

## **Odůvodnění usnesení vlády ze dne 26. února 2021 č. 211**

V souladu s § 5 písm. b) až e) a § 6 odst. 1 písm. b) krizového zákona rozhodla vláda pro řešení vzniklé krizové situace o přijetí krizových opatření.

Krizová opatření jsou vydána v souvislosti s nepříznivým vývojem epidemiologické situace ve výskytu onemocnění COVID-19 způsobeného koronavirem SARS-CoV-2.

Účelem krizových opatření je zajistit nezbytné podmínky pro zamezení dalšího šíření dané nákazy v České republice a tím zásadně snížit současnou extrémní zátěž zařízení poskytovatelů zdravotních služeb podmíněnou vysokým podílem pacientů hospitalizovaných s nemocí COVID-19, vysokým počtem pacientů vyžadujících intenzivní péči a nepříznivým trendem úmrtnosti na COVID-19.

Epidemiologickou situaci v České republice je charakterizována protrahovaným komunitním šířením SARS-CoV-2, které vytváří podmínky pro nekontrolovaný přenos nákazy na osoby imunitně oslabené z důvodu věku a komorbidit, ale zároveň dochází i k narůstajícímu trendu nemocnosti u osob v mladších věkových skupinách a u osob bez rizikových faktorů.

Nepříznivá epidemiologická situace je v současnosti výrazně potencována šířením mutovaných kmenů SARS-CoV-2, především pak tak zvané britské varianty viru, která se vyznačuje zvýšenou schopností přenosu mezi lidmi.

Je přitom nutné zdůraznit, že šíření biologických agens má velmi odlišné charakteristiky v porovnání s ostatními agens, např. šířením chemických látek.

Expozice v tomto případě neznamena jen kontakt s určitou koncentrací látky po definovaný čas, ale jedná se o podstatně komplexnější proces s řadou více či méně známých parametrů.

Přenos nákazy závisí na:

1. Přítomnosti zdroje nákazy,
2. Uskutečnění přenosu nákazy,
3. Přítomnosti vnímavé populace.

Vznik a průběh onemocnění dále také ještě ovlivňuje velikost infekční dávky, mechanismus přenosu nákazy, vstupní brána a stupeň vnímavosti hostitele.

Mezi nejzávažnější epidemie z pohledu dopadu a zátěže v populaci právě jsou epidemie způsobené mezilidským šířením. Nejvyšší nemocnosti v populaci je dosahováno při šíření respirační cestou, pomocí kapének obsahujících infekční agens, které se dostávají do okolí nemocného při mluvení, dýchání, kašláním a kýchním. V souvislosti s probíhající pandemií onemocnění COVID-19 a přijatými opatřeními k odvracení jejich bezprostředních dopadů na zdraví obyvatel ČR se ukazuje, že mezi nejdůležitější nástroje, jak ovlivnit vzniklou epidemii a zastavit její nekontrolovatelné šíření, je ovlivnit tyto jednotlivé články epidemického procesu. Zdroj nákazy lze izolovat a léčit, cestu přenosu přerušit a vnímavého jedince chránit, například karanténními opatřeními či očkováním, které v souvislosti s pandemií onemocnění COVID-19 však zatím není v současné době v dostatečném množství k dispozici.

Při epidemickém šíření infekčního onemocnění hrozí riziko, že bez přijetí opatření dojde k nekontrolovatelnému šíření infekce v populaci s možností vyčerpání kapacit zdravotnického

systému k možnostem izolace a léčby se zásadním dopadem do zdraví populace. Mezi nejvíce nebezpečné patří paralelní šíření, kdy jeden nemocný současně nakazí více než jednoho člověka a dochází tak k masivnímu šíření infekce v populaci. Mezi klíčová opatření patří možnost účinného přerušení šíření nákazy mezi jednotlivci a v celé populaci (omezení shlukování, omezená poskytování vybraných služeb, používání ochranných a dezinfekčních prostředků).

Jediným reálně možným východiskem k zajištění změny současné velmi nepříznivé epidemiologické situace ve výskytu nemoci COVID-19 v České republice, je tedy nastavení velmi přísných protiepidemických opatření cílených na klíčové prvky řetězce přenosu nákazy SARS-CoV-2 v časově a plošně přesně definovaných podmínkách.

Při současné intenzitě šíření viru SARS-CoV-2 hrozí velmi vážné riziko, že bez přijetí přísných krizových opatření dojde v rámci narůstajícího nekontrolovaného šíření nákazy v populaci k vyčerpání kapacit zdravotnického systému se zásadními a častokrát ireverzibilními dopady na oblast veřejného zdraví. Nepřijetí razantních protiepidemických opatření, která sníží počet nakažených osob a počet osob vyžadující hospitalizaci, by znamenalo vyčerpání lůžkových a personálních kapacit nemocnic a další zhoršení stavu pacientů např. i s kardiovaskulárními a onkologickými onemocněními, kteří nedostanou adekvátní plánovanou péči, která je u chronických onemocnění nezbytná.

Odůvodnění krizového opatření vyplývá z výsledků analýzy klíčových epidemiologických charakteristik a hodnocení rizika dalšího šíření nákazy:

1. Dochází k intenzivnímu komunitnímu šíření nákazy potencovanému výskytem britské varianty viru SARS-CoV-2
  - Zvyšuje se podíl nakažených, u kterých nebyl dohledán zdroj jejich nákazy
  - Při nekontrolovaném šíření nových mutací viru je předpoklad nárůstu hodnoty reprodukčního čísla  $R$  z aktuálních 1,2 na 1,4
2. Je zaznamenáván narůstající podíl pozitivních testů z celkového počtu provedených testů v daném dni
  - Je evidován nárůst podílu pozitivních testů na celkových počtech testů v rámci diagnostické indikace během 8. kalendářního týdne 2021 o 7,3 %
3. Je zaznamenáván narůstající počet nakažených pacientů ve skupině zvýšeně zranitelných osob
  - V pracovních dnech se denně jedná o více než 1400 osob, týdenní hodnota pak činí 9 367 osob
  - Ke dni 25. 2. 2021 bylo v seniorní skupině (65+) za posledních 7 dní nahlášeno celkem 10 505 případů onemocnění, což představuje 492,8 případů na 100 tisíc obyvatel
  - Je evidována narůstající zátěž kapacit poskytovatelů zdravotních služeb
  - K datu 25. 2. 2021 měl celkový počet hospitalizací hodnotu 6 967. Zátěž intenzivní péče v celé ČR setrvale narůstá, pacienti vyžadující intenzivní péči tvoří cca 21 % celkového počtu hospitalizovaných. Celkem je na lůžkách JIP nyní hospitalizováno 1

433 osob, z toho 717 osob vyžaduje umělou plicní ventilaci (UPV) a 27 osob přístroj pro extrakorporální membránovou oxygenaci ECMO. Postupně dochází k vyčerpání volných lůžkových a personálních kapacit zdravotního systému.

- Pokud by zátěž nemocnic začala stoupat v návaznosti na šíření epidemie při reprodukčním čísle 1,2, pak je nutné kalkulovat s rizikem denního nárůstu +30 pacientů na lůžku
- Kolem 8 regionů by během krátké doby vyčerpalo veškeré funkční kapacity intenzivní péče
- Déletrvajícím zásadním omezením či úplným zastavením poskytované plánované péče občanům nepochybně znamená zhoršení přístupu ke zdravotní péči a zhoršení zdravotního stavu obyvatel, neboť je třeba léčit i ostatní onemocnění, zejména v oblasti onkologické a kardiovaskulární problematiky, která jsou nejčastější příčinou úmrtí v ČR. Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou smrti jak u žen (50 % všech úmrtí), tak u mužů (42 %). Rakovina je druhou nejčastější příčinou smrti a způsobuje 23 % všech úmrtí žen a 28 % všech úmrtí mužů (např. State of Health in EU, ČR, 2017)
- Přestože průběžně probíhá očkování zdravotnických pracovníků (aktuálně je proočkováno 41,2 % ke dni 25. února 2021), i nadále počet zdravotnických pracovníků s onemocněním COVID-19 je vysoký (aktuálně ke dni 24. 2. 2021 je pozitivních celkem 2840 zdravotnických pracovníků (294 lékařů, 1322 sester a 1224 ostatních ZP). Nedostatek kvalifikovaných zdravotnických pracovníků je tak zásadní.

#### 4. Nadále se zhoršuje nepříznivý trend vývoje epidemiologické situace na lokální úrovni

- V nejvíce zasažených regionech je zátěž 2,5 - 3x vyšší než v ostatních regionech
- Je evidováno zrychlené šíření nákazy především v severní a západní části Čech, kde se zvyšuje incidence narůstajícím počtu okresů
- Nadále přetrvává nepříznivá situace v okresech Trutnov, Náchod, Cheb, Sokolov, Tachov, kde na základě časových limitací zatím ještě efekt uzavření okresu nemohl uplatnit
- Zvýšené počty pacientů s nově diagnostikovanou nemocí COVID-19 jsou postupně zaznamenávány i v dalších oblastech, nově zejména v kraji Plzeňském a Pardubickém.
- Při převažujícím komunitním šíření je výrazné riziko nekontrolovaného šíření nákazy do ostatních regionů

#### 5. Trendy šíření nákazy v kolektivech

- Nejčastějším sociálním prostředím a nejčastějšími pravděpodobnými místy nákazy COVID-19 jsou dlouhodobě pracoviště, rodina+domácnost+volnočasové prostředí. Podíl případů takto charakterizovaných na celkových počtech evidovaných případů (bez zdravotnických pracovníků) činil v měsíci lednu 2021 celkem 53,0 %, přičemž hodnota tohoto podílu je vůbec nejnižší za celé sledované období od března 2020 a odráží změny v mobilitě obyvatel v návaznosti na intenzivněji využívaný způsob práce z domova.

- Od května 2020 do současné doby byla nejčastějším místem vzniku ohniska nemoci COVID-19 školská zařízení, včetně mateřských škol (1254), dále se jednalo o sociální zařízení (715) a zdravotnická zařízení (314), pracoviště (281) s převahou výrobních závodů (141)
- Po uzavření škol (kromě mateřských) od 14.10. je evidován pokles a vymizení nákaz v základních a ve středních školách, po návratu části dětí a studentů do škol od 18.11. a 30.11. lze pozorovat nárůst v základních školách i středních školách, po poklesu v období vánočních prázdnin je na začátku roku 2021 opět pozorován nárůst v MŠ a ZŠ
- Po uzavření škol (kromě mateřských) od 14. 10. dochází k zastavení a postupnému poklesu počtu nově diagnostikovaných pozitivních pedagogů a pracovníků ve školství, po návratu části dětí a studentů do škol od 18.11. a od 30.11. je evidentní opětovný růst s kulminací v prvním týdnu roku 2021, následným poklesem a opětovným růstem v únoru 2021.

## 6. Mobilita a její trendy

- Omezení mobility obyvatel a s tím související omezení rizikových kontaktů a snížení pravděpodobnosti přenosu nákazy je podstatou všech přijímaných opatření, a to v ČR i v dalších zemích. Mobilita obyvatel jako nepřímý faktor ovlivňující počet kontaktů prokazatelně koreluje s rychlostí šíření nákazy, vždy je však třeba vztah posuzovat s cca 14denním odstupem. Znamená to, že rizikové navýšení mobility se na dalším šíření epidemie projeví cca po 10–14 dnech. Toto platí i opačně, efekt redukce rizikové mobility je možné pozorovat až uvedeným časovým posunem.
- Vysoké hodnoty incidence COVID-19 měly počátek v závěru roku 2020, kdy reprodukční číslo dosahovalo hodnot až přibližně 1,5. Časová souvislost se zvýšenou mobilitou v tomto období je statisticky prokázána.

Podrobné informace o míře šíření epidemie a související informace jsou denně publikovány na webové stránce Ministerstva zdravotnictví [onemocneni-aktualne.mzcr.cz](https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz).

Omezení mobility obyvatel a s tím související omezení rizikových kontaktů a snížení pravděpodobnosti přenosu nákazy je podstatou všech přijímaných opatření.

Dochází ke zpřísnění omezení volného pohybu osob, když se všem osobám s místem trvalého pobytu nebo bydlištěm nacházejícím se na území daného okresu zakazuje opustit území tohoto okresu nebo hlavního města Prahy a zároveň se zakazuje vstup, pohyb a pobyt na území okresu nebo hlavního města Prahy všem osobám, které nemají na území okresu místo svého trvalého pobytu nebo bydliště. Zároveň jsou stanoveny výjimky, na které se uvedený zákaz nevztahuje.

V souvislosti se stávajícím vývojem šíření onemocnění COVID\_19 se navrhuje vyšší ochranu osob před tím, aby se dostaly do ohrožení života a zdraví. A proto poskytovatelům sociálních služeb umožňuje flexibilně reagovat na pokrytí základních životních potřeb klientů, a to i skrze základní činnosti, které jsou mimo jeho registrovaný druh služby a mimo dohodnutý rámec smlouvy s uživatelem a cílů v rámci procesu individuálního plánování. K omezení poskytování sociální služby a k zastavení individuálního plánování přistoupí poskytovatel v případě nedostatečného personálního zajištění. Důvodem tohoto opatření je i nedostatek personálu

v sociálních službách, a právě proto MPSV navrhuje i opatření, které umožňuje při nedostatku personálu poskytovateli se rozhodnout minimalizovat činnost na nezbytně nutnou míru, která reaguje na saturování životně důležitých potřeb. Zároveň s nastavením vyšší možnosti podpory a pomoci pro osoby bez domova MPSV explicitně navrhuje, aby noclehárna poskytovala rozsah činností azylových domů s cílem ochrany života a zdraví, a zároveň i s vyšší intenzitou nápomoci nastavit podmínky a plán pro zvládnutí této nadcházející pandemické zimy, a to i optimálně s cílem najít trvalejšího bydlení a dalších podmínek nutných k fungování ve společnosti. Tato změna fungování noclehárny je podmíněna vyhodnocením ze strany poskytovatele, jestli má pro ni dostatečné a personální zabezpečení.

Z pohledu stávajících režimových opatření není v současnosti řešen případ poskytování sociální služby péče v domácím prostředí klienta a klienti nejsou při poskytování služby v jejich domácnosti povinni používat ochranné pomůcky (viz. čl. I. bod 1 a) mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví V kombinaci s nedostupností evidence klientů COVID-19 pozitivních, případně klientů v nařízené karanténě pro poskytovatele sociálních služeb jsou tak pracovníci těchto služeb vystaveni neznámému riziku nákazy a jejímu dalšímu šíření v rizikových skupinách obyvatelstva. Prakticky to znamená, že např. jedna pracovníce pečovatelské služby přichází týdně do opakovaného kontaktu s desítkami klientů, na které může nákazu přenést.

Z tohoto důvodu se navrhuje opatření pro klienty terénních sociálních služeb, kterým je poskytována sociální služba v jejich domácnosti. Tato opatření spočívají v povinnosti používat ochranné prostředky dýchacích cest (nos, ústa) jako je respirátor třídy FFP2 nebo KN 95 bez výdechového ventilu, které brání šíření kapének, s výjimkou úkonů poskytování sociální neslučitelných s touto povinností. Ustavení povinnosti klientů těchto služeb informovat poskytovatele služby o pozitivě klienta nebo osob jemu blízkých na COVID-19, nebo o v této souvislosti nařízené domácí karanténě a o výskytu klinických příznaků COVID-19 u těchto osob. V případě neřešení této situace je pravděpodobné, že část pracovníků poskytovatelů v obavách o svoje zdraví i zdraví klientů bude odmítat poskytovat službu klientům, nebo že prostřednictvím těchto pracovníků dojde ke komunitnímu šíření COVID-19, což by v obou případech mělo fatální následky na klienty těchto služeb.

Orgánem, který bude metodicky zajišťovat celý proces, bude MPSV, realizátory příslušné kraje, na které by se následně obraceli jednotliví poskytovatelé sociálních služeb, kteří by se dostali do situace, kdy by jejich klientům v důsledku závažného personálního úbytku hrozilo ohrožení života a zdraví.

Meziresortní připomínkové řízení k materiálu nebylo provedeno z důvodu vyhlášení nouzového stavu a z důvodu akutní potřeby řešit nastalou situaci.