**IV.**

Důvodová zpráva

**I. Obecná část**

1. Zhodnocení platného právního stavu, včetně zhodnocení současného stavu ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen

V České republice jsou v současné době sociální a zdravotní služby poskytovány a financovány na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Existují tak oddělené systémy poskytování zdravotních a sociálních služeb, které jsou současně i odděleně financovány.

Zatímco sociální služby jsou koncipovány jako péče zajišťující podporu soběstačnosti a předcházející sociálnímu vyloučení, tzn. dopomoc se zvládáním základních životních potřeb a další služby podporující sociální začleňování, zdravotní služby jsou koncipovány výhradně jako péče o zdravotní stav, tzn. předcházení, odhalování a léčba nemocí a jiných poruch zdravotního stavu. V systému péče o osoby s komplexními potřebami tak chybí provázanost uvedených služeb, jejímž výstupem by byla jejich celistvá podpora.

Níže jsou definovány 3 obecné oblasti specifikované dále do konkrétních problematik, které jsou řešeny v rámci navrhované právní úpravy.

**1.1 Obecné aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Z aplikace stávající právní úpravy vyplývá celá řada problémů. Návrh vychází z dosavadní aplikační praxe a týká se poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, plátců veřejného zdravotního pojištění, klientů/pacientů sociálních a zdravotních služeb, a správních orgánů. Níže jsou blíže popsány aplikační problémy dosavadní právní úpravy:

**1.1.1 Oddělený rámec poskytování pobytových/lůžkových sociálních a zdravotních služeb osobám s komplexními potřebami**

Samostatný legislativní a organizační rámec pro sociální a zdravotní služby a oddělené financování obou služeb přináší v praxi určité problémy zejména tam, kde se oba systémy setkávají u jednoho uživatele. Pro uživatele služby může být v praxi komplikované zajistit si z obou systémů současně přesně takovou kombinaci služeb, která odpovídá jeho potřebám.

Tento problém nastává u všech forem poskytování péče, tzn. u formy ambulantní, terénní (tedy domácí, ve vlastním sociálním prostředí) i pobytové (lůžkové). U všech těchto forem je nezbytné zlepšit koordinaci poskytování sociálních služeb
s poskytováním zdravotních služeb. U ambulantní a terénní formy služeb v současné době již nastavení spolupráce mezi oběma rovinami péče v rámci některých poskytovatelů existuje nebo vzniká, neboť současné legislativní nástroje takové nastavení a realizaci kooperace umožňují. Je tak nezbytné se v rámci systémové podpory orientovat hlavně na vytváření podmínek pro dostupnost tak, aby mohly být tyto služby potřebným osobám poskytovány v co největším rozsahu. V mnoha situacích navíc poskytovatelé zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí saturují zajištění zdravotní péče v rámci pobytových (lůžkových) služeb, neboť tyto služby nedisponují potřebným personálním zajištěním. Zde však narážíme na reálné možnosti poskytovatelů „domácí péče“. V rámci dosavadní praxe výše zmíněných služeb předkladatelé dospěli k závěru, že v tuto chvíli jsou nutná zejména opatření na exekutivní úrovni, nikoliv na úrovni legislativní.

Naopak u pobytové (lůžkové) formy služeb je legislativní úprava žádoucí. Zákon o sociálních službách ani zákon o zdravotních službách totiž v současnosti nenabízejí uspokojivé řešení pro uživatele služeb, kteří potřebují zdravotní péči v míře vyžadující hospitalizaci, ale současně je významně snížena jejich soběstačnost a existuje ohrožení sociálním vyloučením, a kteří tedy potřebují i větší objem sociálních služeb v pobytové formě. Ve vybraných pobytových sociálních službách je v současnosti systémově počítáno se zajišťováním rozsahu zdravotní péče, který nepřesahuje potřebu zdravotní péče při domácím ošetřování. U osob s výraznou potřebou komplexní podpory v sociální i zdravotní oblasti však rozsah poskytovaných zdravotních služeb nemusí odpovídat jejich skutečným potřebám hlavně v rovině zdravotní. Mezi sociální služby, jejichž součástí je poskytování zdravotních služeb s rozsahem péče odpovídajícím ošetřování ve vlastním sociálním prostředí tak, jak je tomu u vybraných pobytových zařízení sociálních služeb, nepatří v současné době odlehčovací služby v pobytové formě, centra denních služeb a denní stacionáře, čímž je přístup uživatelů těchto služeb ke zdravotním službám výrazně omezen.

U poskytovatelů dlouhodobé lůžkové péče schopných poskytovat nepřetržitou zdravotní péči zase není dostatečně zajištěna zejména nadstavbová složka sociální komponenty, tzn. není zde systémově zajištěna dostupná a garantovaná nabídka všech nezbytných sociálních služeb nad rámec zcela základní pomoci se zvládáním základních životních potřeb.

**1.1.2 Výjimky při poskytování sociálních a zdravotních služeb**

Existuje několik výjimek z běžných pravidel pro fungování sociálních či zdravotních služeb v situacích, kdy poskytovatelé sociálních služeb poskytují zdravotní služby nebo kdy poskytovatelé zdravotních služeb poskytují sociální služby. Tyto výjimky byly v minulosti zavedeny za účelem administrativního zjednodušení poskytování služeb napříč systémy, a jedná se o:

1. poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb bez povinnosti být držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb,
2. poskytování pobytové sociální služby poskytovateli zdravotních služeb, kteří nejsou držiteli registrace k poskytování sociálních služeb a neposkytují pacientům plný rozsah sociálních služeb dle jejich potřeb,
3. tzv. kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům pobytových sociálních služeb poskytujícím ošetřovatelskou péči.

Předkladatelé na základě vyhodnocení dosavadních zkušeností s těmito výjimkami dospěli k závěru, že tyto výjimky nabourávají některé základní principy fungování systému sociálních, resp. zdravotních služeb, a že jejich úprava a podřazení všech sociálních i zdravotních služeb stejným pravidlům nezávisle na tom, kdo tyto služby poskytuje, umožní plně využít regulačních mechanismů, které zmíněné principy v obou systémech zajišťují.

**1.1.3 Lůžkové hospitalizace u pacientů, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci**

Lůžkové hospitalizace u pacientů, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje poskytování zdravotních služeb v lůžkové formě neefektivně odčerpávají prostředky ze systému veřejného zdravotního pojištění. Navíc platí, že předmětní pacienti ve skutečnosti potřebují spíše vhodnou kombinaci ambulantní či domácí zdravotní služby s odpovídající plnohodnotnou sociální službou, a dlouhodobá lůžková péče proto plně nevyhovuje jejich skutečným potřebám.

**1.2 Specifické aplikační obtíže stávající právní úpravy**

Níže uvádíme bližší specifikaci jednotlivých oblastí služeb, jejichž poskytování
je v současné době zatíženo nedostatečným systémovým nebo kontrolním řešením:

**1.2.1 Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb bez povinnosti být držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

Zákon o zdravotních službách vychází ze zásady, že zdravotní služby mohou poskytovat pouze oprávnění poskytovatelé, tj. držitelé oprávnění k poskytování zdravotních služeb (srov. § 2 odst. 1), přičemž pouze v rozsahu uvedeném v tomto oprávnění (srov. § 11 odst. 1); výjimky z této zásady jsou stanoveny v ustanovení § 11 odst. 2 zákona o zdravotních službách, které stanoví taxativní výčet případů, kdy lze poskytovat zdravotní služby i bez oprávnění.

Mezi uvedené výjimky se řadí i poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách [srov. § 11 odst. 2 písm. b)], tedy propojení sociální a zdravotní péče, kdy oprávněným poskytovatelům sociálních služeb bylo umožněno, aby svým klientům zajišťovali zdravotní péči prostřednictvím svých zaměstnanců, aniž by byli zároveň poskytovateli zdravotních služeb. V případě, že poskytovatel sociálních služeb neměl adekvátní personál pro zajišťování zdravotních služeb v režimu § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách, mohl zdravotní služby svým klientům zajišťovat rovněž prostřednictvím smluvního poskytovatele domácí zdravotní péče.

Takto zvolené řešení ovšem v praxi působilo řadu aplikačních problémů. Zásadním nedostatkem dosavadní právní úpravy je fakt, že poskytovatelé sociálních služeb poskytující zdravotní služby v souladu s § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách nejsou dle podmínek tohoto zákona zároveň poskytovatelé zdravotních služeb, v důsledku čehož se na ně neuplatňují požadavky na personální zabezpečení zdravotních služeb stanoveny vyhláškou č. 99/2012 Sb., o personálním zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů.

Poskytovatelům sociálních služeb poskytujícím zdravotní služby v režimu § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách byla tímto zákonem stanovena notifikační povinnost místně příslušnému krajskému úřadu a dále povinnost poskytovat zdravotní služby na náležité odborné úrovni, povinnost zachovávat mlčenlivost a povinnost vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů (srov. odst. 8). Na tyto poskytovatele se ovšem řada povinností stanovených zákonem o zdravotních službách pro poskytování zdravotních služeb neuplatňuje, aniž by pro to byl rozumný důvod.

Poskytovatelé sociálních služeb v režimu § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách tak nebyli například vázáni povinností:

* předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb potřebné informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi [§ 45 odst. 2 písm. g) zákona o zdravotních službách],
* zajistit, aby byli jejich klienti (pacienti) seznámeni se svými právy a povinnostmi při poskytování zdravotních služeb [§ 46 odst. 1 písm. a)],
* umožnit klientům (pacientům) výkon jejich práva vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele nebo zdravotnického pracovníka, než který jim poskytuje zdravotní služby [§ 28 odst. 3 písm. c); § 46 odst. 1 písm. d)],
* přijímat stížnosti klientů (pacientů) proti jejich postupu při poskytování zdravotních služeb (§ 93 odst., 1).

Zákon o zdravotních službách zároveň nestanoví poskytovatelům sociálních služeb ani sankce za porušení těch povinností, jejichž splnění jim výslovně ukládá; tyto sankce je možné uložit pouze subjektům se statusem poskytovatele zdravotních služeb (srov. například návětí § 117 zákona o zdravotních službách). Pokud je tedy porušení povinnosti mlčenlivosti poskytovatele zdravotních služeb (tj. držitelem oprávnění podle zákona o zdravotních službách) přestupkem [§ 117 odst. 3 písm. d)], porušení stejné povinnosti poskytovatelem sociálních služeb poskytujícím zdravotní služby v režimu § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách již přestupkem není, byť se jedná o typově stejně závažné protiprávní jednání.

Věcně příslušné krajské úřady jsou pověřeny výkonem kontroly poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní služby v režimu § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách [§ 107 odst. 1 písm. c)]. Z důvodu absence účinných nástrojů k řešení zjištěných nedostatků (viz výše) ovšem tyto správní orgány nejsou schopny tuto kontrolu efektivně vykonávat. Kontrolní činnost je tak v důsledku výše uvedeného zcela minimalizovaná.

V praxi se přitom jednoznačně ukázalo, že neexistuje žádný opodstatněný důvod pro zachování výjimky z povinnosti poskytovat zdravotní služby na základě oprávnění pro poskytovatele sociálních služeb uvedené v § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách. Naopak přetrvávající existence této výjimky ve svém důsledku znemožňuje kontrolu veřejné správy nad poskytováním zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb a ohrožuje kvalitu a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, čímž negativně působí na klienty dotčených poskytovatelů sociálních služeb.

**1.2.2 Zavedení sociálně zdravotní lůžkové péče jako kombinace pobytové sociální služby a lůžkové zdravotní péče**

Lůžková zdravotní péče je obecně určená pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování zdravotních služeb v rozsahu, který nelze zajistit poskytováním ambulantní péče nebo péče v jejich vlastním sociálním prostředí (§ 9 odst. 1 zákona o zdravotních službách). Jakmile zdravotní stav pacienta nadále nevyžaduje poskytování zdravotních služeb formou lůžkové péče, měl by být propuštěn ze zdravotnického zařízení lůžkové péče; pokud se takový pacient neobejde bez pomoci jiné fyzické osoby, může být propuštěn až po tom, co mu bude zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb.

V praxi však nastávají případy, kdy zdravotní stav pacienta nadále vyžaduje poskytování lůžkové zdravotní péče, nicméně pacientův stav zároveň vyžaduje i poskytování sociálních služeb.

Dosavadní právní úprava zákona o zdravotních službách ovšem s takovým typem lůžkové zdravotní péče, který by v sobě na odpovídající úrovni a v dostatečném rozsahu integroval i sociální služby, nepočítá. Uvedené se týká především dlouhodobé lůžkové péče, která je určená pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje. Absence poskytování dostatečného rozsahu sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče pacientům, jejichž stav větší objem sociální péče vyžaduje, má přitom negativní vliv na jejich celkový stav a v návaznosti i na soběstačnost a kvalitu jejich života. Velmi problematickou oblastí je i vzájemné sdílení informací v rámci poskytovaných sociálních a zdravotních služeb, neboť zde existují velmi pevné hranice nastavené pro mlčenlivost. Tento sytém prakticky nedovoluje koordinovaně hodnotit a individuálně plánovat procesy péče o osoby s komplexními potřebami jak v rovině sociální, tak zdravotní.

**1.2.3 Kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům pobytových sociálních služeb poskytujícím ošetřovatelskou zdravotní péči**

Zákon o veřejném zdravotním pojištění vychází ze zásady, že tvůrcem sítě zdravotních služeb, který nese zákonnou odpovědnost za zajištění zdravotních služeb svým pojištěncům, je zdravotní pojišťovna. Proto zákonná úprava vychází z principu,
že navzdory povinným výběrovým řízením v kraji nebo na Ministerstvu zdravotnictví, je konečné rozhodnutí o zařazení poskytovatele zdravotních služeb do smluvní sítě zdravotní pojišťovny na dané zdravotní pojišťovně.

Zdravotní pojišťovna vytváří své smluvní politiky a své smluvní sítě,
čímž prakticky řídí péči o své pojištěnce. Zdravotní pojišťovna prostřednictvím svých rozhodnutí při tvorbě smluvní sítě vyvíjí tlak na kvalitu a částečně i cenu (v rámci možností ponechaných úhradovou regulací, v praxi zejména prostřednictvím individuálních úhradových dodatků) zdravotních služeb, když je jí umožněno zajistit poskytování hrazených služeb prostřednictvím těch poskytovatelů, kteří nabízí nejlepší podmínky. Vzhledem k uvedené zodpovědnosti zdravotních pojišťoven dochází ke zlepšování fungování zdravotnictví z hlediska jeho uživatelů, tak i státu (nižší cena a vyšší efektivita vede k většímu objemu kvalitnější péče, kterou lze pojištěncům uhradit).

Tento systém současně zdravotním pojišťovnám dává možnost vzájemně si konkurovat dostupností a kvalitou nakupované péče a tím dávat pojištěncům v oblasti zdravotního pojištění na výběr z více alternativ.

Kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům pobytových sociálních služeb poskytujícím ošetřovatelskou péči, dle které jsou zdravotní pojišťovny podle § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění povinny s poskytovateli uzavřít tzv. zvláštní smlouvu, představuje výjimku z pravidla, že za zajištění péče pro pojištěnce je zodpovědná zdravotní pojišťovna. Zdravotním pojišťovnám se fakticky znemožňuje uplatňovat v oblasti ošetřovatelské péče poskytované klientům pobytových sociálních služeb dostatečný vliv na kvalitu této péče a další podmínky jejího poskytování a hradí péči bez významnějšího vlivu na podmínky jejího poskytování.

Zdravotním pojišťovnám prakticky chybí nástroj umožňující postihovat poskytovatele sociálních služeb, kteří opakovaně porušují své právní povinnosti vyplývající z poskytování a úhrady zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna sice může poskytovatele pobytových sociálních služeb kontrolovat, ale v případě opakujících se problémů, kdy nedochází k nápravě, nemá dostatečné nástroje k efektivnímu zajištění nápravy, přičemž navíc taková situace velmi zatěžuje již tak přetížené revizní úseky zdravotních pojišťoven.

Ambicí navrhované právní úpravy je tedy zavést mechanismus dočasného vyloučení aplikace kontraktační povinnosti v odůvodněných případech na základě porušování právních povinností poskytovatelem ošetřovatelské péče v zařízení pobytových sociálních služeb.

**1.2.4 Sociální hospitalizace u poskytovatelů dlouhodobé lůžkové péče**

Dalším problémem, který dlouhodobě zatěžuje systém veřejného zdravotního pojištění, je nadměrný výskyt tzv. sociálních hospitalizací u poskytovatelů zejména dlouhodobé lůžkové péče. Jedná se o situaci, kdy z různých důvodů, často z důvodu problémů se zajištěním potřebné navazující péče, setrvávají v dlouhodobé lůžkové péči v rozporu s existujícími pravidly pacienti, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje zdravotní hospitalizaci. Takové sociální hospitalizace odporují základnímu pravidlu poskytování lůžkové zdravotní péče, podle kterého je lůžková péče určena pacientům, jejichž zdravotní stav nelze řešit bez hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Předmětné sociální hospitalizace nejen významně neefektivním způsobem odčerpává prostředky veřejného zdravotního pojištění, neboť lůžková hospitalizace pojištěnce je výrazně dražší, než by bylo poskytování odpovídající kombinace zdravotní péče v ambulantní či domácí formě a sociálních služeb, ale současně pojištěnci nabízí nižší celkovou kvalitu naplnění jeho potřeb, jelikož v rámci lůžkové zdravotní hospitalizace je sociální složka péče nedostatečná.

Omezená kapacita revizních pracovníků zdravotních pojišťoven neumožňuje tyto sociální hospitalizace v dostatečné míře odhalovat prostřednictvím fyzických kontrol u poskytovatelů zdravotních služeb, jelikož takové kontroly jsou vysoce personálně zatěžující. Ze vzorků z provedených kontrol zdravotních pojišťoven přitom vyplývá, že předmětné sociální hospitalizace tvoří okolo 15 až 20 procent vykázaných ošetřovacích dnů dlouhodobé lůžkové péče.

**1.2.5 Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb**

Stávající ustanovení § 36 zákona o sociálních službách upravuje poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb (konkrétně v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem).

Zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je poskytována především všeobecnými sestrami, které provádějí výkony ošetřovatelské péče na základě indikace ošetřujícího lékaře (zpravidla registrujícího praktického lékaře), který indikuje konkrétní výkony ošetřovatelské péče s ohledem na zdravotní stav klienta a jeho aktuální zdravotní potřeby.

Jak bylo popsáno výše, poskytovatel má uzavřenu zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou a na základě ustanovení této smlouvy vykazuje podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami výkony všeobecné sestry, které byly u každého jednotlivého pacienta provedeny. Za takto vykázané výkony obdrží pobytové zařízení sociálních služeb platbu z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

V praxi se však ukazuje, že takto nastavený systém není vyhovující nejen pro zdravotní pojišťovny (viz předchozí pasáž ke kontraktační povinnosti zdravotních pojišťoven), ale ani pro některé poskytovatele sociálních služeb. Pobytová zařízení sociálních služeb v některých případech nedisponují dostatečným počtem zdravotnického personálu, mají problémy při zajištění lékaře, který by pro jejich klienty zdravotní péči indikoval, v některých případech poskytují zdravotní složku péče klientům dokonce bez řádné indikace lékařem (což odporuje stanoveným legislativním pravidlům). Značné problémy pak způsobuje fakt, že část zdravotní péče, která je klientům pobytových sociálních služeb poskytována, není zdravotním pojišťovnám z různých důvodů poskytovateli vůbec vykazována. Důvody jsou patrně různé a nejsou v tuto chvíli objektivně zmapované, nicméně podle tvrzení poskytovatelů mezi tyto důvody lze zařadit např. neochotu lékařů péči indikovat, ačkoliv pacient péči potřebuje, dopad revizní činnosti zdravotních pojišťoven, nedostatek zdravotnických pracovníků
či dlouhodobě nastavený systém dofinancovávání z jiných zdrojů. Nedostatečné vykazování poskytnuté zdravotní péče zdravotním pojišťovnám má kromě finančního aspektu významný dopad rovněž do oblasti zdravotnických dat a zpracování zdravotnických informací o celém tomto segmentu péče. Dostupná data jsou zavedenou praxí značně ovlivněná a zkreslená a neposkytují tedy dostatečně vypovídající pohled na skutečně poskytovanou péči a potřeby pacientů/klientů. To pak mimo jiné znesnadňuje i návazné systémové kroky v oblasti sociálních služeb a služeb reagujících na komplexní potřeby pacientů/klientů.

Poskytovateli, kteří zajišťují ošetřovatelskou zdravotní péči v pobytových sociálních službách, je uváděno, že úhrady ze strany zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči nepokrývají mzdové náklady na zdravotnický personál a zdravotní složka péče je systematicky dofinancovávána z jiných zdrojů (nejčastěji z příspěvku zřizovatele tak, aby odpovídal potřebám klientů/pacientů). V návaznosti na navrhované legislativní změny proto bude nutné se financováním této oblasti péče detailně exekutivně zabývat, zmapovat, jaká péče a za jakých podmínek je vlastně
u poskytovatelů pobytových sociálních služeb poskytována, zda je poskytována v souladu se stanovenými legislativními pravidly, jaká část této péče a z jakých důvodů není uhrazena z veřejného zdravotního pojištění, a v návaznosti na to hledat na exekutivní úrovni řešení, které bude odpovídat jak stanoveným legislativním podmínkám pro poskytování zdravotních a sociálních služeb, tak reálným možnostem financování v rámci veřejných rozpočtů.

Další z oblastí, kde je nutná právní úprava, je oblast zajištění zdravotní péče v sociálních službách poskytovaných dle zákona o sociálních službách, a to § 44 odlehčovací služby, § 45 centra denních služeb a § 46 denní stacionáře. V současné době je pro poskytovatele obtížné v rámci uvedených sociálních služeb zajistit naplňování potřeb svých klientů v oblasti ošetřovatelské péče.

Za současné právní úpravy nelze v sociálních službách podle § 44 až 46 zákona o sociálních službách ošetřovatelskou péči (např. podávání léků) klientům uvedeným způsobem zajišťovat, a dokonce ji nelze poskytovat ani prostřednictvím poskytovatele domácí zdravotní péče, jelikož se podle zákona o zdravotních službách nejedná o vlastní sociální prostředí, kde by domácí péči bylo možné poskytovat (viz § 4 odst. 3 a poznámku pod čarou č. 9 zákona o zdravotních službách). Klienty s potřebou ošetřovatelské péče tedy např. do odlehčovací služby podle stávající legislativní úpravy vůbec nelze přijmout. Pečující osoby tak nemají možnost podpory v zajišťování potřebné péče svým blízkým a nezbytného odpočinku pro sebe, nebo času na vyřízení svých osobních záležitostí.

Navržená právní úprava usiluje o změnu tohoto stavu za prvé tím, že sociální služby podle § 44 až 46 zákona o sociálních službách budou moci získat oprávnění k poskytování ošetřovatelské péče, za druhé tím, že se stanou vlastním sociálním prostředím podle zákona o zdravotních službách, které bude moci navštěvovat domácí zdravotní péče.

Současný systém zajištění zdravotní péče pro klienty sociálních služeb se ukazuje
z výše uvedených důvodů jako nevhodně nastavený a nereflektující potřebný rozsah potřeb dnešních klientů sociálních služeb. Proto bylo přistoupeno ke změně spočívající v odstranění současného znění § 36, a jeho novou úpravu, spočívající ve vymezení sociálně zdravotních služeb, neboť toto jasné vymezení do této doby v našem systému absentovalo.

**1.2.6 Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 zákona o sociálních službách**

Ve zdravotnických zařízeních jsou často hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav již přestal vyžadovat lůžkovou péči, ale stále vyžaduje pomoc se zvládáním základních životních potřeb, přičemž doma jim taková pomoc chybí a nelze je tedy propustit do domácího prostředí. Zároveň nemají okamžitou možnost využít sociálních služeb v dostatečném rozsahu (především z kapacitních důvodů). Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče je proto nezbytné poskytovat pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. Tato zařízení však nedisponují „plnou registrací k poskytování sociálních služeb“. Poskytovatelé se do registru poskytovatelů sociálních služeb pouze zapisují a o zápisu do registru poskytovatelů sociálních služeb obdrží oznámení, nejedná se však o registraci k poskytování sociálních služeb. Není přesně stanoven druh ani rozsah příloh, které mají být součástí uvedeného zápisu a není tak zcela jasné, zda a jakým způsobem je možné provádět kontrolu registračních podmínek. Někteří poskytovatelé tedy unikají kontrole plnění podmínek poskytování sociálních služeb, jejichž splnění se prokazuje v rámci registrace. V současné době poskytovatelé sociálních služeb v režimu § 52 zákona o sociálních službách nemají rovné podmínky pro poskytování sociálních služeb jako jiní poskytovatelé a praxe ukazuje, že sociální péče na těchto lůžkách není v porovnání s ostatními sociálními službami dostatečná.

2. Odůvodnění hlavních principů navrhované právní úpravy

Při přípravě návrhu zákona byly respektovány následující principy:

**Konzervativní přístup:** při přípravě návrhů byla v maximální možné míře respektována integrita zákona o sociálních službách, zákona o zdravotních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění a s ohledem na současný právní stav a jeho nedostatky byly tyto návrhy tvořeny tak, aby rozsah navrhovaných úprav byl s ohledem na požadovaný cílový stav vždy minimální.

**Maximální důraz na práva klienta/pacienta:** zásadním prvkem návrhu zákona je respektování dosavadních práv klienta/pacienta a jejich další rozvoj a prohlubování, a to hlavně v oblasti zdůraznění potřeby zajištění kvalitní a koordinované služby respektující jejich komplexní potřeby.

**Zvyšování dostupnosti koordinovaných sociálních a zdravotních služeb:** navrhované změny jsou prováděny s ohledem na cíle zvyšování dostupnosti sociálních a zdravotních služeb pro klienty/pacienty s komplexními potřebami, které jsou poskytovány koordinovaně.

**Zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných sociálních a zdravotních služeb:** navrhované změny jsou prováděny s ohledem na zvyšování kvality a bezpečí poskytovaných sociálních a zdravotních služeb klientům/pacientům s komplexními potřebami.

**3. Vysvětlení nezbytnosti navrhované právní úpravy**

Za cílový stav předkladatelé považují vytvoření takových podmínek, aby uživatelům sociálních a zdravotních služeb byly tyto služby dostupné v takové vzájemné kombinaci a koordinaci, která odpovídá jejich skutečným potřebám, a to u všech druhů péče a ve všech formách poskytování. Důraz je kladen i na potřebnou kvalitu
a ekonomickou efektivitu. Návrh zákona představuje legislativní část řešení dané problematiky, která bude doplněna dalšími exekutivními opatřeními.

S ohledem na výše uvedené nedostatky dosavadních právních úprav a hlavní principy předloženého návrhu zákona je nutné reagovat na požadavky dosavadní praxe. Prostřednictvím navrhovaných změn uvedených zákonů dojde ke zlepšení postavení klientů/pacientů s potřebou podpory v oblasti sociální i zdravotní péče a ke zlepšení podmínek pro koordinované poskytování sociálních a zdravotních služeb, a to zejména modifikací některých povinností poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb, které povedou k navýšení nejen jejich kompetencí při zajišťování komplexní podpory klientům/pacientům, ale i povinností a současně k nastavení mechanismů kontroly způsobu a úrovně poskytování jejich služeb.

Dále je nutné nastavit vyšší rozsah a garanci kvality zdravotních služeb poskytovaných v rámci pobytových sociálních služeb, jejichž zajištění je v současnosti vnímáno jako nedostatečné, a dále umožnit zajištění poskytování ošetřovatelské péče vlastními kapacitami poskytovatelů či externími poskytovateli v odlehčovacích službách, centrech denní péče a denních stacionářích, které v současnosti není legislativně umožněno. V rámci sociálně zdravotních služeb je z důvodu nezbytnosti relevantního zajištění podmínek pro jejich poskytování nezbytné nastavit jasné požadavky v oblasti personálního, věcného a technického zajištění.

Velmi potřebné je i legislativní nastavení podmínek pro sdílení nezbytného rozsahu informací v rámci sociálně zdravotních služeb, neboť současný stav prakticky nedovoluje koordinovaně hodnotit a individuálně plánovat procesy péče o osoby s komplexními potřebami jak v rovině sociální, tak zdravotní.

Při poskytování odlehčovacích služeb, jejichž součástí budou i zdravotní služby, je nezbytné zásadně posunout vnímání podpory cílené nejen na samotné uživatele takových služeb ale i podpory směřující na neformální pečující, pro které je často nepřetržité poskytování péče svým dlouhodobě vážně nemocným blízkým výrazně fyzicky a psychicky náročné. Velmi často naplňuje zajišťování samotné péče a dalších návazných činností (např. jednání s úřady, zajišťování dopravy) většinu času pečujících. Z uvedeného důvodu je nutné jim dát na předem daný čas prostor na osobní a rodinný život, zajištění potřebných záležitostí a odpočinek, a to převzetím potřebné pečovatelské i ošetřovatelské péče.

Je nutné naplnit i hlavní cíle probíhajících sociálních a zdravotnických reforem směřujících k zajišťování komplexních služeb, nastavit jednotněji systém síťování sociálně zdravotních služeb a v neposlední řadě zlepšit kvalitu sociální a zdravotní péče a bezpečí klientů/pacientů, kteří trpí dlouhodobými chronickými potížemi limitujícími jejich schopnost soběstačného naplňování sociálních a zdravotních potřeb.

**3.1 Zavedení sociálně zdravotní lůžkové péče jako kombinace pobytové sociální služby a lůžkové zdravotní péče**

Hlavním cílem úpravy je zavedení koordinace sociálně zdravotních služeb, kterou je v rámci některých forem péče nezbytné legislativně definovat na úrovni zákona, a která umožní v rámci jedné služby zkombinovat sociální službu se zdravotní službou. Pro uživatele, kteří vyžadují kombinaci sociálních i zdravotních služeb v pobytové formě, taková služba v systémech sociálních i zdravotních služeb nyní zcela chybí.

Koordinaci sociálních a zdravotních služeb je tedy nezbytné vnímat v širším kontextu, neboť při poskytování takových služeb musí být zohledňována jejich vzájemná a úzká provázanost. Tato provázanost pramení jak ze samotného zabezpečování služeb, tak z komplexnosti potřeb jejich uživatelů. Součástí sociálně zdravotních služeb je/jsou
z pohledu zákona o zdravotních službách:

* ošetřovatelská péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c) uvedeného zákona, jejíž cílovými skupinami jsou osoby s potřebou poskytování péče v rozsahu domácího ošetřování,
* zdravotní služby poskytované v rámci center duševního zdraví podle § 44b uvedeného zákona a
* sociálně zdravotní lůžková péče podle § 9 odst. 2 písm. e) uvedeného zákona, která může být poskytována poskytovateli zdravotních služeb nebo vybranými poskytovateli sociálních služeb.

Sociálně zdravotní služby spočívají v poskytování vzájemně koordinované sociální
a zdravotní péče osobám, jejichž stav vyžaduje poskytování obou složek péče současně, za jasně stanovaných podmínek.

Sociálně zdravotní služby bude možné poskytovat v:

 - centrech denních služeb

 - denních stacionářích

 - týdenních stacionářích

 - domovech pro osoby se zdravotním postižením

 - domovech pro seniory

 - centrech duševního zdraví

 - v zařízeních odlehčovacích služeb

 - ve zdravotnických zařízeních lůžkové zdravotní péče podle § 52.

Podmínkou pro poskytování sociálně zdravotních služeb ve výše uvedených službách, vyjma zdravotnických zařízeních lůžkové zdravotní péče dle § 52, bude získání registrace k poskytování dané sociální služby a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách.

Vzhledem k tomu, že právní úprava nastavuje systém poskytování koordinované sociálně zdravotní péče, další povinností pro poskytovatele bude zpracování srozumitelných vnitřních pravidel pro koordinaci.

Pro sociálně zdravotní služby bude také stanovena povinnost dodržovat požadavky na personální a materiálně-technické vybavení odpovídající druhu poskytované sociální služby, které budou stanoveny prováděcím právním předpisem.

V souvislosti s žádoucí koordinací obou složek péče u jednoho poskytovatele je nutné rovněž odstranit současné překážky v oblasti sdílení informací mezi sociální částí služby a částí zdravotní. Proto je nově do § 100 zákona o sociálních službách vloženo ustanovení, které umožní sdílení údajů o osobách osob, kterým jsou poskytovány sociálně zdravotní služby dle nového znění § 36 zákona o sociálních službách v nezbytném rozsahu mezi zdravotnickými pracovníky, pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky.

V souvislosti s výše uvedenými změnami se upravuje i oblast přestupků, kde jsou promítnuty výše uvedené změny včetně způsobu a výše sankce při neplnění.

**3.2 Poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb**

Aby nedošlo ke stavu, že po zrušení stávajícího znění § 36 zákona o sociálních službách, kdy poskytovatelům vybraných sociálních služeb zanikne povinnost zajišťovat ošetřovatelskou a rehabilitační péče pro své klienty, nebude zajištěno poskytování zdravotní péče, vznikne pro vybrané poskytovatele sociálních služeb nová povinnost. Poskytovatelé sociálních služeb budou muset zajistit poskytování zdravotní péče osobám, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v zařízeních sociálních služeb podle § 34 písm. c) až f) a v) nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52, v rozsahu, v jakém to jejich zdravotní stav vyžaduje, a to prostřednictvím svých zaměstnanců na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb, smluvně s jiným poskytovatelem zdravotních služeb nebo jiným způsobem. Pro poskytovatele těchto služeb bude tedy i nadále platit, že pokud nebudou mít zájem zajišťovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci, budou moci zajistit potřebnou péči prostřednictvím např. domácí zdravotní péče či jiným poskytovatelem (např. prostřednictvím ordinace praktického lékaře). Jedná se rovněž o zajištění, resp. zprostředkování, péče pro klienta v případě, kdy jeho zdravotní stav již neodpovídá rozsahu oprávnění, kterým poskytovatel disponuje, či pro zajištění, resp. zprostředkování, zdravotní péče pro např. různé akutní stavy, zprostředkování návštěvy specialisty, zubní péče apod.

**3.3 Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 zákona o sociálních službách**

Poskytovatelé zdravotních služeb poskytující sociální službu podle § 52 zákona
o sociálních službách budou mít dále povinnost uživatelům této služby zajišťovat poskytování následujících základních činností:

1. ubytování,
2. strava,
3. pomoc při osobní hygieně nebo podmínek pro osobní hygienu,
4. pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
5. zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
6. sociálně terapeutické činnosti,
7. aktivizační činnosti a
8. pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Základní činnosti podle bodů 1 až 4 musí poskytovatel zajistit svépomocí, základní činnosti podle bodů 5 až 8 je umožněno zajišťovat prostřednictvím smluvního poskytovatele sociálních služeb v závislosti na personálních možnostech poskytovatele.

Bylo přistoupeno k ukotvení povinnosti uvedených poskytovatelů zdravotních služeb nabídnout pacientovi s výše definovanými potřebami uzavření smlouvy o poskytování pobytové sociální služby, která má být zajišťována až do doby, než bude zajištěna potřebnou plnohodnotnou sociální službou.

U této pobytové sociální služby však nadále nebude vyžadována plná registrace, neboť by na jednu stranu uložená povinnost všem poskytovatelům zdravotních služeb pro zajištění sociální služby a na druhou stranu zároveň povinnost mít takovou službu registrovánu nebyla právně obhajitelná.

Současně je nezbytné narovnat požadavky na kvalitu poskytovaných služeb, neboť i v této oblasti jsou poskytovatelé podle § 52 zákona o sociálních službách za stávající právní úpravy povinni dodržovat pouze část povinnosti dané § 88 zákona o sociálních službách. Tuto nerovnováhu a značnou disproporci je nezbytné napravit, a to především proto, že sociální služby v režimu § 52 jsou poskytovány velmi křehkým/zranitelným klientům a stát musí v jejich případě se zvláštním důrazem dohlížet a garantovat jejich ochranu.

Nově tedy budou muset tito poskytovatelé dodržovat některé další povinnosti stanovené v § 88 o sociálních službách. Jedná se o povinnosti, které nebudou pro poskytovatele významnou zátěží, avšak budou významným přínosem pro klienty dané služby. Za neplnění povinností bude možné poskytovatele sankcionovat.

Uvedeným poskytovatelům se zavádí povinnost zajistit srozumitelnou a dostupnou formou informace o druhu, místě, okruhu osob a kapacitě sociálních služeb, a způsobu jejich poskytování a rovněž povinnost zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, tedy vnitřní pravidla fungování. Tuto povinnost považujeme za nutný předpoklad pro fungování sociální složky péče. Jedná se o víceméně jednorázovou činnost (s pravidelnou revizí), kdy poskytovatel vypracuje pravidla, kterými se bude řídit. I zde předpokládáme, že pro zdravotnická zařízení, která jsou velmi zdatná ve zpracovávání standardů a postupů pro poskytování zdravotní složky péče, nebude naplnění této povinnosti významnou zátěží.

Větší zátěž nebude pro poskytovatele představovat ani plnění povinnosti spočívající ve zpracování vnitřních pravidel pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým se poskytují sociální služby, neboť předpokládáme, že poskytovatel má v této oblasti zkušenosti i ze zdravotní složky péče.

Oblast plánování průběhu poskytování sociální služby považujeme za nedílnou součást sociální služby, a ačkoliv je pacient/klient v zařízení dočasně, pro nalezení vhodného trvalého řešení – tedy např. přesunu klienta do domácího prostředí či zajištění návazné sociální služby v jakékoliv formě, kde budou saturovány veškeré potřeby pacienta/klienta, je nutné znát jeho osobní cíle, možnosti, potřeby, plány a situaci. I zde jsme přesvědčeni, že pro poskytovatele není tato povinnost zatěžující, neboť již nyní by ji měli naplňovat v rámci standardů kvality sociálních služeb; nejedná se tedy o přidání povinnosti, ale o upřesnění toho, co by již dnes měli plnit.

Rovněž pro poskytovatele sociálních služeb v § 52 budou platit dvě nové vzniklé povinnosti, které se jeví jako klíčové právě pro poskytování koordinovaných sociálně zdravotních služeb. Jednak se jedná o povinnost zpracovat srozumitelná vnitřní pravidla koordinace poskytování sociální a zdravotní péče a dále zajištění poskytování zdravotní péče osobám, v rozsahu, v jakém to jejich zdravotní stav vyžaduje, a to prostřednictvím svých zaměstnanců na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb, smluvně s jiným poskytovatelem zdravotních služeb nebo jiným způsobem (např. zajištění potřebné zubní péče, či zprostředkování řešení zdravotních potřeb, které vyvstanou v době pobytu u poskytovatele).

V souvislosti s výše uvedenými změnami se upravuje i oblast přestupků. Nově se tak poskytovatel zdravotních služeb, který poskytuje sociální služby podle § 52, dopustí přestupku tím, že:

a) neohlásí úmrtí oprávněné osoby, které poskytoval pomoc, ve lhůtě stanovené
v § 21a odst. 2,

b) nevede záznamy podle § 88 písm. f),

c) nezpracuje vnitřní pravidla koordinace poskytování sociální a zdravotní péče v rámci sociálně zdravotních služeb podle § 88 písm. l), nebo

d) nezajistí osobě poskytování zdravotní péče podle § 88 písm. m).

Za přestupky je pak možno poskytovatele sankcionovat.

**3.4 Kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům pobytových sociálních služeb poskytujícím ošetřovatelskou zdravotní péči**

Neomezená kontraktační povinnost se ukázala jako významně negativní z hlediska vlivu na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb, jelikož zdravotní pojišťovně neumožňovala vyvíjet v případě nevyhovující kvality poskytované ošetřovatelské péče na poskytovatele pobytových sociálních služeb dostatečný tlak za účelem nápravy. Zdravotní pojišťovny sice mohou za stávající právní úpravy provádět fyzickou kontrolu u těchto poskytovatelů a žádat nápravu nedostatků, ale jelikož jsou právní úpravou nuceny setrvávat s poskytovatelem za všech okolností ve smluvním vztahu, fakticky v případě nedostatečné nápravy nedostatků poskytovatelem jejich nástroje nejsou k řešení takové situace dostačující.

Je proto navrženo, aby zdravotní pojišťovna v případě, že ukončí odstoupením, výpovědí nebo jiným obdobným způsobem zvláštní smlouvu z důvodu, že ze strany poskytovatele dochází k podstatnému porušování jeho právních povinností podle právních předpisů a zvláštní smlouvy, neměla po dobu 5 let vůči tomuto poskytovateli pobytových sociálních služeb a jeho právním nástupcům kontraktační povinnost.

S přechodem na nový právní režim poskytování ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb se zvláštní smlouva po získání oprávnění k poskytování této ošetřovatelské péče přemění na smlouvu podle § 17 odst. 1 a 2, tzn. standardní smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb, s tou odchylkou, že na žádost poskytovatele pobytových sociálních služeb s uděleným příslušným oprávněním bude zdravotní pojišťovna mít povinnost tuto smlouvu uzavřít (a tedy bude zachována kontraktační povinnost).

**3.5 Schválení prodloužení dlouhodobé lůžkové péče zdravotní pojišťovnou**

Z důvodu nadužívání dlouhodobé lůžkové péče u pojištěnců, kteří by podle svých skutečných potřeb měli být klienty sociálních služeb, se stanoví, že prodloužení „běžné“ dlouhodobé lůžkové péče (tzn. s výjimkou intenzivní dlouhodobé péče) nad základní dobu poskytování 90 dnů je hrazenou službou pouze po schválení zdravotní pojišťovnou. V případě naplnění indikace pro dlouhodobou lůžkovou péči zdravotní pojišťovna prodloužení schválí, v případě, že indikace naplněna nebude, bude nutné pojištěnce přeložit na sociální lůžko (na sociální lůžko poskytovatele zdravotních služeb určené pro pacienty, kteří jsou umístěni v zdravotnickém zařízení lůžkové péče z jiných než zdravotních důvodů, nebo k poskytovateli pobytových sociálních služeb) nebo do domácího prostředí. Zdravotní pojišťovna může navrženou dobu prodloužení také schválit jen zčásti, pokud návrh posoudí se závěrem, že doložený zdravotní stav plně neodůvodňuje navrženou dobu prodloužení.

**4. Zhodnocení souladu navrhované právní úpravy s ústavním pořádkem České republiky**

Návrh zákona je v souladu s ústavním pořádkem České republiky.

Návrh novelizace zákona je provedením čl. 31 Listiny základních práv a svobod (právo na ochranu zdraví) při respektování čl. 7 odst. 1 (nedotknutelnost soukromí), a čl. 34 odst. 1 a odst. 4 Listiny základních práv a svobod (ochrana rodiny, právo na rodičovskou péči, zvláštní ochrana dětí a mladistvých).

Návrh novelizace zákona o sociálních službách, zákona o zdravotních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění neporušuje svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání, neboť nijak nezasahuje do vnitřních pravidel poskytování zdravotních služeb.

**5. Zhodnocení slučitelnosti navrhované právní úpravy s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie nebo obecnými právními zásadami práva Evropské unie**

Návrh novely zákona o sociálních službách, zákona o zdravotních službách a zákona o veřejném zdravotním pojištění není v rozporu s předpisy Evropské unie, judikaturou soudních orgánů Evropské unie nebo obecnými právními zásadami práva Evropské unie.

Předložené návrhy novel jsou v souladu s principy doporučenými orgány EU a uplatňovanými v členských zemích EU. Ve smyslu článku 168 (Hlava XIV) Smlouvy o fungování EU vydává EU v oblasti zdravotnictví pouze podpůrná opatření, aniž by jimi harmonizovala zákony a ostatní předpisy členských států.

Návrhy novel jsou v souladu se zásadami volného pohybu služeb tak, jak jsou ve vztahu ke zdravotním službám vykládány Evropským soudním dvorem. Rovněž zohledňují Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotnických systémech Evropské unie.

**6. Zhodnocení souladu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána**

Navrhované právní úpravy nejsou v rozporu s mezinárodními smlouvami, jimiž je Česká republika vázána.

Návrhy novel nikterak nemění postoj k mezinárodním závazkům České republiky na poli ochrany lidských práv, na které se vztahuje:

* Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
* Mezinárodní pakt o občanských a politických právech
* Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny
* Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
* Úmluva o právech dítěte

Předloženými návrhy novel jako celku nebudou výše uvedené mezinárodní smlouvy porušeny.

**7. Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhované právní úpravy na státní rozpočet, ostatní veřejné rozpočty, na podnikatelské prostředí České republiky**

Předpokládaný hospodářský a finanční dopad navrhovaných právních úprav na státní rozpočet a ostatní finanční rozpočty se jeví z dlouhodobějšího hlediska jako pozitivní.

Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb bez povinnosti být držitelem oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Lze očekávat mírné administrativní náklady na straně poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní služby v režimu dosavadního § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách; tyto náklady spočívají v nové povinnosti získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb v rámci správního řízení o jeho udělení, nicméně tyto náklady lze považovat za zanedbatelné.

Na straně poskytovatelů sociálních služeb poskytujících zdravotní služby v režimu dosavadního § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách lze dále očekávat i mírné náklady spojené s dodržováním povinností stanovených zákonem o zdravotních službách, které se na tyto poskytovatele dle dosavadní právní úpravy nevztahovaly.

Na straně krajů a krajských úřadů při výkonu přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví lze očekávat náklady spojené s mírným nárůstem agendy spočívající ve vedení řízení o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nicméně jedná se pouze o mírný nárůst celkového objemu této agendy, nikoli vytváření agendy zcela nové, se kterou by tyto úřady doposud neměly zkušenosti.

Nejsou očekávány zvýšené náklady na zajištění této péče ze strany zdravotních pojišťoven, jelikož legislativní úprava provedená předkládanou novelizací tří zákonů nemá přímý dopad na výši těchto úhrad; přitom samozřejmě platí, že výše těchto úhrad bude i nadále vyhodnocována a v případě potřeby upravována předpisy k tomu určenými v oblasti úhradové regulace veřejného zdravotního pojištění, jak se koneckonců i velmi aktivně děje v posledních letech (segment ošetřovatelské péče v pobytových sociálních službách je v posledních letech jeden z úhradově nejrychleji rostoucích segmentů ve zdravotnictví, přičemž stejně tomu bude i v roce 2024 podle vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2024).

Zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně klientů pobytových zařízení sociálních služeb, kterým by měla být lépe garantována kvalita a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb v těchto zařízeních, dále lze očekávat výrazné zlepšení kvality a bezpečí zdravotních služeb poskytovaných dotčenými poskytovateli sociálních služeb.

Pro klienty sociálních služeb lze očekávat zásadní přínosy z pohledu garance náležité úrovně zajištění poskytovaných sociálních služeb.

Zásadním přínosem bude rovněž posílení pravomocí příslušných správních orgánů při kontrole dodržování podmínek a povinností stanovených zákonem o zdravotních službách pro poskytování zdravotních služeb.

Přínosem legislativní změny bude též systémové zařazení poskytovatelů ošetřovatelské péče v pobytových sociálních službách do dohodovacího řízení o výši úhrad z veřejného zdravotního pojištění konaného podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a s tím spojená možnost přímého vlivu na výši úhrad či uplatňovaná regulační omezení (v současnosti se vliv těchto poskytovatelů uplatňuje pouze politicky v rámci jednání s Ministerstvem zdravotnictví před vydáním každé úhradové vyhlášky, ale tito poskytovatelé nejsou standardní součástí dohodovacího řízení).

Zavedení sociálně zdravotní lůžkové péče jako kombinace pobytové sociální služby a lůžkové zdravotní péče

Na straně krajů a krajských úřadů při výkonu přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví lze očekávat náklady spojené s mírným nárůstem agendy spočívající ve vedení řízení o oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nicméně jedná se pouze o mírný nárůst celkového objemu této agendy, nikoli vytváření agendy zcela nové, se kterou by tyto úřady doposud neměly zkušenosti. Mírné navýšení nákladů krajských úřadů může také být spojeno s vedením výběrových řízení na sociálně zdravotní lůžkovou péči pro účely uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou. To bude nicméně více než kompenzováno plánovaným zrušením výběrových řízení na ambulantní péči a péči ve vlastním sociálním prostředí, které bude navrhováno souběžně připravovanou novelou zákonů v oblasti veřejného zdravotního pojištění, celkově tedy i přes zavedení nového typu výběrového řízení na krajích dojde ke snížení souvisejících nákladů krajských úřadů.

Na straně poskytovatelů zdravotních služeb, kteří budou mít zájem poskytovat sociálně zdravotní lůžkovou péči, lze předpokládat náklady související se zavedením sociální složky péče do jejich provozu a dále náklady na poskytování této péče, které je standardně v systému sociálních služeb možné financovat dotací na provoz dané sociální služby.

Pokud by v důsledku zavedení nového typu sociálně zdravotní lůžkové péče vzrostl celkový počet poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb, mohly by se zvýšit náklady Státního ústavu pro kontrolu léčiv vyplývající z kontroly zacházení s léčivými přípravky u těchto poskytovatelů.

V celkovém součtu nejsou naopak očekávány zvýšené náklady veřejného zdravotního pojištění spojené s novým typem lůžkové péče. Důvodem je skutečnost, že u nového typu sociálně zdravotní lůžkové péče bude stanoveno vícezdrojové financování, v jehož rámci ubytování, strava a dopomoc se zvládáním základních životních potřeb nebudou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, přičemž platí, že pacienti do sociálně zdravotní lůžkové péče budou pravděpodobně rovným dílem mířit jak z pobytových sociálních služeb, kde jsou na ně nyní vykazovány zdravotní služby pouze v rozsahu omezeném pravidly vykazování zvláštní ambulantní péče v odbornosti 913 podle seznamu zdravotních výkonů všeobecná sestra v sociálních službách, kde náklady péče vykazované na tyto pacienty jsou nižší, než je předpoklad nákladovosti sociálně zdravotní lůžkové péče, tak z lůžek dlouhodobé lůžkové péče, kde naopak náklady veřejného zdravotního pojištění na péči o tyto osoby jsou výrazně vyšší, než budou u sociálně zdravotní lůžkové péče, jelikož zde zdravotní pojišťovny hradí veškeré náklady spojené s pobytem; pro úplnost, konkrétní úhradový mechanismus a výše úhrady budou stanoveny v návaznosti na tento zákon k tomu stanovenými procesními postupy (na základě projednání v pracovní skupině k seznamu zdravotních výkonů podle § 17b zákona o veřejném zdravotním pojištění a v dohodovacím řízení podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění), a to za účasti zástupců poskytovatelů a současně tak, aby bylo zaručeno, že z veřejného zdravotního pojištění budou v odpovídající výši pokryty náklady na zdravotnický personál, věcné a přístrojové vybavení zdravotní složky péče a režii související s poskytováním zdravotní složky péče.

Zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně pacientů, jejichž celkový stav vyžaduje poskytování lůžkové zdravotní péče a zároveň poskytování sociální péče; tento přínos spočívá ve vytvoření specifického typu lůžkové zdravotní péče, který bude v rámci poskytování sociálně zdravotních služeb schopen adekvátně reagovat na potřeby těchto pacientů.

Lze předpokládat postupnou transformaci části dosavadních poskytovatelů dlouhodobé lůžkové zdravotní péče a části poskytovatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb na poskytovatele sociálně zdravotní lůžkové péče, což v dlouhodobějším horizontu může představovat pro tyto subjekty přínos, jelikož budou moci lépe nastavit rozsah poskytované péče a tím lépe reagovat na potřeby pacientů.

Na základě stávajících návrhů prováděcích právních předpisů stanovících podmínky poskytování sociálně zdravotní lůžkové péče vyčíslili předkladatelé odhad nákladů na vznik kapacit těchto lůžek takto:

1. vznik sociálně zdravotního lůžka skrze transformaci z lůžka pobytové sociální služby – cca 620.000 Kč na lůžko (zdravotnické technologie, hygienické normy) – tj. cca 1/5 nákladů novostavby.
2. vznik sociálně zdravotního lůžka skrze transformaci ze zdravotnického lůžka následné nebo dlouhodobé péče – cca 150.000 Kč na lůžko (zejména zvýšené prostorové nároky).
3. vznik sociálně zdravotního lůžka při vzniku úplně nové kapacity – cca 3.100.000 Kč na lůžko (stavba, vybavení).

Kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům pobytových sociálních služeb poskytujícím ošetřovatelskou zdravotní péči

Nepředpokládá se žádný nový náklad navrhované legislativní úpravy.

Zásadní přínos navrhovaných změn se očekává v tom ohledu, že možnost zdravotních pojišťoven reagovat na podstatné porušování právních povinností poskytovatele ukončením zvláštní smlouvy a následně neuzavřením nové zvláštní smlouvy po zákonem stanovenou dobu bude mít pozitivní vliv na kvalitu a efektivitu ošetřovatelské péče poskytované klientům pobytových sociálních služeb.

Sociální hospitalizace u poskytovatelů dlouhodobé lůžkové péče

Za dopad lze považovat skutečnost, že část pacientů dlouhodobé lůžkové péče je v této péči umístěná z důvodu špatné dostupnosti odpovídající navazující péče, a s neschválením prodloužení jejich zdravotní hospitalizace se pojí riziko, že těmto klientům nebude zajištěna jiná služba lépe odpovídající jejich potřebám; uvedené opatření proto musí být doplněno exekutivními opatřeními směřujícími k zajištění dostupnosti všech relevantních forem sociálních a zdravotních služeb. Z tohoto důvodu se navrhuje odložená účinnost změnových ustanovení, aby byl ponechán dostatečný prostor na zvyšování dostupnosti všech relevantních služeb. Současně je toto riziko omezeno uložením povinnosti těmto poskytovatelům nabídnout takovým osobám sociální službu podle § 52 zákona o sociálních službách, což překlene dočasnou nedostupnost odpovídající registrované sociální služby.

Zásadní pozitivní dopad uvedené změny spočívá v tom, že se omezí množství nehospodárných tzv. sociálních hospitalizací, kdy jsou v nákladné zdravotní hospitalizaci umístěni pacienti, jejichž skutečným potřebám odpovídá poskytování zdravotních služeb ve formě ambulantní péče nebo péče ve vlastním sociálním prostředí kombinované s odpovídajícími sociálními službami; k tomuto omezení přitom dojde pomocí předchozího schvalování zdravotních služeb zdravotní pojišťovnou, které méně administrativně zatěžuje zdravotní pojišťovny než dodatečné kontroly u poskytovatele, a které je menším rizikem i pro poskytovatele, když nebudou v hraničních případech ohroženi zpětným odejmutím úhrady za péči, která již byla poskytnuta.

Vymezení sociálně zdravotních služeb v zákoně o sociálních službách

Na straně krajů a krajských úřadů pří výkonu přenesené působnosti v oblasti sociálních služeb lze očekávat náklady spojené s mírným nárůstem agendy spočívající ve vedení řízení o oprávnění k poskytování sociálních služeb.

Na straně poskytovatelů sociálních služeb, kteří budou mít zájem poskytovat sociálně zdravotní lůžkovou péči, lze předpokládat náklady související se zavedením zdravotní složky péče do jejich provozu a dále náklady související s úpravami, které souvisejí s naplněním materiálně-technických podmínek pro provoz zdravotnických zařízení.

Zásadní pozitivní dopad uvedených změn se očekává na straně klientů/pacientů, jejichž celkový stav vyžaduje poskytování lůžkové zdravotní péče a zároveň poskytování sociální péče; tento přínos spočívá ve vytvoření specifického typu lůžkové zdravotní péče, který bude v rámci poskytování sociálně zdravotních služeb schopen adekvátně reagovat na potřeby těchto pacientů,

Lze předpokládat postupnou transformaci části dosavadních poskytovatelů dlouhodobé lůžkové zdravotní péče a části poskytovatelů sociálních služeb v pobytových zařízeních sociálních služeb na poskytovatele sociálně zdravotní lůžkové péče, což v dlouhodobějším horizontu může představovat pro tyto subjekty pozitivní dopad, jelikož budou moci lépe nastavit rozsah poskytované péče a tím lépe reagovat na potřeby pacientů.

Zajištění zdravotní péče pro klienty u poskytovatelů pobytových sociálních služeb

Lze předpokládat zvýšenou administrativní zátěž související s procesem získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro poskytovatele pobytových zařízení sociálních služeb v § 34 odst. 1 písm. c) až f) (konkrétně v týdenních stacionářích domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem) a nově i poskytovatele odlehčovacích služeb, kteří budou chtít zajišťovat zdravotní péči osobám, kterým poskytují sociální služby.

Zásadní pozitivní dopad uvedených změn se očekává v nastavení jasných pravidel a mechanismů pro poskytování zdravotní péče pro klienty pobytových sociálních služeb.

V souvislosti s financováním této péče lze očekávat, že zdravotní péče poskytovaná a vykazovaná v souladu se stanovenými pravidly již nebude dofinancovávána z jiných zdrojů, např. z příspěvku zřizovatele.

Nastavením jasných pravidel lze očekávat rovněž kladný dopad do datové základny o zdravotní péči poskytované klientům daných sociálních služeb, což ve svém důsledku bude mít významný vliv v nastavování systému dlouhodobé péče, který bude moci pružněji reagovat na potřeby osob využívajících sociální služby např. upravením personálního či materiálně technického zajištění, či specifické nastavení služeb pro konkrétní cílovou skupinu dle jejích potřeb.

Poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52 zákona o sociálních službách

Na straně poskytovatelů zdravotních služeb

lze předpokládat zvýšené náklady (např. do vzdělávání pracovníků) související s rozšířením výčtu povinností registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, které budou povinni plnit při poskytování sociální služby podle § 52 zákona o sociálních službách, a s tím souvisejících kritérií standardů kvality sociálních služeb, a to především v oblasti individuálního plánování, které vyžaduje zcela jiný přístup k pacientům/klientům, a dále pak v sociálně terapeutických činnostech, se kterými poskytovatelé zdravotních služeb zatím nemají tolik zkušeností.

Zásadní přínos uvedených změn se očekává na straně klientů/pacientů, naplnění jejich sociálních potřeb a celkového zvýšení kvality jejich života.

**8. Zhodnocení sociálních dopadů, dopadů na specifické skupiny obyvatel, (osoby sociálně slabé, osoby se zdravotním postižením, národnostní menšiny a další), dopadů na ochranu práv dětí a dopadů na životní prostředí**

Předpokládá se pozitivní dopad návrhů na některé specifické skupiny obyvatel. Návrhy zlepšují postavení a ochranu klientů pobytových sociálních služeb (zejm. seniorů a osob se zdravotním postižením), kterým jsou v těchto sociálních zařízeních poskytovány zdravotní služby. Další pozitivně ovlivněnou skupinou budou pacienti zdravotnických zařízení, kteří trpí dlouhodobým chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb. Jedná se o pacienty, jejichž zdravotní stav se zhoršuje bez poskytování ošetřovatelské zdravotní péče a které zároveň vyžadují i podporu v uspokojování svých sociálních potřeb. Těmto pacientům bude umožněno posílením sociální podpory a péče v rámci sociálně zdravotní lůžkové péče a při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče plnohodnotněji a kvalitněji naplňovat své komplexní potřeby.

Nepředpokládá se žádný dopad návrhu zákona na životní prostředí.

**9. Zhodnocení dopadů návrhu ve vztahu k zákazu diskriminace a ve vztahu k rovnosti mužů a žen**

Návrh zákona nikterak nezasahuje do zásady zákazu diskriminace a nemají dopad na problematiku rovnosti mužů a žen.

**10. Zhodnocení dopadů ve vztahu k ochraně soukromí a osobních údajů**

Návrh zákona se nevztahují k ochraně osobních údajů. Návrh zákona neobsahují nové návrhy zpracování osobních údajů ani nenavazují na stávající nebo připravovaná zpracování osobních údajů.

Znění návrhu zákona je plně v souladu s předpisy vztahujícími se k ochraně soukromí nebo ochraně a zpracování osobních údajů, zejména s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a se zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

**11. Zhodnocení korupčních rizik**

Bylo provedeno zhodnocení korupčních rizik v souladu s čl. 4 odst. 1 písm. h) Legislativních pravidel vlády, a to za přiměřeného použití Metodiky CIA (Corruption Impact Assessment, Metodika hodnocení korupčních rizik), kterou uveřejnil Vládní výbor pro koordinaci boje s korupcí.

*Závěr hodnocení korupčních rizik*

V rámci zhodnocení korupčních rizik podle Metodiky CIA lze konstatovat, že navrhovaná novelizace splňuje kritéria přiměřenosti, jednoznačnosti, efektivity, transparentnosti, kontrolovatelnosti a jednoznačné odpovědnosti. Návrh nové právní úpravy jako celek se shoduje se známou dobrou praxí (mezinárodní) a navrhované postupy v ní obsažené se jeví přiměřené při srovnání s obdobnou mezinárodní legislativou.

Vzhledem k výše uvedenému zhodnocení lze konstatovat, že návrhy zákonů nemají dopad ve vztahu ke korupčním rizikům.

**12. Zhodnocení dopadů na bezpečnost nebo obranu státu**

Z provedené analýzy dopadů na bezpečnost a obranu státu jednoznačně vyplývá, že návrh zákona nemá žádný negativní dopad na bezpečnost nebo obranu státu.

**13. Zhodnocení dopadů na rodiny**

Návrh zákona předpokládá pozitivní dopad na rodiny zejména v rozsahu právní úpravy sociálně zdravotní péče, která umožní klientům/pacientům sociálních a zdravotních služeb naplňování jejich komplexních potřeb a bude nabízet významné možnosti posílení jejich práv. Pro rodiny to bude tedy znamenat vyšší jistotu zajištění kvalitní a dostatečné péče jejich blízkým.

**14. Zhodnocení územních dopadů a dopadů na územní samosprávné celky**

Neočekávají se dopady návrhu zákona na rozvoj území, nicméně návrhy předpokládají na straně krajů a krajských úřadů pří výkonu přenesené působnosti v oblasti zdravotnictví náklady spojené s mírným nárůstem agendy spočívající ve vedení řízení o oprávnění k poskytování sociálních služeb a zdravotních služeb, nicméně jedná se pouze o mírný nárůst celkového objemu této agendy, nikoli vytváření agendy zcela nové, se kterou by tyto úřady doposud neměly zkušenosti.

**15. Zhodnocení souladu se zásadami pro tvorbu digitálně přívětivé legislativy (DPL)**

1. **Budování přednostně digitálních služeb (princip digital by default)**

Návrh zákona věcně nezasahuje do problematiky vztahující se k principu *digital by default.*

1. **Maximální opakovatelnost a znovu použitelnost údajů a služeb (princip only once)**

Cílem principu *only once* je využívání údajů evidovaných veřejnou správou tak, aby nemusely být znovu dokládány, sbírány a evidovány za aktivní zátěže subjektu údajů. Návrh zákona tento princip zcela respektují a posilují jeho uplatňování v rovině odstraňování nadbytečné administrativní zátěže dopadající na poskytovatele zdravotních a sociálních služeb.

1. **Budování služeb přístupných a použitelných pro všechny, včetně osob se zdravotním postižením (princip governance accessibility)**

Návrhem zákona nedochází k diskriminaci osob se zdravotním postižením a systémy
a služby veřejné správy pro ně budou zcela standardně přístupné.

1. **Sdílené služby veřejné správy**

Návrh zákona plně respektuje princip sdílených služeb veřejné správy a věcně
do tohoto principu nikterak nezasahuje.

1. **Konsolidace a propojování informačních systémů veřejné správy**

Návrh zákona věcně do tohoto principu nikterak nezasahuje.

1. **Mezinárodní interoperabilita – budování služeb propojitelných
a využitelných v evropském prostoru**

Návrh zákona věcně do tohoto principu nikterak nezasahuje.

1. **Ochrana osobních údajů v míře umožňující kvalitní služby (GDPR)**

V této oblasti návrh zákona respektuje nejpřísnější normy ochrany osobních údajů. Návrh zákona plně respektuje nosné principy ochrany osobních údajů, práv pacienta a nezasahuje do prvků ochrany těchto principů.

1. **Otevřenost a transparentnost včetně otevřených dat a služeb (princip open government)**

Návrh zákona věcně do tohoto principu nikterak nezasahuje.

1. **Technologická neutralita**

Návrh zákona věcně do tohoto principu nikterak nezasahuje.

1. **Uživatelská přívětivost**

Návrh zákona nevytváří žádné bariéry pro tvorbu uživatelsky přívětivých aplikací.

**II. ZVLÁŠTNÍ ČÁST**

**K novele zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů**

**K novelizačnímu bodu 1: § 14a**

Navrhuje se stanovit, že využívání sociálně zdravotních služeb podle § 36 nevylučuje nárok na příspěvek na péči.

**K novelizačnímu bodu 2: § 34**

Mezi zařízení sociálních služeb, která se zřizují pro poskytování sociálních služeb, se nově doplňuje zařízení odlehčovacích služeb.

**K novelizačnímu bodu 3: § 36**

Stávající ustanovení § 36 zákona o sociálních službách upravující poskytování zdravotní péče v zařízení sociálních služeb (konkrétně v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem) se zrušuje.

Současný systém zajištění zdravotní péče pro klienty sociálních služeb se ukazuje
jako nevhodně nastavený a nereflektující potřebný rozsah potřeb dnešních klientů sociálních služeb.

Nově se v zákoně o sociálních službách vymezují sociálně zdravotní služby jakožto vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně.

Sociálně zdravotní služby může zajišťovat poskytovatel sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, domovech pro osoby se zdravotním postižením, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb. Poskytovatel sociálních služeb musí mít registraci k poskytování některé z výše uvedených sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.

Sociálně zdravotní služby se poskytují také ve zdravotnických zařízeních lůžkové zdravotní péče podle § 52, v tomto případě však není vyžadována plná registrace k poskytování sociálních služeb.

Financování sociální složky sociálně zdravotní lůžkové péče, včetně ubytování a stravy, se řídí zákonem o sociálních službách, potažmo vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

**K novelizačním bodům 4, 5 a 8: § 52 a 84**

V souvislosti se zrušením dosavadního znění § 36 se zavádí výslovná povinnost poskytovatelů lůžkové zdravotní péče podle § 52 nabídnout uzavření smlouvy o poskytování pobytové služby osobám, které již ze zdravotního hlediska nepotřebují lůžkovou péči, ale zároveň stále nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Rovněž se výslovně stanovuje, že poskytovatel lůžkové zdravotní péče poskytuje sociální služby prostřednictvím sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Poskytovateli lůžkové zdravotní péče je nově umožněno zajišťovat základní činnosti zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. Ustanovení má za cíl usnadnit poskytovateli zajišťování sociálních služeb při nedostatečném personálním zabezpečení.

Poskytovateli lůžkové zdravotní péče podle § 52 se rovněž zavádí řada nových povinnosti. Tento poskytovatel je povinen zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob a vnitřní pravidla koordinace poskytování sociální a zdravotní péče v rámci sociálně zdravotních služeb. Dále je povinen plánovat průběh poskytování sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby, hodnotit průběh poskytování sociální služby, zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů a také zajistit poskytování zdravotní péče osobám, kterým jsou poskytovány sociální služby v rozsahu, v jakém to jejich zdravotní stav vyžaduje.

Návrh nového znění ustanovení § 85 odst. 5 zavádějící výše uvedené povinnosti má odloženou účinnosti k 1. lednu 2027.

**K novelizačním bodům 6 a 7: § 79**

Stanovuje se povinnost žadatelům o registraci odlehčovacích služeb v pobytové formě doložit k žádosti o registraci údaje o způsobu zajištění zdravotní péče.

Výše uvedení žadatelé jsou nově rovněž povinni doložit rozhodnutí o schválení provozního řádu vydané orgánem ochrany veřejného zdraví.

**K novelizačnímu bodu 9: § 88**

V souvislosti se zavedením sociálně zdravotních služeb se zavádí nová povinnost poskytovatelům sociálních služeb zpracovat vnitřní pravidla poskytování sociální a zdravotní péče.

Vzhledem ke zrušení dosavadního znění § 36 se poskytovatelům pobytových sociálních služeb v týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v zařízeních odlehčovacích služeb nebo ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče podle § 52, ukládá povinnost zajistit poskytování zdravotní péče osobám, kterým jsou výše uvedené sociální služby poskytovány.

Pokud poskytovatelé nemají zájem zajišťovat zdravotní péči vlastními zaměstnanci, budou moci zajistit potřebnou péči prostřednictvím např. domácí zdravotní péče či jiným poskytovatelem (např. prostřednictvím ordinace praktického lékaře). Jedná se rovněž o zajištění, resp. zprostředkování, péče pro klienta v případě, kdy jeho zdravotní stav již neodpovídá rozsahu oprávnění, kterým poskytovatel disponuje, či pro zajištění, resp. zprostředkování, zdravotní péče pro např. různé akutní stavy, zprostředkování návštěvy specialisty, zubní péče apod.

Navrhuje se, aby poskytovatelé sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, centrech duševního zdraví a v zařízeních odlehčovacích služeb byli povinni dodržovat požadavky na personální zabezpečení a materiální a technické vybavení sociální služby stanovené prováděcím právním předpisem.

**K novelizačnímu bodu 10: § 100**

V souvislosti s žádoucí koordinací obou složek péče sociálně zdravotních služeb u jednoho poskytovatele je nutné rovněž odstranit současné překážky v oblasti sdílení informací mezi sociální částí služby a částí zdravotní. Proto se navrhuje ustanovení, které umožní sdílení údajů o osobách, kterým jsou poskytovány sociálně zdravotní služby dle § 36 zákona o sociálních službách v nezbytném rozsahu mezi zdravotnickými pracovníky, pracovníky v sociálních službách a sociálními pracovníky.

**K novelizačnímu bodu 11: § 107 odst. 1**

V souvislosti s nově zavedenými povinnostmi poskytovatelům sociálních služeb se zavádějí přestupky při jejich nesplnění.

Za přestupek spočívající v nesplnění povinnosti zpracovat vnitřní pravidla koordinace poskytování sociální a zdravotní péče v rámci sociálně zdravotních služeb se navrhuje pokuta až do výše 10 000 Kč.

Za přestupek spočívající v nezajištění poskytování zdravotní péče se navrhuje pokuta až do výše 50 000 Kč.

Za přestupek spočívající v nesplnění podmínek pro personální, materiální a technické zabezpečení sociálních služeb se navrhuje pokuta až do výše 250 000 Kč.

Přestupky projednává krajský úřad nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí.

**K novelizačním bodům 12 a 13: § 107 odst. 4 a 5**

V souvislosti s nově zavedenými povinnostmi poskytovatelům lůžkové zdravotní péče podle § 52 se navrhuje možnost dodržení povinností vynucovat prostřednictvím odpovídajících přestupků.

**K novelizačním bodům 14 až 22: § 107 odst. 6 a § 108**

Jedná se o legislativně technickou úpravu v souvislosti se zavedením nových přestupků.

**K novelizačnímu bodu 23: § 119**

Jedná se o legislativně technickou úpravu v souvislosti se zákonným zmocněním k vydání prováděcího právního předpisu upravujícího požadavky na personální zabezpečení a materiální a technické vybavení sociální služby.

**K novele zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů**

**K novelizačnímu bodu 1: § 2a**

Ustanovení navazuje na vymezení sociálně zdravotních služeb v § 36 zákona o sociálních službách a výslovně uvádí výčet zdravotních služeb, které lze poskytovat pouze jako součást sociálně zdravotních služeb, tj. ve vzájemné koordinaci s poskytováním sociální péče. Z pohledu zákona o zdravotních službách se jedná o sociálně zdravotní lůžkovou péči [§ 9 odst. 2 písm. e)], ošetřovatelskou péči v zařízeních sociálních služeb [§ 10 odst. 1 písm. c)] a zdravotní služby centra duševního zdraví (§ 44b). Pro poskytování těchto zdravotních služeb je nezbytné zajistit rovněž sociální komponentu péče.

Tento výčet nelze vykládat tak, že pouze tyto zdravotní služby lze poskytovat jako sociálně zdravotní služby; jako součást sociálně zdravotních služeb lze poskytovat dále například domácí péči [§ 10 odst. 1 písm. b)], aniž by ovšem poskytování domácí (zdravotní) péče vyžadovalo explicitní právní úpravu.

Ustanovení § 2a je tedy nezbytné vykládat v tom smyslu, že pro poskytování v tomto ustanovení vyjmenovaných zdravotních služeb je podmínkou *sine qua non* zajištění sociální komponenty péče.

**K novelizačnímu bodu 2: § 4 odst. 3 (poznámka pod čarou sub 9)**

V návaznosti na rozvoj sociálně zdravotních služeb a narůstající překryv těchto služeb se ukázalo jako nezbytné upravit poznámku pod čarou sub 9.

**K novelizačním bodům 3, 12 a 15: § 9 odst. 2 písm. e), § 18 odst. 1 písm. a) bodu 4, § 19 odst. 1 písm. b)**

Nově se umožňuje vznik sociálně zdravotní lůžkové péče jakožto subformy lůžkové zdravotní péče představující alternativu vůči dosavadní dlouhodobé lůžkové péči [§ 9 odst. 2 písm. d)].

Dosavadní dlouhodobá lůžková zdravotní péče postrádá povinný komplement sociální péče. Právní úprava sice nebrání poskytování dlouhodobé lůžkové zdravotní péče ve spojení se sociální službou, nikterak ovšem nepodporuje jejich vzájemnou provázanost, čímž neúměrně navyšuje zejména personální náklady poskytovatelů zdravotních služeb, který by takový postup zvažovali.

Sociálně zdravotní lůžková péče představuje alternativu umožňující výraznější provázanost lůžkové zdravotní péče a sociální péče poskytované v rámci pobytových zařízení sociálních služeb. Uvedená nová subforma lůžkové zdravotní péče umožní dále redukci nákladů poskytovatelů této péče, spočívající zejména v možnosti nahrazení části zdravotnického personálu pracovníky v sociálních službách a dále rovněž v redukci nákladů a věcné a technické vybavení této péče. Tato možnost bude promítnuta do prováděcích právních předpisů (vyhláška č. 92/2012 Sb. a vyhláška č. 99/2012 Sb.).

Poskytovatelem sociálně zdravotní lůžkové péče může být pouze držitel registrace k poskytování sociálních služeb v týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v pobytových zařízeních odlehčovacích služeb se shodným místem poskytování (k tomu srov odůvodnění k § 11 odst. 8).

Přijetí pacienta k poskytování sociálně zdravotní lůžkové péče nebude záviset pouze na jeho zdravotním stavu, ale i jeho potřebě poskytnutí konkrétní sociální služby. Proto bude nedílnou součástí oprávnění k poskytování sociálně zdravotní lůžkové péče také údaj o tom, jaká sociální služba je v komplementu s lůžkovou zdravotní péčí poskytována.

Úprava v tomto režimu umožňuje i poskytování zdravotní respitní lůžkové péče, a to na těch pracovištích, pro které bude uděleno oprávnění k poskytování sociálně zdravotní lůžkové péče v kombinaci se zařízením pobytových odlehčovacích služeb. Tato možnost bude představovat zásadní přínos pro pacienta i jeho nejbližší okolí a výrazně podpoří péči o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí.

**K novelizačním bodům 4 až 6: § 10 odst. 1 písm. c), § 11 odst. 2 písm. b), odst. 5 *in fine***

S ohledem na potřebu zvýšení kvality poskytované zdravotní péče poskytovateli sociálních služeb, kteří dosud poskytovali ošetřovatelskou a rehabilitační péči bez oprávnění uděleného podle zákona o zdravotních službách, se ruší tato výjimka z obecné povinnosti poskytovat zdravotní služby pouze na základě oprávnění, stanovena v § 11 odst. 2 písm. b).

Dosavadní poskytovatelé sociálních služeb poskytující ošetřovatelskou péči na základě § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách mohou tuto zdravotní péči poskytovat i nadále, za předpokladu získání oprávnění k poskytování ošetřovatelské péči v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c). Pro tyto poskytovatele změna znamená v zásadě pouze novou povinnost získat pro její poskytování oprávnění. Není přitom potřebné, aby místo poskytování této zdravotní péče splňovalo podmínky pro zdravotnická zařízení, prováděcími právními předpisy (vyhláška č. 92/2012 Sb. a vyhláška č. 99/2012 Sb.) bude pouze stanoven minimální věcný a personální standard, přičemž personální standard má pouze reflektovat zásadu, že zdravotní služby mají být poskytovány pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb (k tomu srov. § 11 odst. 3 zákona o zdravotních službách).

Možnost poskytování této ošetřovatelské zdravotní péče se dále nově rozšiřuje na další zařízení sociálních služeb; tuto péči bude nově možné poskytovat v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením a v zařízeních odlehčovacích služeb; toto rozšíření je přínosné s ohledem na skutečnost, že tato vyjmenovaná zařízení sociálních služeb jsou pro klienty těchto služeb přirozeným prostředím, tuto péči tak lze považovat za péči poskytovanou v jejich vlastním sociálním prostředí. Zároveň se jedná o zdravotní péči, která má svá specifika vyplývající z komplexnosti potřeb osob, kterým je poskytována, a kdy je uspokojování těchto potřeb úzce spjato se zajištěním zdravotní i sociální péče.

Poskytovatelem ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb může být pouze oprávněný poskytovatel sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v zařízeních odlehčovacích služeb se shodným místem poskytování (srov. odůvodnění k § 11 odst. 8).

Úprava v tomto režimu umožňuje i poskytování zdravotní respitní péče, a to v zařízeních odlehčovacích služeb, pro které bude uděleno oprávnění k poskytování ošetřovatelské péče podle § 10 odst. 1 písm. c). Tato možnost bude opět představovat zásadní přínos pro pacienta i jeho nejbližší okolí a výrazně podpoří péči o pacienta v jeho vlastním sociálním prostředí.

**K novelizačnímu bodu 7: § 11 odst. 6**

Upravuje se zmocňovací ustanovení Ministerstva zdravotnictví k vydání prováděcích právních předpisů (vyhláška č. 92/2012 Sb. a vyhláška č. 99/2012 Sb.) tak, aby tyto prováděcí předpisy mohly upravovat i základní podmínky pro poskytování ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb. Ustanovení se dále upravuje rovněž legislativně-technicky.

**K novelizačním bodům 8, 9 a 13: K § 11 odst. 8, § 16 odst. 1 písm. m), § 18 odst. 2 písm. a) bodu 13**

V souvislosti s vypuštěním § 11 odst. 2 písm. b) bez náhrady se dále vypouští ustanovení § 11 odst. 8, stanovující povinnosti poskytovatele sociálních služeb poskytujícího zdravotní služby v režimu podle § 11 odst. 2 písm. b).

Ustanovení § 11 odst. 8 nově stanoví, že poskytovatelem sociálně zdravotní lůžkové péče podle § 9 odst. 2 písm. e) může být pouze držitel registrace k poskytování pobytových sociálních služeb se shodným místem jejich poskytování; poskytovatelem ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c) může být pouze držitel registrace k poskytování (nikoli nezbytně pobytových) sociálních služeb v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, v domovech pro seniory, v domovech se zvláštním režimem, v domovech pro osoby se zdravotním postižením nebo v zařízeních odlehčovacích služeb se shodným místem poskytování.

Doložení této registrace sociálních služeb bude nezbytnou podmínkou k udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb v předmětném rozsahu [§ 16 odst. 1 písm. m)]. Zánik registrace k poskytování těchto sociálních služeb bude naproti tomu důvodem pro změnu, pozastavení nebo odejmutí oprávnění k poskytování zdravotních služeb [srov. § 24 odst. 1 písm. b)].

**K novelizačním bodům 10 a 11: § 16 odst. 1 písm. n), odst. 2 písm. a), odst. 3 písm. c)**

V návaznosti na změny v § 16 odst. 1 dochází k přečíslování dosavadního písm. m) cit. ust. na písm. n) a v tomto smyslu se legislativně technicky upravují i ustanovení § 16 odst. 2 písm. a) a odst. 3 písm. c).

**K novelizačnímu bodu 14: § 18 odst. 2 písm. a) bodu 14, písm. b) bodu 1, písm. c) bodu 4**

V návaznosti na změny v § 18 odst. 2 písm. a) bodu 13 dochází k přečíslování dosavadního bodu 13 cit. ust. na bod 14 a v tomto smyslu se legislativně technicky upravují i ustanovení § 18 odst. 2 písm. b) bodu 1, písm. c) bodu 4.

**K novelizačnímu bodu 16: § 44e (s účinností od 1. ledna 2025)**

Ustanovení se na tomto místě vypouští a systematicky se přesouvá do ustanovení § 51 odst. 2 písm. f), které souhrnně upravuje výluku z povinné mlčenlivosti.

Jedná se o ustanovení navrhované novelou zákona o zdravotních službách v současné době projednávanou v rámci mezirezortního připomínkového řízení.

**K novelizačnímu bodu 17: § 51 odst. 2 písm. f)**

Nové ustanovení navazuje na změny v ustanovení § 100 zákona o sociálních službách a míří k odstranění současných překážek v oblasti sdílení informací mezi sociální částí služby a částí zdravotní.

**K novelizačním bodům 18 až 34: § 70 odst. 2 písm. d), odst. 4 písm. a), § 73 odst. 1 písm. d), § 73 odst. 5, § 74 odst. 2, odst. 3 písm. b) a c), § 75 odst. 1 písm. d), § 76 odst. 1 písm. m) a odst. 2 písm. b), § 77 odst. 1 písm. d), § 77a odst. 2 písm. b) bodu 2 a písm. c) a odst. 3 písm. a) a § 107 odst. 1 písm. c)**

Ustanovení se upravují v návaznosti na vypuštění § 11 odst. 2 písm. b).

**K přechodným ustanovením:**

V souvislosti s vypuštěním § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách se prostřednictvím přechodných ustanovení stanoví přechodné období do 31. prosince 2026, kdy bude možné poskytovat ošetřovatelskou zdravotní péči bez oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Toto přechodné období slouží subjektům poskytujícím tuto zdravotní péči v dosavadním režimu bez oprávnění k adaptaci na nové podmínky a k získání oprávnění k poskytování ošetřovatelské péče v zařízeních sociálních služeb podle § 10 odst. 1 písm. c) zákona o zdravotních službách. Tím má být zajištěna kontinuita poskytování zdravotní péče v zařízeních pobytových sociálních služeb.

**K novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (zákon o veřejném zdravotním pojištění)**

**K novelizačním bodům 1 až 3, 7 a 8: § 17a, § 22 písm. d) a e), § 46 odst. 2 písm. g) a k bodům 1 a 2 přechodných ustanovení**

Navrhuje se, aby zdravotní pojišťovna v případě, že ukončí odstoupením, výpovědí nebo jiným obdobným způsobem zvláštní smlouvu z důvodu, že ze strany poskytovatele dochází k podstatnému porušování jeho právních povinností podle právních předpisů a zvláštní smlouvy, což je nutné interpretovat zejména s ohledem na existující výklad ustanovení § 2002 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, a s ohledem na obsah rámcových smluv podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, neměla po dobu 5 let vůči tomuto poskytovateli pobytových sociálních služeb a jeho právním nástupcům kontraktační povinnost. Aby měly příslušné úřady dostatečné informace o tom, jakým způsobem tato právní úprava v praxi je ze strany zdravotních pojišťoven aplikována, a k následnému vyhodnocení jejích dopadů, je současně stanoveno, že podmínkou takové dočasné neaplikace kontraktační povinnosti je, že jsou o důvodech ukončení zvláštní smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny informována obě dotčená ministerstva (MZ a MPSV).

S přechodem na nový právní režim poskytování ošetřovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb na základě oprávnění k poskytování zdravotních služeb se zvláštní smlouva po získání oprávnění k poskytování této ošetřovatelské péče přemění na smlouvu podle § 17 odst. 1 a 2, tzn. standardní smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb, s tou odchylkou, že na žádost poskytovatele pobytových sociálních služeb s uděleným příslušným oprávněním bude zdravotní pojišťovna mít povinnost tuto smlouvu uzavřít (a tedy bude zachována kontraktační povinnost).

Návazně je uzavření zvláštní smlouvy jako subtypu smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb výslovně vyjmuto z konání výběrových řízení podle ustanovení § 46 a následujících zákona o veřejném zdravotním pojištění.

**K Novelizačním bodům 2, 5 a 6: § 19 odst. 1 písm. k), § 22b**

Navrhuje se možnost prodloužení „běžné“ dlouhodobé lůžkové péče (tzn. s výjimkou intenzivní dlouhodobé péče) nad základní dobu poskytování 90 dnů s úhradou pouze po schválení zdravotní pojišťovnou. V případě naplnění indikace pro dlouhodobou lůžkovou péči zdravotní pojišťovna prodloužení schválí, v případě, že indikace naplněna nebude, bude nutné pojištěnce přeložit na sociální lůžko (na sociální lůžko poskytovatele zdravotních služeb určené pro pacienty, kteří jsou umístěni v zdravotnickém zařízení lůžkové péče z jiných než zdravotních důvodů, nebo k poskytovateli pobytových sociálních služeb) nebo do domácího prostředí. Zdravotní pojišťovna může navrženou dobu prodloužení také schválit jen zčásti, pokud návrh posoudí se závěrem, že doložený zdravotní stav plně neodůvodňuje navrženou dobu prodloužení.

Aby bylo zajištěno, že po dobu posuzování návrhu na prodloužení pojištěnci nezanikne právo na úhradu dlouhodobé lůžkové péče (čímž by byl nucen zařízení v průběhu posuzování návrhu opustit, či sám služby uhradit, i pokud by následně došlo
ke schválení návrhu), je dále stanoveno, že pokud byl návrh na posouzení nároku pojištěnce na prodloužení dlouhodobé lůžkové péče podán alespoň 7 dnů
před uplynutím doby, po kterou je dlouhodobá lůžková péče pro pojištěnce hrazenou službou (tzn. buď 7 dnů před vypršením úvodních 90 dnů nebo 7 dnů před vypršením zdravotní pojišťovnou schválené doby prodloužení), je dlouhodobá lůžková péče hrazenou službou do dne právní moci rozhodnutí o návrhu. Doba 7 dnů byla zvolena z toho důvodu, že se jedná o dobu, za kterou jsou zdravotní pojišťovny podle dosavadní praxe schopny vyřídit návrhy na posouzení nároku pojištěnce, u nichž je výsledkem posuzování schválení návrhu.

Příslušným ustanovením je navržena odložená účinnost od 1. ledna 2027, aby byl ponechán dostatečný prostor pro zajištění dostatečných kapacit všech relevantních forem péče, které odpovídají potřebám dotčených pojištěnců.

Současně se stanoví, že zdravotní služby sociálně zdravotní lůžkové péče jsou službou hrazenou zdravotními pojišťovnami, přičemž ubytování a strava pojištěnce jsou hrazeny podle ustanovení zákona o sociálních službách stejným způsobem jako u pobytových sociálních služeb.

**K novelizačnímu bodu 9: § 47 odst. 1**

Pro sociálně zdravotní lůžkovou péči je stanovena výjimka ze zásady, že výběrové řízení na smluvního poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče vypisuje Ministerstvo zdravotnictví. Primárním důvodem této odchylky je skutečnost, že hlavním tvůrcem sítě sociálních služeb v kraji je tento kraj, a je tedy žádoucí, aby kvůli přesahu do systému sociálních služeb také byl subjektem vyhlašujícím toto výběrové řízení, který má ve výběrové komisi svého zástupce.