V.

**Závěrečná zpráva z hodnocení dopadů regulace
podle obecných zásad**

1. **Důvody předložení a cíle**
	1. **Název:**

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.

* 1. **Definice problému:**

Dne 1. dubna 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále také jen „ZZS“).

Během jeho účinnosti se vyskytla celá řada aplikačních problémů, z nichž část byla odstraněna průběžnými novelami tohoto právního předpisu, a to zejména novelou č. 66/2013 Sb.

Nicméně, některé problémy se vyřešit dosud nepodařilo, nebo se objevily nové, a to zejména v návaznosti na změny společenských a odborných potřeb a na změny v souvisejících právních předpisech. Níže je definováno několik základních oblastí, které jsou řešeny v rámci navrhované právní úpravy.

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Během dosavadní účinnosti ZZS se vyskytla celá řada aplikačních problémů. Většina návrhů vychází z dosavadní aplikační praxe a lze je zařadit jako obecné změny, které se týkají poskytovatelů zdravotních služeb (dále také jen „poskytovatelů“), pacientů a správních orgánů. Níže jsou blíže popsány některé zřetele hodné aplikační problémy dosavadní právní úpravy:

1. Pohotovostní služby jsou zákonem o zdravotních službách vymezeny jako zdravotní 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. Za zajištění pohotovostních služeb dle dosavadní úpravy odpovídal kraj; což představovalo nedůvodnou a neúčelnou výjimku z obecného principu odpovědnosti zdravotních pojišťoven za zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Zároveň absence zákonem stanovené páteřní sítě alespoň lékařské pohotovostní služby vedla k nejasnostem o adekvátním nastavení územního pokrytí touto službou.

2. Dosavadní znění ZZS mezi zdravotní služby ani zdravotní péči nezahrnovalo zdravotní výkony estetické medicíny. Není přitom pochyb, že i tyto výkony je nutné provádět v režimu zákona o zdravotních službách, tzn. zejména způsobilými zdravotnickými pracovníky ve zdravotnickém zařízení v mezích rozsahu uděleného oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

3. Za současného právního stavu existují indikační nejasnosti ohledně následné lůžkové péče. Stávající definice předpokládá příjem pacientů do následné lůžkové péče především po akutní lůžkové péči. Hospitalizace pacientů z domácího prostředí na žádost praktických nebo odborných lékařů není mnohdy realizována, neboť pacienti z domácího prostředí neodpovídají definici „stabilizace zdravotního stavu a zvládnutí náhlé nemoci“. Současné znění zákona jasně neumožňuje výklad indikace k hospitalizaci do následné lůžkové péče z péče ambulantní, kdy lze dovozovat možnost příjmu pacientů do následné lůžkové péče zejména po pobytu na akutním lůžku. Z ustanovení sice nelze vyvodit přímý zákaz příjmu pacientů na lůžko následné péče z péče ambulantní, ale vzhledem k jednoznačnému požadavku na „stabilizaci zdravotního stavu a zvládnutí náhlé nemoci“ je překlad pacienta z domácího prostředí prakticky nereálný. Někteří poskytovatelé zdravotních služeb pacienty z domácího prostředí odmítají přijmout a hospitalizace pacientů z domácího prostředí na žádost praktických nebo odborných lékařů tak není mnohdy realizována. Služby domácí péče pro tyto pacienty jsou již nedostačující a jejich možnosti limitované. Domácí péče nezajišťuje nepřetržitou přítomnost lékaře, péče všeobecné sestry je omezena po určitý časový úsek, limitující je i dojezdová vzdálenost a čas, zdravotní služby poskytované praktickým lékařem ve vlastním sociálním prostředí pacienta nemohou nahradit lůžkovou péči.

4. Zákon o zdravotních službách v § 17 vymezuje překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Takto vymezené překážky ovšem neodpovídají principu trestní odpovědnosti právnických osob, kodifikované zákonem č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů. Zároveň v praxi docházelo k faktickému obcházení těchto překážek pomocí spekulativních změn právní formy podnikání osob, u nichž trvala některá z překážek dle tohoto ustanovení.

5. Dosavadní znění ZZS dále stanoví některé povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, jejichž vymezení se v praxi ukazuje jako nedostatečně přesné, případně se jedná o povinnosti, které nepředstavují praktický přínos pro poskytování zdravotních služeb a pro pacienty a jsou tak pouze administrativní zátěží pro povinné poskytovatele. Obdobně dosavadní znění ZZS stanoví některé podmínky pro řízení ve věcech oprávnění k poskytování zdravotních služeb a ve věcech povolení k poskytování preventivní péče mimo zdravotnická zařízení, která se v praxi ukázala jako problematická.

6. Oprávnění k externímu 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. V praxi se ukázalo několik nedostatků právní úpravy tohoto procesu, a to zejména v tom ohledu, že Ministerstvo zdravotnictví (dále také jen „ministerstvo“ nebo „MZ“) nemá nástroj pro odebrání oprávnění externímu hodnotiteli, který hodnocení soustavně neprovádí. Neaktivita externího hodnotitele snižuje jeho kvalitu a kredibilitu, resp. kvalitu jeho hodnocení. V praxi také dochází či může docházet ke střetu zájmů, což může nepříznivě ovlivnit průběh a výsledek procesu externího hodnocení.

7. Ministerstvo zdravotnictví je správním orgánem příslušným k řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče podle § 112 zákona o zdravotních službách; dosavadní právní úprava tohoto řízení se ovšem s ohledem na řadu výkladových nejasností v praxi ukázala jako nevyhovující, proto se jeví jako žádoucí komplexní novelizace této úpravy.

8. Ministerstvo zdravotnictví zavedlo screeningové programy, které představují důležitou součást systému preventivní péče o pacienty. Cílem screeningu je zvýšit včasnost záchytu závažných onemocnění, a tím snížit úmrtnost na tato onemocnění v České republice a snížit celkové náklady na jejich léčbu. Provedení screeningových vyšetření vyžaduje nejen odpovídající věcné, technické a personální zabezpečení, ale také odbornou erudici, vzájemné předávání zkušeností, sledování indikátorů kvality, implementaci nových poznatků a metod, sběr dat a jejich průběžné vyhodnocování apod. Aby bylo možno těchto cílů dosáhnout, je třeba, aby screeningová vyšetření byla prováděna na pracovištích, kde může MZ garantovat kvalitu poskytované zdravotní péče a která splňují kritéria pro jednotlivé screeningové programy. Za tím účelem byla zákonem č. 371/2021 Sb. s účinností od 1. ledna 2022 do ZZS zavedena právní úprava screeningových programů a postupu pro udělování statutu screeningového pracoviště. Z praktické aplikace této úpravy nicméně vyvstaly některé nejasnosti a problémy, které brání efektivnímu provádění screeningů.

9. Zákonem č. 371/2021 Sb. došlo zároveň k úpravě pacientských organizací v zákoně o zdravotních službách. V České republice je celá řada pacientských organizací, které lze charakterizovat jako uskupení, jež si kladou za cíl zastupovat zájmy pacientů, které spojuje konkrétní onemocnění a jsou nuceni každodenně řešit řadu rozmanitých problémů. Tyto organizace mají zájem uplatňovat svůj vliv a zúčastňovat se aktivně procesů, které se jich dotýkají, např. tvorba legislativních norem, metodických opatření, spolupráce s poskytovateli atd. Dosavadní právní úprava § 113f zákona o zdravotních službách stanovila, že žadatel o zápis do seznamu pacientských organizací měl povinnost k žádosti předložit účetní závěrku. Obdobně měl žadatel povinnost tuto účetní závěrku pravidelně uveřejňovat na svých internetových stránkách. Výše uvedené povinnosti stanovené zákonem o zdravotních službách ovšem nekorespondovaly se zákonem o účetnictví, jehož předmětem je právě rozsah a způsob vedení účetnictví, požadavky na jeho průkaznost, rozsah a způsob zveřejňování informací z účetnictví a podmínky předávání účetních záznamů pro potřeby státu. Zákon o účetnictví stanoví, že některé účetní jednotky, mezi které patří i nezanedbatelná část subjektů naplňujících vymezení pacientských organizací dle § 113f odst. 1 zákona o zdravotních službách, mohou vést pouze jednoduché účetnictví; v takovém případě tyto účetní jednotky nesestavují účetní závěrku, nýbrž tuto účetní závěrku mohou nahradit přehledem o majetku a závazcích a přehledem o příjmech a výdajích. Ustanovení § 113f tak ve svém důsledku nad rámec zákona o účetnictví stanovilo povinnost žadatelů o zápis do seznamu pacientských organizací sestavovat účetní závěrku, byť podle zákona o účetnictví lze v případě těchto žadatelů účetní závěrku nahradit přehledem o majetku a závazcích a přehledem o příjmech a výdajích.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Dosavadní znění ZZS legislativně vymezuje některá zdravotnická zařízení, v nichž jsou zdravotní služby v několika formách, oborech nebo druzích poskytovány ve vzájemné koordinaci, popřípadě ve vzájemné koordinaci s poskytováním sociálních služeb. Dle dosavadní právní úpravy se jedná o hospice, centra duševního zdraví (úprava center duševního zdraví byla s účinností od 1. ledna 2025 do ZZS vložena zákonem č. 371/2021 Sb.) a urgentní příjmy.

Na druhou stranu, systém v současnosti nedisponuje typem zdravotnického zařízení zaměřeného na poskytování komplexních zdravotních služeb dětem s dlouhodobým zdravotním problémem, které nemohou být dočasně ve svém vlastním sociálním prostředí. Taková péče musí mít s ohledem na potřebu zajištění řádného vývoje dítěte svá specifika.

Dále dosavadní úprava ZZS zároveň nepočítá s výslovným oprávněním pro poskytování zdravotních služeb v těchto zařízeních, což fakticky znemožňuje kontrolu vymáhání požadavků na jejich věcné a technické vybavení a personální zabezpečení zdravotních služeb poskytovaných v těchto zdravotnických zařízeních.

Dále se ukázaly některé praktické nejasnosti dosavadní úpravy hospiců, v nichž není jednoznačně stanoven rozsah poskytované péče vymezený alespoň formou a druhy poskytované péče. Obdobné platí pro centra duševního zdraví, u kterých vyvstala potřeba jejich další kategorizace v návaznosti na to, pro jaký profil pacientů jsou tato centra určena. Právní úprava urgentních příjmů nad to působí řadu výkladových nejasností a ukazuje se jako nevyhovující.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Stěžejní součástí ZZS je katalog práv pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Práva pacientů jsou v ZZS vymezena mnohem šířeji a konkrétněji než v minulých právních předpisech regulujících tuto problematiku. Pacient je při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků s právem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, a to na základě řádně sdělené informace a poučení o poskytovaných zdravotních službách poskytovatelem nebo osobou jím k tomu určenou. Práva pacientů jsou řešena zejména v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“) a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU.

Přes výše uvedený posun, který s přijetím ZZS v této oblasti nastal, se problematika práv pacientů dále vyvíjí a v praxi se postupně ukázaly jednotlivé problematické aspekty, na které v některých případech upozorňuje i Veřejný ochránce práv (například případy poskytování zdravotních služeb osobám omezeným na svobodě).

Zároveň katalog práv pacientů stanovený dosavadním zněním ZZS nedostatečně reaguje na situace, kdy je pacientem osoba, jež vykazuje známky domácího nebo sexuálního násilí. Profesionálové ve zdravotnictví jsou přitom často těmi, kdo mohou domácí násilí jako jedni z prvních rozeznat a informovat oběť o relevantní pomoci a podpoře. oběti domácího násilí mohou jako následek pociťovat nedůvěru vůči třetím osobám, v daném případě ošetřujícím zdravotnickým pracovníkům. Tato nedůvěra bude pramenit zpravidla, byť nikoli bezvýjimečně, ze skutečnosti, že ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem bude osoba opačného pohlaví. Nepodaří-li se zdravotnickému pracovníkovi navázat s pacientem, jenž je osobou vykazující znaky domácího nebo sexuálního násilí, vztah vzájemné důvěry, měl mít takový pacient právo požadovat, aby mu zdravotní služby poskytl jiný k tomu způsobilý zdravotnický pracovník, umožňují-li to personální možnosti poskytovatele.

**D. Poskytování duchovní péče ve zdravotnictví**

Pacient má dle ZZS 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 v souladu s vnitřním řádem zdravotnického zařízení a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav.

Nicméně k efektivní realizaci tohoto práva pacienta chybí institucionální ukotvení duchovní péče v těchto zdravotnických zařízeních. Minimálně poskytovatelé lůžkové péče by měli mít povinnost s ohledem na možnost dlouhodobé hospitalizace pacienta aktivně vytvářet podmínky pro duchovní péči poskytovanou nemocničními kaplany.

V právní úpravě zároveň absentuje vymezení podmínek pro výkon funkce nemocničního kaplana stran jeho vzdělání a pověření ze strany registrovaných církví nebo náboženských společností.

* 1. **Popis existujícího právního stavu v dané oblasti**

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Pohotovostní služby

Pohotovostní služby jsou dle dosavadní právní úpravy vymezeny v § 110 odst. 2 zákona o zdravotních službách; 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.

Za organizaci a zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby v oboru zubní lékařství odpovídá kraj [§ 110 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách]. Jedná se o nesystémovou a neúčelnou výjimku z pravidla stanoveného v § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti, přičemž tuto povinnost zdravotní pojišťovna plní prostřednictvím sítě svých smluvních poskytovatelů.

Praxe zároveň 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.

Výkony estetické medicíny

Dosavadní znění ZZS výkony estetické medicíny, tedy výkony, které jsou pacientovi prováděny na jeho žádost, jejichž účelem je dosažení změny, obnovení nebo zlepšení jeho vzhledu, tedy bez léčebného účelu, mezi zdravotní služby nezahrnuje. Vymezení zdravotních služeb je upraveno v § 2 ZZS.

Následná lůžková péče

Následná lůžková péče je upravena v § 9 odst. 2 písm. c) ZZS jako péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí. Stávající definice předpokládá příjem pacientů do následné lůžkové péče především po akutní lůžkové péči. Hospitalizace pacientů z domácího prostředí na žádost praktických nebo odborných lékařů není mnohdy realizována, neboť pacienti z domácího prostředí neodpovídají definici „stabilizace zdravotního stavu a zvládnutí náhlé nemoci“. Následná lůžková péče je určena pacientům s funkčním potenciálem ke zlepšení jejich zdravotního stavu, a tudíž návratu do vlastního sociálního prostředí, kteří potřebují celodenní lékařskou a ošetřovatelskou či léčebně rehabilitační péči.

Překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Zákon o zdravotních službách v § 17 vymezuje překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Písm. a) citovaného ustanovení nereflektuje trestní a přestupkovou odpovědnost právnických osob. Ustanovení v dosavadním znění zároveň dostatečně nereaguje na možnosti spekulativní změny právní formy podnikání – z fyzické osoby na osobu právnickou a naopak a z původní právnické osoby na jinou právnickou osobu.

Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb

Úprava povinností poskytovatelů zdravotních služeb prostupuje celým ZZS. Mezi zřetele hodné problematické povinnosti lze uvést povinnost oznámení všech změn údajů uvedených v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 21 odst. 1 ZZS, a to zejména s ohledem na údaje, jejichž evidence v oprávněních je zcela nadbytečná (například údaj o statutárním orgánu poskytovatele – právnické osoby).

Dále ZZS stanoví v § 45 odst. 1 písm. h) povinnost poskytovatele zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí je vyžadován písemný souhlas. Písemná forma souhlasu je vyžadována pouze stanoví-li tak zákon a pak je dále na rozhodnutí poskytovatele, zda si písemný souhlas vyžádá či nikoli. Tato povinnost tak představuje pouze nadbytečnou administrativní zátěž pro poskytovatele.

Ustanovení § 93 odst. 4 stanoví poskytovateli lůžkové nebo jednodenní péče povinnost vypracovat postup pro vyřizování stížností a tento postup a informaci o možnosti podat stížnost uveřejnit ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě a na svých internetových stránkách. Jedná se v zásadě o povinnost zveřejnění postupu vyřizování stížností upraveného v ZZS bez zřejmého přínosu pro pacienta.

Na druhé straně právní úprava nepočítá s pověřením konkrétní osoby u poskytovatelů jednodenní a lůžkové péče k vyřizování stížností tak, aby se pacient mohl se svou stížností přímo obrátit na konkrétní fyzickou osobu. Častokrát tak dochází k tomu, že pacient v rámci vyřizování své stížnosti neví, kdo je pověřen vyřízením jeho věci, a na koho se může v případě své stížnosti proti poskytovateli dále obracet.

ZZS dále upravuje povinnost poskytovatelů vést evidenci použití omezovacích prostředků (§ 39 odst. 4) a evidenci o stížností a o způsobu jejich vyřízení [§ 93 odst. 3 písm. c)], nestanoví ovšem formální náležitosti těchto stížností, což vyvolává aplikační problémy v praxi plynoucí z rozdílného přístupu poskytovatelů ke splnění těchto povinností.

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je dle ZZS prováděn v režimu interního a externího hodnocení. Povinnost poskytovatele zdravotních služeb zavést interní hodnocení bezpečí a kvality poskytovaných zdravotních služeb je stanovena v § 47 odst. 3 písm. b). Minimální rozsah interního hodnocení je stanoven věstníkem MZ č. 16/2015. Ve Věstníku MZ č. 16/2015 je dále zveřejněn Metodický návod Ministerstva zdravotnictví pro sebehodnocení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Navazující systém externího hodnocení podle § 98 až 106 ZZS je pak značně rozšířeným procesem hodnocení kvality a bezpečí, které provádějí pouze osoby k tomu oprávněné MZ. ZZS stanovuje oprávněné osobě povinnost při hodnocení postupovat nestranně a dodržovat hodnotící standardy kvality a bezpečí a pravidla procesu hodnocení kvality a bezpečí. Minimální hodnotící standardy a ukazatele kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, způsob jejich tvorby a sledování stanoví vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. V citované prováděcí vyhlášce jsou v současné době upraveny podmínky hodnocení kvality a bezpečí pouze pro lůžkovou zdravotní péči.

Řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče

Řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče je upraveno v § 112 zákona o zdravotních službách; správním orgánem příslušným k vedení tohoto řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Ze stávající úpravy není přitom zřejmé, v jakém režimu dle správního řádu toto řízení probíhá, ani nejsou jednoznačně stanoveny hranice pro Ministerstvo zdravotnictví pro vymezení podmínek k udělení statusu.

Screeningové programy

Screeningové programy jsou upraveny v § 113c až § 113e ZZS. V právní úpravě absentuje výslovné zákonné vymezení screeningu. Dosavadní právní úprava stanoví, že na screeningu se mohou podílet pouze poskytovatelé, kterým byl udělen statut screeningového pracoviště (§ 113c odst. 1). Právní úprava nestanoví kompetenci Ministerstva zdravotnictví ke stanovení podmínek pro poskytovatele zapojené do screeningu a pro zdravotní pojišťovny k adresnému zvaní jejich pojištěnců k účasti na screeningu. Není ani výslovně stanoveno, že při provádění screeningu je poskytovatel povinen dodržovat podmínky stanovené pro jeho provádění, které ministerstvo zveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Za porušení těchto podmínek není stanovena žádná sankce (například odejmutí statutu screeningového pracoviště).

Pacientské organizace

Pacientské organizace jsou vymezeny v § 113f ZZS. Pacientskou organizací se rozumí zapsaný spolek, jehož hlavní činnost spočívá v pomoci pacientům a ochraně jejich práv a zájmů a jehož členy jsou zpravidla osoby s určitým onemocněním nebo zdravotním postižením, jejich osoby blízké nebo jejich zástupci podle občanského zákoníku, přičemž tyto osoby mají rozhodující vliv na jeho řízení. Pacientskou organizací se rozumí též spolek, jehož členy jsou spolky, které splňují podmínky podle věty první a které volí členy jeho statutárního orgánu, a za podmínek stanovených v § 113f odst. 7 i ústav či obecně prospěšná společnost.

Ministerstvo zapíše pacientskou organizaci do seznamu pacientských organizací do 30 dnů ode dne obdržení její žádosti podle odstavce 4, pouze jestliže zveřejňuje na svých internetových stránkách svou účetní závěrku a zdroje financování [§ 113 odst. 3 písm. c)]. Výše uvedené povinnosti stanovené zákonem o zdravotních službách ovšem nekorespondují se zákonem o účetnictví. Zákon o účetnictví stanoví, že některé účetní jednotky, mezi které patří i nezanedbatelná část subjektů naplňujících vymezení pacientských organizací dle § 113f odst. 1 zákona o zdravotních službách, mohou vést pouze jednoduché účetnictví; v takovém případě tyto účetní jednotky nesestavují účetní závěrku, nýbrž tuto účetní závěrku mohou nahradit přehledem o majetku a závazcích a přehledem o příjmech a výdajích. Ustanovení § 113f tak ve svém důsledku nad rámec zákona o účetnictví stanovilo povinnost žadatelů o zápis do seznamu pacientských organizací sestavovat účetní závěrku, byť podle zákona o účetnictví lze v případě těchto žadatelů účetní závěrku nahradit přehledem o majetku a závazcích a přehledem o příjmech a výdajích.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Ustanovení § 44a ZZS nesprávně vymezuje hospic jakožto poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Uvedené vymezení není zcela přesné, jelikož hospicem se má v praxi na mysli zdravotnické zařízení, nikoli poskytovatel. Z legálního vymezení hospice dála není zcela zřejmé, jaký rozsah péče by měl být v rámci tohoto zdravotnického zařízení poskytován.

Ustanovení § 44b až § 44e s účinností od 1. ledna 2025 legislativně vymezují centra duševního zdraví. V těchto centrech je poskytována zdravotní péče pacientům s duševní poruchou nebo poruchou chování a osobám s prokazatelným rizikem rozvoje duševní poruchy nebo poruchy chování. Tato právní úprava nesprávně stanoví, že centra duševního zdraví mají poskytovat zdravotní služby formou jednodenní nebo lůžkové péče (§ 44c odst. 2). Zároveň v právní úpravě center duševního zdraví absentuje další kategorizace těchto center v návaznosti na to, pro jaký profil pacientů jsou tato centra určena. Ustanovení § 44c odst. 3, vymezující rozsah poskytované péče podle oborů, v nichž je péče poskytována, působí zásadní interpretační problémy. Ustanovení § 44d stanoví, že centrem duševního zdraví může být pouze poskytovatel, který je držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb nejméně v oborech uvedených v § 44c odst. 3 a zároveň je držitelem registrace k poskytování sociálních služeb centra duševního zdraví podle zákona o sociálních službách. Uvedené řešení se neukázalo jako vhodné, v souladu s požadavky odborné veřejnosti by mělo být umožněno, aby centrem duševního zdraví mohl být i poskytovatel zdravotních služeb, který bude sociální služby centra duševního zdraví zajišťovat prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb, který je držitelem této registrace.

Urgentní příjem je vymezen v § 113b ZZS jako specializované pracoviště s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu nebo zhoršením průběhu onemocnění. Uvedené vymezení ovšem není zcela vyhovující, jelikož na pracovištích urgentního příjmu není poskytována zejména akutní lůžková péče, tak jak ji zákon o zdravotních službách vymezuje (srov. § 9 odst. 1 ve spojení s § 3 odst. 4 zákona o zdravotních službách). K samotné hospitalizaci pacienta dochází až na odděleních akutní lůžkové péče navazujících na urgentní příjem, pobyt pacienta na lůžku na urgentním příjmu by měl trvat pouze po nezbytnou dobu. Urgentní příjem může dle dosavadní právní úpravy zřídit poskytovatel akutní lůžkové péče se statutem centra vysoce specializované traumatologické péče, nebo se statutem centra vysoce specializované péče v jiném oboru péče, a to jako urgentní příjem typu I. Urgentní příjem může dále zřídit poskytovatel akutní lůžkové péče, který nemá statut centra vysoce specializované péče, ale poskytuje zdravotní péči alespoň v oborech interní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a anesteziologie a resuscitace, a dále má zajištěn nepřetržitý provoz v oboru klinická biochemie a radiologie a zobrazovací metody, a to jako urgentní příjem typu II. Rovněž toto vymezení typologie urgentního příjmu se v praxi ukázalo jako problematické pro zajištění koherentní sítě těchto pracovišť v České republice.

Úprava center komplexní péče o děti zaměřených na poskytování komplexních zdravotních služeb dětem s dlouhodobým zdravotním problémem, které nemohou být dočasně ve svém vlastním sociálním prostředí, v dosavadní právní úpravě ZZS zcela chybí.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Práva pacientů v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb jsou vymezena zejména v časti čtvrté hlavě první ZZS. Práva pacientů jsou v ZZS vymezena mnohem šířeji a konkrétněji než v minulých právních předpisech regulujících tuto problematiku. Pacient je při poskytování zdravotních služeb rovnocenným partnerem poskytovatele a zdravotnických pracovníků s právem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, a to na základě řádně sdělené informace a poučení o poskytovaných zdravotních službách poskytovatelem nebo osobou jím k tomu určenou. Práva pacientů jsou řešena zejména v souladu s principy Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále jen „Úmluva“) a dalšími principy zohledňovanými ve státech EU.

Přes výše uvedený posun, který s přijetím ZZS v této oblasti nastal, se problematika práv pacientů dále vyvíjí a v praxi se postupně ukázaly jednotlivé problematické aspekty, na které v některých případech upozorňuje i Veřejný ochránce práv (například případy poskytování zdravotních služeb osobám omezeným na svobodě).

ZZS se nedostatečně zabývá právy pacientů vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí, dále Veřejný ochránce práv dlouhodobě upozorňuje na nedostatky v právech pacientů, jež jsou osobami omezenými na svobodě. Práva těchto osob jsou v současnosti formulována jako povinnosti poskytovatelů zajistit, aby zdravotní služby byly osobám ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence poskytovány za přítomnosti příslušníka Vězeňské služby, a to pouze na dohled, mimo jeho doslech, s výjimkou případů ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka nebo majetku, kdy je příslušník oprávněn být přítomen výkonu zdravotní služby též na doslech [§ 46 odst. 1 písm. g)].

Zároveň Veřejný ochránce práv dlouhodobě upozorňuje, že v dosavadní právní úpravě chybí povinnost poskytovatele zdravotních služeb 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.

**D. Poskytování duchovní péče ve zdravotnictví**

Pacient má dle § 28 odst. 3 písm. j) ZZS právo přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu (dále jen „duchovní péče“) od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti (dále jen „duchovní“) v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odepřít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak.

Nicméně k efektivní realizaci tohoto práva pacienta chybí institucionální ukotvení duchovní péče v těchto zdravotnických zařízeních. Minimálně poskytovatelé lůžkové péče by měli mít povinnost, s ohledem na možnost dlouhodobé hospitalizace pacienta, aktivně vytvářet podmínky pro duchovní péči poskytovanou nemocničními kaplany.

V právní úpravě zároveň absentuje vymezení podmínek pro výkon funkce nemocničního kaplana stran jeho vzdělání a pověření ze strany registrovaných církví nebo náboženských společností.

* 1. **Identifikace dotčených subjektů:**

Byly identifikovány subjekty, na které bude mít novela dopad, přičemž podrobná specifikace dotčených subjektů je v kapitole 3. Vyhodnocení nákladů a přínosů:

* Ministerstvo zdravotnictví,
* poskytovatelé zdravotních služeb,
* neziskové organizace, pacientské organizace,
* pacienti,
* klienti pobytových sociálních služeb, jejich rodiny a blízké osoby,
* Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárnická komora,
* kraje a krajské úřady,
* Ministerstvo práce a sociálních věcí
* zdravotní pojišťovny,
* osoby oprávněné k provádění hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb,
* církve a náboženské společnosti.

Zároveň nelze vyloučit nepřímý dopad návrhu na další dotčené subjekty (Ústav zdravotnických informací a statistiky, Česká správa sociálního zabezpečení apod.).

* 1. **Popis cílového stavu:**

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Pohotovostní služby

Cílem je systémově přesunout odpovědnost za zajištění adekvátní sítě pohotovostních služeb z krajů na zdravotní pojišťovny a zároveň stanovit páteřní síť lékařské a lékárenské pohotovostní služby (sítě lékáren v nepřetržitém provozu) v návaznosti na síť urgentních příjmů.

Výkony estetické medicíny

Cílem navrhované úpravy je zakotvení výkonů estetické medicíny mezi zdravotní služby. Není přitom pochyb, že estetické výkony na žádost bez léčebného účinku je nutné provádět v režimu zákona o zdravotních službách, tzn. zejména způsobilými zdravotnickými pracovníky ve zdravotnickém zařízení v mezích rozsahu uděleného oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Doplněním definice zdravotní péče tak dojde k nápravě nejasností v oblasti estetických výkonů.

Následná lůžková péče

Dalším dílčím cílem novelizace ZZS je zajištění následné lůžkové péče pro všechny potřebné pacienty. Cílovým stavem zamýšlené úpravy je především to, aby pacienti z domácího prostředí mohli být přijímáni přímo do zařízení následné lůžkové péče, zejména pak léčebně rehabilitační péče, aniž by jim bezprostředně předtím musela být poskytována lůžková péče intenzivní nebo standardní. Jde o situace, kdy je potřebné zajistit dokončení léčby pacienta po akutní fázi onemocnění či léčbu zhoršení zdravotního stavu u chronické nemoci. Je nutné rovněž reagovat na skutečnost, kdy pacienti jsou z akutní lůžkové péče propouštěni do následné lůžkové péče s indikací dodatečných nebo kontrolních vyšetření, která jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu a léčebnému postupu nezbytná. V neposlední řadě je třeba zajistit možnost hospitalizace pacienta přímo z domácího prostředí do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče, což značně zkrátí dobu pobytu pacientů ve zdravotnických zařízeních. Smyslem je dosáhnout stavu, aby pacienti nebyli nuceni nadbytečně absolvovat pobyt na standardním akutním lůžku a byli dále přímo přeloženi do následné lůžkové péče, čímž by též mělo dojít k eliminaci hospitalizačních případů ze sociálních důvodů.

Překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Cílem je v § 17 písm. a) reflektovat existenci trestní a přestupkové odpovědnosti právnických osob a další zamezení popisovaných spekulativních změn právní formy podnikání osob, u nichž trvá překážka udělení oprávnění podle citovaného ustanovení.

Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb

Cílem úpravy povinností poskytovatelů zdravotních služeb je odstranění nadbytečné administrativní zátěže poskytovatelů a potažmo správních orgánů vypuštěním povinností, jež mají ryze formální charakter a pro pacienta a kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb nemají žádný nebo zcela zanedbatelný význam.

Dalším cílem této úpravy je upřesnění stávajících a stanovení nových, adekvátnějších povinností poskytovatelů směřujících ke sjednocení stávající praxe a zlepšení postavení pacienta v systému poskytování zdravotních služeb. Tyto nové povinnosti nebudou reálně pro praxi představovat výraznou dodatečnou zátěž, jelikož vycházejí ze zavedené dobré praxe.

Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb

Dalším dílčím cílem je řešení zjištěných nedostatků plynoucích z aplikační praxe právní úpravy procesu externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Návrh má za cíl zejména přiznat Ministerstvu zdravotnictví kompetenci pro odebrání oprávnění externímu hodnotiteli, který hodnocení soustavně neprovádí. Neaktivita externího hodnotitele snižuje jeho kvalitu a kredibilitu, resp. kvalitu jeho hodnocení. Návrh má za cíl také lépe ošetřit případy střetu zájmů, který může nepříznivě ovlivnit průběh a výsledek procesu externího hodnocení.

Řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče

Cílem je odstranit výkladové nejasnosti dosavadní právní úpravy a tím posílit roli Ministerstva zdravotnictví jakožto správního orgánu příslušného k vedení řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče.

Screeningové programy

Cílem návrhu je stanovit kompetence Ministerstva zdravotnictví k určení podmínek pro poskytovatele zapojené do screeningu a pro zdravotní pojišťovny k adresnému zvaní jejich pojištěnců. Dosavadní úprava tyto kompetence Ministerstva zdravotnictví výslovně nereflektovala, což vedlo k výkladovým nejasnostem.

Cílem návrhu je také stanovit, že poskytovatel musí mít pro účast na screeningu udělený status pouze pokud tak stanoví screeningový program. Dosavadní právní úprava předpokládala účast pouze poskytovatelů, kterým byl udělen status screeningového pracoviště, aplikační praxe screeningů nicméně ukázala, že v některých případech není udělení statusu nezbytné a je spíše na překážku náležitého provedení screeningu. Je tomu tak zejména v případě zajištění účasti malých poskytovatelů ambulantní péče.

V neposlední řadě je cílem návrhu rozšířit kompetence Ministerstva zdravotnictví v případě, že poskytovatel podílející se na screeningu poruší podmínky stanovené pro provádění screeningu.

Pacientské organizace

Cílem návrhu je právní úpravu pacientských organizací ZZS upravit v souladu s předpisy o účetnictví v tom smyslu, že pokud tyto předpisy po konkrétních účetních jednotkách nevyžadují sestavování účetní závěrky, nebude tyto účetní závěrky po těchto účetních jednotkách jako podmínku jejich zápisu do seznamu pacientských organizací požadovat ani ZZS. Tato změna povede k dalšímu rozvoji pacientských organizací, odstranění nadbytečné administrativní zátěže a v důsledku i k lepší ochraně práv pacientů.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Cílem návrhu je upravit dosavadní zákonné vymezení hospiců, center duševního zdraví a urgentních příjmů tak, aby byly odstraněny interpretační nejasnosti dosavadní právní úpravy a aby byl jednoznačně stanoven rozsah poskytovaných zdravotních služeb v těchto zdravotnických zařízeních a podmínky, za jakých lze tato zdravotnická zařízení zřídit.

Dalším dílčím cílem je do ZZS zavést úpravu center komplexní péče o děti zaměřených na poskytování komplexních zdravotních služeb dětem s dlouhodobým zdravotním problémem, které nemohou být dočasně ve svém vlastním sociálním prostředí. Současně však jde o zařízení se sociálním přesahem. Nově zřízené centrum má sloužit ke komplexní podpoře rodin s dětmi se závažným somatickým zdravotním postižením nebo závažným somatickým chronickým onemocněním, a nemá nic společného s ústavní výchovou. Posláním zařízení je zajištění takové komplexní péče, aby byly vytvořeny co nejvhodnější podmínky pro dlouhodobé setrvání dítěte s vážným zdravotním omezením v jeho biologické (nebo náhradní) rodině. Hlavním principem center komplexní péče je poskytování komplexní nabídky služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných služeb dítěti a jeho rodině.

Základním cílem zařízení je poskytovat komplexní zdravotní péči, proto poskytuje kombinaci domácí, stacionární a lůžkové péče, včetně lůžkové respitní péče. Dlouhodobou lůžkovou péči, včetně respitní péče, a péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta poskytuje vždy s důrazem na podporu psychomotorického a socio-emočního vývoje nezletilého pacienta. Cílem péče je také zamezit vzniku psychických deprivací a zajistit odpovídající rozvoj dovedností nezletilého pacienta v souladu s jeho vývojovými potřebami, zvláštní důraz klade na rozvíjení jeho komunikačních schopností. Smyslem péče je navrácení nezletilého pacienta do vlastního sociálního prostředí.

Centrum komplexní péče o děti poskytuje péči nezletilým pacientům, kteří mají závažné zdravotní postižení nebo závažné chronické onemocnění se somatickými projevy. Jde především o děti se vzácnými onemocněními, vážným nebo kombinovaným zdravotním postižením a vážným nestabilním zdravotním stavem.

Zařízení není určeno pro péči o děti, které mají duševní onemocnění, mentální postižení nebo smyslové postižení bez somatických projevů, protože péče o tyto děti vyžaduje jiné personální standardy a technické vybavení. Tyto děti ve většině případů nevyžadují velký objem zdravotní péče, jejich podporu jsou tak plně schopné zajistit terénní, ambulantní a pobytové sociální služby. Tyto děti proto nejsou cílovou skupinou nově navrhovaného zařízení.

Důležitým aspektem funkčnosti center je jejich financování. Přestože jde primárně o zdravotní péči, v rámci které je zapotřebí zdravotní personál, v centru bude třeba zajistit pro děti také péči 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. 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).

V neposlední řadě je cílem návrhu upravit kompetence příslušných správních orgánů k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve výše uvedených zdravotnických zařízeních a jednoznačně stanovit podmínky pro to, aby žadateli mohlo být takové oprávnění uděleno.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Cílem návrhu je reagovat zejména na nedostatečnou úpravu práv pacientů vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí a pacientů, jež jsou osobami omezenými na svobodě.

Dosavadní právní úprava by měla být doplněna o povinnost poskytovatele zdravotních služeb 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.

Dále by mělo být výslovně stanoveno, že v případě poskytování zdravotních služeb osobám omezeným na svobodě může být právo tohoto pacienta na důvěrnost a respektování soukromí a právo odmítnout přítomnost třetích osob omezeno, pouze pokud je to nezbytné kvůli důvodným obavám z útěku nebo o bezpečnost osob zúčastněných na poskytování zdravotní služby nebo pacienta a hrozbu nelze odvrátit jinak.

Zároveň by mělo být stanoveno právo pacienta, jenž vykazuje znaky domácího nebo sexuálního násilí, žádat o změnu ošetřujícího zdravotnického pracovníka, umožňují-li to aktuální personální možnosti poskytovatele, nebude-li tím ohroženo zdraví nebo život pacienta a nenaruší-li tato změna poskytování zdravotních služeb. Takový pacient by měl mít právo rovněž na poskytnutí základních informací o dostupné sociální, psychologické a právní pomoci.

**D. Poskytování duchovní péče ve zdravotnictví**

Cílem návrhu je institucionální ukotvení duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Poskytovatelé lůžkové péče budou mít povinnost, s ohledem na možnost dlouhodobé hospitalizace pacienta, aktivně vytvářet podmínky pro duchovní péči poskytovanou nemocničními kaplany.

Zároveň je cílem návrhu vymezit podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana stran jeho vzdělání a pověření ze strany registrovaných církví nebo náboženských společností.

Úprava povede k umožnění lepší realizace práva pacienta přijímat duchovní péči při poskytování zdravotních služeb.

* 1. **Zhodnocení rizika:**

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Pokud by nebyly přijaty změny, které jsou obsahem návrhu zákona, nebyly by odstraněny aplikační problémy, které vyplynuly z dosavadní praxe. Tyto problémy byly identifikovány v souvislosti se sběrem podnětů k novelizaci ZZS a také v souvislosti s vlastní metodickou činností MZ. Tato situace by nadále představovala zátěž pro systém a pro jeho aktéry, kterými jsou zejména poskytovatelé, pacienti a správní orgány. Hlavním rizikem tedy je, že nebudou odstraněny aplikační problémy, které byly identifikovány v praxi.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Pokud by nebyly přijaty změny, které jsou obsahem tohoto návrhu, nedošlo by k odstranění výkladových a aplikačních problémů popsaných výše. V tomto ohledu se jedná o poskytování zdravotních služeb v hospicích, centrech duševního zdraví a na urgentních příjmech.

V případě nepřijetí úpravy center komplexní péče o děti by hlavním rizikem bylo, že dětem s dlouhodobým závažným zdravotním problémem nebude zajištěna péče na potřebné úrovni, zohledňující specifika dětského pacienta.

Zásadním rizikem nepřijetí navrhované právní úpravy je pokračující nejasnost ohledně udělování oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve výše uvedených zdravotnických zařízeních a s tím související znemožnění efektivní kontroly plnění požadavků na poskytování zdravotních služeb v těchto zařízeních, zejména stran náležitého věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Riziko neprovedení změn v předkládaném návrhu spočívá zejména v zachování současného nevyhovujícího právního stavu, kdy jsou nedostatečně chráněna práva pacientů, jež jsou oběťmi domácího nebo sexuálního násilí a pacientů omezených na svobodě v rozsahu, ve kterém na nedostatečnou ochranu těchto práv upozorňuje Veřejný ochránce práv.

**D. Duchovní péče ve zdravotnictví**

Pokud by nebyly zohledněny změny, které jsou obsahem návrhu zákona, zůstal by přetrvávající nevyhovující právní stav, kdy právo pacienta na přijímání duchovní péče při poskytování zdravotních služeb a jeho výkon není efektivně podpořeno institucionálním zakotvením duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.

1. **Návrh variant řešení**

I. Varianty legislativního řešení

a) Novelizace stávajících právních předpisů

b) Nový zákon

Pro všechny oblasti A až E byla zvolena varianta novelizace stávajících právních předpisů. Byť se jedná o větší množství změn, vesměs jde o dílčí úpravy, které zásadně nezasahují do systematiky ani stávajících principů platných právních předpisů v oblasti zdravotnictví. Beze změn zůstává i většina základních institutů klíčové normy v dané oblasti právní úpravy, tj. zákona o zdravotních službách. Vytvoření zcela nového zákona tak není na místě, a to zejména z hlediska zachování principu právní jistoty.

II. Varianty věcného řešení

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

*Nulová varianta*

Tato varianta představuje neprovedení změn v níže uvedených oblastech, které si vyžádala dosavadní aplikační praxe.

*Varianta 1*

Do návrhu novely zákona jsou zapracovány požadované změny, které představují konsensuální řešení vzniklých problémů. To platí i pro zavedení nových prvků do systému zdravotních služeb.

V následujících oblastech, které vycházejí z aplikačních obtíží stávající právní úpravy, je navrhována jedna varianta možného řešení, která vychází z odborného posouzení dané situace a jejího vyhodnocení, jež nenabízí více realizovatelných variant.

**Pohotovostní služby**

Odpovědnost za zajištění pohotovostních služeb se systémově přesouvá z krajů na zdravotní pojišťovny, zároveň se stanoví páteřní síť lékařské pohotovostní služby a lékáren v nepřetržitém provozu v návaznosti na síť urgentního příjmu. Vytvoření páteřní sítě pohotovostních služeb v oboru zubní lékařství bylo za dané situace vyhodnoceno jako neúčelné, v případě této služby se plně uplatní kompetence zdravotních pojišťoven.

**Výkony estetické medicíny**

Za účelem zakotvení výkonů estetické medicíny mezi zdravotní služby se vymezení zdravotních služeb rozšiřuje o zdravotní výkony, jejichž účelem je na žádost pacienta dosažení změny, obnovení nebo zlepšení jeho vzhledu a k jejichž provedení jsou způsobilí pouze zdravotničtí pracovníci.

**Následná lůžková péče**

Dochází ke změně definice této subformy lůžkové péče, tak aby bylo umožněno realizovat dokončení léčby pacienta po akutní fázi onemocnění či léčbu zhoršení zdravotního stavu u chronické nemoci. Úprava reaguje na skutečnost, kdy pacienti jsou z akutní lůžkové péče propouštěni do následné lůžkové péče s indikací dodatečných nebo kontrolních vyšetření, která jsou vzhledem ke zdravotnímu stavu a léčebnému postupu nezbytná. Zároveň se umožní hospitalizace pacienta přímo z domácího prostředí do zdravotnických zařízení následné lůžkové péče, což značně zkrátí dobu pobytu pacientů ve zdravotnických zařízeních.

**Překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

V § 17 písm. a) zákona o zdravotních službách reflektována existence trestní a přestupkové odpovědnosti právnických osob a dále dojde k zamezení popisovaných spekulativních změn právní formy podnikání osob, u nichž trvá překážka udělení oprávnění podle citovaného ustanovení.

**Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb**

Za účelem odstranění nadbytečné administrativní zátěže poskytovatelů a potažmo správních orgánů se vypouštějí některé povinnosti, jež mají ryze formální charakter a pro pacienta a kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb nemají žádný nebo zcela zanedbatelný význam.

Zejména se vypouští povinnost poskytovatele zdravotních služeb – právnické osoby oznamovat správnímu orgánu, který mu udělil oprávnění, změny ve složení statutárního orgánu. Tato změna se provádí v souvislosti s vypuštěním tohoto údaje z rozhodnutí o udělení oprávnění.

Dále se vypouští povinnosti poskytovatele zpracovat seznam zdravotních služeb, k jejichž poskytnutí je vyžadován písemný souhlas.

Dále se vypouští povinnost poskytovatelů lůžkové nebo jednodenní péče vypracovat postup pro vyřizování stížností a tento postup a informaci o možnosti podat stížnost uveřejnit ve zdravotnickém zařízení na veřejně přístupném místě a na svých internetových stránkách. Na druhé straně se stanoví povinnost pověření konkrétní osoby u poskytovatelů jednodenní a lůžkové péče k vyřizování stížností tak, aby se pacient mohl se svou stížností přímo obrátit na konkrétní fyzickou osobu.

Dále se stanoví základní obsahové náležitosti evidence použití omezovacích prostředků (§ 39 odst. 4) a evidence o stížností a o způsobu jejich vyřízení [§ 93 odst. 3 písm. c)].

Dále dochází k upřesnění stávajících a stanovení nových, adekvátnějších povinností poskytovatelů směřujících ke sjednocení stávající praxe a zlepšení postavení pacienta v systému poskytování zdravotních služeb. Tyto nové povinnosti nebudou reálně pro praxi představovat výraznou dodatečnou zátěž, jelikož vycházejí ze zavedené dobré praxe.

**Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**

Za účelem řešení zjištěných nedostatků plynoucích z aplikační praxe právní úpravy procesu externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb je Ministerstvu zdravotnictví stanovena kompetence pro odebrání oprávnění externímu hodnotiteli, který hodnocení soustavně neprovádí. Dále dochází k rozšíření výčtu případů střetu zájmů, který může nepříznivě ovlivnit průběh a výsledek procesu externího hodnocení.

**Řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče**

Dojde k odstranění výkladových nejasnosti dosavadní právní úpravy a tím dojde k posílení role Ministerstva zdravotnictví jakožto správního orgánu k příslušného k vedení řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče.

**Screeningové programy**

Dochází ke stanovení kompetence Ministerstva zdravotnictví k určení podmínek pro poskytovatele zapojené do screeningu a pro zdravotní pojišťovny k adresnému zvaní jejich pojištěnců.

Dále se stanoví, že poskytovatel musí mít pro účast na screeningu udělený status pouze pokud tak stanoví screeningový program.

Nově se také stanoví sankční kompetence Ministerstva zdravotnictví v případě, že poskytovatel podílející se na screeningu poruší podmínky stanovené pro provádění screeningu.

**Pacientské organizace**

Právní úprava pacientských organizací se upravuje v souladu s předpisy o účetnictví v tom smyslu, že pokud tyto předpisy po konkrétních účetních jednotkách nevyžadují sestavování účetní závěrky, nebude tyto účetní závěrky po těchto účetních jednotkách jako podmínku jejich zápisu do seznamu pacientských organizací požadovat ani ZZS.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

*Nulová varianta*

Ponechání stávající úpravy hospiců, center duševního zdraví a urgentních příjmů a upuštění od záměru právního ukotvení center komplexní péče o děti.

*Varianta 1*

Upravuje se dosavadní zákonné vymezení hospiců, center duševního zdraví a urgentních příjmů tak, aby byly odstraněny interpretační nejasnosti dosavadní právní úpravy a aby byl jednoznačně stanoven rozsah poskytovaných zdravotních služeb v těchto zdravotnických zařízeních a podmínky, za jakých lze tato zdravotnická zařízení zřídit.

Zavádí se úprava center komplexní péče o děti zaměřených na poskytování komplexních zdravotních služeb dětem s dlouhodobým zdravotním problémem, které nemohou být dočasně ve svém vlastním sociálním prostředí. Tato péče musí odpovídat potřebám dítěte tak, aby byl zajištěn jeho vývoj a výchova. Za tím účelem je též třeba nastavit požadavky na adekvátní personální zabezpečení takové péče, především dětskými sestrami.

Počítá se s vícezdrojovým financováním, a to nadále z příspěvků zřizovatele, ze systému veřejného zdravotního pojištění, ze sociálního systému v případě registrace sociálních služeb. Centrum komplexní péče pro děti může poskytovat dětem a osobám, do jejichž péče je dítě svěřeno, i další navazující služby podle jiných právních předpisů.

Centrum komplexní péče o děti by dále mělo dočasně poskytovat respitní péči dětem, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování zdravotní péče dlouhodobě a ta je jim standardně poskytována poskytovatelem domácí péče v domácím prostředí, nicméně osoba blízká, která se o dítě celodenně stará, potřebuje načerpat nové psychické a fyzické síly, potřebné pro další péči o dítě.

V roce 2021 pobíralo celkem 32 tisíc dětí příspěvek na péči. Přibližně 34 % jsou děti ve III. a IV. stupni závislosti, což jsou potenciální pacienti centra komplexní péče o děti, pokud se u nich projevují somatické potíže. Jak velká část z těchto dětí má somatické projevy nelze přesně zjistit. Nicméně lze konstatovat, že je v České republice maximálně 11 tisíc nezletilých pacientů, kteří mohou péči zařízení využívat. Část těchto dětí trpí duševními onemocněními nebo mentálním postižením, tyto děti nepotřebují zdravotní respitní péči (ve smyslu návrhu center komplexní péče o děti). Péče center komplexní péče o děti je určena dětem s vážným chronickým onemocněním nebo vážným zdravotním postižením, které mají somatické projevy. Proto je pracováno s odhadem maximální kapacity pro 10 tisíc dětí. Cílová maximální potřebnost lůžek zdravotní respitní péče v rámci celé republiky je odhadována na 384 lůžek při čerpání 14 dní za kalendářní rok.

Ačkoliv dochází k faktickému rozšíření spektra poskytovaných zdravotních služeb, v dlouhodobém horizontu lze důvodně očekávat spíše snížení těchto nákladů z důvodu jejich lepšího účelového určení a racionalizace nákladů na poskytnuté zdravotní služby.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

*Nulová varianta*

Ponechání stávající úpravy včetně nedostatků, na které upozorňuje Veřejný ochránce práv.

*Varianta 1*

Zavádí se změny reagující zejména na nedostatečnou úpravu práv pacientů vykazujících znaky domácího nebo sexuálního násilí a pacientů, jež jsou osobami omezenými na svobodě.

Dosavadní právní úprava je rozšířena o povinnost poskytovatele zdravotních služeb 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.

Dále bude nově upraveno poskytování zdravotních služeb osobám omezeným na svobodě; v těchto případech může být právo tohoto pacienta na důvěrnost a respektování soukromí a právo odmítnout přítomnost třetích osob omezeno, pouze pokud je to nezbytné kvůli důvodným obavám z útěku nebo o bezpečnost osob zúčastněných na poskytování zdravotní služby nebo pacienta a hrozbu nelze odvrátit jinak.

Dále bude stanoveno právo pacienta, jenž vykazuje znaky domácího nebo sexuálního násilí, žádat o změnu ošetřujícího zdravotnického pracovníka, umožňují-li to aktuální personální možnosti poskytovatele, nebude-li tím ohroženo zdraví nebo život pacienta a nenaruší-li tato změna poskytování zdravotních služeb. Takový pacient by měl mít právo rovněž na poskytnutí základních informací o dostupné sociální, psychologické a právní pomoci.

**D. Duchovní péče ve zdravotnictví**

*Nulová varianta*

Ponechání stávající úpravy poskytování duchovní péče v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb beze změny.

*Varianta 1*

Dojde k institucionálnímu ukotvení duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Poskytovatelé lůžkové péče budou mít povinnost, s ohledem na možnost dlouhodobé hospitalizace pacienta, aktivně vytvářet podmínky pro duchovní péči poskytovanou nemocničními kaplany.

Zároveň se vymezí podmínky pro výkon funkce nemocničního kaplana stran jeho vzdělání a pověření ze strany registrovaných církví nebo náboženských společností.

1. **Vyhodnocení nákladů a přínosů**

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

*Nulová varianta*

Nebyly identifikovány žádné náklady ani přínosy, nedochází ovšem k eliminaci ani ke snížení rizik popsaných v bodě 1.6. písm. A.

*Varianta 1*

**Pohotovostní služby**

* **Náklady:**
	+ zásadní nárůstnákladů lze očekávat na straně zdravotních pojišťoven, tento nárůst by ovšem měl být kompenzován na straně krajů, případně se dá očekávat i zvýšení efektivity vynakládání finančních prostředků,
	+ nárůst nákladů lze v souvislosti s novými povinnostmi očekávat i na straně poskytovatelů zřizujících urgentní příjem.
* **Přínosy:** zásadní přínos se očekává pro pacienty s ohledem na garanci páteřní sítě pohotovostních služeb a zvýšení jejich dostupnosti a stability.

**Výkony estetické medicíny**

* **Náklady:** nejsou identifikovány žádné náklady pro dotčené subjekty.
* **Přínosy:** dochází k posílení právního postavení zejména poskytovatelů zdravotních služeb a pacientů při poskytování výkonů estetické medicíny**.**

**Následná lůžková péče**

* **Náklady:** nebyly identifikovány nově vzniklé náklady pro dotčené subjekty;
* **Přínosy:**
	+ úprava je přínosem pro pacienta v podobě zlepšení a zejména zrychlení průchodu pacienta systémem následné péče, lepší zajištění dostupnosti této péče;
	+ očekává se rovněž nepřímý pozitivní dopad na poskytovatele akutní péče v podobě snížení počtu hospitalizací vynucených současnou nutností pacienta před umístěním do následné péče hospitalizovat.

**Překážky udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

* **Náklady:** nemělo by docházet k nárůstu nákladů na žádné dotčené subjekty.
* **Přínosy:** zásadním přínosem je posílení vymahatelnosti práva a uplatnění zákonem stanovených překážek udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

**Povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb**

* **Náklady:** nebyly identifikovány žádné zásadní náklady pro dotčené subjekty;
	+ lze ovšem předpokládat mírné zvýšení nákladů na straně poskytovatelů zdravotních služeb, a to zejména v souvislosti s ustavením konkrétní osoby pověřené vyřizováním stížností podle části osmé ZZS; přesnou výši těchto nákladů nelze určit, nepředpokládá se ovšem žádná dodatečná zátěž pro tyto subjekty, jelikož již v současnosti se musí těmito stížnostmi zabývat a za tím účelem pověřit konkrétní fyzickou osobu jejich vyřízením.
* **Přínosy:**
	+ přínosy se s ohledem na odstranění nadbytečné administrativní zátěže očekávají na straně jak poskytovatelů, tak i správních orgánů.
	+ dále se přínosy očekávají na straně pacientů, a to zejména s ohledem na ochranu a rozšíření jejich práv souvisejících s poskytováním zdravotních služeb.

**Externí hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb**

* **Náklady:** nejsou identifikovány žádné zásadní náklady pro dotčené subjekty.
* **Přínosy:** očekává se posílení postavení externího hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb a zefektivnění fungování tohoto institutu; konečným beneficientem provedených změn bude pacient.

**Řízení o udělení statusu centra vysoce specializované péče**

* **Náklady:** nemělo by docházet k nárůstu nákladů na žádné dotčené subjekty.
* **Přínosy:** zásadním přínosem je posílení odstranění výkladových nejasností, zvýšení právní jistoty účastníků řízení a posílení postavení Ministerstva zdravotnictví coby správního orgánu příslušného k jeho vedení.

**Screeningové programy**

* **Náklady:** nejsou identifikovány žádné zásadní náklady pro dotčené subjekty.
* **Přínosy:** očekává se zefektivnění screeningů a odbourání části administrativní zátěže pro poskytovatele a pro Ministerstvo zdravotnictví; konečným beneficientem provedených změn bude pacient.

**Pacientské organizace**

* **Náklady:** nejsou identifikovány žádné zásadní náklady pro dotčené subjekty.
* **Přínosy:** očekává se snížení administrativní zátěže pro pacientské organizace a s tím související umožnění rozvoje jejich činnosti; konečným beneficientem provedených změn bude pacient.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

*Nulová varianta*

Nebyly identifikovány žádné náklady ani přínosy, nedochází ovšem k eliminaci ani ke snížení rizik popsaných v bodě 1.6. písm. B.

*Varianta 1*

* **Náklady:**
	+ náklady lze očekávat na straně správních orgánů příslušných k vedení řízení ve věci oprávnění k poskytování zdravotních služeb, kterým přibyde nový okruh řízení ve věci nových zdravotnických zařízení; jedná se nicméně o mírné rozšíření již dosavadní a fungující praxe těchto správních orgánů, které je nezbytné za účelem efektivní kontroly poskytovatelů zdravotních služeb stran dodržování podmínek stanovených ZZS.
	+ nárůst nákladů se očekává na straně plátců péče (zdravotních pojišťoven), jelikož dochází k faktickému rozšíření spektra poskytovaných zdravotních služeb; nicméně v dlouhodobém horizontu lze důvodně očekávat spíše snížení těchto nákladů z důvodu jejich lepšího účelového určení a racionalizace nákladů na poskytnuté zdravotní služby.
* **Přínosy:**
	+ přínosy se očekávají na straně poskytovatelů stran upevnění jejich právního postavení a snížení administrativních nákladů, jelikož pro udělení oprávnění k poskytování komplexu zdravotních služeb v hospicích, centrech duševního zdraví, centrech komplexní péče o děti a na urgentním příjmu jim postačí jednotné oprávnění.
	+ zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně pacientů, jimž bude určena komplexní péče v těchto zdravotnických zařízeních.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

*Nulová varianta*

Nebyly identifikovány žádné náklady ani přínosy, nedochází ovšem k eliminaci ani ke snížení rizik popsaných v bodě 1.6. písm. D.

*Varianta 1*

* **Náklady:** nejsou očekávány žádné zásadní náklady na straně dotčených subjektů.
* **Přínosy:** zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně dotčených skupin pacientů, jejichž práva související s poskytováním zdravotních služeb se výrazně posílí.

**D. Duchovní péče ve zdravotnictví**

*Nulová varianta*

Nebyly identifikovány žádné náklady ani přínosy, nedochází ovšem k eliminaci ani ke snížení rizik popsaných v bodě 1.6. písm. E.

*Varianta 1*

* **Náklady:** mírné zvýšení nákladů se očekává na straně poskytovatelů lůžkové péče, kterým vzniká povinnost aktivně se podílet na zajištění duchovní péče ve zdravotnictví.
* **Přínosy:** zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně pacientů, jejichž právo na přijímání duchovní péče při poskytování zdravotních služeb se výrazně posílí.

**4. Stanovení pořadí variant věcného řešení a výběr nejvhodnějšího řešení**

U všech oblastí byla zvolena **varianta 1.**

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Pro všechny výše uvedené oblasti, ve kterých se navrhují věcné změny, byla při posouzení přínosů a nákladů vyhodnocena jako lepší varianta 1. Přínosy navrhované varianty 1 jsou ve všech případech převážně kvalitativní a bude možné je vyhodnotit až po jejich zavedení do praxe. Navrhované řešení vychází především z dosavadní praxe a problémů vzniklých při aplikaci ZZS. Neočekává se zásadní pozitivní ani negativní dopad na:

* veřejné rozpočty,
* mezinárodní konkurenceschopnost České republiky,
* specifické sociální skupiny obyvatel a jejich práva,
* rodiny,
* životní prostředí,
* rovnost mužů a žen,
* výkon státní statistické služby,
* korupční rizika,
* bezpečnost nebo obranu státu.

Jelikož pacient vystupuje vůči poskytovatelům zdravotních služeb v pozici **spotřebitele**, očekává se zásadně pozitivní dopad s ohledem na posílení jeho postavení při poskytování zdravotních služeb.

Pozitivní dopad se očekává i na **podnikatelské prostředí** a **územní samosprávné celky,** jelikož v důsledku provedených změn odpadá poskytovatelům zdravotních služeb jakožto podnikatelům a příslušným správním orgánům (zejména krajským úřadům a Magistrátu hlavního města Prahy) nadbytečná administrativní zátěž plynoucí z dosavadní právní úpravy, upevňuje se jejich právní postavení a bude jim umožněn další rozvoj poskytovaných zdravotních služeb.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Jako jediná možná se jeví **varianta 1**, která vychází z dosavadní aplikační praxe a odborných požadavků na poskytování zdravotních služeb. Při zvolení této varianty budou do systému zdravotních služeb fakticky i legislativně zavedeny nové prvky v podobě center komplexní péče o děti.

Neočekává se zásadní pozitivní ani negativní dopad na:

* mezinárodní konkurenceschopnost České republiky,
* rozvoj území ani na územní samosprávné celky,
* životní prostředí,
* rovnost mužů a žen,
* výkon státní statistické služby,
* korupční rizika,
* bezpečnost nebo obranu státu.

Očekává se dopad na **veřejné rozpočty** s ohledem na nárůst nákladů na straně plátců péče (zdravotních pojišťoven), jelikož dochází k faktickému rozšíření spektra poskytovaných zdravotních služeb; nicméně v dlouhodobém horizontu lze důvodně očekávat spíše snížení těchto nákladů z důvodu jejich lepšího účelového určení a racionalizace nákladů na poskytnuté zdravotní služby.

Pozitivní dopad se očekává na **ochranu dětí a jejich práv a dále na rodiny,** a to zejména s ohledem na zakotvení center komplexní péče o děti, jejichž cílem je poskytnutí adekvátní péče nezletilým pacientům a jejich brzké navrácení do rodinného prostředí.

Pozitivní dopad se očekává na **podnikatelské prostředí** na straně poskytovatelů zdravotních služeb stran upevnění jejich právního postavení a snížení administrativních nákladů, jelikož pro udělení oprávnění k poskytování komplexu zdravotních služeb v hospicích, centrech duševního zdraví, centrech komplexní péče o děti a na urgentním příjmu jim postačí jednotné oprávnění.

Zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně pacientů jakožto **spotřebitelů**, jimž bude určena komplexní péče v těchto zdravotnických zařízeních.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Jako nejvhodnější byla zvolena **varianta 1.**

Neočekává se zásadní pozitivní ani negativní dopad na:

* státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty,
* mezinárodní konkurenceschopnost České republiky,
* podnikatelské prostředí,
* rozvoj území ani na územní samosprávné celky,
* rodiny,
* životní prostředí,
* rovnost mužů a žen,
* výkon státní statistické služby,
* korupční rizika,
* bezpečnost nebo obranu státu.

Očekává se pouze pozitivní dopad na vybrané skupiny pacientů jakožto **spotřebitele** a rovněž jakožto **specifickou sociální skupinu obyvatel,** jejichž práva související s poskytováním zdravotních služeb se výrazně posílí.

**D. Duchovní péče ve zdravotnictví**

Jako vhodnější byla zvolena **varianta 1.**

Neočekává se zásadní pozitivní ani negativní dopad na:

* státní rozpočet a ostatní veřejné rozpočty,
* mezinárodní konkurenceschopnost České republiky,
* rozvoj území ani na územní samosprávné celky,
* rodiny,
* životní prostředí,
* rovnost mužů a žen,
* výkon státní statistické služby,
* korupční rizika,
* bezpečnost nebo obranu státu.

Zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně pacientůjakožto **spotřebitelů** a rovněž jakožto **specifickou sociální skupinu obyvatel**, jejichž právo na přijímání duchovní péče při poskytování zdravotních služeb se výrazně posílí.

Mírný negativní dopad se očekává na **podnikatelské prostředí,** jelikož poskytovatelům zdravotních služeb vyvstává s jejich poskytováním nová povinnost aktivně se podílet na zajišťování duchovní péče ve zdravotnických zařízeních lůžkové zdravotní péče. Nicméně míra dopadu na poskytovatele je přiměřená s ohledem na přínos pro pacienty.

**5. Implementace doporučené varianty a vynucování**

Orgánem odpovědným za implementaci doporučené varianty řešení pro všechny oblasti je MZ, odpovědnost dalších subjektů je rozepsána v jednotlivě uvedených oblastech níže.

**A. Aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Za navrhované změny je zodpovědné MZ a dále správní orgány, které vykonávají činnosti podle tohoto zákona v přenesené působnosti, tj. zejména kraje a jejich krajské úřady.

Dalšími zodpovědnými subjekty jsou poskytovatelé zdravotních služeb, kterým zákon upravuje jejich povinnosti podle ZZS, za něž jsou také stanoveny odpovídající sankce.

Vzhledem k tomu, že mezi změnami vyvolanými dosavadní aplikační praxí je i zavádění nových prvků do systému zdravotních služeb, bude potřeba, aby MZ zavedení těchto nových prvků podpořilo metodickou činností – jedná se např. o některé nové povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb, screeningové programy apod.

**B. Hospice, centra duševního zdraví, centra komplexní péče o děti, urgentní příjmy**

Za navrhované změny je zodpovědné MZ a dále správní orgány, které vykonávají činnosti podle tohoto zákona v přenesené působnosti, tj. zejména kraje a jejich krajské úřady.

Dalšími zodpovědnými subjekty jsou poskytovatelé zdravotních služeb, kterým zákon upravuje jejich podmínky poskytování zdravotních služeb v těchto zdravotnických zařízeních podle ZZS.

**C. Práva pacientů při poskytování zdravotních služeb**

Tato úprava upravuje povinnosti poskytovatelům zdravotních služeb.

Za navrhované změny je zodpovědné MZ a dále správní orgány, které vykonávají činnosti podle tohoto zákona v přenesené působnosti, tj. zejména kraje a jejich krajské úřady.

**D. Poskytování duchovní péče ve zdravotnictví**

Tato úprava stanoví povinnosti poskytovatelům zdravotních služeb.

Za navrhované změny je zodpovědné MZ a dále správní orgány, které vykonávají činnosti podle tohoto zákona v přenesené působnosti, tj. zejména kraje a jejich krajské úřady.

**6. Přezkum účinnosti regulace**

Návrh novely vychází z přezkumu účinnosti úpravy stávající, jež v praxi přinesla některé aplikační problémy a nejasnosti. V případě přijetí novely ZZS bude i nadále sledováno uplatňování nově upravených pravidel v praxi. Cílem navrhovaného řešení problémů v podobě novely zákona na základě vyhodnocení aplikační praxe je důsledná úprava všech nejasných ustanovení a doplnění mechanismů, které poskytování zdravotních služeb zefektivní a zajistí maximální možné omezení počtu dalších novel.

Účinnost nové právní úpravy bude průběžně zkoumána, aby bylo možné získat relevantní výsledky a komplexně zhodnotit, jaké má právní úprava konkrétní dopady. Přezkum účinnosti bude provádět Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci se správními orgány, které vykonávají činnosti podle tohoto zákona v přenesené působnosti, poskytovateli, pacientskými organizacemi a dalšími dotčenými subjekty.

MZ vyhodnotí relevantní údaje, kterými jsou zejména poznatky poskytovatelů, poznatky krajských úřadů, získané v rámci jejich kontrolní činnosti. Dalším zdrojem informací budou informace od zdravotních pojišťoven a pacientů.

**7. Konzultace a zdroje dat**

Při přípravě novely zákona probíhaly za účelem dosažení co nejvhodnějšího řešení předmětného problému konzultace se zástupci věcně příslušných odborných společností České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně**,** dále pak se zástupci krajů a jejich krajských úřadů, zástupci profesních komor a poskytovatelů zdravotních služeb. Podle podnětů a připomínek byly vyhodnoceny jednotlivé varianty a zvolena příslušná legislativní řešení.

Oblast center duševního zdraví byla upravena na základě poznatků z reformy psychiatrické péče, která je jednou z priorit Ministerstva zdravotnictví. Ve spolupráci mezi rezorty (především MZ a MPSV), se zdravotními pojišťovnami, s kraji a obcemi aktuálně probíhá hluboká reforma péče o duševní zdraví. V rámci celého souboru aktivit kraje a obce mapují aktuálně dostupné služby a spolu s poskytovateli vypracovávají a realizují plány komplexní sítě sociálních, sociálně-zdravotních a zdravotních služeb pro své residenty s duševním onemocněním. V měřítku EU se jedná o unikátní pilotní projekt. Navrhovaná úprava center duševního zdraví je jedním z nejvýznamnějších výstupů tohoto projektu a zároveň jeho důležitou součástí.

Oblast center komplexní péče o děti byla připravena na základě konzultací se zástupci poskytovatelů zdravotních služeb dětem, zástupců příslušných společností a spolků lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, zástupci neziskového sektoru zabývajícími se danou problematikou a zástupci krajských úřadů.

Oblast práv pacientů reaguje na podněty Veřejného ochránce práv ve věci poskytování zdravotních služeb osobám omezeným na svobodě, dále byla úprava připravována se zástupci neziskového sektoru zabývajícími se právy obětí domácího a sexuálního násilí.

Oblast poskytování duchovní péče ve zdravotnictví byla zpracována ve spolupráci a na podnět zástupců České biskupské konference a Ekumenické rady církví.

**8. Kontakt na zpracovatele RIA**

Mgr. Bc. Miroslav Kršiak

Ministerstvo zdravotnictví, odbor zdravotní péče

Tel: +420 224 972 205, e-mail: miroslav.krsiak@mzcr.cz