskutečnitelné. Proto pokud má SÚJB i nadále provádět toto ověřování, je nutné podmínku, aby jej prováděl lékař, změnit. Z toho důvodu SÚJB v posledních třech letech připravoval nový postup ověřování vzniku nemocí z povolání tak, aby byl obecnější, jednodušší a aktuálnější, než metodický pokyn vydaný ve Věstníku č. 9/1998, podle kterého postupuje v současnosti. Ale hlavně aby nebylo nutné, aby pracovník SÚJB, který bude ověřování provádět, byl lékařem. Návrh nového postupu SÚJB dokončí do konce roku 2023 a poté jej předloží Ministerstvu zdravotnictví. Tento nový postup je rozdělený podle typu onemocnění – u každého nemocnění se volí mírně odlišný postup ověřování. Pokaždé je však ověřování založeno na porovnání dávek obdržených pacientem v zaměstnání s předem odvozeným prahem pro splnění podmínek vzniku nemoci z povolání (tyto prahy stanovili odborníci Státního ústavu radiační ochrany, v.v.i., na základě nejnovějších vědeckých poznatků o biologických účincích záření). Pracovník, který bude ověřování provádět, tedy bude potřebovat primárně identifikovat diagnózu pacienta z jeho zdravotnické dokumentace a poté na základě informací o jeho dávkách z ionizujícího záření, které obdržel v zaměstnání, a dalších potřebných informací, které bude mít k dispozici	ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání. Ke změně (rozšíření) kompetencí bude nezbytné upravit podmínky vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků, ať už legislativně (vyhláška č. 55/2011 Sb.) nebo jinak. Uvedená změna pouze umožňuje, aby se na ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání podíleli i NLZP, pokud jsou (případně v budoucnosti budou) k tomu kompetentní. V současnosti je jediným NLZP kompetentním k ověřování podmínek vzniku nemocí z povolání odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví.

	z jiných zdrojů, rozhodne o splnění podmínek vzniku nemoci z povolání. Pro tyto účely bude tedy odborně postačovat, aby tímto pracovníkem byl inspektor SÚJB se způsobilostí k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. SÚJB má k dispozici větší množství inspektorů se způsobilostí k výkonu nelékařského zdravotnického povolání (zejména radiologických asistentů), a tak je schopen garantovat, že při této právní úpravě bude schopen tuto svou agendu i nadále plnohodnotně vykonávat. **Zásadní připomínka**	
Svaz měst a obcí Mgr. Claudia Šrámek tel.: 721 367 537, e-mail: sramek@smocr.cz.	**Svaz měst a obcí ČR uplatňuje připomínky k navrhované úpravě centra komplexní péče o děti – a to ve vztahu k délce respitní péče umožněné v tomto zařízení a její úhradě ze zdravotního pojištění**. Máme za to, že tyto jsou zcela nedostačující ve vztahu k potřebám dotčených rodin, přičemž blíže k navrhované právní úpravě uvádíme následující: **1) K části první – Změna zákona o zdravotních službách, bod 87. (str. 10)** **K § 44f odst. 2** Ustanovení nově zakotvuje zvláštní způsob poskytování zdravotních služeb prostřednictvím centra komplexní péče („CKP“) o děti. Nezletilým pacientům se somatickým život ohrožujícím nebo život limitujícím onemocněním je poskytována dlouhodobá lůžková péče. Poskytovatel zřizující centrum komplexní péče o děti může na základě indikace ošetřujícího lékaře a na žádost zákonného zástupce pacienta, přijmout pacienta, o něhož je pečováno v jeho vlastním sociálním prostředí, na přechodnou dobu do péče na lůžko za účelem umožnění odpočinku a odlehčení žadatele (respit). **Zásadně nelze souhlasit s navrhovaným rozsahem respitní péče**, která může být pacientovi poskytována **nejdéle po dobu 14 po sobě jdoucích dní a její celkový rozsah za každých 12**	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Uvedená doba byla diskutována v odborných kruzích, neziskovém sektoru, mezi pacientskými organizacemi a zejména u sdružení samotných pečujících osob. Umožnění sdílení péče rodinám dětí, jejichž zdravotní stav vyžaduje velký objem zdravotní péče, nyní v terénu prakticky neexistuje. Navržená právní úprava reflektuje tuto skutečnost a nabízí za kalendářní rok 60 dní sdílené péče o dítě, což považujeme za vstřícný krok. Nad to, v případech, kdy dítě potřebuje setrvat ve zdravotnickém zařízení déle, než jsou definované limity, nejedná se již o respitní péči, ale o péči dlouhodobou, která není takto striktně limitována. Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí taxativně vymezuje v § 6 děti, které pod tuto ochranu spadají, tzn. kterými se má zabývat OSPOD. Děti se závažným onemocněním nebo s vážným zdravotním postižením nejsou v § 6 uvedeny, nejsou tedy subjektem sociálně právní ochrany a nevztahuje se na ně oznamovací povinnost (jen kvůli jejich zdravotnímu stavu). Oznamovací povinnost by byla na místě pouze v případech, kdy by CKP pojalo podezření, že dochází k zanedbávání, týrání nebo zneužívání dítěte (obdobně jako u jiných zdravotnických zařízení).

	po sobě jdoucích kalendářních měsíců nesmí přesáhnout 60 dní. **Nutno podotknout, že 60 dní odlehčovacích zdravotních služeb** pro rodiny s těžce zdravotně znevýhodněným dítětem se může v konečném důsledku ukázat **jako nedostatečné.** Jsou rodiny, ve kterých dítě s velmi závažným zdravotním stavem vyrůstá ve svém přirozeném prostředí za dopomoci jak zdravotních terénních služeb, tak i sociálních odlehčovacích terénních služeb. Avšak v životě těchto rodin mohou nastat nepředvídatelné životní situace jako např. onkologické onemocnění pečovatele či jiné závažné zdravotní situace pečovatelů, které na určitý časový úsek mohou vyřadit z péče tyto osoby. Nezletilí pacienti, kterých se navrhovaná právní úprava týká, jsou velmi těžce umístitelní v systému sociálních služeb právě z důvodu potřeby ošetřovatelské péče 24/7, dohledu lékaře a jiných zdravotnických pracovníků. Vystavit tyto rodiny systémové nejistotě by pro některé mohlo znamenat ztrátu důvěry v to, že když budou potřebovat pomoc, tato nebude dostupná. Již dnes je k pobytu dítěte v zařízení tohoto typu nutná indikace lékaře, který na základě zhodnocení zdravotního stavu doporučí pobyt v takovém zařízení. Zároveň je vyžadován souhlas orgánu sociálně-právní ochrany dětí dle zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 359/1999 Sb.“). Z uvedeného vyplývá, že jsou eliminovány podmínky, za kterých by mohly být děti umisťovány z jiných než ze zdravotních důvodů. Je potřeba, aby rodiny těchto dětí měly možnost vybrat si v případě, kdy všechny ostatní možnosti vyčerpají. **Prosíme o zvážení prodloužení maximálního rozsahu doby poskytování respitní péče s ohledem na výše uvedené.** **<u>Tato připomínka je zásadní.</u>**	Nutné je také připomenout, že CKP je zdravotnické zařízení (jako nemocnice), ne zařízení ústavní péče, a děti jsou zde umisťovány vždy na základě indikace lékaře, která vychází aktuálního zdravotního stavu dítěte. Neexistuje oprávnění OSPOD zasahovat do péče poskytované zdravotnickým zařízením, tedy do poskytování zdravotních služeb.
	2) K části druhé – Změna zákona o veřejném zdravotním pojištění, bod 1. (str. 26) **<u>K § 15 odst. 18</u>**	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Původně byl zamýšlen rozsah úhrady z veřejného zdravotního pojištění 2x 14 dní za kalendářní rok. Výpočtem nákladovosti

	Ustanovení vymezuje podmínky úhrady lůžkové respitní zdravotní péče poskytované centrem komplexní péče o děti podle § 44f odst. 2 tak, že tato **má být hrazenou službou ze zdravotního pojištění po dobu nejvýše 14 dní za kalendářní rok** za účelem odpočinku a odlehčení žadatele a podpory další péče o dítě v jeho vlastním sociálním prostředí. Zdravotní péče je péče vysoce odborně kvalifikovaná, a tudíž i finančně náročná. Jedná se o léčbu dětského pacienta, o stabilizaci jeho zdravotního stavu. Do této péče je nutno kromě mzdových prostředků zdravotnických pracovníků započíst také finančně náročnou léčbu a nutné provozní a technické zázemí. Určitou analogii lze spatřovat v časovém rozsahu 14 dní, které pro odpočinek pěstounů uvádí zákon č. 359/1999 Sb., avšak lze jednoznačně dovodit, že tyto druhy odlehčovacích služeb nelze srovnávat mezi sebou, jak z hlediska náročnosti péče, tak z hlediska časového prostoru, kdy je osoba pečující opět schopna načerpat nové síly pro další náročnou péči. Rodiny by neměly stát před rozhodnutím, zda si mohou pobytovou péči v CKP dovolit. Tato péče by měla být jednou z možností, které budou moci pečovatelé využít. **Z uvedených důvodů by měl být rozsah, kdy je tato péče hrazena ze zdravotního pojištění, podstatně větší než 14 dní za kalendářní rok.** **Tato připomínka je zásadní.**	péče a zejména potřebnosti počtu lůžek (a počtu malokapacitních zařízení) na území ČR, byla vyslovena obava ze zajištění dostupnosti péče. Jestliže zákonodárce garantuje určitou službu, musí si být jistý, že službu zajistí na svém území v místní a časové dostupnosti. S ohledem na celorepublikový nedostatek zdravotnického personálu byla zvolena varianta úhrady respitního pobytu ze strany zdravotních pojišťoven v rozsahu 14 dní za rok. I tak bude nutné zajistit okolo 380 lůžek v ČR, rovnoměrně rozložených ve všech krajích, aby byla uspokojena poptávka pečujících osob (počítáno při 90% obložnosti). Z tohoto důvodu v tuto chvíli nelze akceptovat navýšení úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění – byť do budoucna taková možnost vyloučena není. Tím samozřejmé není vyloučeno využívání této péče na základě přímé úhrady od pacienta, a to až do výše 60 dnů.
Unie zaměstnavatelských svazů ČR Mgr. Jakub Machytka e-mail: jakub.machytka@uzs.cz tel.: 727 956 059	**1. K § 2 odst. 2 písm. j) – pohotovostní služba** U pohotovostní služby je třeba vyjasnit, o čí pravidelnou ordinační dobu jde - zda o ordinační dobu poskytovatele, který bude zajišťovat pohotovost nebo o ordinační dobu ostatních poskytovatelů v regionu. Dáváme ke zvážení doplnění znění § 2 odst. 2 písm. j): *„j) pohotovostní služba, jejímž účelem je poskytování ambulantní péče pacientům mimo pravidelnou ordinační dobu* ***registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost,***	**Vysvětleno.** Jelikož obvyklá ordinační doba není stanovena ani pro připomínkovým místem vyjmenované kategorie poskytovatelů, navržené doplnění by nepředstavovalo významový posun oproti původně navrženému znění § 2 odst. 2 písm. j).

	v oboru zubní lékařství nebo ambulantního specialisty *v případech náhlé změny jejich zdravotního stavu nebo zhoršení průběhu onemocnění; pohotovostní službou je* *1. lékařská pohotovostní služba,* *2. pohotovostní služba v oboru zubní lékařství.“* Odůvodnění: Otázkou je petrifikace lékařské pohotovostní služby v době, kdy je pro plynulé poskytování zdravotních služeb podporován rozvoj pracovišť urgentních příjmů (UP) u vybraných poskytovatelů lůžkové péče. Pracoviště UP poskytuje péči pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, v přímém ohrožení života, ale též s náhlou změnou zdravotního stavu nebo zhoršením průběhu onemocnění, tzn. plní i „funkci“ pohotovostní služby, a to v rámci „všeobecné ambulance“ UP. Není jasné, jaké důvody vedly k návrhu úpravy, bylo by vhodné, aby změnám předcházela podrobná analýza.	
	2. K § 2 odst. 2 písm. j) věcně souvisí Důvodová zpráva k § 110 (Pohotovostní služby a Urgentní příjmy) **Zásadně nesouhlasíme s konstrukcí zajištění pohotovostní služby tak, jak je popsána v důvodové zprávě.** Navrhujeme ponechat dosavadní znění § 110. Pokud by však MZ nadále na této konstrukci a výkladu trvalo, považujeme za nezbytné **doplnit do zák. č. 48/1997 Sb., povinnost poskytovatelů podílet se na žádost zdravotní pojišťovny na zajištění pohotovosti, včetně oprávnění stanovit odpovídající sankce poskytovatelům v případě odmítání této povinnosti. Toto se bude týkat zejména zubních lékařů,** neboť v případě lékařské pohotovostní služby personál zajišťuje poskytovatel se zřízeným urgentním příjmem. S ohledem na počet zdravotních pojišťoven není zřejmé, jak se bude 7 pojišťoven podílet na zajištění pohotovostní služby,	**Neakceptováno, vysvětleno.** Dlouhodobě prezentovaným záměrem Ministerstva zdravotnictví je přesun odpovědnosti za organizaci a zajištění pohotovostních služeb z krajů na zdravotní pojišťovny. O tomto záměru jsou dlouhodobě informovány i zdravotní pojišťovny. Na tomto záměru ministerstva se ničeho nemění. Pořád přitom platí, že jde-li o síť lékařské pohotovostní služby, ta má být provázaná s pracovišti urgentního příjmu, tj. poskytovatel zřizující pracoviště urgentního příjmu, musí vytvořit prostor (materiálně-technické zázemí) pro zajištění lékařské pohotovostní služby, přičemž zdravotní pojišťovny by měly prostřednictvím nástrojů své smluvní politiky lékařskou pohotovostní službu zajistit personálně. Ministerstvo zdravotnictví zvažovalo zakotvení povinnosti (smluvních) poskytovatelů zdravotních služeb podílet se na

	zejména která zdravotní pojišťovna bude za fungování pohotovostních služeb odpovědná. **V této souvislosti je další důležitou otázkou, jak bude navržená konstrukce provázána s úhradovou vyhláškou pro rok 2025.** Dle stávajícího znění ÚV pro r. 2023 je poskytovateli, který zajišťuje urgentní příjem a zároveň zajišťuje společně s urgentním příjmem i přidružený provoz lékařské pohotovostní služby, zvýšena úhrada o K x 2 700 000 Kč. Tedy poskytovatel za zajištění kompletního provozu (tedy nejen místa, ale i personálu) získává od zdravotních pojišťoven bonifikaci. V případě přijetí změn navržených MZ rovněž předpokládáme, že dojde k přesunu finančních prostředků vyčleněných na zajištění pohotovostní služby z krajů na zdravotní pojišťovny. **Trváme na úpravě textu zákona a na úpravě textu důvodové zprávy.** Odůvodnění: Zdravotní pojišťovny sice byly o záměru MZ informovány, ale pouze v tom rozsahu, že z krajů přechází na zdravotní pojišťovny úhrada za poskytnuté pohotovostní služby. Pokud je povinností poskytovatele společně s urgentním příjmem zřídit i pracoviště lékařské pohotovostní služby, tak není možné dovozovat, že poskytovatel je povinen zajistit pouze prostory pro pohotovost. Tito poskytovatelé jsou navíc bonifikováni dle ÚV. Zdravotní pojišťovna je dle zák. č. 48/1997 Sb. povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, vč. jejich místní a časové dostupnosti a tuto povinnost plní prostřednictvím sítě poskytovatelů, s nimiž uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb (viz § 46 odst. 1 zák. č. 48/1997 Sb.). U žádné zdravotní služby nemá zdravotní pojišťovna povinnost zajistit personál, ale uzavírá smlouvu s poskytovatelem, který je povinen zajistit personální	žádost zdravotních pojišťoven na zajištění pohotovostních služeb, nicméně s ohledem na zjištění z aplikační praxe, že obdobná povinnost, v současnosti zakotvená v § 45 odst. 2 písm. l) zákona o zdravotních službách, je v praxi nefunkční, nepovažuje zakotvení obdobné povinnosti v zákoně č. 48/1997 Sb. za účelné ani vhodné. Místo toho Ministerstvo zdravotnictví považuje za nejvhodnější, aby závazek poskytovatelů ambulantní péče podílet se na personálním zabezpečení pohotovostních služeb plynul již z povahy jejich smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, a proto je tato problematika předmětem probíhajícího dohodovacího řízení před vydáním nové úhradové vyhlášky.

	zabezpečení a věcné a technické vybavení, a to v souladu se zákonem a uzavřenou smlouvou se zdravotní pojišťovnou. Deklarované změny v zák. č. 48/1997 Sb. (viz sdělení Ministerstva zdravotnictví v rámci vypořádání vnitřního připomínkového řízení), musí být nedílnou součástí novely zákona o zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví považuje zachování odpovědnosti za zajištění pohotovostních služeb na krajích za nesystémové a dlouhodobě neudržitelné – jaká je představa MZ o funkčnosti pohotovostní služby, pokud bude kompetence převedena na zdravotní pojišťovny, mj. pokud nebude zároveň stanovena povinnost poskytovatele podílet se na žádost zdravotní pojišťovny na zajištění pohotovostní služby? V porovnání s kraji jsou tedy zdravotní pojišťovny v ještě více nevyhovující pozici. Dále, která konkrétní zdravotní pojišťovna má být zodpovědná za zajištění personálu? Různé zdravotní pojišťovny budou mít smlouvy s různými poskytovateli. Pokud různé zdravotní pojišťovny zajistí různé lékaře pro své pojištěnce, bude poskytovatel zajišťující urgentní příjem mít povinnost zajistit různé prostory pro tyto různé lékaře všech zdravotních pojišťoven?	
	3. K § 2 odst. 2 písm. j) bod 2. Nikde dále v zákoně není specifikováno, kde má být zřízeno, jakým způsobem provozováno – **pokud má v zákoně být musí být i v dalších kapitolách upraveno.** Dle sdělení v RIA praxe ukázala, že nástroje k vymáhání participace poskytovatelů zdravotních služeb [§ 45 odst. 2 písm. l), § 117 odst. 2 písm. i) zákona o zdravotních službách] nejsou postačující k zajištění pohotovostních služeb na adekvátní úrovni. Předpokládáme z logiky věci, že, dle návrhu zákona s odkazem na § 44g, bude zajištění LPS povinností poskytovatele s urgentním příjmem, to zřídí, aby se mohlo	**<u>Vysvětleno.</u>** Ani dosavadní úprava nestanoví síť pohotovostních služeb. To se tímto návrhem mění – síť lékařských pohotovostních služeb má být provázána se sítí pracovišť urgentních příjmů. Co se týče ostatních typů pohotovostních služeb, zde nepanuje odborná shoda na optimální síti, proto ji v tuto chvíli nelze právním předpisem stanovit.

	ucházet o oprávnění, smlouvu a úhradu, pracoviště lékařské pohotovostní služby, a tak jako u všech ostatních zdravotních služeb bude automaticky jeho povinností zajistit věcné, technické a personální zajištění. Předpokládáme, že jde o nedopatření, pokud bylo naznačeno, že by to měly být zdravotní pojišťovny, co budou zajišťovat personál pro potřeby fungování poskytovatelů a zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovna plní svou povinnost zajistit zdravotní služby ze zákona prostřednictvím smluvních poskytovatelů zdravotních služeb.	
	4. **K § 2 odst. 5** Navrhujeme úpravu znění ustanovení § 2 odst. 5: *„(5) Konziliem se rozumí konzultace a posouzení zejména individuálního léčebného postupu, na kterých se na žádost poskytovatele podílí další poskytovatel nebo* ***oprávněný*** *zdravotnický pracovník. Poskytovatel nebo* ***oprávněný*** *zdravotnický pracovník podílející se na konziliu* ~~***je oprávněn***~~ ***může*** *v místě poskytování zdravotních služeb poskytovatele, jenž o konzilium požádal, provádět zdravotní výkony diagnostické péče.* ***Oprávněný*** *zdravotnický pracovník, který se na konziliu podílel, provede o této skutečnosti a dále o průběhu a výsledku konzilia zápis do zdravotnické dokumentace pacienta, jehož se konzilium týká. Zápis musí kromě obecných náležitostí zdravotnické dokumentace obsahovat také identifikační údaje poskytovatele nebo* ***oprávněného*** *zdravotnického pracovníka, který se na konziliu podílel. Zápis obdrží rovněž poskytovatel, který o konzilium požádal.“* Odůvodnění: Ministerstvem zdravotnictví navrhovaná možnost provádění konzilií i nelékařskými zdravotnickými pracovníky je v rozporu s § 18 zák. č. 48/1997 Sb., v platném znění, i v rozporu s platnou vyhl. č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami – Kapitola 3 bod 6 Konziliární vyšetření (konziliární vyšetření se vykazuje	**<u>Vysvětleno.</u>** Zákon o veřejném zdravotním pojištění ani vyhláška o seznamu zdravotních nejsou stěžejní předpisy pro stanovení kompetencí zdravotnických pracovníků (těmi jsou zákony č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb. a prováděcí právní předpisy k těmto zákonům). Nicméně podmínkou poskytování jakýchkoli zdravotních služeb je odborná způsobilost zdravotnických pracovníků k jejich poskytování; uvedené plyne přímo ze zákona o zdravotních službách, proto jsou navržené úpravy nadbytečné.

	cíleným vyšetřením příslušné odbornosti……Obsahem konziliárního vyšetření je především….sepsání lékařské zprávy – nálezu) Provádění nelékařskými zdravotnickými pracovníky neodpovídá ani definici konzilia podle Lékařského slovníku: *konzilium – rada, porada vyšetření jiným lékařem často jiného oboru, popř. vyšší specializace. Srov. superkonzilium lat. consilium rada od consulo, consultum radit.*	
	5. K § 3 odst. 5 Podle důvodové zprávy je jedním z cílů novely i řešení aplikačních obtíží stávající právní úpravy. Proto považujeme za nezbytnou úpravu znění ustanovení § 3 odst. 5. Navrhujeme doplnit znění ustanovení § 3 odst. 5: *„(5) Registrujícím poskytovatelem se rozumí poskytovatel ambulantní péče v oboru…* *…. který přijal pacienta do péče za účelem poskytování primární ambulantní péče. Registrující poskytovatel je povinen při přijetí pacienta do péče vyplnit registrační list, který pacient podepíše; registrační list je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.* ***Pacient je u registrujícího poskytovatele registrován vždy na konkrétní pracoviště.“*** Odůvodnění: Aktuálně jsou pacienti registrováni vždy na pracoviště (IČP) a takto hlásí registrace i zdravotní pojišťovně. - Registrace na pracoviště tedy odpovídá aktuální praxi. Na pracoviště jsou navázány i úhradové mechanismy (diferencovaná kapitační platba, diferencovaná agregovaná platba). Tento přístup souvisí i se vznikem tzv. sdružených praxí v souladu s koncepcí primární péče. Trváme tedy na registraci pacienta na pracoviště, a to z toho důvodu, že na pracoviště jsou sekundárně vázány i úhradové mechanismy (např. dostupnost, vzdělávání). Kromě toho zdravotní pojišťovny vyhodnocují i kapacitu pracoviště a možnosti registrace dalších pacientů.	**<u>Vysvětleno.</u>** Registrace pacienta na konkrétní IČP pro účely úhradových mechanismů z veřejného zdravotního pojištění není předmětem problematiky, kterou se zabývá zákon o zdravotních službách a je pro regulaci tohoto zákona irelevantní. Uvedené nebrání pokračování stávající praxe.

	Poskytovatel může být z pohledu smluvního vztahu i nadregionální a smluvní vztah je uzavírán na jednotlivá pracoviště (Přílohy č. 2 Smlouvy). Termínem „pracoviště“ není myšlen objekt, je tím myšleno pracoviště z pohledu zdravotní pojišťovny, tedy IČP (resp. konkrétní Příloha č. 2 Smlouvy). V rámci jednoho IČP (pracoviště) může působit více lékařů a zároveň toto IČP (pracoviště) může mít nasmlouváno jedno nebo více míst poskytování zdravotních služeb (více adres). Navíc doplňujeme, že zák. č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů, vč. jeho současně předloženého návrhu novelizace k připomínkám používají pojmy **„identifikační číslo pracoviště“** – viz např. ustanovení § 23 odst. 1 písm. f) tohoto zákona, dle nějž se v Kmenovém registru pacientů vede jako kmenový údaj o pacientovi mj. identifikační číslo **registrujícího** poskytovatele zdravotních služeb a **identifikační číslo pracoviště**, bylo-li zdravotní pojišťovnou přiděleno, na kterém je pacient **zaregistrován.**	
	6. K § 3 odst. 5 písm. b) a další ustanovení návrhu, text důvodové zprávy - pediatrie Mezi registrující poskytovatele je vedle praktického lékaře pro děti a dorost zařazen i pediatr (zároveň je doplněn i do znění dalších ustanovení návrhu zákona). Důvodová zpráva pouze odkazuje na novelu zákona č. 95/2004 Sb. bez dalšího vysvětlení - zařazení pediatra mezi registrující poskytovatele zdravotních služeb musí být provázáno i na další právní předpisy.. Ministerstvo zdravotnictví ustanovením chtělo pravděpodobně upřesnit, že lékaři se specializovanou způsobilostí získanou podle novely zákona č. 95/2004 Sb. účinné od 1. 7. 2017 předkládají již pouze doklad o specializaci v oboru pediatrie (novelou zákona došlo ke sloučení základního oboru dětské lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost do nového oboru pediatrie).	**Vysvětleno.** Není pravdou tvrzení, že pokud se lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie rozhodne, že bude poskytovat primární péči, tak bude nadále označován jako praktický lékař pro děti a dorost – uvedené by bylo v rozporu s předpisy upravujícími vzdělávání lékařů (zákon č. 95/2004 Sb. a prováděcí předpisy). Problematika úhradových mechanismů není předmětem této novely a bude muset na tuto novelu následně navázat.

	Nicméně, pokud se lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie rozhodne, že bude poskytovat primární péči, tak bude nadále označován jako praktický lékař pro děti a dorost – odb. 002 dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (vyhl. č. 134/1998 Sb.). Pro tuto odbornost prozatím není vytvořen úhradový mechanizmus a metodika veřejného zdravotního pojištění a datové rozhraní nepočítá s hlášením registrovaných pojištěnců ze strany pediatrů. Prosíme toto vysvětlit v důvodové zprávě.	
	8. K § 9 odst. 1 Doporučujeme doplnit text k podpoře eliminace neúčelných krátkodobých (jednodenních) hospitalizací. Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně ***nebo formou jednodenní péče podle § 8*** a pro její poskytnutí.	**Vysvětleno.** Uvedené plyne dostatečně z podmínky nezbytnosti hospitalizace pacienta, která probíhá pouze v rámci lůžkové zdravotní péče (dle definice je hospitalizace pobyt pacienta na lůžku přesahující 24 hodin).
	9. K § 9 odst. 2 Doporučujeme upravit text v nově doplněném textu pod písmenem c), bod 2.: Zdravotní stav pacienta **není stabilizovaný, ale nevyžaduje poskytnutí lůžkové péče v podobě akutní lůžkové péče**, ~~je stabilizovaný~~, ~~přičemž~~ **k jeho stabilizaci** ~~zlepšení~~ nebo k úpravě vnitřního prostředí či **zlepšení stavu případné nebo hrozící závislosti na pomoci 2. osoby** se vyžaduje poskytování plánované **časově omezené následné** lůžkové péče, zejména (nejen) léčebně rehabilitační. Řada pacientů by se měla mít možnost při subkompenzaci chronického onemocnění dostat na lůžko následné péče. Pokud by byl podmínkou stabilní zdravotní stav, museli by se na lůžko vždy dostat z ambulantní péče jen z akutního lůžka, s výjimkou rehabilitačních OLÚ a lázní. I dnes může a správně do následné péče indikovat registrující praktický lékař. Navrženým zněním zákona by tato možnost zmizela a paradoxně by narostly akutní hospitalizace.	**Neakceptováno.** Připomínka již vypořádána v rámci vnitřního připomínkového řízení, Ministerstvo zdravotnictví setrvává na vypořádání. Ministerstvo zdravotnictví předkládaným návrhem upravuje definici následné lůžkové péče [§ 9 odst. 2 písm. c)] následovně: ***„c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena hlavní diagnóza a*** ***1. poskytováním akutní lůžkové péče došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, přičemž k jeho zlepšení se vyžaduje poskytování další plánované lůžkové péče, zejména léčebně rehabilitační péče,*** ***2. zdravotní stav pacienta je stabilizovaný, s funkčním potenciálem ke zlepšení, přičemž k jeho zlepšení nebo udržení se vyžaduje poskytování plánované lůžkové péče, zejména***

	Akceptace této připomínky by mohla přetíženému systému akutní lůžkové péče, obzvláště pak pracovištím interních oborů významně napomoct ve snížení přetíženosti a vedla by k racionalizaci čerpání zdrojů systému- Doporučujeme doplnit o bod 4.: **4. Hospicová ústavní péče dle § 44a)**	***léčebně rehabilitační péče, nebo*** ***3. jde o pacienta částečně nebo úplně závislého na podpoře základních životních funkcí; tomuto pacientovi je poskytována následná intenzivní péče,“*** Bod 2 výše uvedené nové definice následné lůžkové péče umožňuje přijetí pacienta na lůžko následné péče i bez předchozí hospitalizace na akutním lůžku (tj. podmínka předchozího poskytování akutní lůžkové péče není stanovena). Tato úprava umožňuje přijetí subkompenzovaných pacientů s chronickým onemocněním na lůžko následné péče i bez předchozí akutní hospitalizace. Podmínkou poskytování následné lůžkové péče je stabilizace zdravotního stavu pacienta do takové míry, že již nevyžaduje hospitalizaci na akutním lůžku, nicméně pořád vyžaduje poskytování zdravotních služeb formou lůžkové péče (k tomu srov. základní vymezení poskytování lůžkové zdravotní péče v § 9 odst. 1). Co se týče požadavku na doplnění ústavní hospicové péče do § 9 odst. 2 písm. c), tak hospicová péče není zvláštním typem (druhem) následné lůžkové péče. Toto ustanovení řeší jeden z druhů jednotlivých forem zdravotní péče. Hospic je však zdravotnické zařízení, ve kterém jsou poskytovány některé druhy zdravotní péče, a to podle účelu jejich poskytnutí, tedy léčebná, paliativní a ošetřovatelská lůžková péče a dále odborné sociální poradenství. Tyto pojmy nelze směšovat nebo jejich úpravu napříč předpisem zdvojovat.
	10. K § 11 odst. 4 V textu § 11 odst. 4 chybí písm. j), navrhujeme ho doplnit. *(4) Personální zabezpečení zdravotních služeb musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotním službám podle § 2 odst. 2 písm. d) až f) a i)* ***a j).*** …	**Akceptováno.**

	Odůvodnění: V rámci vypořádání vnitřního připomínkového řízení byla tato připomínka akceptována, ale ve znění, které bylo zasláno do vnějšího připomínkového řízení, ustanovení upraveno není.	
	11. K § 11, odst. 5 písmeno b) U písmena b) doporučujeme analogicky jako u **§ 5, odst. 2 písmeno j)** Navrhujeme zúžit definičně, kým může být poskytovaná a zřizovaná. Text připomínky výše, cílem je nepodporovat vznik telemarketingových firem, které budou bez odpovědnosti ke konkrétnímu pojištěnci poskytovat rady na náklady systému a bez možnosti kontroly. Finanční dopad není vyčíslen ani v RIA ani v důvodové zprávě, ale byl by zcela jistě ne zanedbatelný.	**Vysvětleno.** Ustanovení § 5 odst. 2 písm. j) v návrhu zahrnuto není a neexistuje. Připomínka je tak neurčitá a nepřezkoumatelná.
	13. K § 11c odst. 2 písm. c) Navrhujeme doplnit nový odstavec c) ve znění: „c) jejich poskytování v aktivní součinnosti s pacientem pomocí technologie slouží k rehabilitaci pacienta.“	**Neakceptováno, vysvětleno.** Ustanovení § 11c má být vloženo do zákona o zdravotních službách zákonem, jehož návrh je nyní v poslanecké sněmovně projednáván jako sněmovní tisk 512. Není tedy předmětem této komplexní novely zákona o zdravotních službách. Rovněž nám není zřejmá podstata požadavku. Navrhované ustanovení není srozumitelné, ani odůvodněné.
	15. K §16 odstavec 1, písmeno l) **Navrhujeme doplnit odkaz na odst. 3, § 44g** I po doplnění odkazu na odstavec 3 § 44g ale už na tomto místě upozorňujeme na významný problém nedostatečně upravených podmínek pro přiznání oprávnění pro urgentní příjem II. typu.	**Neakceptováno.** Předkladatel neshledává avizované nedostatky, které nadto připomínkové místo ani nikterak nekonkretizuje a neodůvodňuje jejich nedostatečnost.
	21. K 36 odst. 5 Do navrhovaného znění § 36 odst. 5 navrhujeme doplnit obsah stávajícího § 36 odst. 5 písm. d):	**Vysvětleno.** Uvedené případy plně spadají pod § 36 odst. 2 větu první zákona o zdravotních službách, která stanoví, že poskytovatel bere na zřetel dříve vyslovené přání pouze má-li ho k dispozici.

	„(5) Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovému jednání, jehož výsledkem je způsobení smrti ***nebo pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici pacientovo dříve vyslovené přání, započaty zdravotní výkony vedoucí k udržení života.****“* Odůvodnění: Doplnění se vztahuje na případy, kdy dojde k zahájení kardiopulmonální resuscitace (KPR) v terénu, přestože pacient si KPR nepřál, ale zdravotníkům na místě není toto dříve vyslovené přání známé (dostupné) a nemůže být jejich povinností existenci dříve vysloveného přání ověřovat před zahájením KPR. Jedná se o legitimní důvod nerespektování takového přání.	
	22. K § 39 odst. 4 písm. c) Navrhujeme použít raději větu „celkovém počtu pacientů, u nichž byly použity omezovací prostředky; pouhé slovo „omezeni“ považujeme za zavádějící.	**Akceptováno.**
	24. K § 44a **Navrhujeme, aby ustanovení znělo takto:** (1) Hospicem se rozumí poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu onemocnění formou lůžkové péče nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (2)V hospici je poskytována léčebná, paliativní a ošetřovatelská péče. Těmto pacientům a jejich osobám blízkým mohou být v případě potřeby zároveň poskytovány i sociální služby podle zákona o sociálních službách[66]. Odůvodnění: Nová úprava, která byla předložena, předpokládá, že hospic je pouze poskytovatel lůžkové péče. V praxi však vedle sebe existují lůžkové hospice a hospice poskytující péči pouze ve	**Vysvětleno.** Mobilní hospice poskytují zdravotní služby na základě oprávnění k jejich poskytování formou zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta – domácí paliativní péče, srov. § 10 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách. Ustanovení § 44a naproti tomu upravuje „lůžkový“ hospic jako zdravotnické zařízení (uvedené nebrání tomu, aby poskytovatel domácí paliativní péče používal označení mobilní hospic. Jedná se tedy pouze o úpravu vymezení lůžkového hospice, přičemž na činnosti lůžkových či mobilních hospiců se ovšem provedenou úpravou ničeho nemění.

	vlastním sociálním prostředí pacienta (mobilní hospic). Tuto praxi reflektuje i stávající znění § 44a, které předpokládá poskytování buď lůžkové péče nebo péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Navrhujeme zakotvit text, který bude výkladově jednoznačný a bude z něj vyplývat, že hospicem je jak poskytovatel lůžkové péče, tak poskytovatel poskytující péči terminálně nemocným pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí.	
	25. K § 44c odst. 3 písm. c) Navrhujeme v textu § 44c odst. 3 písm. c) vypustit „*psychoterpie*“. *„(3) V centru duševního zdraví jsou poskytovány zdravotní služby v oborech* *…* *c) psychiatrie, ~~psychoterapie~~[67], geriatrie a klinická psychologie, jde-li o centrum duševního zdraví pro seniory, …“* Odůvodnění: Text návrhu zákona je uveden do souladu s Věstníkem MZ č. 15/2022.	**Neakceptováno.** V souladu s odbornými požadavky stanovenými věstníkem MZ č. 15/2022 byly stanoveny obory poskytování zdravotní péče v CDZ pro seniory v § 44c odst. 3 písm. c). Uvedený věstník na str. 17 bod bodem A3) stanoví následující: *„*[Služby CDZ pro seniory] [z]*ahrnují služby psychiatra, geriatra a sestry pro péči v psychiatrii, klinického psychologa, včetně psychoterapeutické péče, ve formě ambulantní péče a dále ve formě zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta pro všechny cílové skupiny CDZ-S.“* Nadpis uvedeného bodu A3) je v tomto ohledu částečně matoucí, jelikož psychoterapeutickou péči může poskytovat buď psychoterapeut (S3) nebo lékař psychoterapeut (lékař L3 po absolvování nástavbového oboru dle vyhlášky č. 152/2018 Sb.). Uvedené je reflektováno i v návrhu prováděcích právních předpisů.
	26. K § 44f - Centrum komplexní péče o děti S ohledem na výstupy Kulatého stolu k respitní péči v Poslanecké sněmovně dne 29. 11. 2023 navrhujeme zvážit, zda je nově navržená právní úprava vhodná. Souhlasíme s tím, že v právních předpisech chybí zakotvení dlouhodobé péče o děti, což však lze vyřešit úpravou vyhlášek a vytvořením samostatného ošetřovacího dne. Vznik center komplexní péče o děti řeší danou problematiku jen izolovaně.	**Vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví považuje navrhovanou úpravu CKP za vhodnou. CKP je zaměřeno na potřeby těžce nemocných dětí se somatickými projevy, což jsou děti, které potřebují 24hodinový zdravotní dohled a velký objem zdravotních úkonů (př. krmení sondou, dopomoc s dýcháním, ošetření tracheostomie nebo kanyly, injekční podávání léků nebo infuzí apod.). Jde o děti,

	Legislativa vůbec neřeší problematiku domácí umělé plicní ventilace (DUPV). Bude provázáno s NIP a DIOP? Budou upraveny indikace k hospitalizaci? Dle textu odstavce 1 by se mělo jednat o lůžkovou péči, dle RIA i ambulantní, jak to tedy je?	jejichž zdravotní stav významně limituje nebo ohrožuje jejich život, u nichž bez soustavné zdravotní ošetřovatelské péče dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Závažnost zdravotního stavu je vždy posuzována lékařem, proto CKP poskytují péči dětem pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře. CKP je zdravotnické zařízení, které poskytuje komplex různých typů péče – lůžkové, respitní a ambulantní (stacionární). Provázání s NIP a DIOP není podmínkou. Kritérium pro zařazení pacienta do péče CKP není diagnóza dle explicitního výčtu diagnóz, ale potřeba vysokého objemu zdravotní péče, kterou nejsou schopné saturovat sociální služby. Zdravotní stav těchto dětí je indikačně na úrovni dlouhodobé lůžkové péče v nemocnicích, přestože často žijí v domácím prostředí, kde nepřetržité poskytování zdravotních výkonů zajišťují jejich rodiče.
	27. K § 44f - Centrum komplexní péče o děti Pokud bude Ministerstvo zdravotnictví nadále považovat za potřebné upravit tento druh zdravotnického zařízení, tak s ohledem na charakter poskytovaných služeb považujeme za nezbytné, aby Centrum komplexní péče o děti získalo kromě oprávnění k poskytování zdravotních služeb i **oprávnění k poskytování sociálních služeb** – viz odlehčovací služby v § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Nebo půjde o lůžka dlouhodobé péče o děti, které mají fungující rodinu, ale s ohledem na zdravotní stav je potřeba jejich dlouhodobé doléčení?	**Vysvětleno.** CKP je zdravotnické zařízení, které poskytuje komplex různých typů péče – lůžkové, respitní a ambulantní. V některých případech bude poskytovat také péči terénní (domácí péče). Vzhledem k tomu, že se podařilo najít řešení, jak propojit zdravotní a sociální péči bez nutnosti dvojí registrace zdravotní složky péče jako zdravotní služby a sociální složky péče jako sociální služby, dochází v CKP k velmi transparentnímu stavu (sdílení informací mezi sociální a zdravotní částí, pohyb zdravotního a sociálního personálu apod.), ke snížení administrativy (dvojí registrace, dvojí pracovní smlouvy, dvojí evidence a vykazování) a ke stabilnímu financování, a není již potřeba řešit zdravotně-sociální péči komplikovanou kombinací zdravotních a sociálních služeb. Je třeba dodat, že CKP si může registrovat v podstatě jakoukoli sociální službu, pokud splní předpoklady pro jejich registraci.
	28. K § 44f - Centrum komplexní péče o děti	**Vysvětleno.**

	Navrhujeme v zákoně upravit, že Centra komplexní péče o děti budou vícezdrojově financovány. Odůvodnění: Dle zprávy RIA, str. 10: …*Návrh proto počítá s financováním zdravotní péče standardně ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění (pro zdravotní péči), dále* ***také s příspěvkem zřizovatele a využitím příspěvku na péči v případě dlouhodobé lůžkové péče*** *(obdobně jako u zařízení hospicového typu). V úvahu také připadají* ***úhrady od klientů*** *v případě zdravotní respitní péče nad rámec nárokového objemu. Příspěvek na péči a příspěvek zřizovatele budou sloužit především k úhradám nákladů na nezdravotní personál (soc. pracovník, speciální pedagog, vychovatel).* **Vícezdrojový systém financování není v právních předpisech upraven – považujeme za zásadní tuto úpravu doplnit**.	Návrh explicitně počítá i s čerpáním příspěvku na péči, k tomu srov. návrh změn v zákoně o sociálních službách (§ 7 odst. 2)
	29. K § 44g odst. 2 písm. b) – urgentní příjem Navrhujme doplnit alespoň, že **UP II. typu může zřídit poskytovatel, který poskytuje akutní lůžkovou péči minimálně v oborech vnitřní lékařství, chirurgie a dále anesteziologie a resuscitace.** Odůvodnění: Ministerstvo zdravotnictví rezignovalo na minimální výčet oborů, které musí urgentní příjem II. typu splňovat. Vzhledem k tomu, že aktuálně je ve věci UP stále v platnosti Memorandum mezi Ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami, vyvstává otázka, kdo bude rozhodovat o tom, která nemocnice bude zařazena mezi UP II. typu. Chybí přesnější definice, jakou akutní lůžkovou péči má poskytovatel minimálně poskytovat, ev. zda má poskytovatel zajistit alespoň nepřetržitý provoz specializované ambulantní péče v nějakých oborech *(viz výkladové stanovisko MZČR ze dne 16. 12. 2021)*. Takto bude moci urgentní příjem II. typu zřídit i psychiatrická nemocnice nebo poskytovatel akutní	**<u>Vysvětleno.</u>** Došlo k umožnění získání oprávnění pro zřízení urgentního příjmu pro veškeré poskytovatele akutní lůžkové péče, nicméně za předpokladu splnění vysokých personálních a věcných požadavků (k tomu srov. vyhlášky č. 92/2012 Sb. a č. 99/2012 Sb.). Ministerstvo zdravotnictví považuje toto řešení za nejvhodnější.

	rehabilitační lůžkové péče bez zázemí největších specializovaných oborů. Zřizování UP u poskytovatelů bez zázemí specializovaných oborů (při požadavku na splnění kritérií ukotvených ve vyhl. č. 92/2012 Sb. a č. 99/2012 Sb. a plnění rozsahu Metodiky pro zřizování UP zveřejněné ve věstníku MZČR 9/2020) je nesystémové a generující zvýšené finanční nároky na poskytovatele, které budou přenášeny na zdravotní pojišťovny, a proto se jeví jako nákladově a personálně neefektivní. Navrhovaná právní úprava bude také vytvářet výkladové nejasnosti.	
	30. K § 44g odst. 3 písm. a) – urgentní příjem Navrhujeme doplnit text ust. § 44g odst. 3 písm. a): *„(3) Poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost* *a) mít zajištěn nepřetržitý provoz **vlastního** skiagrafického a ultrazvukového pracoviště a **magnetické rezonance a vlastních** laboratorních pracovišť diagnostické péče klinické biochemie a hematologie, ..“* Odůvodnění: Je navrhováno doplnění MR z důvodu zlepšení diagnostiky péče. V rámci Přístrojové komise je projednáváno velké množství žádostí o MR, kdy jedním z důvodů schválení MR do nemocnice je existence urgentního příjmu a zdravotní pojišťovny právě s ohledem na vazbu na urgentní příjem nové MR nasmlouvávají. Diagnostická pracoviště urgentního příjmu nemohou být zřízená externím poskytovatelem (outsourcing). Je nezbytné zajistit komplexní služby jedním subjektem.	**<u>Neakceptováno.</u>** Návrh vychází z požadavků na zajištění diagnostického komplementu urgentních příjmů stanovených Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví publikovaným ve Věstníku MZ č. 9/2020 (srov. str. 157). Dle tohoto věstníku není podmínkou zřízení vlastních komplementárních diagnostických pracovišť podle § 44g odst. 3 písm. a), stačí pouhé zajištění 24hodinové dostupnosti tohoto komplementu. Součástí požadovaného minimálního komplementu zároveň není nutně pracoviště magnetické rezonance, k tomu srov. opět Věstník MZ č. 9/2020; tím není dotčena možnost, aby poskytovatelé zřizující urgentní příjem měli toto pracoviště zřízeno jako podmínku pro udělení statusu centra vysoce specializované zdravotní péče podle § 112 a násl. zákona o zdravotních službách.
	31. § 44g odst. 4	**<u>Akceptováno částečně.</u>** Ustanovení § 44g odst. 4 bylo vypuštěno. Změnu zákona o léčivech pak po vypuštění není třeba provádět.

	Návrh ust. § 44g odst. 4 je v rozporu se zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů. - Je třeba současně novelizovat i zákon o léčivech. Odůvodnění: Navržené znění je v rozporu s § 5 odst. 8 písm. a) body 2., 3. zák. č. 378/2007 Sb., o léčivech. Léčivým přípravkem lze vybavit pacienta i při poskytování zdravotních služeb, je-li riziko z prodlení a s ohledem na místní a časovou nedostupnost lékárenské péče; léčivým přípravkem však lze vybavit pouze při ukončení hospitalizace, překladu pacienta nebo ho může vydat poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo ZZS. Popsaná situace neodpovídá znění zákona o léčivech.	
	34. Ke stávajícímu **§ 45 odst. 2 písm. l)** Nesouhlasíme s odstraněním § 45 odst. 2 písm. l) bez náhrady. Navrhujeme jeho znění upravit, ev. doplnit do zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. *(2) Poskytovatel je povinen* *…* *l) podílet se na žádost **zdravotní pojišťovny, se kterou uzavřel smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb**, na zajištění lékařské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu,“* Odůvodnění: Navrhujeme úpravu znění ust. § 45 odst. 2 písm. l) s ohledem na nově stanovenou povinnost zdravotních pojišťoven zajistit pohotovostní službu. Pokud byl tento způsob zajištění pohotovostní službu dosud umožněn krajským úřadům, pak není důvod stejný nástroj nepovolit taktéž pro zdravotní pojišťovny. - Viz odůvodnění výše.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví nepovažuje zakotvení povinnosti (smluvních) poskytovatelů zdravotních služeb podílet se na žádost zdravotních pojišťoven na zajištění pohotovostních služeb, za účelné ani vhodné. Předmětná změna (přesun odpovědnosti za zajištění pohotovostí z krajů na zdravotní pojišťovny) je koncepční, a proto Ministerstvo zdravotnictví považuje za nejvhodnější, aby závazek poskytovatelů ambulantní péče podílet se na personálním zabezpečení pohotovostních služeb plynul již z povahy jejich smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami, a proto tato problematika bude řešena novelou zákona č. 48/1997 Sb. a je již předmětem probíhajícího dohodovacího řízení před vydáním nové úhradové vyhlášky.
	36. K § 48 odst. 6	**Akceptováno jinak.**

	Navrhujeme zvážit úpravu textu ust. § 48 odst. 6 tak, aby skutečně neumožňovalo podmiňovat zdravotní službu poskytnutím prospěchu nebo nákupem plnění pacientem. Odůvodnění: Výkladem navrženého znění *a contrario* lze dovodit, že poskytovatel zdravotních služeb může podmínit přijetí/pokračování v poskytování zdravotních služeb pacientovi …. nákupem zboží či služeb souvisejících s poskytovanou péčí (např. gynekolog by mohl podmiňovat přijetí pacientky do péče nákupem jednorázových vyšetřovacích zrcadel nebo zaplacením USG vyšetření nad rámec toho, co je hrazené z v.z.p., tj. nabízí zboží/služby přímo související s gynekologickou péčí, ale nehrazené z v.z.p.).	V návaznosti na tuto a jiné připomínky ustanovení zásadně přeformulováno. Zní takto: „(6) Nestanoví-li jiný právní předpis jinak, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nemůže a) požadovat úhradu za poskytnutí zdravotních služeb nebo služeb souvisejících v rozsahu, ve kterém jsou tyto služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, b) požadovat úhradu poskytnutých zdravotních služeb nebo služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, jež nejsou v době informování pacienta o jejich ceně uvedeny v seznamu cen zpracovaném podle § 45 odst. 2 písm. b), c) podmínit přijetí tohoto pacienta do péče ani pokračování v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi poskytnutím platby nebo jiného prospěchu ani nákupem jiného zboží či služeb, které nejsou nezbytné pro poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o pacienta podle odstavce 1 písm. c), nevyžaduje-li zdravotní stav tohoto pacienta poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3.“
	37. K § 48 odst. 6 Navrhujeme doplnění textu nového § 48 odst. 6. Navrhujeme, aby byl text ustanovení výslovně doplněn o zákaz požadovat poplatek za objednání a aby byla stanovena sankce pro poskytovatele, kteří tento poplatek požadují, a to i prostřednictvím prostředníka (např. webové stránky navstevalekare.cz). Důvodem jsou opakující se případy z praxe a stížnosti pojištěnců na jejich diskriminaci ze strany tzv. smluvních poskytovatelů, kteří přijetí pojištěnce do péče i pokračování v	**<u>Akceptováno jinak.</u>** V návaznosti na tuto a jiné připomínky ustanovení zásadně přeformulováno. Viz předchozí připomínka.

	poskytování této péče často podmiňují nejen tzv. registračním poplatkem či jeho obdobou, ale např. i předchozím provedením ze zdravotního pojištění nehrazených nákladných vyšetření atp.	
	39. K § 77a odst. 5 Navrhujeme vypustit slova „v rozsahu údajů o zdravotních službách, které uhradila“. ZP o službách, které uhradila, ví, proto tyto údaje nepotřebuje zpětně získávat. Pro: - provádění veřejného zdravotního pojištění, - možnost kontroly kvality zdravotních služeb, - porovnávání výkonnosti, - zjištění dostupnosti hrazených služeb je žádoucí mít možnost dostávat data souhrnná za celou poskytovanou hrazenou péči u konkrétního poskytovatele.	**Neakceptováno.** Jedná se o určení rozsahu údajů, ke kterým má ZP přístup. K ostatním údajům v rámci NZIS, vč. NRHZS má přístup v souladu s jinými ustanoveními zákona o zdravotních službách (§ 73 odst. 8 ve světle nálezu ÚS).
	42. K § 96 odst. 1 písm. b) Navrhujeme zakotvit nový bod, který zní: „příslušné zdravotní pojišťovně, jestli zjistí poskytování zdravotních služeb v rozporu s oprávněním a ZZS nebo nedostatky v personálním zajištění a kvalifikaci zdravotnického personálu.“	**Vysvětleno. Zohledněno již stávající úpravou.** V těchto případech se již teď může postupovat podle § 96 odst. 2 zákona o zdravotních službách.
	43. K § 110 Navrhovaná úprava zcela přenáší odpovědnost za organizaci a zajištění lékařských a lékárenských pohotovostních služeb z krajů na zdravotní pojišťovny. Z důvodové zprávy současně vyplývá, že páteřní síť pracovišť lékařské pohotovostní služby bude stanovena při pracovištích urgentního příjmu, kdy poskytovatelé zřizující urgentní příjem budou mít ovšem povinnost zajistit pouze prostorové a technické zázemí pro výkon lékařské pohotovostní služby, kdy personální zabezpečení bude de facto odpovědností zdravotní pojišťovny. **Předpokládáme, že jde o nedopatření, pokud**	**Neakceptováno.** Záměr přesunout odpovědnost za organizaci a zajištění pohotovostních služeb z krajů na zdravotní pojišťovny Ministerstvo zdravotnictví dlouhodobě deklaruje a dlouhodobě je znám i zde navržené řešení, a sice že poskytovatel zdravotních služeb zřizující urgentní příjem zřídí a poskytne místo pro výkon lékařské pohotovostní služby, přičemž zdravotní pojišťovny budou mít povinnost zajistit pouze personální složku této služby. Pohotovostní služba v oboru

	bylo naznačeno, že by to měly být zdravotní pojišťovny, co budou zajišťovat personál pro potřeby fungování poskytovatelů a zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovna plní svou povinnost zajistit zdravotní služby ze zákona prostřednictvím smluvních poskytovatelů zdravotních služeb. Tedy i péči LPS v rámci UP nemocnic. Současně budou od předmětné povinnosti osvobozeny jednotlivé kraje, které přitom často v dané lokalitě působí v pozici zřizovatele/vlastníka příslušných zařízení a jsou proto subjektem nanejvýš kompetentním k spoluorganizaci i zabezpečení dostupnosti pohotovostní služby, stejně jako ke spolupodílení se na zajištění personálního zajištění lékařské pohotovostní služby, která bude v těchto zařízeních provozována. I přes výše uvedené však navrhované znění zcela v rozporu s účelností a dosud funkční organizací staví kraje pouze do pozice subjektů odpovědných za zajištění příslušných prostor a techniky. **S výše uvedeným návrhem v takovéto podobě zdravotní pojišťovny nemohou souhlasit,** když navrhovaný systém zcela v rozporu s logikou věci a k tíži veřejného zdravotního pojištění přinese zjevné navýšení nákladů. **Bez komplexní a kompletní úpravy dané agendy zajištění pohotovostní služby, včetně příslušných nástrojů k vymožení splnění povinnosti smluvních poskytovatelů zdravotních služeb směrem k provádění služeb pohotovosti – soubor povinností PZS a soubor oprávnění, včetně sankčních pro ty, kteří za zajištění budou odpovědni, <u>nelze takto navrhovanou změnu připustit.</u>** Předložený návrh úpravy § 110 není řešením problému zajištění pohotovostní služby.	zubní lékařství je v plné míře přesunuta na zdravotní pojišťovny. Tento záměr a řešení je ministerstvem dlouhodobě diskutován i na pracovní úrovni a zdravotní pojišťovny s ním byly seznámené. Ministerstvo zdravotnictví považuje zachování odpovědnosti za zajištění pohotovostních služeb na krajích za nesystémové a dlouhodobě neudržitelné. Ministerstvo zdravotnictví zároveň upozorňuje, že v současnosti probíhají práce na paralelní novele zákona o veřejném zdravotním pojištění, které budou v případě potřeby tuto problematiku adresovat.
	44. K § 110 Povinnost krajů organizačně zajistit <u>LPS v oboru zubního lékařství</u> nemůže být bez dalšího zrušena. Novela neřeší organizaci zubní LPS. V rámci UP a při nemocnicích bude dle tohoto zákona fungovat lékařská LPS, nikoliv zubní.	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo výše popsaného problému, nicméně ani v současnosti nejsou stanoveny kritéria pro tvorbu sítě stomatologických pohotovostních služeb, jelikož absentuje odborný konsenzus na adekvátní podobě této

	Jakákoliv změna by musela být řešena komplexně, a to i ve vazbě na předchozí připomínku SZP ČR vztahující se tematicky k pohotovostní službě lékařské a lékárenské. **Bez komplexní a kompletní úpravy, včetně případných nástrojů k vymožení splnění povinnosti smluvních poskytovatelů zdravotních služeb směrem k provádění služeb pohotovosti, <u>nelze takto navrhovanou změnu připustit</u>.** Předložený návrh úpravy § 110 není řešením problému zajištění pohotovostní služby.	sítě. Ministerstvo zdravotnictví nicméně s odbornými partnery průběžně hledá řešení této otázky, které ovšem tematicky nespadá do zákona o zdravotních službách.
	46. K § 112 odst. 2 Nesouhlasíme s umožněním outsourcingu. - Prosíme o jasné určení, zda smluvní poskytovatel poskytovatele se statusem centra vysoce specializované péče bude mít také status centra vysoce specializované péče a/nebo výhody z něj plynoucí (např. jiné úhrady dle úhradové vyhlášky) a dále o doplnění do důvodové zprávy. Ev. podrobněji upravit v rámci jednotlivých výzev, neřešit v rámci zákona. Poslední věta § 112 odst. 2 umožní vydat statut centra vysoce specializované péče neomezenému počtu spolupracujících poskytovatelů, což popírá princip centralizace těchto zdravotních služeb, která má za cíl efektivně nakládat s přístrojovým i personálním vybavením vysoce nákladné péče. S tím souvisí i problém hodnocení naplnění kritérií dle výzev.	**<u>Vysvětleno.</u>** Smluvní poskytovatel bude mít postavení smluvní poskytovatel centra vysoce specializované zdravotní péče. Bude na rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví, v jaké míře outsourcing připouští. Toto rozhodnutí vždy vychází z odborného posouzení přípustnosti outsourcingu.
	47. K části druhé - změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění S ohledem na výstupy Kulatého stolu k respitní péči v Poslanecké sněmovně dne 29. 11. 2023 navrhujeme zvážit, zda je nově navržená právní úprava vhodná. - Není řešena	**<u>Vysvětleno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví považuje navrhovanou úpravu CKP za vhodnou.

	problematika všech věkových kategorií. Nejsou stanoveny indikační podmínky pro přijetí pacienta do lůžkové zdravotní respitní péče, nejsou stanoveny požadavky na poskytovatele. Navrženou úpravu považujeme za předčasnou. Dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou odlehčovací služby poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tedy i děti s chronickým onemocněním mohou být z respitních důvodů umístěny do zařízení sociálních služeb a případná indikovaná zdravotní péče může být poskytnuta poskytovatelem odb. 925 domácí péče. Pouze pacienti v závažném zdravotním stavu (všech věkových kategorií) by mohli být hospitalizování u poskytovatele zdravotních služeb, a to z respitních důvodů, kde by tato péče v předem jasně definované lhůtě byla hrazena z v.z.p.	CKP je zaměřeno na potřeby těžce nemocných dětí se somatickými projevy, což jsou děti, které potřebují 24hodinový zdravotní dohled a velký objem zdravotních úkonů (př. krmení sondou, dopomoc s dýcháním, ošetření tracheostomie nebo kanyly, injekční podávání léků nebo infuzí apod.). Jde o děti, jejichž zdravotní stav významně limituje nebo ohrožuje jejich život, u nichž bez soustavné zdravotní ošetřovatelské péče dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Jedná se o dětské pacienty, jejichž zdravotní stav zároveň neumožňuje jejich umístění v pobytovém zařízení odlehčovacích sociálních služeb. Závažnost zdravotního stavu je vždy posuzována lékařem, proto CKP poskytují péči dětem pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře. Ministerstvo zdravotnictví přitom nepovažuje za potřebné ani vhodné stanovovat právním předpisem indikační kritéria, jelikož taková kritéria nejsou právním předpisem stanovena ani pro jiné typy hospitalizaci či pro indikaci poskytování jiných zdravotních služeb.
	48. K tezím vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb **I.** V rámci vyhlášky č. 99/2012 Sb. navrhujeme doplnění požadavků na minimální personální zabezpečení pracoviště **domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu** – aktuální požadavek na personální zabezpečení dle jednání zdravotních pojišťoven se zástupci odborné společnosti a poskytovatelů je tento (lze akceptovat jednu z níže uvedených variant): *Varianta I:* *a) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v **úvazku minimálně 0,5** - tento úvazek smí být zajištěn pouze **1 lékařem**, který současně plní funkci vedoucího pracoviště,*	**<u>Vysvětleno.</u>** Vyhláška č. 99/2012 Sb. bude podléhat samostatnému legislativnímu procesu, momentálně jsou předkládány pouze její teze. Připomínka stran domácí paliativní péče jde nad rámec předloženého návrhu.

	*b) lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína v **úvazku 0,7** - tento úvazek smí být složen maximálně ze **4 lékařů**,* *c) celkový úvazek lékařů uvedených v písm. a) a b) bude minimálně **úvazek 1,2**,* *d) všeobecné sestry způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu úv. 5,0 s tím, že úvazky budou složeny maximálně z 10 sester (fyzických osob) nebo minimálně z 3 sester každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složený z nižších úvazků (není stanovená minimální výše těchto jednotlivých úvazků).* *Varianta II:* *a) lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v **úvazku minimálně 0,2** - tento úvazek smí být zajištěn pouze **1 lékařem**, který současně plní funkci vedoucího pracoviště,* *b) lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína **v přípravě na atestaci** z oboru paliativní medicína v **úvazku minimálně 0,3** - tento úvazek smí být zajištěn pouze **1 lékařem**,* *c) lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína v **úvazku 0,7** - tento úvazek smí být složen maximálně z **3 lékařů**,* *d) celkový úvazek lékařů uvedených v písm. a), b) a c) bude minimálně **úvazek 1,2** s tím, že minimálně 1 lékař musí být na pracovišti v úvazku 0,5,* *e) všeobecné sestry způsobilé k výkonu povolání bez odborného dohledu úv. 5,0 s tím, že úvazky budou složeny maximálně z 10 sester (fyzických osob) nebo minimálně z 3 sester každá v úvazku 1,0 (40 hod/týden) a zbývající úvazek 2,0 může být složený z nižších úvazků (není stanovená minimální výše těchto jednotlivých úvazků).*	

	Dále lze zvážit zařazení **psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie** a **zdravotně-sociálního pracovníka** (nicméně za tyto obory dostane poskytovatel navýšení úhrady v souladu s úhradovou vyhláškou pro r. 2024, tj. nepředpokládá se, že je bude mít každý). **II.** Navrhujeme úpravu předložených tezí vyhlášky č. 99/2012 Sb. ohledně požadavků na personální zabezpečení **center duševního zdraví** tak, aby byly v souladu s požadavky zveřejněnými ve Věstníku MZ č. 8/2021, resp. Věstníku MZ č. 15/2022. A. *Centrum duševního zdraví pro osoby se závažnou duševní poruchou* *a) psychiatr,* *b) klinický psycholog,* *c) všeobecná sestra,* *d) sestra pro péči v psychiatrii.* *Alespoň jeden z pracovníků uvedených v písmenu a) nebo b) musí mít psychoterapeutickou kvalifikaci.* *B. Centrum duševního zdraví pro děti* *a) dětský a dorostový psychiatr,* *b) klinický psycholog,* *c) všeobecná sestra nebo dětská sestra,* *d) sestra pro péči v psychiatrii nebo dětská sestra pro dětskou a dorostovou psychiatrii.* *Alespoň jeden z pracovníků uvedených v písmenu a) nebo b) musí mít psychoterapeutickou kvalifikaci.* *C. Centrum duševního zdraví pro seniory* *a) gerontopsychiatr nebo psychiatr,* *b) geriatr,* *c) klinický psycholog,* *d) sestra pro péči v psychiatrii.*	

	(pozn. psychoterapeutická kvalifikace není ve Věstníku č. 15/2022 v případě centra duševního zdraví pro seniory uvedena u žádného pracovníka) Centrum duševního zdraví pro osoby s adiktologickou poruchou a Centrum duševního zdraví pro osoby s nařízeným ochranným léčením jsou v souladu s Věstníkem č. 15/2022.	
Úřad pro ochranu osobních údajů Vít Zvánovec legislativa@uoou.cz tel.: 234 665 323 a 605 446 175	**Obecně** Úřad pro ochranu osobních údajů uplatňuje připomínky, a to včetně zásadních, zejména k ochraně osobních údajů. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), má pouze 129 paragrafů, ale má být změněn celkem na 209 místech, což je téměř dvojnásobek. Z toho je patrné, že se o žádnou novelu nejedná, nýbrž o skrytou rekodifikaci. Proto ÚOOÚ požaduje, aby místo návrhu novely byl předložen návrh nového zákona. **Tato připomínka je zásadní.** Navíc během pouhých 12 let své platnosti byl zákon předmětem 28 novel a jednoho nálezu ÚS, což jsou více než 2 novely ročně. Rovněž z toho je patrné, že zákon není dobře nastaven a měl by být postaven na systémově nových základech. A v neposlední řadě důvodová zpráva odůvodňuje ustanovení kmenového zákona, nikoliv změny.	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví bere názor ÚOOÚ na vědomí, nicméně jej nesdílí. Srovnání počtu paragrafů a počtu novelizačních bodů je zavádějící. V tuto chvíli není shledána potřeba opětovně rekodifikovat stěžejní předpis medicinského práva.
	Nad rámec návrhu požaduje ÚOOÚ v rámci nového vymezení pohotovosti stanovit, že poplatek se hradí pouze jednou. **Tato připomínka je zásadní.** Není vinou pacienta, že ho příjem nenasměroval ke správnému zdravotníkovi nebo že jeho zdravotní stav vyžaduje ošetření od různých odborností.	**Neakceptováno.** Připomínka jde nad rámec návrhu, věcně spadá případně pod připravovanou novelu zákona č. 48/1997 Sb., která je v současné době předmětem meziresortního připomínkového řízení.
	K důvodové zprávě nebo odůvodnění Část 10 obecné části důvodové zprávy nebo odůvodnění, zhodnocení dopadů navrhovaného řešení ve vztahu k ochraně	**Akceptováno.** DPIA přepracována.

	soukromí a osobních údajů (dále jen „DPIA“), je nezbytné zcela přepracovat. **Tato připomínka je zásadní.** *Odůvodnění:* *Předně, DPIA nemůže být vnitřně rozporná. Nelze na jedné straně tvrdit: „Návrh zákona se nevztahuje k ochraně osobních údajů“ a na druhé straně tvrdit: „Znění návrhu je plně v souladu s předpisy vztahujícími se k ochraně soukromí nebo ochraně a zpracování osobních údajů“. Pokud by návrh zákona zpracování osobních údajů neupravoval, tak by se na něj GDPR nevztahovalo, protože GDPR reguluje výlučně zpracování osobních údajů. Je tedy pojmově vyloučeno, aby návrh zákona, který zpracování osobních údajů nereguluje, byl v souladu s GDPR, protože chybí jakýkoliv průnik.* *DPIA je nepravdivé. DPIA tvrdí, že „Návrh zákona se nevztahuje k ochraně osobních údajů“, ačkoliv například článek IV bod 10 upravuje zpracování osobních údajů dokonce učebnicovým způsobem. Naprosto zásadní zásah do soukromí je v článku I bodu 59, který je nezbytné vyhodnotit. To samé platí pro zavedení oznamovací povinnosti. Cílem DPIA není posoudit soulad s GDPR, nýbrž zhodnotit rizika pro oprávnění a svobody subjektů údajů.* *DPIA musí respektovat strukturu stanovenou legislativními pravidly vlády. Návod je na stránkách ÚOOÚ.*[29] *K tomu se můžete obrátit na pověřence pro ochranu osobních údajů ministerstva a případně doplnit o jeho doporučení obecnou část důvodové zprávy nebo odůvodnění.*	
	V článku I se bod 68 zrušuje. **Tato připomínka je zásadní.** *Odůvodnění:* *Stávající právní úprava je mnohem lepší než navrhovaná. Zejména nelze souhlasit s nucením ošetřovat beznadějné případy, tj. slovo „aktivní“ je klíčové.*	**<u>Částečně akceptováno.</u>** Termín *„aktivní“* do ustanovení vrácen. Ve zbytku Ministerstvo zdravotnictví setrvává na navrhovaném znění.

[29] https://uoou.gov.cz/pravni-ramec/ochrana-osobnich-udaju/dalsi-prameny-prava/jak-posoudit-vliv-na-ochranu-osobnich-udaju-u-predloh-pravnich-predpisu.

	Část devátou ZZS (článek I body 138 až 164) je nezbytné zcela přepracovat. **Tato připomínka je zásadní**. *Odůvodnění:* *Tato partie ZZS neústrojně směšuje hodnocení kvality a bezpečí. Přemíra regulace se věnuje osobě hodnotitele; vlastní obsah hodnocení, tj. certifikát, není regulován vůbec.* *Místo toho by hodnocení mělo být od určité velikosti PZS (poliklinika či nemocnice) povinné a rozděleno na odbornou a klientskou část. Odbornou část by zajišťovala komora ve spolupráci s odbornou společností JEP, protože úkolem komory je vnitřní dozor nad odborností služeb svých členů; klientské hodnocení by mělo být svěřeno pacientským organisacím a mělo by odrážet spokojenost s úrovní poskytovaných zdravotních služeb z hlediska dodržování standardů lidských práv, zejména lidské důstojnosti.*	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví nesdílí názor připomínkového místa. Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb je dle názoru Ministerstva zdravotnictví výrazně provázáno i s bezpečím jejich poskytování. Vlastní obsah externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je předmětem prováděcí vyhlášky č. 102/2012 Sb. Ministerstvo zdravotnictví dále bere na vědomí názor připomínkového místa ohledně zavedení povinného externího hodnocení kvality a bezpečí, nicméně na této otázce v tuto chvíli nepanuje odborná ani politická shoda.
Společnost lékařské genetiky a genomiky České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, z. s. Prof. MUDr. Milan Macek, DrSc milan.macek.jr@lfmotol.cuni.cz	Společnost lékařské genetiky a genomiky ČLS JEP (dále SLG; www.slg.cz) v rámci externího připomínkového řízení navrhuje níže **uvedené zásadní připomínky**. 1) Současné znění návrhu novely zákona je v rozporu s ustanoveními zákona 373/2011 Sb, kde je v §29 (2) je uvedeno – **„**Výsledky genetických vyšetření nesmějí být bez písemného souhlasu vyšetřované osoby poskytnuty třetím osobám“. Z uvedeného vyplývá, že není možné sbírat „výsledky“ genetických laboratorních dat bez souhlasu vyšetřované osoby do registru díky specifickému charakteru citlivých genetických dat získaných vyšetřením zárodečného genomu. Informované souhlasy pacientů s genetickými onemocněními nejsou na tuto možnost připravené a do budoucna bude velmi obtížné je standardizovat pro celoplošné zadávání výsledků do genetických registrů. Proto nelze uvádět termín „výsledky“, ale obecnější formulaci „údaje o provedených“… odborných genetických, …“ a specifikovat pojem zárodečný genom (jehož se týkají ustanovení §28-29 zákona 373/2011Sb. Charakter „genetického údaje“, který	**Částečně akceptováno.** V návaznosti na připomínku a po konzultaci s ÚZIS ČR je ustanovení § 77a odst. 4 a § 78 zákona o zdravotních službách upraveno následovně: „§ 77a (4) Do Národního registru hrazených zdravotních služeb rovněž předává údaje poskytovatel, který provedl ~~vyžádaná~~ laboratorní vyšetření a tuto zdravotní službu vykázal zdravotní pojišťovně, a to ~~a) výsledky laboratorních odborných hematologických, odborných biochemických nebo mikrobiologických vyšetření,~~ **a) výsledky odborných laboratorních hematologických, biochemických, mikrobiologických, molekulárně biologických, molekulárně patologických, multiomických, imunologických, histopatologických a cytologických vyšetření,**

	bude v registru uveden bude do budoucna možno specifikovat v podzákonné normě (např. ve Věstníku MZd). Ve Věstníku pak bude specifikována anonymní /pseudonymizovaná forma genetických dat, agregované přehledy vzácných genetických variant, splnit soulad s konkrétními požadavky na sdílení dat v rámci EHDS nebo opt-in/opt-out z hlediska souhlasu pacientů či vyšetřovaných osob se sdílením citlivých genetických dat, zvláště pak u vzácných a ultravzácných onemocnění, kde je vyšší riziko nepřímé deidentifikace vyšetřovaných osob. Bude i specifikován termin „prediktivní“, který má jiný význam v molekulární patologii ve smyslu zjištění potenciální odpovědi na aplikace např. biologické léčby versus prediktivní ve smyslu „zárodečné genetiky“, kde se zjišťuje dispozice k rozvoji onemocnění apod. Doplnili jsme rovněž do výčtu v bodě a) imunologická a molekulárně patologická vyšetřeni. Eventuálně je možné typy vyšetření seřadit abecedně? 2) „V případě genetických prediktivních, presymptomatických, prenatálních a preimplantačních vyšetření předává poskytovatel pouze údaj o typu provedeného vyšetření“ – tento typ vyšetření, který „a posteriori/a priori“ nesouvisí s komplexním diagnostickým procesem u geneticky podmíněných onemocnění, ale uvádí míru pravděpodobnostního rizika „pro futuro“ pro vyšetřované osoby patří mezi obzvláště citlivé genetické údaje, které mají zvláštní statut z hlediska genetických konzultací - viz. Sbírka mezinárodních smluv 41/2019 str. 7597. – Dodatkový protokol ke genetickému testování pro zdravotní účely Oviedské konvence – Úmluvě o lidských právech a biomedicíně transponované do zákona 96/2001 Sb. (sbírka mezinárodních smluv). Zde je i uvedeno v „Kapitole IV – Článek 12 - Prediktivní genetická vyšetření, která předpovídají geneticky podmíněné nemoci nebo která slouží k určení nositele genu způsobujícího nemoc nebo k odhalení genetické predispozice nebo náchylnosti k nemoci, lze provést pouze pro zdravotní účely nebo pro vědecký výzkum spojený se zdravotními účely	**b) údaje o provedených odborných laboratorních genetických, cytogenetických, a multiomických vyšetření zahrnující data zárodečného genomu; jde-li o genetická prediktivní, presymptomatická, prenatální a preimplantační vyšetření, poskytovatel předává pouze údaj o typu provedeného vyšetření,** ~~b)~~ **c)** výsledky jiných laboratorních odborných vyšetření než uvedených v ~~písmenu a)~~ **písmenech a) a b)**, pokud si takové laboratorní vyšetření vyžádalo centrum vysoce specializované zdravotní péče, ~~c)~~ **d)** identifikační údaje zdravotní pojišťovny, které byla úhrada zdravotních služeb podle písmene a) ~~nebo b)~~**, b) nebo c)** vykázána, ~~d)~~ **e)** identifikační údaje poskytovatele, včetně identifikace pracoviště, který laboratorní vyšetření podle písmene a) ~~nebo b)~~**, b) nebo c)** provedl, ~~e)~~ **f)** číslo pojištěnce nebo identifikátor pacienta. § 78 Prováděcí právní předpis stanoví a) okruh poskytovatelů a dalších osob předávajících osobní a další údaje do zdravotnických registrů, b) postup, způsob, strukturu a formu předávání požadovaných osobních a dalších údajů do zdravotnických registrů, a dále vymezení lůžek podle formy nebo oboru poskytované zdravotní péče, popřípadě též podle jejich vybavení, u nichž se oznamuje do Národního registru poskytovatelů údaj o jejich obsazenosti, c) periodicitu a lhůty předávání požadovaných osobních a dalších údajů do zdravotnických registrů, pokud tento zákon nestanoví jinak, d) náležitosti žádosti o oprávnění k přístupu k osobním údajům a dalším údajům vedeným ve zdravotnických registrech a o zrušení tohoto oprávnění,

	a v návaznosti na odpovídající genetické poradenství“. Z tohoto důvodu by měl být v zákoně tento typ genetických laboratorních vyšetření blíže v této novele specifikován. c) ad „oprávněným zdravotnickým pracovníkům poskytovatele v rámci návaznosti poskytování zdravotní péče, a to za účelem zjištění údajů o dříve provedených vyšetřeních uvedených v bodě (4) a)." – vyplývá to z požadavku zdravotních pojišťoven, které při vyšetření zárodečného genomu uplatňují princip „1x za život“ z hlediska úhrad z v.z.p- https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/vykazovani-a-uhrady/informace-pro-poskytovatele-hrazenych-sluzeb-v-odbornosti-816-laborator-lekarske-genetiky Naše odborná společnost ve spolupráci s plátci navrhuje, že informaci o provedeném vyšetření, ale ne o konkrétním výsledku, bude v registru k dispozici. Poté co příslušný zdravotnický pracovník vázaný povinnou mlčenlivosti zjistí, kde/kdo dané genetické laboratorní vyšetření provedl, může si pak od příslušného pracoviště v rámci zdravotní péče konkrétní výsledek vyžádat, a tak nákladná genetická vyšetření nebude nutné provést znovu. Tento typ např. v podobě mezinárodně zaváděného tzv. federovaného databázového systému, umožní zajistit dostatečnou důvěryhodnost zabezpečení genetických dat a přitom nebrání sdílení výsledků v rámci poskytování zdravotních služeb. **Připomínky SLG jsou vyznačeny tučně** **§ 77a** (4) Do Národního registru hrazených zdravotních služeb rovněž předává údaje poskytovatel, který provedl vyžádaná laboratorní vyšetření a tuto zdravotní službu vykázal zdravotní pojišťovně, a to a) výsledky odborných laboratorních ~~odborných~~ hematologických-, ~~odborných~~ biochemických-, ~~nebo~~	e) způsob vymezení a způsob specifikace zdravotních služeb, za které byla úhrada provedena, a typ úhrady pro účely předávání údajů do Národního registru hrazených zdravotních služeb, f) seznam konkrétních resortních referenčních statistik, lhůty jejich zveřejnění a případy, kdy lze v dané referenční statistice označit konkrétního poskytovatele nebo zdravotní pojišťovnu~~.~~**, g) údaje o výsledcích a typu provedených laboratorních vyšetřeních podle § 77a odst. 4 písm. a) a b).**“ Dále, co se týče požadavku na doplnění odstavce 5, tedy zavedení přístupu poskytovatele zdravotních služeb do registru, tak Ministerstvo zdravotnictví toto neakceptuje. Otázka nahlížení bude řešena v další etapě elektronizace zdravotnictví formou zavedení sdíleného zdravotního záznamu.

	mikrobiologických- ~~vyšetření~~, molekulárně biologických, **molekulárně patologických** a multi-omických-, ~~vyšetření~~, ~~odborných,~~ **imunologických-,** histopatologických- a cytologických vyšetření. b) **údaje o provedených odborných laboratorních genetických, cytogenetických- a multiomických vyšetření zahrnující data zárodečného genomu. V případě genetických prediktivních, presymptomatických, prenatálních a preimplantačních vyšetření předává poskytovatel pouze údaj o typu provedeného vyšetření.** ~~b~~**c)** výsledky jiných laboratorních odborných vyšetření než uvedených v **písmenech a) a b**), pokud si takové laboratorní vyšetření vyžádalo centrum vysoce specializované péče. **d) Definici charakteru daného výsledku či údaje pro jednotlivé typy laboratorních vyšetření upravuje podzákonná norma.** Obsah Národního registru hrazených zdravotních služeb je přístupný a) zdravotní pojišťovně v rozsahu údajů o zdravotních službách, které uhradila, a to za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění, b) oprávněným zaměstnancům ministerstva, a to za účelem výkonu státní správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. **c) oprávněným zdravotnickým pracovníkům poskytovatele v rámci návaznosti poskytování zdravotní péče, a to za účelem zjištění údajů o dříve provedených vyšetřeních uvedených v bodě (4)."**	
Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z.s. Mgr. Václav Krása e-mail: v.krasa@nrzp.cz	**372/2011 Sb., - § 44c, odst. 3)** V odstavci 3) navrhujeme doplnit nové písmeno f), které zní:	**Neakceptováno.** Úprava zákona o zdravotních službách vychází z nastavených a pilotáží prověřených konceptů služeb pro osoby s duševním

	f) psychiatrie, sexuologie, psychoterapie, jde-li o centrum duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým onemocněním Odůvodnění: Velká část chronicky nemocných osob se závažným onemocnění typu Parkinsonova choroba, RS, Alzheimerova choroba a s podobnými závažnými onemocněními bývá souběžně často rovněž v psychiatrické péči a je léčena, a to i po několik desítek let. Jedná se o nedílnou součástí léčby. Proto jsou duševní centra pro osoby se závažnými chronickými onemocněními nezbytné. **Zásadní připomínka.**	onemocněním nebo v jejich riziku a s podporou pro osoby blízké. Tedy jejich primární zaměření je na problematiku duševního onemocnění, nikoliv problematiku jiného onemocnění, ze kterého duševní onemocnění vyplývá. Rozlišení na jednotlivá centra duševního zdraví vyplývá buď z diagnostického rozlišení (lidí se závažným duševním onemocněním, lidé s adiktologickou poruchou), nebo s ohledem na věk a související specializace ve zdravotnictví (dětská a dorostová psychiatrie, gerontopsychiatrie) a v neposlední řadě s ohledem na specifický režim a metody práce vyplývající ze soudního rozhodnutí (osoby s nařízeným ochranným léčením). Koncept centra duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým onemocněním nebyl navíc pilotován a nebyla ověřena jeho účelnost.
	372/2011 Sb., - § 65, odst. 2) Požadujeme v této chvíli nerozšiřovat jak-koli okruh oprávněných osob v § 65 a navržené změny stáhnout z novelizace zákona o zdravotních službách. Odůvodnění: Návrh rozšíření okruhu osob oprávněných nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta je v rozporu s Pacientskou pozicí ATDZ, kde pacienti vyjádřili naopak obavu z již dnes příliš širokého pojetí § 65. Tato novela § 65 ještě značně rozšiřuje, a to bez toho, aniž by bylo jak-koli zhodnoceno zda je nutné a potřebné umožnit přístup k dokumentaci bez souhlasu pacienta tak širokému spektru osob. Rozšíření je navrženo bez toho aniž by byl alespoň v minimální míře použit test proporcionality, zda opravdu nelze zdravotnickou dokumentaci alespoň některým z těchto orgánů zpřístupnit pouze se souhlasem pacienta. Je nutno zabývat se i tím, že pokud není vyžadován souhlas pacienta, zda není nutné tak učinit alespoň s vědomím pacienta – tj. předem informovat pacienta (ve stejné chvíli jako ošetřujícího lékaře) o požadavku	**Neakceptováno.** Ministerstvo bere názor NRZP na vědomí, nicméně nesdílí vyslovené obavy. Spektrum osob se nikterak zásadně nerozšiřuje, pouze se upravují podmínky přístupu ke zdravotnické dokumentaci, aby bylo zachováno fungování jednotlivých aktérů (zejména správních orgánů) při činnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

	nahlédnutí a o důvodech. Zejména sdělení důvodu je pro pacienty nutné a důležité. Navíc je třeba zhodnotit s připravovanou elektronizací zdravotnictví možnost vyžadovat si aktuální souhlas pacientů elektronickou cestou a možnost přísné evidence přistupujících osob a jejich důvodů: - Zapracovat možnost souhlasu pacienta s přístupem - pacient může jednoduše vyjadřovat své souhlasy nebo nesouhlasy s přístupy (v případě jeho objektivní nemožnosti nebo neschopnosti poskytnout toto vyjádření stanoviska, převést tuto možnost na jeho zástupce) - Zapracovat možnost přistupující osoby jednoduše požádat pacienta (nebo jeho zástupce v případě jeho objektivní nemožnosti nebo neschopnosti poskytnout tento souhlas) o souhlas s přístupem do zdravotnické dokumentace (v podstatě „jedním tlačítkem“) - Počítat s možností řádového navýšení počtu osob, které do ZD přistupují. Proto je důležité vázat některé vstupy do dokumentace na povinný souhlas pacienta nebo alespoň na oznámení pacientovi. Ustanovení, které by se mělo dle názoru NRZP ČR a pacientů přehodnotit, je současný § 65 zákona o zdravotních službách. Toto ustanovení povoluje nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta těmto osobám: lékaři (za určitých podmínek), úředníci a pověření pracovníci při přezkumu zdravotního posudku, lékaři pověření k výpisu ze ZD, inspektoři, lékaři přizvaní k inspekci, lékaři pověření zdravotními pojišťovnami, lékaři posuzující zdravotní stav pro účely sociálního zabezpečení, lékaři pověření SÚKL, osoby podílející se na evidenci údajů nebo na kontrole sdělování údajů do NZIS, soudní znalci, lékaři Státního úřadu pro jadernou bezpečnost, zaměstnanci hygienických služeb, lékaři provádějící hodnocení kvality a bezpečí, lékaři provádějící audity klinického ozáření, ombudsman, inspektoři klinického hodnocení, Evropské výbory proti mučení.	

	V návaznosti na novelu ZZS lze konstatovat, že navrhovatel nyní hodlá seznam oprávněných osob dle § 65 ZZS ještě rozšířit. Potom se již bude jednat v podstatě o veškeré správní orgány, kontrolní orgány, zdravotní pojišťovny, SÚKL, NZIS, ÚZIS, orgány určující důchodové pojištění, nemocenskou, sociální podporu, soudní znalci, orgány ochrany veřejného zdraví, Veřejný ochránce práv, archivy, ČLK, ČLeK, ČSK, Centra duševního zdraví organizátoři klinických hodnocení. Nahlížení by probíhalo „bez souhlasu pacienta“ v podstatě „bez vědomí pacienta“, protože o souhlas tyto osoby nežádají. Rozsah výjimky ze standardní povinnosti žádat o souhlas pacienta je tak příliš široký a je nutno řádně zvážit, projednat a zdůvodnit zda jsou takto široká oprávnění nezbytná. Domníváme se, že některé z oprávněných osob/institucí by v případě vedení elektronické ZD měli využít Portál pacienta a jednoduše si vyžádat souhlasu pacienta, nebo alespoň oznámit dopředu, že k nahlížení do dokumentace dojde a v jakém rozsahu. **Zásadní připomínka.**	

VYPOŘÁDÁNÍ DOPORUČUJÍCÍCH PŘIPOMÍNEK K MATERIÁLU S NÁZVEM:

Návrh zákona, kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a některé související zákony

Resort	Připomínky	Vypořádání
Ministerstvo financí Mgr: Zdeňka Krejčová, zdenka.krejcova@mfcr.cz, tel. 257042350 Ing. Jakub Haas, jakub.haas@mfcr.cz, tel. 257043123	1. K bodu 184 - § 113h odst. 2 V tomto odstavci je charakterizována forma poskytování duchovní péče jako ekumenická. Z návrhu však není patrné, co se stane v případě, že tato „forma“ poskytování duchovní péče nebude dodržena, popř. bude porušena. Doporučujeme návrh v tomto smyslu doplnit.	**Akceptováno jinak.** Povaha ekumenického charakteru duchovní péče v návaznosti na tuto a jiné připomínky vypuštěna.
	2. K bodu 152 - § 99 odst. 3 Doporučujeme slovo „odst.“ nahradit slovem „odstavce“.	**Akceptováno.**
	3. K bodu 87 - § 44f odst. 2 Doporučujeme zvážit, zda by nebylo vhodné slovo „zřizující“ centrum komplexní péče nahradit slovem např. „provozující“ nebo „zajišťující“.	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví považuje navrženou terminologii za vhodnější.
	4. K bodu 71 - § 39 odst. 4 Doporučujeme slovo „alespoň“ nahradit vhodnějším synonymem, např. nejméně, minimálně. Totožná připomínka i k bodu 126 - § 93 odst. 3 písm. c), k bodu 132 - § 94 odst. 1 písm. d)	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví považuje navrženou terminologii za vhodnější.
	5. Obecně: Doporučujeme materiál překontrolovat po legislativní stránce v otázce hojného používání neoznačeného textu. Považujeme používání neoznačené závěrečné části textu za legislativně nevhodné, znepřehledňuje právní úpravu a může způsobovat výkladové	**Neakceptováno.** Relevantní úvodní nebo závěrečné části dotčených odstavců jsou společná pro jednotlivá písmena. Vytvořit další odstavce z takto společných textů by teprve mohlo vést k znepřehlednění úpravy a výkladovým problémům.

	problémy a problémy při případné novelizaci. Doporučujeme navržený text přeformulovat (např. bod č - § 3 odst. 5, bod 10 -§ 11 odst. 5, bod 31 - § 17 písm. f) a g), bod 71 - § 39 odst. 4, bod 183 - § 113f odst. 4), případně uvést neoznačený text na konci odstavce jako samostatný odstavec.	
	6. K bodu 183 §113f odst. 4, písm. c Doporučujeme slova „jiného právního předpisu70)“ nahradit slovy „právního předpisu upravujícího účetnictví“ a vypustit poznámku pod čarou č. 70. Odůvodnění: Legislativně technická úprava bez nenormativní poznámky pod čarou.	**Akceptováno.**
	7. K bodu 182 § 113f odst. 3, písm. c Doporučujeme slova „jiného právního předpisu70)“ nahradit slovy „právního předpisu upravujícího účetnictví“ a vypustit poznámku pod čarou č. 70. Odůvodnění: Legislativně technická úprava bez nenormativní poznámky pod čarou.	**Akceptováno.**
Ministerstvo kultury ThLic. Petr Šimůnek petr.simunek@mkcr.cz, tel.: 257 085 571 Mgr. Kateřina Jirková, katerina.jirkova@mkcr.cz, ¨ tel. 257 085 287	K § 113h (pravidla pro poskytování duchovní péče ve zdravotnictví) Dáváme ke zvážení, zda do §113h nedoplnit ustanovení, které by ukládalo smluvnímu nemocničnímu kaplanovi povinnost zprostředkovat pacientovi návštěvu jiného duchovního (zejména z jiné církve či náboženské společnosti), pokud o to požádá.	**Neakceptováno.** Uvedené se nejeví jako nezbytné.
	K § 113i (podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana) Dáváme ke zvážení, zda předpokladem pro výkon funkce nemocničního kaplana nemá být rovněž bezúhonnost.	**Akceptováno.** § 113i byl doplněn.

	K tezím prováděcího právního předpisu podle § 113h odst. 4 (duchovní péče ve zdravotnictví) V materiálu označeném Teze prováděcích předpisů je v části věnující se zmocnění v § 113h odst. 4 (duchovní péče ve zdravotnictví) pouze citováno zákonné zmocnění, aniž by byla uvedena jediná konkrétní teze požadavků na personální zabezpečení či dalších pravidel souvisejících s poskytováním duchovní péče ve zdravotnictví, ani teze podrobného rozsahu činností nemocničního kaplana. Považujeme takto pojaté teze za velmi nekonkrétní, a to i v porovnání s tím, jak byly zpracovány teze ostatních prováděcích předpisů, které jsou součástí předloženého materiálu.	**Vysvětleno.** Přesný obsah prováděcího právního předpisu je pořád předmětem diskuzí, proto jej nelze blíže specifikovat. Prováděcí právní předpis nicméně bude předmětem samostatného legislativního procesu.
Ministerstvo obrany Mgr. Simona Hamerská, tel. 973 200 098, e-mail legislativa.mo@army.cz	**1. K bodu 57 zákona (§ 28 odst. 4)** Upozorňujeme na nesoulad novelizačního bodu s odůvodněním. Není zřejmé, co je cílem návrhu. Normativní text je formulován pouze jako právo pacienta žádat o změnu ošetřujícího lékaře při splnění v návrhu uvedených předpokladů. Není však zřejmé, jak by pacient mohl přezkoumat, zda jsou předpoklady splněny. Důvodová zpráva však hovoří o povinnosti poskytovatele zdravotních služeb pacientově žádosti o změnu vyhovět, pokud jsou splněny předpoklady pro změnu. Je-li tedy cílem uložit povinnost poskytovateli vyhovět žádosti o změnu, pokud jsou splněny předpoklady, pak je nutné přeformulovat normativní text. Doporučujeme upravit normativní text do souladu s důvodovou zprávou, respektive upravit důvodovou zprávu, aby byla v souladu s normativním textem. **Tato připomínka je doporučující.**	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví bere názor připomínkového místa na vědomí, nicméně jej nesdílí. Podstatou ustanovení je přiznat pacientovi, jenž vykazuje znaky oběti domácího/sexuálního násilí právo na změnu ošetřujícího zdravotnického pracovníka. Nemusí se přitom prokazovat, zda k domácímu/sexuálnímu násilí skutečně došlo. Právu pak implicitně odpovídá povinnost poskytovatele takovému požadavku vyhovět. Ministerstvo zdravotnictví považuje novelizační bod za souladný s odůvodněním.
	2. K bodu 65 (§ 34 odst. 4)	**Neakceptováno.**

	Navrhujeme tento novelizační bod vypustit. Domníváme se, že daná věta správně definuje specifickou situaci, která vylučuje pacientovi relevantním způsobem projevit vůli, tj. situaci, kdy je prováděn konkrétní zdravotní výkon. Nepochybně se může jednat o širší rozsah než pouze v důvodové zprávě popisované napojení na přístroj. Zdravotní služba se navíc může sestávat z více než jednoho zdravotního výkonu. Rovněž doporučujeme tento novelizační bod zvážit s ohledem na ustanovení § 144 trestního zákoníku (viz např. Šámal, Pavel § 144 (Účast na sebevraždě). In: ŠÁMAL, Pavel a kol. Trestní zákoník. 3. vydání. Praha, C. H. Beck, 2023, s. 1946). **Tato připomínka je doporučující.**	Ministerstvo zdravotnictví nesdílí názor připomínkového místa. Podrobněji viz důvodová zpráva.
	3. K důvodové zprávě **K bodu 7. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí České republiky.** Doporučujeme konkrétněji uvést, jaký dopad bude mít právní úprava na státní rozpočet. Informace, že „*předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet a ostatní finanční rozpočty se jeví jako pozitivní*“ se nám jeví jako nedostatečná. **Tato připomínka je doporučující.**	**Vysvětleno.** Konkrétnější předpoklad na dopad na státní rozpočet nelze uvést, jelikož tento dopad dále závisí jednak na exekutivních opatřeních, jednak na realizaci dalších navazujících legislativních prací.
Ministerstvo práce a sociálních věcí JUDr. Jana Kolaříková	3. K čl. I bodu 6 (§ 5 odst. 2 písm. f)) Doporučujeme v úvodní části písmena f) slova „léčebná rehabilitační péče“ nahradit slovy „léčebně	**Akceptováno.**

tel. 950 192 623, e-mail: jana.kolarikova@mpsv.cz Sekretariát Legislativního odboru MPSV Eva.Bartuskova@mpsv.cz	rehabilitační péče“ v souladu s další textací tohoto písmene a důvodovou zprávou. Pro změnu zaužívaného pojmu není důvod.	
	4. K čl. I bodu 8 (§ 9 odst. 2 písm. c) Doporučujeme v bodě 3 za slova „léčebně rehabilitační péče,“ vložit slovo „nebo“. Odůvodnění V ustanovení § 2 se pravděpodobně nejedná o kumulativní výčet, je tedy nutné navrhované písmeno doplnit.	**Akceptováno.**
	8. K čl. I bodu 82 (§ 44c odst. 3) Upozorňujeme na nesprávně uvedenou citaci poznámky pod čarou č. 67, příkladmý výčet je nutné uvést v souladu s Legislativními pravidly vlády čl. 47 odst. 4 slovem „Například“ a slovo „nebo“ nahradit čárkou.	**Akceptováno.** Jedná se o úplný výčet. Upraveno.
	12. K čl. I bodu 93 (§ 45 odst. 2 písm. h) Doporučujeme slova „do patnácti dnů“ nahradit slovy „do 15 dnů“ v souladu s článkem 43 odst. 1 Legislativních pravidel vlády.	**Akceptováno.**
	14. K čl. I bodu 174 (§113) Požadujeme z věty první vypustit slova „organizovaný program“ a definici upravit s ohledem na další text ustanovení, který dále pracuje s pojmem „screeningový program“, a to v jiném smyslu, než je zaváděný obsah pojmu screening. Ustanovení se stává překombinovaným a nesrozumitelným.	**Neakceptováno, vysvětleno.** Jedním z cílů úpravy je rozlišit mezi screeningem a screeningovým programem. tomu odpovídá i navržené znění § 113c.
	15. K čl. I bodu 184 (§113g) 1. Požadujeme v § 113g vyjasnit, zda zdravotnická činnost ve zdravotnictví je	**Akceptováno, vysvětleno.**

	dobrovolnickou službou podle zákona o dobrovolnické službě (čl. 45 odst. 4 LPV). Pokud by tomu tak nebylo, je třeba přímo v předloženém návrhu zákona stanovit, kdo může být dobrovolníkem, na základě jaké smlouvy, jeho pojištění a další náležitosti obdobně, jako to stanoví zákon o dobrovolnické službě. 2. Požadujeme ve větě první slova „budou tuto činnost vykonávat“ nahradit slovy „tuto činnost vykonávají“. 3. Požadujeme v odstavci 2 upřesnit zmocnění pro vydání prováděcího právního předpisu, dané ustanovení je vágní a nevyplývá z něho dostatečný zákonný rámec, v jakém by se mělo ministerstvo při vydávání vyhlášky pohybovat, zvláště když se mu dává pouhá možnost prováděcí právní předpis vydat, nikoli povinnost. Zakládá se tak nepřípustný prostor pro diskreci. Kromě toho upozorňujeme na nevhodnou legislativní techniku, kdy je třeba sledovat stávající systematiku zákona, v hmotněprávní části určit obsah prováděcího právního předpisu a prováděné ustanovení doplnit do souhrnného zmocňovacího ustanovení v § 120 zákona z hlediska příslušného orgánu a typu prováděcího právního předpisu.	1. Dobrovolnická činnost ve zdravotnictví respektuje kritéria dobrovolnické služby dle zákona o dobrovolnické službě. 2. Akceptováno. 3. Neakceptováno, Ministerstvo zdravotnictví nesdílí výhrady připomínkového místa. Ustanovení § 113g odst. 2 je uvedeno v souhrnném zmocňovacím ustanovení § 120.
	16. K čl. I bodu 184 (§113h) 1. Požadujeme v § 113h odst. 1 stanovit, o jaký smluvní vztah mezi poskytovatelem a kaplanem se při poskytování duchovní péče nemocničním kaplanem bude jednat. Pokud jeho činnost bude splňovat znaky závislé práce, musí být vykonávána v základním pracovněprávním vztahu, ať už jde o pracovní poměr, dohodu o pracovní činnosti nebo dohodu o provedení práce. 2. Požadujeme v odstavci 4 upřesnit zmocnění pro vydání prováděcího právního předpisu, dané ustanovení je vágní a nevyplývá z něho konkrétní obsah navrhovaného prováděcího právního předpisu.	**Neakceptováno.** 1. Ministerstvo zdravotnictví nevidí důvody, proč poskytovatele zdravotních služeb a nemocniční kaplany jakkoli limitovat co do jejich smluvní volnosti při uzavírání smlouvy o výkonu duchovní péče. 2. Neakceptováno, Ministerstvo zdravotnictví nesdílí výhrady připomínkového místa.

	Zakládá tak nepřijatelnou bezbřehost správního uvážení, zvláště při užití demonstrativního výčtu („zejména).	
	18. K čl. V bodům 2, 4 a 9 Doporučujeme v § 16 odst. 1, § 21a odst. 2, § 107 odst. 4 za zavedenou legislativní zkratkou „oprávněný poskytovatel zdravotních služeb“ vypustit slova „podle § 7 odst. 2“, neboť ji považujeme za nadbytečnou a nejednotně uváděnou.	**Akceptováno jinak.** Na základě této a další připomínky jiného připomínkového místa jsme odstranili předmětnou legislativní zkratku, a to z důvodu nadbytečnosti a nepraktičnosti.
Ministerstvo pro místní rozvoj JUDr. Dana Milerová tel. 22486 1506, e-mail: Dana.Milerova@mmr.cz	**K čl. I** K bodu 19 Doporučujeme slova „odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e), nebo písm. f) bodu 2“ nahradit slovy „§ 24 odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo § 24 odst. 4 písm. a) až d) nebo e), nebo § 24 odst. 4 písm. f) bodu 2“.	**Akceptováno jinak.** Ustanovení bylo dále legislativně technicky upraveno.
	K bodu 31 1. Doporučujeme v písmenu f) bodě 2 slova „odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e)“ nahradit slovy „§ 24 odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo § 24 odst. 4 písm. a) až d) nebo e)“. 2. Doporučujeme v písmenu g) bodě 2 slova „odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e)“ nahradit slovy „§ 24 odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo § 24 odst. 4 písm. a) až d) nebo e)“.	**Neakceptováno.** Považujeme stávající legislativně technické řešení za vhodnější.
	K bodu 33 Doporučujeme za slova „V § 18 odst. 1 písm. a) bodě 5 a“ uvést text „v §18 odst. 1“.	**Akceptováno.**
	K bodům 36 až 39 Doporučujeme slovo „bodu“ nahradit slovem „bodě“.	**Akceptováno.**
	K bodu 46 Doporučujeme slova „§ 19 odst. 1 písm. a), odst. 2 písm. b) nebo odst. 3 písm. c)“ nahradit slovy „§ 19 odst. 1 písm. a), § 19 odst. 2 písm. b) nebo § 19 odst. 3 písm. c)“.	**Akceptováno.**

	K bodu 71 Ve větě druhé závěrečné části ustanovení doporučujeme text „písm. b)“ nahradit slovy „písmene b)“ a dále ve větě předposlední doporučujeme text „odst. 1“ nahradit slovy „odstavce 1“.	**Akceptováno.**
	K bodu 141 Doporučujeme za slova „V § 98 odst. 5 písm. a) a“ vložit slova „v § 98“.	**Akceptováno.**
	K bodu 142 Doporučujeme za slova „V § 98 odst. 5 písm. c) a d) a v“ vložit text „§ 98“.	**Akceptováno.**
	K bodu 166 V navrhovaném znění § 12 odst. 6 písmenu f) doporučujeme text „odst.“ nahradit slovem „odstavce“.	**Akceptováno.**
	K bodu 169 Doporučujeme text „v § 113d odst. 3, 4 a 5“ nahradit slovy „v § 113d odst. 3 až 5“.	**Akceptováno.**
	K bodu 167 V nově navrhovaném § 112a doporučujeme opravit překlep na konci věty druhé úvodní části ustanovení („odst.“ namísto „dost“).	**Akceptováno.**
	K rozdílové tabulce Upozorňujeme na chybu uvedenou v rozdílové tabulce, kde je na straně 16 ve výčtu dotčených předpisů EU u celexového čísla 32009/L0054 chybně uveden rok 2008 - správně má být uvedeno „2009/54/ES“.	**Vysvětleno.** Po úpravách rozdílové tabulky na základě jiných připomínek je tato připomínka irelevantní.
Ministerstvo průmyslu a obchodu Mgr. Sára Petrová, tel: 224 853 452, petrovas@mpo.cz	V normativním textu v části první: 1. Čl. I bodu 4 v § 3 doporučujeme jednoznačně stanovit, že výčet v odstavci 5 je alternativní, tj. doporučujeme na konci písmene c) čárku nahradit slovem „nebo“. Dále doporučujeme dovětek na konci odstavce zrušit a první část věty doplnit do úvodní části ustanovení a druhou větu uvést jako odstavec 6.	**Akceptováno částečně.** Čárka byla nahrazena slovem „nebo“. Závěrečnou část ustanovení jsme ponechali, neboť by nebylo vhodné z ní vytvořit nový odstavec, a to z důvodu systematiky celého paragrafu.
	2. Čl. I bodu 6 doporučujeme dovětek na konci odstavce zrušit a uvést jej jako samostatný odstavec.	**Neakceptováno.**

		Písmeno f) obsahuje ucelenou definici jednoho druhu zdravotní péče – léčebně rehabilitační péče; z hlediska systematiky daného ustanovení proto nelze tento text rozdělit do dvou písmen.
	3. Čl. I bodu 8 v § 9 odst. 2 písm. c) doporučujeme jednoznačně stanovit, zda výčet je alternativní nebo kumulativní.	**Akceptováno.**
	4. Čl. I bodu 31 v § 17 písm. f) doporučujeme dovětek na konci odstavce zrušit a doplnit jej na konci bodu 1. a 2.; v § 17 písm. g) doporučujeme dovětek na konci odstavce zrušit a doplnit jej na konci bodu 1. a 2.	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví si je vědomo složitosti daného ustanovení, nicméně zvolené řešení pokládá za nejlepší možné.
	5. Čl. I bodu 59 navrhované znění § 28 a v bodu 166 navrhované znění § 112 není v souladu s čl. 39 odst. 2 Legislativních pravidel vlády, podle kterého by neměl paragraf z důvodu přehlednosti obsahovat víc než 6 odstavců a měla by být dána přednost rozdělení právní úpravy téže věci na více paragrafů. Navrhované znění výše uvedených paragrafů obsahuje více než 6 odstavců. Z důvodu přehlednosti doporučujeme zvážit rozdělení jednotlivých paragrafů, nebo užití jiné legislativní techniky.	**Částečně akceptováno.** Podle Legislativních pravidel vlády nemají paragrafy obsahovat více jak 6 odstavců, avšak „zpravidla“. V dotčených případech máme za to, že obsáhlejší paragrafy jsou vhodnějším řešením než přidávat paragrafy další.“
	6. Čl. I bodu 71 doporučujeme dovětek na konci odstavce 4 zrušit a první část věty doplnit do úvodní části ustanovení a druhou větu uvést jako odstavec 5.	**Částečně akceptováno.** Ustanovení bylo mírně přeformulováno, na základě jiných připomínek. První část věty závěrečné části ustanovení byla přesunuta do úvodní části ustanovení. S návrhem na vytvoření dalšího odstavce ze závěrečné části ustanovení se neztotožňujeme.
	7. Čl. I bodu 75 v poznámce pod čarou č. 65 doporučujeme za slovo „Sb.“ doplnit název zákona „, o zvláštních řízeních soudních, ve znění pozdějších předpisů.“.	**Akceptováno.**
	8. Čl. I bodu 84 doporučujeme dovětek na konci odstavce 3 zrušit a uvést jej jako samostatný odstavec.	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví považuje stávající strukturu ustanovení za vyhovující.
	9. Čl. I bodu 84 v poznámce pod čarou č. 67	**Akceptováno.**

	doporučujeme za slovo „Sb.“ doplnit název nařízení vlády „„ o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí, ve znění nařízení vlády č. 31/2010 Sb.“ a za slova „vyhlášky č. 152/2018 Sb.“ doplnit název vyhlášky „o nástavbových oborech vzdělávání lékařů a zubních lékařů, ve znění vyhlášky č. 378/2021 Sb.“.	
	10. Čl. I bodu 86 v poznámce pod čarou č. 68 doporučujeme za slovo „Sb.“ doplnit název zákona „„ o sociálních službách.“.	**Neakceptováno.** Poznámka pod čarou č. 9 již obsahuje úplnou citaci dotčeného zákona.
	11. Čl. I bodu 120 doporučujeme vyjádřit vztah písmen a) a b) jako kumulativní výčet uvedením slova „a“ na konci písmene a).	**Akceptováno.**
	12. Čl. I bodu 126 doporučujeme dovětek na konci písmene c) zrušit a uvést jej v úvodní části ustanovení.	**Neakceptováno.**
	13. Čl. I bodu 128 doporučujeme vyjádřit vztah písmen a) a b) jako kumulativní výčet nahrazením čárky na konci písmene a) slovem „a“.	**Akceptováno.**
	14. Čl. I bodu 132 doporučujeme dovětek na konci písmene d) zrušit a uvést jej v úvodní části ustanovení.	**Neakceptováno.**
	15. Čl. I bodu 166 doporučujeme v návětí slovo „nadpisu“ nahradit slovy „skupinového nadpisu“.	**Akceptováno.**
	16. Čl. I bodu 183 doporučujeme v § 113f dovětek na konci odstavce 4 zrušit a u uvést jej v úvodní části ustanovení.	**Neakceptováno.**
	17. Čl. I bodu 184 doporučujeme v § 113i dovětek na konci písmene a) zrušit a u uvést jej v úvodní části ustanovení.	**Neakceptováno.**
	18. Čl. II bodu 2 doporučujeme nezavádět legislativní zkratku „(dále jen „poskytovatel“)“ a v textu používat slova „poskytovatel zdravotních služeb“.	**Akceptováno.**
	V normativním textu v části druhé: 19. Čl. III bodu 1 v poznámce pod čarou č. 72 doporučujeme slova „pozdějších předpisů.“ nahradit slovy „zákona č. 290/2017 Sb.“.	**Neakceptováno.** (Čl. 64 odst. 2 Legislativních pravidel vlády.)

	20. Čl. III bodu 2 v poznámce pod čarou č. 73 doporučujeme slova „pozdějších předpisů.“ nahradit slovy „zákona č. 66/2013 Sb.“.	**Akceptováno jinak.** (Čl. 62 odst. 2 Legislativních pravidel vlády.)
	V normativním textu v části čtvrté: 21. Čl. V bodu 1 v poznámce pod čarou č. 70 doporučujeme slova „pozdějších předpisů.“ nahradit slovy „zákona č. 290/2017 Sb.“.	**Akceptováno jinak.** (Stávající poznámka pod čarou č. 25 již obsahuje úplnou citaci dotčeného zákona; čl. 62 odst. 2 Legislativních pravidel vlády.)
	22. Čl. V bodu 1 v poznámce pod čarou č. 71 doporučujeme slova „pozdějších předpisů.“ nahradit slovy „zákona č. 371/2021 Sb.“.	**Akceptováno jinak.** (Stávající poznámka pod čarou č. 25 již obsahuje úplnou citaci dotčeného zákona; čl. 62 odst. 2 Legislativních pravidel vlády.)
Ministerstvo spravedlnosti Projednáním připomínek je pověřen Mgr. Martin Vraštil, tel. +420 221 997 142, email MVrastil@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 10, č. 12, č. 13, č. 14, č. 16, č. 21, č. 23, č. 28, č. 31, č. 32 a č. 33 je pověřen Mgr. Miroslav Kaštyl, tel. +420 221 997 447, email mkastyl@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 15, č. 17. č. 18, č. 19 a č. 20 je také pověřen Mgr. Michael Koževnikov, tel. +420 221 997 384, email MKozevnikov@msp.justice.cz, projednáním připomínky č. 7 a č. 24 je pověřena Mgr. Pavla Pešatová, tel. +420 221 997 903, email PPesatova@msp.justice.cz, projednáním připomínek č. 2, č. 4, č. 11, č. 22, č. 25, č. 29 je pověřen Mgr. Michal Barák, tel +420 244 024 910, email MBarak@grvs.justice.cz	**1. K čl. I bodu 4 (§ 3 odst. 5)** Uvedené ustanovení doplňuje vedle oboru praktické lékařství pro děti a dorost další specializační obor pediatrie. V tomto případě doporučujeme zvážit, zda by toto rozšíření o další specializační obor nemělo být promítnuto i do dalších právních předpisů, konkrétně do zákona č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody, a do zákona č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby, které upravují vyjádření poskytovatelů zdravotních služeb v kontextu rozhodování ředitele věznice o tom, zda bude mít matka po dobu výkonu trestu nebo výkonu vazby u sebe své nezletilé dítě.	**Vysvětleno.** Uvedené právní předpisy nejsou touto novelou dotčeny.
	3. K § 13 odst. 2 zákona o zdravotních službách Uvedené ustanovení upravuje způsob dokládání bezúhonnosti pro účely zákona. Předkladateli pak doporučujeme, aby v textu uvedeného ustanovení zohlednil možnost nahradit cizozemské výpisy přílohou českého výpisu z Rejstříku trestů, kde za zákonem stanovených podmínek, mohou být informace z cizích evidencí zahrnuty. Zároveň upozorňujeme, že Senát ČR svým usnesením ze dne 30. listopadu 2023 č. 319 schválil návrh novely zákona o Rejstříku trestů (senátní tisk č. 170). Tato novela zákona o Rejstříku trestů zrušuje Rejstřík trestů jako organizační složku státu a přichází se změnou	**Akceptováno.** Terminologické změny zapracovány v rozsahu zákona o zdravotních službách. Zákon o sociálních službách je v tomto ohledu řešen paralelní novelou MPSV.

	terminologie v této oblasti. Podle čl. II bodu 2 této novely zákona o Rejstříku trestů v případě, že jiné právní předpisy používají pojem evidence Rejstříku trestů, rozumí se tím ode dne nabytí účinnosti této novely rejstřík trestů. Všem členům vlády bylo usnesením vlády ze dne 25. ledna 2023 č. 53 uloženo „zapracovat do jimi připravovaných návrhů právních předpisů terminologické změny související s převedením agendy Rejstříku trestů, včetně správy evidence přestupků, na Ministerstvo spravedlnosti a nahrazení pojmu ‚evidence Rejstříku trestů' pojmem ‚rejstřík trestů'". Z těchto důvodů doporučujeme tyto terminologické změny zapracovat i do předloženého návrhu zákona.	
	4. K § 15 odst. 1 Ustanovení § 15 odst. 1 zákona o zdravotních službách upravuje příslušnost k rozhodování o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Z hlediska právní jistoty je žádoucí, aby byl explicitně stanoven správní orgán, který rozhoduje o udělení oprávnění zdravotnických zařízení Vězeňské služby k poskytování zdravotních služeb. Příslušnost Ministerstva spravedlnosti je ze současného znění zákona v zásadě dovozována, protože Vězeňská služba není subjektem, který by Ministerstvo spravedlnosti zřizovalo, jelikož vznikla přímo ze zákona č. 555/1992 Sb., o Vězeňské službě a justiční stráži České republiky. Ministerstvo spravedlnosti zároveň nezřizuje ani její jednotlivá zdravotnická zařízení, jejichž zřízení je v působnosti Vězeňské služby. Proto nad rámec předloženého návrhu zákona doporučujeme, aby v § 15 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách bylo vypuštěno slovo „nebo" a aby do § 15 odst. 1 zákona o zdravotních službách bylo za písmeno b) vloženo nové písmeno c) které zní: „Ministerstvo spravedlnosti, je-li žadatelem Vězeňská	**Akceptováno.**

	služba České republiky, nebo“ a písmeno c) bylo nově označeno jako písmeno d).	
	5. K čl. I bodu 31 [§ 17 písm. f)] Nové ustanovení § 17 písm. f) novelizovaného zákona by mělo stanovit, že oprávnění k poskytování zdravotních služeb nelze udělit fyzické osobě, která je ve stanoveném obchodněprávní vztahu k právnické osobě, u které trvá některá z překážek uvedených v § 17 písmen a) až e) novelizovaného zákona. Jednou z těchto překážek je podle § 17 písm. a) skutečnost, že byl právnické osobě soudem nebo správním orgánem uložen zákaz činnosti spočívající v poskytování zdravotních služeb. Není zřejmé, zda v důsledku této překážky nebude možné udělit oprávnění k poskytování zdravotních služeb fyzické osobě, která byla členem kontrolního orgánu v době nabytí právní moci rozhodnutí o uložení výše uvedeného trestu i přesto, že v době, kdy došlo ke spáchání trestného činu, za který je tento trest uložen, členem tohoto orgánu nebyla. Také není zřejmé, jak bude splnění této podmínky posuzováno. Z těchto důvodů doporučujeme předkladateli tuto problematiku znovu zvážit a případně upravit znění § 17 písm. f) bodu 1 tak, aby byl zřejmý okamžik, ke kterému se posuzování podmínky vztahuje a upravit postup posuzování této podmínky.	**Akceptováno, vysvětleno.** Ministerstvo zdravotnictví akceptuje připomínku, záměrem je ošetřit odpovědnost fyzické osoby, která může být reálně zodpovědná za jednání této právnické osoby, které vedlo například k zákazu činnosti. Ustanovení mírně přeformulováno.
	9. K čl. I bodu 58 (§ 28 odst. 5) Novelizační ustanovení terminologicky mění ustanovení stanovící právo pacienta s omezenou svéprávností nebo nezletilého pacienta požadovat, aby při poskytování zdravotních služeb nebyla přítomna určená osoba, která se na pacientu dopouští domácího násilí nebo jej jinak týrá, zneužívá nebo zanedbává. Je ke zvážení, zda by i § 28 odst. 5, ale i v dalších	**Akceptováno.**

	ustanoveních zákona o zdravotních službách (zejména § 32 odst. 3, § 35 odst. 5, § 38 odstavce 2 a 5, § 67), neměl být výslovně obsažen i pojem „sexuální násilí“. I přestože se na takové jednání mohou vztahovat pojmy „zneužívání, ohrožování zdravého vývoje“, z hlediska právní jistoty, pokud by zákon o zdravotních službách měl pojem „sexuální násilí“ obsahovat, proto do uvedených ustanovení doporučujeme doplnit o pojem „sexuální násilí“.	
	12. K čl. I bodu 68 (§ 36 odst. 5) Navrhované znění uvedeného ustanovení nově stanoví případy, ve kterých nelze respektovat dříve vyslovené přání. Novelizovaný zákon by po zapracování změn zůstával i nadále nejasný a interpretační nejasnosti by se navrženým zněním ustanovení odstranit nepodařilo. Z textu navrženého ustanovení podle našeho názoru i nadále plyne, že zákon odpojení od přístrojů na základě dříve vysloveného přání nepřipouští. Z textu důvodové zprávy pak rozumíme, že přání pacienta nebýt na přístrojové podpoře a být např. v situaci po smrti mozku odpojen od přístrojů je třeba respektovat. V podobné situaci se podle důvodové zprávy nemá uplatnit zákaz respektovat dříve vyslovené přání, jehož výsledkem je smrt. Doporučujeme proto provedení úpravy a případně rozvedení textu zákona.	**Akceptováno jinak.** Pro zúžení aplikovatelnosti ustanovení a odstranění interpretačních nejasností bylo do ustanovení vráceno slovo *„aktivní“*.
	27. K čl. I bodu 104 (§ 48 odst. 6) Ustanovení upravuje obecný zákaz podmiňování poskytnutí zdravotní služby finančním protiplněním, jiným prospěchem nebo nákupem jiného zboží či služeb s poskytovanou zdravotní službou nesouvisejících. Z tohoto zákazu je stanovena výjimka u pacientů, kteří nejsou pojištěni u žádné zdravotní pojišťovny. Domníváme se, že podmiňovat poskytnutí	**Vysvětleno.** Ustanovení v návaznosti na jiné připomínky přepracováno. Zároveň platí, že nejde-li o zdravotní služby hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění, jedná se o čistě soukromoprávní vztah pacient-poskytovatel, do kterého by a priori nemělo být zasahováno nad rámec civilněprávní

	zdravotních služeb jiným prospěchem nebo nákupem dalšího zboží či služeb nesouvisejících s poskytovanou péčí by nemělo být žádoucí ani u těchto pacientů. Doporučujeme tedy buď v důvodové zprávě vysvětlit, proč by mělo být u pacientů bez zdravotního pojištění možné podmiňovat poskytnutí zdravotní služby i jiným protiplněním, než je peněžité plnění, nebo doporučujeme v čl. I bodu 104 nahradit středník tečkou a slova „to neplatí, jde-li o pacienta podle odst. 1 písm. c), nevyžaduje-li zdravotní stav tohoto pacienta poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3“ nahradit slovy „Poskytovatel, kterého si zvolil pacient uvedený v odstavci 1 písm. c), může podmínit přijetí tohoto pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi poskytnutím platby, nevyžaduje-li zdravotní stav tohoto pacienta poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3.“	legislativy (např. problematika ochrany spotřebitele). Z tohoto důvodu Ministerstvo zdravotnictví setrvává na navržené koncepci zvýšené ochrany pojištenců.
	28. K čl. I bodu 105 [§ 51 odst. 2 písm. e)] Novelizační ustanovení doplňuje okruh skutečností, které nejsou porušením povinnosti poskytovatele zdravotních služeb zachovávat mlčenlivost, o oznámení státnímu zástupci takových údajů nebo jiných skutečností, které vypovídají o tom, že pacient omezený na svobodě mohl být podroben špatnému zacházení. Novelizační ustanovení tímto navazuje na novelizaci § 45 odst. 3 písm. i), která zakotvuje povinnost poskytovatele zdravotních služeb oznámit státnímu zástupci podezření, že pacient mohl být podroben špatnému zacházení. Proto doporučujeme navrhované znění § 51 odst. 2 písm. e) terminologicky sjednotit s § 46 odst. 3 písm. i) při vymezování osob omezených na svobodě. Dále uvádíme, že důležitým osvětovým a informativním materiálem pro oznamování známek špatného zacházení je v tomto ohledu *Příručka k účinnému vyšetřování a dokumentování mučení a*	**<u>Akceptováno jinak.</u>** Ustanovení § 51 odst. 2 písm. e) nově odkazuje na § 45 odst. 3 písm. i), čímž dochází k terminologickému ujednocení. Ministerstvo zdravotnictví doplnilo důvodovou zprávu.

	jiného krutého, nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání (tzv. Istanbulský protokol). Ministerstvo spravedlnosti nedávno přeložilo příručku do českého jazyka a je k dispozici na stránkách www.justice.cz. Z tohoto důvodu také doporučujeme doplnit do důvodové zprávy informaci o českém překladu tohoto dokumentu.	
	30. K čl. I bodu 161 (§ 104 odst. 3) Změna zaváděná novelizačním ustanovením bude z provádění hodnocení kvality a bezpečí u určitého poskytovatele zdravotních služeb vylučovat i osobu, která v posledních 2 letech poskytla takovému poskytovateli konzultace v jeho přípravě k externímu hodnocení kvality a bezpečí. Důvodová zpráva toto vyloučení velmi stručně odůvodňuje „důvodným podezřením ze ztráty objektivity a nestrannosti“, přičemž už neuvádí, na čem toto důvodné podezření zakládá. Externí hodnocení kvality a bezpečí je dobrovolné a provádí se na základě smlouvy uzavřené mezi osobou oprávněnou provádět hodnocení kvality a bezpečí a poskytovatelem zdravotních služeb. Novela tak zasahuje do smluvní svobody poskytovatele tím, že zužuje okruh subjektů, se kterými může uzavřít výše uvedenou smlouvu, a činí tak bez dostatečného odůvodnění. Z těchto důvodů doporučujeme z čl. I bodu 161 vypustit slova „nebo v posledních 2 letech poskytla tomuto poskytovateli konzultace v jeho přípravě k externímu hodnocení kvality a bezpečí“ bez náhrady, nebo doplnit důvodovou zprávu k tomuto ustanovení o podrobnější podklady, na nichž předkladatel zakládá své důvodné podezření o ztrátě objektivity a nestrannosti.	**<u>Neakceptováno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví považuje ustanovení za důvodné a důvodovou zprávu za dostatečnou. Důvody pro podezření z neobjektivity plynou dle názoru Ministerstva zdravotnictví z povahy věci.
Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy	**1. K čl. I, úvodní větě:** Z formálních důvodů doporučujeme za text „60/2014“ vložit text „Sb.“.	**<u>Akceptováno.</u>**

Mgr. Bc. Vlastislav Svoboda, LL.M., MBA tel. 234812179, Vlastislav.Svoboda@msmt.cz	**2. K čl. I bodu 39:** S ohledem na formální stránku materiálu doporučujeme za nahrazovaná slova vložit uvozovky.	**Akceptováno.**
	3. K čl. I bodu 174: Upozorňujeme, že předmětným bodem se má mimo jiné doplnit určitý text nikoli na konec věty druhé, ale na konec textu věty druhé, ve smyslu čl. 58 odst. 9 Legislativních pravidel vlády. S ohledem na uvedené doporučujeme za slovo „konec“ vložit slovo „textu“.	**Akceptováno.**
	4. K čl. I bodu 184 [k § 113i písm. a)]: Není nám zcela jasné, jakým způsobem předkladatel postupoval při volbě v předmětné ustanovení uvedených oblastí vzdělávání. Je tedy otázkou, proč předkladatel umožňuje, aby nemocničním kaplanem byl absolvent např. magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání filozofie, učitelství, veterinární lékařství, veterinární hygiena, ale nikoli magisterského studijního programu v oblasti vzdělávání např. sociologie, právo atd. Žádáme o vysvětlení.	**Akceptováno jinak.** Ustanovení zásadně přepracováno.
	5. Dále pak dáváme předkladateli na zvážení, zda by nebylo vhodné pro úplnost v rámci jednotlivých bodů za výčet oblastí vzdělávání uvést slova „nebo obdobné vysokoškolské vzdělání, které bylo získáno studiem na vysoké škole nezařazeným do oblasti vzdělávání“.	**Akceptováno jinak.**
	6. K čl. V, úvodní větě: Z formálních důvodů doporučujeme za text „363/2021“ vložit text „Sb.“.	**Akceptováno.**
Ministerstvo vnitra Mgr. Michaela Kubálková, e-mail: michaela.kubalkova@mvcr.cz, tel.: 974 817 354, mob.: +420 705 619 087	**K čl. I bodu 59 – k § 28 odst. 8 zákona č. 372/2011 Sb.:** Dáváme na zvážení doplnění, vůči komu může poskytovatel uplatňovat úhradu účelně vynaložených nákladů.	**Vysvětleno.** Ustanovení se jeví jako jednoznačné, úhradu lze požadovat po osobě, jejíž přítomnost představovala pro poskytovatele účelně vynaložené náklady.

	K čl. I bodu 71 – k § 39 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb.: 1. Doporučujeme přehodnotit, zda není lhůta pro zaznamenání použití omezovacího prostředku do evidence (až 60 dnů) nepřiměřeně dlouhá. Přikláníme se k jejímu výraznému zkrácení, a to s ohledem na charakter úkonu, o jaký se jedná. 2. Větu poslední navrhujeme upravit, neboť z ní plyne, že evidenci je poskytovatel povinen poskytnout příslušnému správnímu orgánu až na žádost Ministerstva zdravotnictví.	**Neakceptováno.** Ad 1. – s ohledem na administrativní zátěž, kterou vedení evidence v praxi pro poskytovatele přináší, se tato lhůta jeví jako přiměřená. Ad 2. – Ministerstvo zdravotnictví považuje textaci dotčené pasáže za jednoznačnou (viz alternativní spojku „nebo“).
	K čl. I bodu 87 – k § 44f odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Žádost o odlehčení se navrhuje umožnit podat pouze zákonným zástupcům pacienta (dítěte), navrhujeme zvážit, zda by nebylo vhodné tuto možnost nabídnout i jiným osobám pečujícím o pacienta (např. pěstouni), které nemají status zákonného zástupce, přestože o pacienta nepřetržitě pečují.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 183 – k § 113f odst. 4 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb.: Doporučujeme tuto podmínku přehodnotit, protože v případě nově vzniklých subjektů nelze předpokládat její splnění.	**Neakceptováno.** Jedná se o převzetí stávající úpravy, která v praxi nepředstavuje problém.
	K čl. I bodu 184 – k § 113i písm. a) bodům 1 a 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Upozorňujeme, že vymezení požadovaného magisterského studijního programu se v bodech 1 a 2 shoduje. Specifikace bakalářského studijního programu v bodě 2 je v takovém případě nadbytečná, body 1 a 2 vymezují totéž vzdělání. Doporučujeme ustanovení upravit.	**Akceptováno jinak.** Ustanovení zásadně přepracováno.

	K čl. I bodu 203 – k § 117 odst. 3 písm. i) zákona č. 372/2011 Sb. – pozměňovací návrh k sněmovnímu tisku č. 512: V případě přijetí úpravy navržené pozměňovacím návrhem ke sněmovnímu tisku č. 512 týkající se skutkové podstaty v § 117 odst. 3 písm. i) doporučujeme nahradit *slova „bude požadovat“* slovem *„požaduje“*. Přítomný čas slovesa ve skutkové podstatě odpovídá zavedené legislativní praxi.	**Akceptováno.**
	K čl. V bodu 9 – k § 107 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb.: Doporučujeme v rámci novely zákona, která spočívá v úpravě definice subjektu přestupku, rovněž nahradit spojku *„a“* mezi dvěma posledními subjekty spojkou *„nebo“*. Tato dikce odpovídá zavedené legislativní praxi, vyjadřuje alternativní vztah subjektů skutkové podstaty a zároveň odpovídá zákonnému textu v návětí odstavců 1 a 2. Novelizační bod by zněl: *„9. V § 107 odst. 4 se slova „a speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu“ nahrazují slovy „nebo oprávněný poskytovatel zdravotních služeb podle § 7 odst. 2“.“.*	**Akceptováno.**
	Připomínky legislativně technické a formálního charakteru: **K čl. I bodu 11 – k textu novelizačního bodu:** Dáváme ke zvážení koncipovat novelizační bod takto: *„…se slovo „nebo“ zrušuje*.“.	**Neakceptováno.** V relevantním textu se vyskytuje i na jiném místě slovo „nebo“ a došlo by tím k jeho vypuštění.
	K čl. I bodům 36 až 39 – k textu novelizačních bodů: Slovo „*bodu*“ navrhujeme uvést ve tvaru *„bodě“*.	**Akceptováno.**

	K čl. I bodu 89 – k textu novelizačního bodu: Za slova *„na konci textu“* doporučujeme napsat slovo *„písmene“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 104 – k § 48 odst. 6 zákona č. 372/2011 Sb.: Zkratku *„odst.“* navrhujeme nahradit slovem *„odstavce“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 111 – k textu novelizačního bodu: S ohledem na čl. 58 odst. 4 písm. b) Legislativních pravidel vlády doporučujeme novelizační bod upravit takto: *„ …se na konci odstavce 2 tečka nahrazuje čárkou a doplňuje se písmeno s) …“*.	**Neakceptováno.** Odstavec 2 obsahuje i závěrečnou část ustanovení společnou pro všechna písmena, proto byla zvolena tato textace novelizačního bodu.
	K čl. I bodu 124 – k § 93 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Zkratku *„odst.“* navrhujeme nahradit slovem *„odstavce“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 126 – k § 93 odst. 3 písm. c) bodům 1 až 5 zákona č. 372/2011 Sb.: Slovo *„stížností“* navrhujeme uvést v singuláru; shodně s navrhovaným § 94 odst. 1 písm. d).	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 135 – k textu novelizačního bodu: Doporučujeme odstranit slovo *„se“* před slovy *„nahrazují slovy“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 152 – k § 99 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb.: Zkratku *„odst.“* navrhujeme nahradit slovem *„odstavce“*.	**Akceptováno.**

	Obdobně navrhujeme upravit i čl. I body 166 a 167, tj. § 112 odst. 5 písm. d), odst. 6 písm. f), odst. 7 a § 112a	
	K čl. I bodu 168 – k textu novelizačního bodu: Dáváme ke zvážení nahradit čárku za slovy *„části ustanovení“* spojkou *„a“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 174 – k textu novelizačního bodu: S odkazem na čl. 58 odst. 8 písm. g) Legislativních pravidel vlády doporučujeme slova *„a na konec věty druhé“* nahradit slovy *„a na konci textu věty druhé“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 184 – k § 113i písm. a) bodům 1 a 2 zákona č. 372/2011 Sb.: Domníváme se, že mezi slovy „*religionistika a teologie*“ by měla být spíše spojka *„nebo“*.	**Akceptováno.**
	K čl. I bodu 184 – k poznámce pod čarou č. 71: Před slova *„o zaměstnanosti“* by měla být vložena čárka.	**Akceptováno.**
Ministerstvo zemědělství Mgr. Robert Pavloušek, robert.pavlousek@mze.cz tel.: 221 812 279	**1.** Návrh napříč celým zákonem nahrazuje chybně použité slovo „statut“ slovem „status“. Z věcného hlediska se jedná o správný postup, doporučujeme však slovo „status“ nahradit vhodným českým ekvivalentem, např. slovem „postavení“. Zákon by tak např. namísto „statusu screeningového pracoviště“ pracoval se slovním spojení „postavení screeningového pracoviště“ (§ 113c odst. 1).	**Neakceptováno.**
Úřad vlády ČR – Odbor kompatibility Mgr. Pavol Rendek JUDr. et Mgr. Dominika Čech Otrošinová	K ČÁSTI PRVNÍ, § 141 (§98 odst. 5 písm. a)) návrhu zákona: Vznášíme dotaz, zda by nemělo být ustanovení § 98 odst. 5 písm. a) doplněno tak, aby byla vyloučena i fyzická osoba, která je statutárním orgánem nebo jeho	**Vysvětleno.** Ustanovení § 98 odst. 6 písm. a) je nutno vykládat tak, že se jedná o výluku pro ty PO, které jsou zdravotní pojišťovnou, nikoli které jsou členem orgánů zdravotní pojišťovny.

Mgr. Michaela Hrušková	členem nebo členem kontrolního orgánu právnické osoby, která je zdravotní pojišťovnou, jako tomu je v případě odst. 6 písm. a)? Existuje pro rozdíl mezi odst. 5 písm. a) a odst. 6 písm. a) v tomto směru nějaký důvod?	
	K ČÁSTI PRVNÍ, bodu 166. (§ 112) návrhu zákona: V případě § 112 odst. 1 je zřejmé, že jde o vymezení pojmu („se rozumí“). Důsledkem formulace „v němž zajišťuje poskytování vysoce specializované zdravotní péče…“ je, že pokud poskytovatel přestane tuto péči fakticky zajišťovat, zdravotnické zařízení přestane být automaticky centrem vysoce specializované zdravotní péče. Ponecháváme na předkladateli, aby posoudil, zda tato skutečnost může působit nějaký problém, nebo nikoliv. Poskytovatel však i nadále zůstává poskytovatelem provozujícím zdravotnické zařízení s uděleným statusem centra do doby, než je status centra zdravotnickému zařízení odebrán. Odejmout status centra lze podle § 113 zaprvé z důvodu, že poskytovatel přestal splňovat některou z podmínek pro udělení statusu centra. Tím není samotné nezajišťování poskytování vysoce specializované zdravotní péče, ale s ohledem na § 112 odst. 2 pouze zánik, pozastavení (?) nebo odejmutí oprávnění k poskytování těchto zdravotních služeb. Z důvodu neposkytování zdravotních služeb lze pak oprávnění podle § 24 odst. 4 písm. f) zákona o zdravotních službách odejmout pouze v případě, že zdravotní služby nejsou poskytovány po dobu delší než 1 rok, a dále s ohledem na § 112 odst. 4 a 5 kvůli neplnění požadavků na technické a věcné vybavení, resp. na personální zabezpečení stanových ve výzvě (příp. též, avšak jen jsou-li ve výzvě stanoveny, neplnění podmínek podle § 112 odst. 5). Zadruhé lze podle § 113 odejmout status centra z důvodu opakovaného	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví i po opětovném zvážení považuje úpravu v tomto rozsahu za dostatečnou.

	neprokázání splnění indikátorů poskytování vysoce specializované zdravotní péče, přičemž k prokazování má zřejmě docházet prostřednictvím poskytování údajů o plnění indikátorů vždy za kalendářní rok (dle § 112a). Doporučujeme předkladateli zvážit, zda úprava odejmutí statusu centra je nastavena dostatečně. V § 112a odst. 2 je sice stanovena podmínka „v daném místě poskytování zdravotních služeb oprávněn poskytovat zdravotní péči…“, avšak § 112 odst. 3 nevyžaduje, aby výzva „dané místo“ vymezila.	
	Nad rámec posuzování slučitelnosti návrhu: K § 11 odst. 5 písm. b) zákona o zdravotních službách: V § 11 odst. 5 písm. b) zákona o zdravotních službách zůstává formulace „zdravotní služby poskytované centrem duševního zdraví“, ačkoliv by v duchu změn prováděných v § 44b a násl. měla být formulace změněna např. na „zdravotní služby poskytované poskytovatelem zřizujícím centrum duševního zdraví“.	**Neakceptováno.** Ustanovení se Ministerstvu zdravotnictví jeví jako dostatečně určité.
	K § 84 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách: V § 84 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách zůstává sousloví „provozní doba“, ačkoliv „provozní doba“ je z § 45 odst. 2 písm. c) návrhem vypouštěna a nahrazována „ordinační dobou“, resp. „otevírací dobou“.	**Akceptováno.**
	K § 22 odst. 4 lázeňského zákona: Upozorňujeme, že v § 22 není jasné, zda se odst. 4, pokud jde ochranné pásmo (1. stupně) přírodního léčivého zdroje peloidu, použije bez ohledu na délku jeho poloměru, nebo jen na to s poloměrem do 50 m od zdroje.	**Nad rámec návrhu.**

	Ustanovení zní: „(4) V ochranném pásmu stanoveném pro území vymezené kruhem o poloměru do 50 m od zdroje, v pásmu fyzické ochrany zdroje a *v ochranném pásmu přírodního léčivého zdroje peloidu* jsou zakázány všechny činnosti s výjimkou těch, které jsou nutné v zájmu ochrany a využívání zdroje.“. Z toho, že ustanovení uvádí „ochranné pásmo přírodního léčivého zdroje peloidu“ vedle „ochranného pásma stanoveného pro území vymezené kruhem o poloměru do 50 m od zdroje“, by bylo možné dovozovat, že se uplatní na ochranné pásmo přírodního léčivého zdroje peloidu bez ohledu na jeho rozměry. To, zdá se, potvrzuje i poslední věta § 22 odst. 2, podle které se u přírodního léčivého zdroje peloidu ochranné pásmo 1. stupně zpravidla stanoví *pro území vymezené hranicemi ložiska peloidu* – zjevně tedy zpravidla ne jako kruh. Na druhé straně jsou vydávány vyhlášky o stanovení ochranných pásem přírodního léčivého zdroje peloidu, které mj. upravují, a to na základě § 22 odst. 5 lázeňského zákona, konkrétní ochranná opatření pro ochranné pásmo 1. stupně. Pokud se ovšem na ochranné pásmo (1. stupně) přírodního léčivého zdroje peloidu použije bez ohledu na jeho rozměry § 22 odst. 4 (z důvodů uvedených výše), platí zákaz činností uvedených v tomto ustanovení; k provedení odst. 4 není zakotveno žádné zmocnění, které by umožňovalo stanovit ochranná opatření pro taková ochranná pásma, čili vydávané vyhlášky jdou nad rámec zákonného zmocnění. Máme za to, že § 22 odst. 4 a odst. 5 je vhodné upravit, aby byly, pokud jde o jejich použití na ochranné pásmo 1. stupně přírodního léčivého zdroje peloidu, jednoznačnější.	
	Nad rámec návrhu:	**Nad rámec návrhu.**

	Je nutné upravit „statut centra“ na „status centra“ i v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to v § 46 odst. 2 a v Seznamu zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek v příloze 1 k zákonu.	Bude upraveno samostatnou novelou zákona č. 48/1997 Sb., která komplexně upraví problematiku výběrových řízení dle téhož zákona.
Úřad vlády ČR – Zmocněnkyně vlády pro lidská práva Mgr. Jakub Machačka (machacka.jakub@vlada.cz) JUDr. Miroslav Crha (crha.miroslav@vlada.cz) Mgr. Diana Šmidová (smidova.diana@vlada.cz) JUDr. Pavel Ptáčník (ptacnik.pavel@vlada.cz) Mgr. Monika Šamová (e-mail: samova.monika@vlada.cz, tel.: 725 765 883) Mgr. Markéta Gregorová (e-mail: gregorova.marketa@vlada.cz, tel.: 607 101 059) Mgr. Michal Pavlíček (e-mail: pavlicek.michal@vlada.cz, tel.: 725 716 477)	**1. K evidenci omezovacích prostředků (§ 39 odst. 4)** Určitě vítám podrobnější vymezení evidence omezovacích prostředků. V souladu opět se standardy CPT považuji však za žádoucí jednak vázat evidované údaje na konkrétní pacienty, aby se tím posílil kontrolní rozměr evidence pro ochranu jejich práv. Rovněž bude nutné evidenci více zacílit i v rámci konkrétního poskytovatele. Omezovací prostředky totiž typicky používají velká ústavní zařízení jako nemocnice či léčebny, která jsou složena z vícera různých oddělení s různým zacílením a režimy. Může pak být účinnější sledovat užívání omezování v jednotlivých odděleních. **Doporučuji proto v evidenci omezovacích prostředků vést i identifikační údaje pacientů a rozdělit je na jednotlivé organizační součásti poskytovatele.**	**Částečně akceptováno.** Ad identifikační údaje pacienta: Evidence použití omezovacích prostředků, tak, jak je namyšlená, přináší spíše makro pohled na využívání omezovacích prostředků poskytovatelem, bez orientace na konkrétní pacienty (k tomu slouží primárně záznamy o použití omezovacího prostředku ve zdravotnické dokumentaci). Nové zavedení povinnosti uvádění identifikačních údajů pacienta pak jednak představuje zásah do ochrany osobních údajů (i v souvislosti s novou možností příslušných správních orgánů a ministerstva si evidenci vyžádat), dále se to jeví jako velká zátěž dopadající na poskytovatele. Ad vedení evidence dle oddělení: Připomínka v tomto ohledu částečně akceptována tak, že v jediné centrální evidenci bude označeno oddělení, na němž k použití OP došlo. K tomu srov. upravené znění § 39 odst. 4.
	2. K ukončování omezení (§ 39 odst. 5) Na jednu stranu je určitě dobře míněné, aby o ukončení omezení mohli rozhodnout i jiní pracovníci než přímo lékaři či zdravotníci a omezení pohybu tak netrvalo déle, než je nezbytné. Je nicméně otázkou, zda tyto osoby dokáží splnit veškeré odborné požadavky, které s sebou omezení nese, a to včetně posouzení, zda je ukončení skutečně na místě. Samotný proces ukončení by pak podle standardů CPT měl být doprovázen následnou prací s pacientem	**Vysvětleno.** Uvedenou problematikou se zabývá komplexní metodika použití omezovacích prostředků, která je jedním z výstupů reformy psychiatrie.

	včetně např. pohovoru o omezení a jeho důvodech sloužící k obnovení vzájemné důvěry mezi pacientem a lékařem. **Doporučuji proto do důvodové zprávy doplnit, jakým způsobem bude v tomto případě zajišťována kvalita práce s pacientem během i po omezení.**	
	3. Obecně k materiálu Velice vítám předložení návrhu novely zákona o zdravotních službách (dále jako „návrh zákona“), která reaguje na stávající nedostatečnou úpravu práv pacientů a pacientek ve zdravotnických zařízeních, kteří a které zažili či zažívají domácí nebo sexuální násilí. Tyto oběti nově budou mít napříč předkládaným návrhem zákona práva odpovídající jejich zranitelnému postavení. Mezi povinnosti poskytovatele zdravotních služeb se nově zařazuje povinnost předat pacientovi či pacientce předat základní informace o možnosti poskytnutí sociální, psychologické, právní pomoci. Pacienti a pacientky – oběti domácího a sexuálního násilí budou mít také právo na změnu zdravotnického pracovníka či pracovnice, pokud si nevytvoří "vztah vzájemné důvěry" a pokud to umožní personální kapacita daného zařízení. Aktuální reprezentativní výzkumy ukazují, že obětí domácího násilí se v ČR stalo téměř 30 % žen a 12 % mužů.[30] Zkušenost se znásilněním má v ČR každý 11. člověk.[31] Drtivá většina obětí se však tyto skutky nikdy nenahlásí. Jedním z prvních míst, kam se oběti domácího a sexuálního násilí obrátí o pomoc, jsou	**<u>Vzato na vědomí.</u>**

[30] Pod Svícnem, IPSOS. Výzkum: Každý pátý člověk se stal obětí domácího násilí, 2022. Dostupné z: https://www.pravniprostor.cz/aktuality/vyzkum-kazdy-paty-clovek-se-stal-obeti-domaciho-nasili.
[31] Blíže viz: http://www.persefona.cz/sexualni-nasili-nebo-obtezovani-zazilo-39-cechu.

	právě zdravotnická zařízení. Vytvoření vzájemné důvěry a včas poskytnutá informace o dostupné specializované pomoci může zásadně přispět k řešení domácího a sexuálního násilí a zabránění tragickým následkům. Výše uvedené a další navrhované změny zásadně přispějí k zohledňování specifických potřeb a zvýšení ochrany obětí domácího a sexuálního násilí v rámci poskytování zdravotních služeb. Navrhovaná úprava je v souladu, jak s prioritou vlády ČR posílit ochranu obětí domácího a sexuálního uvedenou v programovém prohlášení vlády ČR, tak s cíli a prioritami Akčního plánu prevence domácího a genderově podmíněného násilí na léta 2023-2026, schváleného usnesením vlády ČR ze dne 23. srpna 2023 č. 62. Navrhovaná úprava současně přispívá k naplňování mezinárodních závazků v oblasti pomoci a ochrany obětem, mj. Úmluvy Rady Evropy o prevenci a potírání násilí na ženách a domácího násilí.	
Úřad vlády ČR – Ministr pro evropské záležitosti Jiří Blažek blazek.jiri@vlada.cz; + 734 354 583	Doporučujeme terminologicky sjednotit znění jednotlivých ustanovení zákona k problematice zvláštní ochrany osob vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí. Ustanovení § 28 odst. 4 Návrhu zakotvuje speciální ochranu pro pacienty, kteří vykazují znaky oběti domácího nebo sexuálního násilí. Obdobný přístup doporučujeme užít i v následných ustanoveních, které přímo, nebo i nepřímo pokrývají tuto problematiku. Zároveň vnímáme za vhodné, aby došlo k jednoznačnému vyjádření vůle k ochraně obětí i sexuálního násilí. Doplnění doporučujeme provést v ustanoveních: - § 28 odst. 5 - § 32 odst. 3	**<u>Částečně akceptováno.</u>** Terminologicky upřesněno v rozsahu zákona o zdravotních službách. Zákon o sociálních službách je primárně v gesci MPSV.

	- § 35 odst. 5 - § 38 odst. 2 - § 38 odst. 5 - § 67 Obdobný přístup doporučujeme zastávat v ustanovení zákona o sociálních službách. - § 37 **Tato připomínka je doporučující**	
Jihomoravský kraj Mgr. Luboš Císař, e-mail: cisar.lubos@kr-jihomoravsky.cz tel.: 541 651 146.	V § 110 je uvedeno, že „kraj odpovídá za organizaci a zajištění prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení na svém území“. V § 84 odst. 2 písm. b) je však uvedeno, že „prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat, nejde-li o postup podle písmene a), lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel, se kterým kraj uzavřel za účelem zajišťování prohlídky těl zemřelých smlouvu“. V důvodové zprávě je k § 110 uvedeno, že „páteřní síť pracovišť lékařské pohotovostní služby bude stanovena při pracovištích urgentního příjmu. Poskytovatelé zřizující urgentní příjem budou mít ovšem povinnost zajistit pouze prostorové a technické zázemí pro výkon lékařské pohotovostní služby. Personální zabezpečení lékařské pohotovostní služby bude de facto odpovědností zdravotní pojišťovny.“ Urgentní příjem je vymezen jako nepřetržitý příjem a poskytování neodkladné a akutní péče pacientům, tedy 24 hod. 7 dní v týdnu. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že kraj má sice povinnost smluvně zabezpečit prohlídky těl zemřelých, ale jejich využití bude realizováno souběžně s lékařem vykonávajícím lékařskou pohotovostní službu. Je tedy otázkou, když povinnost personálního zabezpečení lékařské pohotovostní služby na urgentním příjmu bude na pojišťovnách, zda	**Akceptováno.** Srov. § 84 odst. 2 písm. b).

	je ještě nutnost smluvního zabezpečení této služby krajem. **Závěr:** Jihomoravský kraj má k zákonu č. 372/2011 Sb. připomínku ke smluvnímu zabezpečení prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnické zařízení krajem.	
Karlovarský kraj Ing. Alena Šalátová e-mail: alena.salatova@kr-karlovarsky.cz telefon: 354 222 420	**Obecná připomínka:** **Ustanovení § 57a** Podle § 57 se obdobně postupuje i v případě přerušení poskytování zdravotních služeb, pokud poskytovatel není schopen splnit povinnost podle § 26 odst. 3. Příslušný správní orgán v takovém případě neprodleně po oznámení pokračování zdravotních služeb podle § 26 odst. 4 vydá poskytovateli zdravotnickou dokumentaci v rozsahu, v jakém nedošlo k jejímu předání podle § 57 odst. 3 písm. d). **Zdůvodnění:** Nadměrná administrativní i ekonomická zátěž pro kraje. Praxe ukazuje, že poskytovatelé zdravotních služeb, kteří mají svou činnost přerušenu, dokáží zabezpečit předávání zdravotnické dokumentace. Lze se důvodně domnívat, že toto ustanovení zákona bude ze strany poskytovatelů zneužíváno. **Dotaz – Jak správní orgán posoudí, zda je či není poskytovatel schopen splnit povinnost dle § 26 odst. 3?**	**Vysvětleno.** Záleží na správním uvážení kraje – principiálně půjde o objektivní neschopnost splnění povinnosti podle § 26 odst. 3, nikoli neochotu. Svévolné nesplnění této povinnosti je přestupkem, k tomu srov. § 117 odst. 1.
	Ustanovení § 110 Navrhovanou změnou přechází odpovědnost za zajištění pohotovostních služeb na zdravotní pojišťovny.	**Vysvětleno.** Způsob koordinace zajištění pohotovostních služeb ze strany zdravotních pojišťoven Ministerstvo zdravotnictví ponechává bez přímé regulace a v tomto ohledu ponechává tuto otázku na

	Dotaz – Jakým způsobem bude zajištěna lékařská pohotovostní služba sedmi zdravotními pojišťovnami, které registrují pojištěnce? Vycházíme ze zkušeností a komplikovanosti jednání s lékaři týkající se úhrad za služby v rámci lékařské pohotovostní služby. Kompetence budou rozděleny poměrově dle počtu registrujících pojištěnců? **Ustanovení § 44g** stanoví páteřní síť lékařské pohotovostní služby v návaznosti na pracoviště urgentního příjmu. **Dotaz – Co bude s pohotovostmi, které jsou v současné době zřízené krajem v zařízeních lůžkové péče, kde nebude zřízen urgentní příjem?** **Odůvodnění**: Pokud se tyto pohotovosti zruší, dojde k nedostupnosti lékařské pohotovostní služby v některých oblastech kraje.	interní dohodě mezi zdravotními pojišťovnami. Předmětná problematika (koncepční přesun odpovědnosti za zajištění pohotovostí z krajů na zdravotní pojišťovny) je předmětem probíhajícího dohodovacího řízení před vydáním nové úhradové vyhlášky. Návrh nikterak nebrání existenci pohotovostních služeb nad rámec vymezení páteřní sítě.
	Ustanovení § 17 písm. f) a g) Ustanovením § 17 odst. f) a g) dochází k rozšíření překážek, pro které nelze oprávnění k poskytování zdravotních služeb udělit. **Dotaz – Jakým způsobem bude moci správní orgán posoudit, zda u jediného nebo většinového společníka, statutárního orgánu nebo člena statutárního orgánu nebo člena kontrolního orgánu právnické osoby nebo jejího odborného zástupce není překážka pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb, bude stačit pouze doložení čestného prohlášení všech vyjmenovaných osob? Bude i nadále postačovat pouze doložení čestného prohlášení u všech osob vyjmenovaných v § 17 písm. f) a g)?**	**Vysvětleno.** Ano, současný režim dokládání čestným prohlášením zůstává zachován, správní orgán se uvedené činnosti ale může dozvědět i z úřední činnosti a podle toho adekvátně reagovat.

	Odůvodnění: Nyní fyzická osoba nebo právnická osoba při udělení oprávnění předkládají se žádostí o udělení oprávnění čestné prohlášení, že netrvá žádná z překážek pro udělení oprávnění. Vyjma odborného zástupce nebudou výše uvedené osoby uvedeny v rozhodnutí o udělení oprávnění, jelikož dochází v navrhované novele také k vypuštění v rozhodnutí statutárního orgánu či členů statutárního orgánu. V případě, že překážka nastane např. v jiném kraji, jak se příslušný správní orgán dozví, že překážka vznikla.	
Královéhradecký kraj Mgr. Karel Baše kbase@kr-kralovehradecky.cz tel. 725 511 758	**K § 12 odst. 3 bod c)** (bod 17 navrhovaného zákona): Domníváme se, že uvedení oboru „farmacie“ terminologicky neodpovídá platné právní úpravě.	**Vysvětleno.** Terminologie odpovídá zákonu č. 95/2004 Sb.
	K § 13 odst. 2 (bod 18 navrhovaného zákona): Domníváme se, že zrušení povinnosti učinit prohlášení před notářem nebo příslušným orgánem tohoto státu by bylo vhodné zakotvit též v zák. č. 95/2004 Sb., kde je tato povinnost zakotvena v § 3 odst. 5.	**Nad rámec návrhu.**
	K § 15 odst. 3 (bod 21 navrhovaného zákona) a **k § 18 odst. 2 písm. a) bod 7** (bod 34 navrhovaného zákona): Domníváme se, že obě ustanovení spolu bezprostředně souvisí – měla by proto užívat shodnou terminologii.	**Neakceptováno.** Není zřejmé, kde připomínkové místo shledalo terminologický nesoulad.
	K § 24 odst. 1 písm. b) (není předmětem novelizace): Doporučujeme zakotvit postup, kterým by orgány, které *zrušily souhlas, povolení nebo jiné rozhodnutí nebo závazné stanovisko, které bylo podkladem pro rozhodnutí o udělení oprávnění* tato svá rozhodnutí povinně oznamovaly příslušnému správnímu orgánu. Praxe ukazuje, že nelze spoléhat pouze na plnění oznamovací povinnosti poskytovatelů.	**Nad rámec návrhu.** Ministerstvo zdravotnictví v tomto ohledu chápe podstatu připomínky, nicméně její akceptace by znamenala zásah do touto novelou nedotčených právních předpisů, z tohoto důvodu tuto připomínku nelze akceptovat.
	K § 29 odst. 1 písm. a) (není předmětem novelizace)**:**	**Vysvětleno.**

	Ustanovení není novelizováno a text tak stále zohledňuje existenci dětských domovů pro děti do 3 let věku, přičemž s existencí těchto domovů do budoucna legislativa nepočítá. Navrhujeme vypustit text „umístěných do dětských domovů pro děti do 3 let věku“.	Ustanovení je upravováno návrhem novely zákona o sociálně právní ochraně dětí, srov. ST 573 zde: https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=9&CT=573&CT1=0 Do platného znění s vyznačením navrhovaných změn byla tato skutečnost doplněna.
	K § 45 odst. 2 písm. c) (bod 89 navrhovaného zákona): Navrhujeme rozšířit výčet poskytovatelů, kteří uvádí výlučně provozní dobu, o zubní techniky. Jedná se o zbytnou povinnost, která musí být dle stávající právní úpravy krajskými úřady kontrolována.	**Vysvětleno.** Pokud povaha činnosti poskytovatele v závislosti na jeho oboru péče neumožňuje faktické přijímání pacientů k vyšetření (například zubní techniky), ordinační dobu nemusí z povahy věci zveřejňovat vůbec, jelikož není stanovena.
Olomoucký kraj Mgr. Olga Nepšinská o.nepsinska@olkraj.cz, tel.: 585 508 451, Mgr. Bc. Zbyňek Vočka zbynek.vocka@olkraj.cz tel.: 585 508 217	**4. K Čl. II. Přechodná ustanovení, bodu 3:** Stanovuje se zde povinnost pro příslušné správní orgány (§ 15 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.) udělit osobě, která poskytuje zdravotní služby na základě rozhodnutí o registraci (podle § 121 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.), oprávnění k poskytování zdravotních služeb (v rozsahu, v němž osoba v souladu s touto registrací dosud poskytuje zdravotní služby). Toto přechodné ustanovení je nejasné, zejména z něj nevyplývá, zda k udělení oprávnění je potřebné, aby dotčený poskytovatel předložil aktuální doklady, které jsou nutné k udělení „obvyklých“ oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebo zda jde „pouze“ o udělení oprávnění, kde se rozsah dosavadních služeb (poskytovaných na základě registrace) popíše současnou terminologií podle zákona č. 372/2011 Sb., aniž by se opatřovaly další doklady. Podle našich zkušeností s tzv. přeregistrací zejména nemocnic (akutní péče) je velkým problémem pro některé dotčené poskytovatele předložit např. seznamy personálu, které by odpovídaly podmínkám vyhlášky č. 99/2012 Sb., a předloží je až po několikerém opravování a urgování. Máme také zkušenost, že krajské hygienické stanice nechtějí	**Vysvětleno.** Příslušný správní orgán bude postupovat z moci úřední, přičemž se předpokládá presumpce správnosti existující registrace a splňování podmínek pro poskytování zdravotních služeb. V rámci přeregistrace tak ani nebude KHS posuzovat provozní řád. Pouze v případech inkompatibility bude potřeba zjišťovat rozsah poskytovaných zdravotních služeb, pokud bude možné registraci formálně převést na oprávnění, krajský úřad tak učiní, aniž by musel pořizovat od poskytovatele jakékoli doklady.

	v některých případech schvalovat nové provozní řády pro prostory, kde dosud byla tatáž zdravotní péče poskytována. Odůvodňují to tak, že např. všeobecný praktický lékař a internista nemohou mít společný prostor jako čekárnu, protože jde o poskytovatele s různou epidemiologickou závažností. (Přitom KHS v takových případech neruší stávající provozní řády pro tytéž dosavadní poskytovatele, prostory a obory, když nedochází ke změně.) Takže u ambulantních zařízení (hlavně v menších obcích) se může stát, že při požadování aktuálních dokumentů (rozhodnutí KHS) nebudou poskytovatelé schopni je předložit. Dále z dotčeného přechodného ustanovení není zřejmé, co se stane, pokud povinné správní orgány ve stanovené lhůtě nestihnou vydat příslušná oprávnění (když se např. zjistí, že je potřeba určitý doklad, a ten nebude včas předložen). Zaniknou registrace automaticky uplynutím přechodného období, nebo budou platné dále? Navíc se obáváme (opět podle našich dřívějších zkušeností), že navržené přechodné ustanovení přinese značnou byrokratickou zátěž jak dotčených úřadů, tak poskytovatelů. Za optimální považujeme toto přechodné ustanovení vypustit z textu navržené novely. **Tuto připomínku považujeme za doporučující.**	
Středočeský kraj Mgr. Simona Dobisová, telefon 257 280 951, e-mail dobisova@kr-s.cz	5. § 44g odst. 3 Poskytovatel zřizující urgentní příjem má povinnost c) zřídit v rámci zdravotnického zařízení, kde se nachází urgentní příjem, pracoviště lékařské pohotovostní služby. Písm. c) – věta zřídit v rámci zdravotnického zařízení, kde se nachází urgentní příjem, pracoviště lékařské pohotovostní služby, je v kontextu důvodové zprávy zavádějící. Působí to tak, že poskytovatel urgentního příjmu je odpovědný za celé zajištění pohotovosti,	**Akceptováno jinak.** Upraveno takto: „c) zřídit v rámci zdravotnického zařízení, kde se nachází urgentní příjem, prostory pro poskytování lékařské pohotovostní služby.“.

	včetně oblasti personální, byť důvodová zpráva uvádí, že „Poskytovatelé zřizující urgentní příjem budou mít ovšem povinnost zajistit pouze prostorové a technické zázemí pro výkon lékařské pohotovostní služby. Personální zabezpečení lékařské pohotovostní služby bude de facto odpovědností zdravotní pojišťovny.“ Tato připomínka byla již vznesena v rámci vnitřního připomínkového řízení s vysvětlením, že opravdu její personální obsazení bude úkolem zdravotních pojišťoven, kdy uvedené vyplývá již z obecné odpovědnosti zdravotních pojišťoven za dostupnost hrazených zdravotních služeb – srov. zákon č. 48/1997 Sb., **přesto bychom doporučovali toto ustanovení doplnit o znění důvodové zprávy.**	
Sdružení místních samospráv ČR Ing. Adéla Palíšková paliskova@smscr.cz Mgr. Jindra Tužilová tuzilova@smscr.cz, info@smscr.cz	**Připomínka č. 1 - Důvodová zpráva str. 36, § 44g** Důvodová zpráva uvádí: *Páteřní síť pracovišť lékařské pohotovostní služby bude stanovena při pracovištích urgentního příjmu [srov. § 44g odst. 3 písm. c)]. Poskytovatelé zřizující urgentní příjem budou mít ovšem povinnost zajistit pouze prostorové a technické zázemí pro výkon lékařské pohotovostní služby. Personální zabezpečení lékařské pohotovostní služby bude de facto odpovědností zdravotní pojišťovny.* Z výše uvedeného vyplývá, že by mělo dojít k redukci lékařských pohotovostních služeb, a zůstat by měly pracoviště s urgentním příjmem, s čímž nesouhlasíme. Současně je v důvodové zprávě uvedeno, že zabezpečení lékařské pohotovostní služby bude de facto odpovědností zdravotní pojišťovny. V této části požadujeme doplnit, kdo bude de iure za zabezpečení lékařské pohotovostní služby odpovědný a jaké budou dány občanům mechanismy pro jeho vymáhání. ***Odůvodnění***	**Vysvětleno.** Stanovením páteřní sítě lékařské pohotovostní služby není nikterak omezen vznik těchto pracovišť i nad rámec této páteřní sítě. Tato možnost bude plně v kompetenci zdravotních pojišťoven.

	Tím, že v současnosti provozované lékařské pohotovostní služby nebudou nadále provozovány a dojde ke snížením počtu lékařských pohotovostních služeb, se tato služba občanům vzdálí. To bude mít za následek výrazné zhoršení poskytované zdravotní péče a mohou hrozit fatální důsledky. Zároveň stran provozování lékařské pohotovostní služby zdravotními pojišťovnami si ze zkušenosti z území dovolujeme upozornit na fakt, že podobně jsou zdravotní pojišťovny odpovědny za zajištění dostupné zdravotní péče v území, což má za následek, že území není pokryto ordinacemi praktických i specializovaných lékařů, stejně jako pediatrů a obce se s pojišťovnami nejsou schopny dohodnout na řešení tohoto problému, byť jsou obce ochotny např. na provoz ordinace lékařům přispět. Samosprávy se primárně snaží zajistit veřejnou službu občanům, kdy náklady na její zajištění nejsou určující. Naopak pro pojišťovny, jakožto komerční subjekty, je v případě poskytované služby významný především pohled ekonomický. Na základě těchto rozdílných pozic se jeví obava o zajištění lékařské pohotovostní služby v dostatečné šíři a kvalitě za oprávněnou. ***Tato připomínka je doporučující***	
Unie zaměstnavatelských svazů ČR Mgr. Jakub Machytka e-mail: jakub.machytka@uzs.cz tel.: 727 956 059	**7. K § 5 odst. 2 písm. f), poslední věta za středníkem** Doporučujeme opravit překlep. *„…v případě, že jsou při poskytování* ***léčebné*** *rehabilitační péče využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona12), jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,“*	**Neakceptováno.** *„Léčebně rehabilitační péče“* je správná terminologie, vycházející již ze stávající úpravy.

	12. K § 11 odst. 5 písm. j) Do textu platného znění dotčených ustanovení zákona o zdravotních službách doporučujeme pro srozumitelnost doplnit i text § 11c, na který je v § 11 odst. 5 písm. j) odkazováno.	**Akceptováno.**
	14. K § 14 odst. 1 písm. d) Doporučujeme vypustit „*bodu 2*“ z textu ustanovení: ... *„d) držitelem povolení k pobytu na území České republiky, pokud má povinnost takové povolení mít. Odborným zástupcem nemůže být ustanovena fyzická osoba, u níž trvá některá z překážek pro udělení oprávnění uvedených v § 17 písm. a) nebo b), bylo-li oprávnění odňato podle § 24 odst. 2 písm. b), odst. 3 písm. a), b) nebo c) nebo odst. 4 písm. a), b), c), d) nebo e), nebo písm. f)* ~~***bodu 2***~~.“ Ustanovení § 24 odst. 4 písm. f) neobsahuje body.	**Vysvětleno, upraveno.** Dotčená pasáž odkazuje nikoli na § 24 odst. 4. písm. f), ale na § 17 písm. f). Ustanovení legislativně technicky upraveno.
	16. K § 18, odst. 2, body 11 a 12 Upozornění: není zřejmé, o jaký doklad se má jednat a jaké má mít formální a obsahové náležitosti a **kdo ho bude a za jakých podmínek vydávat.**	**Vysvětleno.** Ad bod 11: jedná se o splnění podmínek pro udělení oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v centrech duševního zdraví. Dle § 44d se může jednat buď o registraci sociální služby nebo o smlouvu s jiným poskytovatelem sociálních služeb poskytujícím tuto sociální službu. Ustanovení se Ministerstvu zdravotnictví jeví jako jednoznačné. Ad bod 12: obdobně se jedná o doložení splnění podmínek pro udělení oprávnění pro urgentní příjem – udělení statusu centra vysoce specializované zdravotní péče, nepřetržitý provoz komplementu apod. Rovněž v tomto případě se jeví, že je bod 12. dostatečně srozumitelný.

	17. K § 19 V souvislosti s novelou si dovolujeme podat podnět na řešení názvu poskytovatele zdravotních služeb pro rozhodování o udělení oprávnění. Nikde není řešeno, že PZS si může dát do svého názvu cokoliv a může dokonce zavádějícím způsobem informovat veřejnost o rozsahu poskytovaných služeb nad rámec formy a druhu přiznaných v oprávnění.	**Neakceptováno.** Ministerstvo zdravotnictví bere tento podnět na vědomí a k případnému řešení do budoucna, nicméně uvedená problematika není předmětem této novely.
	18. K § 28 odst. 4 Pacient, jenž je osobou vykazující znaky oběti domácího nebo sexuálního násilí, má při poskytování zdravotních služeb dále právo…. (v této souvislosti považujeme za žádoucí doplnit specifikaci osoby jako oběti – viz návrh doplnění v textu výše, když v opačném případě by mohlo být toto ustanovení vykládáno i ve prospěch pachatele.)	**Neakceptováno.** Není zřejmé, k čemu připomínka míří. Specifikace pacienta jako oběti již doplněna je.
	19. K § 34 odst. 4 Doporučujeme ponechat stávající znění ustanovení § 34 odst. 4 zák. č. 372/2011 Sb. (tzn. nezrušovat poslední větu), které zní: *(4) Pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.*	**Neakceptováno.** Ministerstvo setrvává na navrženém novém znění tohoto ustanovení, k tomu blíže viz důvodová zpráva.
	20. K 36 odst. 2 Doporučujeme ponechat stávající ustanovení § 36 odst. 2 zák. č. 372/2011 Sb., které zní: *(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky,*	**Neakceptováno.** Ministerstvo setrvává na navrženém novém znění tohoto ustanovení, k tomu blíže viz důvodová zpráva.

	*že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s ní**mž** dříve vyslovené přání souvisí.* Odůvodnění: Současná úprava umožňuje, aby pacient probral dříve vyslovené přání buď s ošetřujícím specialistou nebo VPL, který může být často koordinátorem péče v závěru života a je plně kompetentní s pacienty dříve vyslovené přání probrat.	
	23. K § 41 odst. 1 písm. a) Zákon řeší povinnost pacienta pouze v případě, že vyslovil „souhlas“ řeší zákon situace, když souhlas pacient nevyslovil? Mělo by být řešeno.	**Vysvětleno.** Pokud pacient neudělil souhlas s poskytováním zdravotních služeb, nelze od něj očekávat dobrovolné dodržování individuálního léčebného postupu – buď totiž vůbec není schopen souhlas udělit (např. je v bezvědomí), a v takovém případě není ani schopen dodržovat individuální léčebný postup, nebo jsou mu poskytovány zdravotní služby proti jeho vůli.
	32. K § 45 odst. 2 písm. h) Navrhujeme ponechat i původní § 45 odst. 2 písm. h). Následující písmena bude třeba přečíslovat. *(2) Poskytovatel je dále povinen* *…* *h) zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí je vyžadován písemný souhlas; to neplatí*	**Neakceptováno.** Ministerstvo setrvává na navrženém vypuštění tohoto ustanovení, k tomu blíže viz důvodová zpráva.

	pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby, zdravotnické dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče, záchytné služby a lékárenské péče,… Odůvodnění: Možnost vyžadovat písemný souhlas se zákrokem s ohledem na jeho povahu nad rámec zákona dává poskytovateli zdravotních služeb § 34 zák. č. 372/2011 Sb. Jeví se jako legitimní požadavek, aby poskytovatel zdravotních služeb udržoval aktuální seznam zdravotních služeb, u kterých je vyžadován písemný souhlas.	
	33. K nově navrhovanému § 45 odst. 2 písm. h) *(2) Poskytovatel je dále povinen* … *h) jde-li o dosavadního registrujícího poskytovatele, předat do patnácti dnů ode dne, kdy se dozvěděl o skutečnosti, že pacient změnil registrujícího poskytovatele, kopii zdravotnické dokumentace vedené o tomto pacientovi jeho novému registrujícímu poskytovateli,* Doporučujeme zvážit změnu navrženého § 45 odst. 2 písm. h). Odůvodnění: Není věcný důvod, proč by měla být vždy předávána kopie kompletní zdravotnické dokumentace, která může být velice rozsáhlá, pro nového lékaře postačí zpravidla výpis ze zdravotnické dokumentace (viz pravidla pro vykazování výkonu v SZV). Při změně registrujícího poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství po desítkách let by mohla být zdravotnická dokumentace vedená v listinné podobě	**<u>Neakceptováno.</u>** Ministerstvo zdravotnictví bere názor připomínkového místa na vědomí, nicméně setrvává na navrženém znění daného ustanovení. Ministerstvo zdravotnictví považuje za účelem zajištění návaznosti zdravotních služeb za nejvhodnější předání kompletní zdravotnické dokumentace. Ustanovení však bylo na základě jiných připomínek ještě upraveno, viz jeho upravené znění. Poskytovatel bude kopii zdravotnické dokumentace předávat až na základě žádosti nového registrujícího poskytovatele.

	značně rozsáhlá a náklady na pořízení a odeslání kopie velké.	
	35. K § 47 odst. 2 Doporučujeme opravit překlep na „hlavního města Prahy“ (malé počáteční písmeno).	**Akceptováno.**
	38. Nad rámec návrhu zákona k § 77a odst. 3 Navrhujeme do § 77a odst. 3 (Národní registr hrazených zdravotních služeb) doplnit nové písm. e) v následujícím znění – *(3) Do Národního registru hrazených zdravotních služeb dále zdravotní pojišťovna uvedená v odstavci 2 předává* … *e) údaj o adresném zvaní jejich pojištěnců k účasti na screeningu ve screeningových programech stanovených ministerstvem podle § 113c* Odůvodnění: Novela zákona o zdravotních službách zavádí pojem adresného zvaní v §113c, jako klíčovou součást screeningových programů, jež jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, podmiňující jejich klinickou a ekonomickou efektivitu. Z uvedeného důvodu je sledování adresného zvaní zavedeno do Národního registru hrazených zdravotních služeb. I v mezinárodním srovnání je adresné zvaní považováno za integrální součást screeningů, kterou je nutné monitorovat. Výsledky hodnocení bude možné využít k hodnocení preventivních programů, analyzovat poskytnuté údaje zároveň s údaji vedenými v Národním zdravotnickém informačním systému a přispějí tak výrazným způsobem k efektivitě	**Neakceptováno.** V současnosti se evidence tohoto údaje v NRHZS nejeví jako potřebná.

	zdravotnictví. Navrhovaná úprava dále přispěje ke snížení administrativní zátěže zdravotních pojišťoven, kdy nebude nadále nezbytné poskytovat pro hodnocení adresného zvaní údaje Ministerstvu zdravotnictví na základě mimořádných výzev ke sběru údajů.	
	40. K § 84 odst. 2 písm. e) Doporučujeme upravit znění § 84 odst. 2 písm. e). *(2) Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat* *…* *e) poskytovatel domácí paliativní péče,* ***pokud měl tento poskytovatel pacienta v péči*** ~~*v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování této péče a na místě poskytování této péče je přítomen zdravotnický pracovník způsobilý k provedení prohlídky těla zemřelého.*~~ Odůvodnění: Smyslem doplnění možnosti provedení prohlídek těl zemřelých též lékařem poskytovatele domácí paliativní péče (odb. 926) bylo, aby mohl provést prohlídku těla, pokud má tento poskytovatel v konečné fázi života pacienta v péči. Nově navržená úprava popisuje dle našeho názoru lépe reálnou situaci, neboť rodina může zavolat v případě úmrtí poskytovatele odb. 926 (stejně jako by volala lékaře praktického) s tím, že k úmrtí nemuselo dojít tehdy, když byla poskytována domácí paliativní péče. Zajištění prohlídky těla poskytovatelem, který měl pacienta v péči, obdobně jako VPL i s ohledem na skutečnost, že od 1.1.2024 začne platit i nový výkon 80089 UKONČENÍ DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE a nositelem výkonu 09527 PROHLÍDKA ZEMŘELÉHO – MIMO LŮŽKOVÉ ODDĚLENÍ je dle SZV L3.	**<u>Neakceptováno, vysvětleno.</u>** Ustanovení § 84 odst. 2 písm. e) upravuje povinnost provedení prohlídky těl zemřelých. Obecně by mimo zdravotnická zařízení měli tuto povinnost plnit koroneři podle písm. b). Pouze v případě, že k úmrtí došlo při poskytování domácí paliativní péče a poskytovatel této péče má k dispozici lékaře L3, je dle názoru Ministerstva zdravotnictví na místě uložit mu povinnost provedení prohlídky těl zemřelého. Nelze také odhlédnout od skutečnosti, že nikoli každý poskytovatel má k dispozici lékaře L3. Z těchto důvodů nelze připomínku akceptovat.

	41. K § 93 odst. 3 písm. c), d) Doporučujeme upřesnit jakému správnímu orgánu a v jakém případě má být evidence o podání stížností a způsobu jejich vyřízení na žádost poskytnuta.	**<u>Vysvětleno.</u>** Jedná se o příslušný správní orgán dle § 15 odst. 1 zákona o zdravotních službách (legislativní zkratka), tj. zejména krajský úřad. Evidenci si lze vyžádat pouze za účelem plnění úkolů příslušných správních orgánů, případné Ministerstva zdravotnictví, nemůže se jednat o samoúčelné ani svévolné vyžadování si této evidence.
	45. K § 101 odst. 2 Doporučujeme opravit překlep. *(2) Osoba oprávněná provádět hodnocení kvality a bezpečí je povinna písemně oznámit ministerstvu všechny změny týkající se údajů obsažených v rozhodnutí o udělení oprávnění k provádění hodnocení kvality a bezpečí, v žádosti o udělení oprávnění a v dokladech předkládaných s touto žádostí a doložit tyto změny příslušnými doklady, a to nejpozději do 15 dnů ode dne, kdy k těmto změnám došlo. V případě změn v seznamu osob uvedeném v § 99 odst. 2 písm.* ***~~d)~~ a) bod 2****. se oznamují pouze změny týkající se navýšení počtu osob uvedených v tomto seznamu.* Odůvodnění: Ustanovení § 99 odst. 2 nemá písm. d).	**<u>Akceptováno.</u>**
Úřad pro ochranu osobních údajů Vít Zvánovec legislativa@uoou.cz tel.: 234 665 323 a 605 446 175	Zvláštní část důvodové zprávy je třeba členit na body. *Odůvodnění:* *Jedná se o novelu, a proto je třeba odůvodnit změny, nikoliv ustanovení kmenového zákona.*	**<u>Neakceptováno.</u>** V rámci vypořádání připomínek novelizační body přibývají či ubývají; pro praxi je důležitější vědět, k jakému kmenovému ustanovení se dané odůvodnění vztahuje. Členění podle

		novelizačních bodů považujeme za neúčelně formalistické a neefektivní.
	K jednotlivým ustanovením Článek I bod 3 je žádoucí rozdělit. *Odůvodnění:* *Jedna věc je definice, jedna věc je vlastní stanovení oprávnění a povinností, které do definice nepatří.*	**Akceptováno.**
	V článku I bodu 87 se slovo „I.“ nahrazuje slovem „I“. *Odůvodnění:* *Pravopisná chyba.*	**Akceptováno.**
Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, z.s. Mgr. Václav Krása e-mail: v.krasa@nrzp.cz	**372/2011 Sb., § 66, odst. 4)** 1) Požadujeme upřesnit definici „vedení elektronické dokumentace“ v níže uvedeném smyslu. - je nutno definovat, co znamená „vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě“. Pracovníci ve zdravotnictví tento termín obvykle chápou jako vedení ZD na počítači. Je nezbytné aby termín „vedení elektronické dokumentace“ byl termínem vztahujícím se pouze k takovému vedení elektronické zdravotnické dokumentace, při kterém jsou používány služby vytvářející důvěru v souladu s § 26 z.č. 325/2021 Sb., o elektronizaci zdravotnictví (el. podpisy, el. časová razítka, el. pečetě apod.) 2) Požadujeme, aby byla nově navrhovaná úprava odst. 4) „nebrání-li tomu technické možnosti poskytovatele,“ zcela vyjmuta. Je nepochybné, že v současnosti nemusí mít vedení zdravotnické dokumentace již žádná technická. Navíc ve chvíli, kdy bude zřejmé, v jakém termínu budou mít všichni poskytovatelé zdravotní péče povinnost vést zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě a být připojení do českého a potažmo evropského eHealth systému nebude odůvodnitelné jakékoli	**Vysvětleno.** 1) Podmínky vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě upravuje kromě zákona o zdravotních službách (k tomu srov. i jeho novelu ST 512, která je právě novelou ustanovení o zdravotnické dokumentaci) také vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů. Takto vymezené podmínky vedení zdravotnické dokumentace považuje Ministerstvo zdravotnictví za dostatečné. 2) Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě není podmíněno umožněním dálkového přístupu k této dokumentaci, proto je zachování této podmínky pořád na místě.

	technické omezení při vedení elektronické dokumentace. Odůvodnění: S ohledem na vývoj v oblasti elektronizace zdravotnictví není dlouhodobě akceptovatelné, aby na straně poskytovatelů i v budoucnu existovaly „technické překážky“ poskytovatele, které by mu bránily v umožnění uplatnit pacientovi jeho právo nahlížet do elektronické zdravotnické dokumentace. **Doporučující připomínka.**	
Nejvyšší státní zastupitelství Bohumila Fürstová BFurstova@nsz.brn.justice.cz	**K § 65 odst. 2** Ze znění návrhového ustanovení lze dovodit, že absentuje oprávnění státních zástupců nahlížet do zdravotnické dokumentace a tato skutečnost znesnadňuje státním zástupcům i výkon dozoru nad dodržováním právních předpisů při výkonu ústavní a ochranné výchovy podle § 39 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVÚOV“). Jedná se zejména o situace, kdy školské zařízení s odkazem na obsah lékařské zprávy omezuje práva dětí, nejčastěji právo opustit samostatně se souhlasem pedagogického pracovníka zařízení za účelem vycházky [§ 20 odst. 1 písm. p) ZVÚOV], právo na udržování kontaktu s osobami odpovědnými za výchovu a dalšími blízkými osobami [§ 20 odst. 1 písm. n) ZVÚOV] a vlastnické právo. V takových případech nemůže státní zástupce ověřit, zda je zásah ze strany školského zařízení vůči dítěti umístěnému v detenci přiměřený a v souladu s právními předpisy. Tím je výrazně omezován výkon zákonného oprávnění státních zástupců.	**Akceptováno.**

	Navrhované připomínky týkající se § 65 odst. 2 považujeme za vhodné začlenit právě do předkládaného návrhu zákona.	
Český helsinský výbor z.s. Ágnes Bučinská Němečková telefon: 770 127 828 e mail: bucinska@helcom.cz	Vážení, dovolujeme si Vám tímto jako neoficiální připomínkové místo zaslat připomínky k navrhované novele zákona č. 372/2011 Sb, paragrafu 44f, upravujícího vznik tzv. Center komplexní péče. Předložený návrh neodpovídá tomu, co rodiny pečující o vážně nemocné dítě dle odborníků potřebují. CKP by měla být odbornou komplexní sociálně zdravotní službou rodinného typu, poskytující kvalitní podporu pro pečující rodiny a děti s vážnou diagnózou. Současný návrh místo kvalitní sociálně zdravotní pobytové a odlehčovací služby přináší vznik léčeben dlouhodobě nemocných a naprosto neodůvodněně vyčleňuje rodiny pečující o děti s psychiatrickou diagnózou. To nelze akceptovat obzvláště za situace, kdy je dlouhodobě naprosto nedostatečná kapacita pro odlehčovací, nebo pobytové služby pro děti s agresivními psychiatrickými stavy a náročnými psychiatrickými diagnozami, které nevyžadují hospitalizaci dítěte na psychiatrickém oddělení. Dále při pobytu dítěte není dle podkladů automaticky počítáno s prostorem pro pobyt rodiče, nebo pečující osoby v režimu 24/7, jak již dnes zákon o zdravotních službách dětem garantuje. Tento soubor nedostatků předloženého návrhu novely zákona považujeme za naprosto zásadní a z odborného hlediska potřeb cílové skupiny ho nelze podpořit. Jako zásadní vnímáme výše zmíněné riziko umístění dětí na neomezeně dlouhou dobu, tedy teoreticky do jeho zletilosti. Již v dnešní době víme, že se v zdravotnických zařízeních vyskytují x let	**Vysvětleno.** Ad oznamovací povinnost OSPOD: tato problematika je řešena zákonem o sociálně právní ochraně dětí a oznamovací povinnosti podle tohoto zákona se plně uplatní i na poskytovatele zdravotních služeb, vč. těch, kteří poskytují zdravotní služby v centrech komplexní péče o děti (CKP). Ad zavedení povinnosti registrace sociálních služeb: v případě CKP se nejedná o sociálně zdravotní službu, proto registrace sociální služby se nejeví jako nezbytná. Ad povinnost poskytovat odlehčovací službu: v návaznosti na tuto a jiné připomínky došlo k úpravě textace § 44f odst. 2 tak, aby bylo zřejmé, že odlehčovací služba podle tohoto ustanovení je nedílnou a nezbytnou součástí služeb poskytovaných CKP. Ad navýšení personálních požadavků: stávající požadavky se v tuto chvíli jeví jako dostatečné. Tyto požadavky budou nicméně upraveny prováděcím právním předpisem (vyhláškou č. 99/2012 Sb.), jehož novelizace bude předmětem samostatného legislativního procesu, v jehož rámci bude možné dále upravit i personální standard. Ad rozšíření poskytované služby pro rodiny s dětmi s psychiatrickým onemocněním: pro tento typ pacientů CKP určeno není, ale pro tuto kategorii pacientů je určeno například centrum duševního zdraví (srov. § 44b až 44e).

	hospitalizované děti, které nejsou na OSPOD hlášeny. S výkladem, který je zastáván autory, že již nyní mají zdravotnická zařízení povinnost pobyt dítěte po šesti měsících hlásit se nelze ztotožnit. Jako přijatelnou nevnímáme ani úpravu, která by zadala povinnost CKP hlásit dítě na OSPOD při hospitalizaci delší než 6 měsíců. Toto je neadekvátně dlouhá doba v životě dítěte. Dále bychom rádi uvedli, že se nelze ztotožnit s pojetím úpravy Vyhlášky č. 92/2012 Sb., která nereflektuje potřeby specifik zařízení, které by poskytovalo služby rodinného typu. Materiál nespecifikuje maximální počet dětí na pokoji, nebo v zařízení, nepracuje se zákonem daným právem dítěte na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce a prostorem pro jeho pobyt na pokoji s dítětem. Rovněž personální standardy neodpovídají potřebnosti kvalitní péče nejen pro pacienta, ale i pro jeho blízkou rodinu a pečující. Doporučujeme: - zavedení povinnosti hlášení dítěte na OSPOD po 2 měsících pobytu - zavedení povinnosti provozování odlehčovací péče - zajištění povinnosti registrace sociální služby, nebo její dodání jiným subjektem /viz úprava CDZ/ - výrazné navýšení personálních standardů pro odborné např. psycholog, psychiatr - rozšíření poskytované služby pro rodiny s dětmi s psychiatrickým onemocněním (minimálně pro odlehčovací péči) Rádi bychom Vás tímto požádali o zařazení našich připomínek do připomínkového řízení a o zvážení uspořádání setkání po vypořádání připomínek a	

	projednání výsledného stavu v odborných kruzích i se začleněním nepovinných připomínkových míst. Takto například nyní proběhne vypořádání připomínek podaných k novele Občanského zákoníku. Předem děkujeme za akceptování našich připomínek. Za Český helsinský výbor Vedoucí poradenského centra a projektu na ochranu práv dětí členka Výboru pro práva dítěte Ágnes Bučinská Němečková	