



**Zápis ze zasedání Výboru pro práva dítěte
ze dne 20. prosince 2022**

Místo a čas konání: Úřad vlády ČR, Rytířská 31, místnost ZM BEZO - 9:00 – 13:00

Přítomni: K. Dürichová, L. Hečková (ČOSIV) (online), D. Hovorka, K. Chábová, K. Lindauerová (online), A. Křístek, B. Křížanová, E. Petrová (předsedkyně), M. Oktábcová, M. Prokeš, J. Provazníková, J. Rácová, M. Šimůnková (online), P. Šuplerová (online), K. Tachecí, Š. Tyburcová

Hosté: I. Blažková (MŠMT), P. Carvanová (advokátka), R. Hrdlička (ČPS ČLS JEP), M. Exnerová (Nemocnice Hořovice, Institut Pallium, online), J. Koubová, D. Lipová, V. Lukášek (Policejní prezidium), L. Obrovská (KVOP), J. Severa (MSP, online), A. Šebková (OSPDL ČLS JEP)

Omluveni: K. Černý, M. Černý (MŠMT), L. Felcmanová, K. Lach, A. Redlichová, D. Strupek

Sekretariát ÚV: K. Šimáčková Laurenčíková (zmocněnkyně vlády pro lidská práva), D. Šmídová (tajemnice Výboru)

Program:

1. Aktuality (9:00 – 9:20)

- Pracovní skupina k dětem uvězněných rodičů (D. Šmídová)
- Návrh nové úpravy proc. záruk pro děti mladší 15 let v řízení o činu jinak trestném (E. Hronová)

2. Podnět k peněžitě pomoci zvláště zranitelných obětí (P. Carvanová, MSP) (9:20 - 9:40)

- Podklady: Návrh podnětu Výboru, vyjádření MSP a [článek P. Carvanové](#)

3. Duševní zdraví dětí (K. Š. Laurenčíková, MZ) (9:40 – 10:00)

- Představení vývoje
- Zajištění dostatečných kapacit péče

4. Právo hospitalizovaného dítěte na přítomnost rodiče (10:00-10:30)

- Představení Metodiky MZ k právu dítěte na kontakt se zákonným zástupcem (J. Pavlovic)
- Informace ke Kulatému stolu k právům dětí ve zdravotnických zařízeních 7. 12. 2022 (D. Šmídová)

5. Metodika CAN pro PLDD (D. Lipová z Nadace Sirius, MZ) (10:30 – 10:50)

6. Komplexní péče o děti se zdravotním postižením (10:50 - 11:20)

- Koncepce péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny
- Návrh zřízení Center komplexní péče (D. Lipová z Nadace Sirius, MZ, hostka M. Exnerová)

-přestávka-

7. Zbylá Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte v gesci MZ (11:30 – 13:00)

- Strategie na ochranu zdraví dětí a dospívajících
 - Zdravotní péče ve školách (a pedagogové v nemocnicích)
 - Přístup dětí k lékům a léčivům (Jednotný informační systém; Výpadek léku na horečku)
 - Zdraví dospívajících
 - Ochrana soukromí při provádění potratu nezletilým
 - Přejít ze služeb pro děti do služeb pro dospělé
 - Rovný přístup všech dětí ke zdravotní péči včetně zranitelných skupin
 - Ochrana Intersex dětí před nepřiměřenými zákroky (Podklad: Doporučení VOP)
-

1. Aktuality

Předsedkyně Výboru přivítala členy a členky Výboru a hosty a hostky. Následně shrnula návrh programu zasedání, který byl schválen všemi členy a členkami Výboru.

a. Informace k Pracovní skupině k tématu dětí uvězněných rodičů

V návaznosti na úkol z minulého zasedání tajemnice Výbor informovala o zasedání Pracovní skupiny k tématu dětí uvězněných rodičů. Ta je složena ze širokého zastoupení aktérů včetně státní správy i nevládních organizací působících v oblasti vězeňství. Více informací k členstvu a činnosti pracovní skupiny lze průběžně sledovat [na tomto odkazu](#). Druhé zasedání skupiny se uskutečnilo dne 30. 11. 2022 a výstupem byl první návrh základních tezí/minimálních standardů v oblasti práv dětí uvězněných rodičů.

b. Návrh nové úpravy procesních záruk pro děti mladší 15 let v řízení o činu jinak trestném

E. Hronová Výbor informovala o přípravě návrhu zákona, kterým budou posíleny záruky dětí mladších 15 let v řízení o činu jinak trestném v návaznosti na rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva z roku 2020 ve věci International Commission of Jurists (ICJ) proti České republice. Jedná se zejména o zajištění zastoupení dětí již u prvních úkonů v řízení. Více informací lze nalézt [na tomto odkazu](#). Poděkovala pak Výboru i Lize lidských práv, kteří připravili podnět k této věci v roce 2015.

2. Podnět k peněžité pomoci zvláště zranitelných obětí

P. Carvanová představila podnět. Vysvětlila, že novelou zákona o obětech došlo ke znemožnění získání peněžité pomoci pro zvláště zranitelné, zejména dětské oběti zejména sexuálních TČ i na nemajetkovou újmu tak, jak bylo doposud možné na základě trestního rozsudku. Je velký rozdíl mezi právní úpravou a výkladem nejvyšších soudů. MSp novelou výklad omezilo, dítě mají toliko nárok na proplacení nákladů psychologické pomoci. Oběti mohou zároveň uplatňovat ztrátu na výděleku, kterou však děti zpravidla nemají. K těmto činům nadto zpravidla dochází ve slabších rodinách, které si nemohou dovolit zaplatit placenou psychologickou pomoc a musí čekat několik měsíců na pomoc hrazenou ze zdravotního pojištění. Podnět vznikl na poli PS pro trestní politiku.

J. Severa (ředitel odboru odškodňování MSp) zmínil, že primárním účelem novely bylo právní úpravu vyjasnit po tom, co se dle MSp NSS chopil funkce pozitivního zákonodárce a založil velmi extenzivním výkladem nový základ peněžité pomoci. Peněžitá pomoc dle něj nikdy neměla sloužit k náhradě škody, ale pouze k překlenutí zhoršené situace způsobené viktimizací. Zákonodárce zatím nechtěl mít odškodňovací institut. Pokud na tomto bude panovat politická shoda, je třeba přistoupit k návrhu novely zákona, který projde schvalovacím procesem včetně RIA. Poznamenal, že MSp vstupuje do jednání na zlepšení výkladu zákona v praxi. Odkázal na [kulatý stůl VOP](#), který byl organizován na počátku prosince 2022. Zaznělo na něm, že účel peněžité pomoci lze dokázat i fakturou. Oběť tedy nemusí vynaložit finance, ale MSp ji může zbavit dluhu. K podnětu doplnil, že nezmiňuje, že dětské oběti mají nárok stejný jako ostatní oběti, a to v paušálních částkách dle § 28 zákona o obětech.

P. Carvanová reagovala, že v praxi MSp ztrátu na výděleku a odborníkem předepsanou újmu na zdraví propládá, v praxi je však toto pro zranitelné osoby neúčelné. Paušální částka není zmíněna, protože ta je pouze, pokud je způsobena újma na zdraví. Za 15 let měla jediný případ, kdy si znásilněná holčička stěžovala, a druhý den se případ dostal do podvědomí zdravotnictví. Zpravidla jsou děti zneužívány do zhruba 9 let, kdy si neuvědomují, že to, co se jim děje, je nezákonné. Újma se jim projevuje, až když začínají samy sexuálně žít, zpravidla mezi 15 a 17 rokem, kdy už žádná újma na zdraví není prokazatelná. Čekací doba hrazené péče 3-4 měsíce, děti potřebují

pomoc hned. Proplacení faktury na MSp trvá měsíce až roky, personální kapacity MSp jsou nedostatečné. Nedokáže si tedy představit čekat na proplacení faktury na budoucí služby, to už oběti mohou využít bezplatnou péči. Dnešní oběti trpí spíše nemajetkovou újmu – PTSD, zhoršení společenského uplatnění apod.

Doplnila, že mezinárodní závazky, zejména Úmluva o odškodňování obětí TČ, ukládají povinnost státu pomáhat obětem, a zároveň stanovuje deklaratorní, nikoliv taxativní výčet způsobů.

K finanční náročnosti pomoci obětem TČ zmínila, že dle vlastní analýzy se na odklonech za rok 2021, tedy na pomoc obětem TČ, vybralo 41 milionů Kč. V rámci peněžité pomoci pak MSp poskytlo 14 milionů Kč. Jinými slovy si na sebe oběti vydělají, a tyto částky byly platné v kontextu rozšířeného výkladu NSS.

Na dotaz paní Exnerové vysvětlila, že i zpětně může psychiatr předepsat újmu na zdraví trvajícím po nějakou dobu, či že stále trvá. Pak dítě dosahuje alespoň na paušální částku 10 000 Kč peněžité pomoci za újmu trvajícím déle než 3 týdny. Psychiatr už nedokáže napsat těžkou újmu na zdraví, tedy paušální částku 50 000 Kč, to může jen soudní znalec.

M. Prokeš souhlasil s argumenty a doporučil indexaci paušálních částek v zákoně v souvislosti s inflací. Zároveň navrhl elektronické vyřizování alespoň jasných případů, které jsou prokázány trestním rozsudkem.

J. Severa shrnul, že uvítá poznatky z praxe, které případy mohou být vyloučeny z práva na peněžitou pomoc, nebo se k pomoci dostávají obtížně. Z jeho pohledu nevnímá, že by byl problém prokázat újmu na zdraví, ač u obětí v sexuální oblasti. Újma na zdraví je i na duševním zdraví. Potvrdil, že personální kapacity nebyly ideální, v současnosti jsou žádosti vyřizovány rychleji. Některá řízení trvala i 2 roky, ale je nutnost odpovědět si na otázku, jestli je žadatel aktivně legitimovaný, tedy jestli se stala zdravotní újma odpovídajícího charakteru, a na to je někdy nutný i znalecký posudek, což řízení prodlužuje. Potvrdil, že přebytek prostředků je, ale neovlivní, jak s ním bude naloženo v rámci MSp. K doporučení p. Prokeše odvětil, že automatizovaným algoritmem toho, co je přiznáno v rámci adhezního řízení, by se do peněžité pomoci dostaly náklady, které jsou mimo účel zákona dle § 22 (zničené oblečení, rozbitý televizor, satisfakce za nemajetkovou újmu) směrem k odškodňovacímu institutu. Je nutno individualizovaně posoudit dopad TČ na jednotlivce, což žádný automat neposoudí.

P. Carvanová reagovala, že oběť sexuálního TČ nebude uplatňovat náhradu rozbitého televizoru. Citovala pak § 25 odst. 2 zákona o obětech k účelu peněžité pomoci. Mezinárodní závazky jsou postaveny na přesvědčení, že stát selhal při dohledu nad dítětem, má tedy překlenout jeho zhoršenou situaci, alespoň v nejnужnější míře. Stát pak může uplatnit regresní náhradu vůči pachateli. Uvedla příklad pětiletého dítěte zbitého kovovou tyčí, kdy bylo kompletně pokryto podlitinami, ač bez zlomenin. Dle TZ se jedná o těžké ublížení na zdraví, oběť však nemá nárok na peněžitou pomoc, protože modřiny se do 3 týdnů zhojí.

J. Severa reagoval, že takové dítě by mělo psychické následky přetrvávající déle než tři týdny, odborník by měl být schopen najít diagnózu.

Paní předsedkyně poděkovala za diskusi a poznamenala, že jí je nutno v podnětu reflektovat a jasně pojmenovat problémy v praxi.

Byl domluven termín schůzky mezi J. Severou, E. Petrovou a P. Carvanovou na Ministerstvu spravedlnosti, na které budou detailněji projednány mezery v systému a konkrétní návrh doporučení.

ÚKOL: Na příštím zasedání shrnout závěry schůzky.

3. Duševní zdraví

Zmocněnkyně vlády K. Š. Laurenčíková sdílela aktuality z mezirezortní skupiny pro dětské duševní zdraví. Den předtím MS zasedala a zabývala se zejména tématy psychosociální podpory a situací dětí z Ukrajiny. Ty jsou totiž ve třídách přítomny, ale nejsou integrovány. U dospívajících nad 15 let se pak neví, jak tráví čas, a jak je dobře zapojit do života. Je nutno posílit neformální vzdělávání a volnočasové aktivity, postupně posilovat odborné kapacity v péči o DZ a více akcentovat podporu mezirezortních týmů duševního zdraví. Ty jsou složeny ze zástupců následujících odvětví: psycholog ve zdravotnictví, sociální pracovních, speciální pedagog a na zkrácený úvazek i dětský psychiatr a dětský klinický psycholog. Využití lze evropské výzvy, příp. IROP, ze kterého některé nemocnice rozšířily své lůžkové kapacity. Často ani není potřeba nejvyšší odbornost, ale stačí dobrá podpora rodiny, učitele apod. I běžní pracovníci by měli být schopni dobře přechytit projevy dítěte, které se náročně projevuje, včas a přímo ve škole ho zastabilizovat a napojit na další odbornou pomoc. V systému včasná identifikace chybí. Zmínila i nutnost následné péče po propuštění z psychiatrické nemocnice. Takový systém by odlehčil přeplněným ordinacím dětských psychiatrů od dětí, jejichž problémy nebyly včas identifikovány. Týmy duševního zdraví do 48h přijedou a naučí paní učitelku, jak komunikovat s náročným dítětem. Z pilotáže jsou dobré zkušenosti. PS pana ministra k dětské psychiatrii diskutuje témata motivace k navyšování kapacit psychologů a psychiatrů, podporu lékařských fakult a motivaci studentů ke studiu, zvýšení úhrad. Je dále klíčová všeobecná primární prevence (bezpečné prostředí, zdravé vztahy, socio-emoční dovednosti, stress-management) i specifická primární prevence (revize RVP), vznik jednotného informačního portálu s databází evidence-based programů v jasné struktuře. Tak by se měl konkrétní pracovník jednoduše dozvědět, kdo pomůže s konkrétní situací či problémem. V ČR jsou již dostupné kvalitní programy ze zahraničí, ale nejsou přehledně na jednom místě.

Paní zmocněnkyně dále vysvětlila, že se týmy dělí na týmy „nižšího řádu“ – Zruč nad Sázavou, Pardubice, Kutná hora. Ty fungují díky výzvě MZ na podporu duševního zdraví z Norských fondů. Z Evropských fondů, operačního programu MZ jsou financovány další 3 týmy „vyššího řádu“ – CDZ – centra duševního zdraví pro děti. V nich působí mnohem více personálu, jak zdravotního (hrázeného pojišťovny), tak sociálního. V Praze funguje Dům tří přání, ve Středních Čechách nízkoprahové centrum a při Nemocnici v Ostravě centrum pro děti již s vážnou diagnózou i pro následnou péči po propuštění. Takový tým tak pomůže mnohem více dětem, než jen jeden psychiatr, jelikož tým z více stran pochopí celou situaci dítěte. Cílem je zajistit ideálně jeden tým na každý ORP, ač třeba jen mobilní tým, který bude schopen rychle vyjet a včas intervenovat. Bylo by rovněž užitečné rozšířit ambulantní služby o nižší odbornosti poskytující včasnou pomoc a rozšířit stacionář pro děti s duševními problémy - ideálně jeden na kraj.

K. Lindauerová připomněla projekt preventivních mikrotýmů a činnost pracovní skupiny k novému systému včasné intervence. Po konci pilotního projektu se zasazují o financování jinými způsoby, rozšíření po celé republice a zajištění návaznosti v případě přestěhování rodiny.

ÚKOL: Na příštím zasedání prodiskutovat téma duševního zdraví dětí dopodrobna, představit týmy duševního zdraví, příp. CDZ, pozvat zástupce Pracovní skupiny MZ k dětské psychiatrii (ČOSIV). Představit zprávu VOP k psychiatrické péči a Metodický pokyn k participaci dětí v psychiatrických nemocnicích. Přizvat zástupce SVP a představit jejich činnost. MŠMT a MZ informuje, jak by bylo možno zajistit přítomnost zdravotnického personálu v dětských domovech a její úhradu a odpovědnost za zdravotní úkony (tajemnice, ČOSIV, MŠMT).

4. Právo hospitalizovaného dítěte na přítomnost rodiče

J. Pavlovic vysvětlil vývoj a důvod vzniku metodiky. Pandemie Covid ukázala na nutnost podrobnějšího výkladu jedné věty v zákoně (§ 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách. I ombudsman řešil množství stížností a doporučil MZ přijetí metodického výkladu. MZ

proto požádalo NÚDZ o vypracování analýzy zkušeností ze zahraničí a dopadu přítomnosti zákonného zástupce na dítě. Z analýzy vyplývá velmi pozitivní dlouhodobý dopad na dítě. I akceptace a implementace léčebného postupu se výrazně zlepšuje. Cílem metodiky je učinit právní výklad zákona, opírající se o judikáty a mezinárodní příklady dobré praxe. Přítomnost ZZ nelze považovat za návštěvu a omezovat. Nejedná se pak jen o přítomnost rodiče, ale třeba i ředitele ústavu. Uvedl dobrý příklad nemocnic v Ostravě a Havířově, kde je vyvěšen nápis „rodič není návštěva“ hned na vstupních dveřích, a standard je tak všem známý. Není pak problém dát rodiči k posteli alespoň židli. Metodika obsahuje a popisuje i limity práva na přítomnost ve zdravotnickém zařízení, např. agresivní rodič, nakažlivé osoby apod. Vyjasnil, že právo se vztahuje na oba zákonné zástupce, tedy např. matku i otce. Nárok na proplacený pobyt má však jen jeden. Z hlediska evidence je pak klíčový jasný záznam ve spisové dokumentaci, proč nebylo realizováno právo rodiče na přítomnost u dítěte. **Metodika se nyní nachází ve vnitřním připomínkovém řízení a následně bude sdílena s odbornými společnostmi. Takový výhled je cca do poloviny ledna. Ve věstníku by tak metodika mohla být zveřejněna v polovině února.**

Metodika má stanovovat minimální standardy (např. do záchranky se nemůžou vzít oba rodiče, pokud zdravotníci potřebují vykonávat úkony cestou). Dopracovává se pak téma postupu v případě, že dítě nemá rodiče, pokud rodič nechce nebo nemůže u hospitalizace být (nezakládá důvod pro stigmatizaci), pokud dítě nechce rodiče, v jakém věku může vyjádřit přání odmítnout přítomnost rodiče, či jak postupovat v případě náročných stavebně-technických prostorů (současná situace některých nemocnic je opravdu náročná, hotelové ubytování by značně snížilo kapacity). Metodika také bude obsahovat návod pro právní oddělení nemocnic, jak zásady promítnout do vnitřních řádů. Jako příloha jsou předpokládána vodítka ke komunikaci s rodiči (každá nemocnice by měla mít vlastní metodiku family-centered care). Poděkoval pak za spolupráci s MPSV na stanovení postupu v případě, kdy dítě nemá rodiče nebo je týráno.

R. Hrdlička zmínil z praxe problematiku komunikaci s rodiči, např. že rodič chodí na návštěvy v jednu hodinu ráno, kupříkladu z důvodu pracovních směn.

Na žádost A. Šebkové o zapojení odborných společností ČLS JEP J. Pavlovic vysvětlil, že metodika je v současnosti právním dokumentem a vychází z rozsudků soudu. Na návrh M. Exnerové přislíbil, že lze metodiku projednat na setkání primářů dětských oddělení nemocnic.

J. Provazníková zmínila i problematiku kontaktu s dětmi v lázních, kdy je přijatý jeden rodič a druhý se nemůže kontaktu s dítětem domoci.

Tajemnice informovala o související činnosti zmocněnkyně. Tématem práv dětí a dalších zranitelných skupin ve zdravotnických zařízeních se zabývá obecně, ale i konkrétně přítomností zákonných zástupců. Zmínila kulatý stůl k právům zranitelných osob ve zdravotnických zařízeních, na kterém se odborníci zabývali zejména participací dítěte, zakotvením mezirezortní spolupráce, školením v efektivní komunikaci a přítomností dobrovolníků v nemocnicích. Skupina odborníků se bude scházet pravidelně.

Předsedkyně poděkovala a přesunula jednání k dalšímu bodu programu.

ÚKOL: Představit metodiku Výboru, jakmile bude zfinalizována (J. Pavlovic).

5. Metodika CAN pro PLDD

D. Lipová představila příručku Postup praktických lékařů pro děti a dorost při podezření na týrané, zneužívané a zanedbávané dítě (syndrom CAN), která byla vydána [ve věstníku MZ](#), a to spolu s příručkou pro radiology v případě podezření na syndrom CAN. Jedná se o materiály vypracované na základě kvalitativního výzkumu – rozhovorů s pediatry o bariérách, které jim znesnadňují včasné oznamování podezření, příp. je od ohlašování odrazují. Příručka byla distribuována do

ordinací PLDD. V současnosti pak probíhají semináře na krajské úrovni, zda příručka v praxi dostačuje. Příručka je pojata prakticky včetně relevantních kontaktů a grafických karet pro správné zaevidování, jelikož dobře vedená dokumentace sama o sobě je velmi důležitá v případě prokázání týrání. Obsahuje také kapitulu ke komunikaci s rodičem.

J. Provazníková příručku ocenila i z pohledu soudců.

Paní zmocněnkyně poděkovala za materiál. Doporučila provázání s [KID kartou](#), která obsahuje vodítka pro všechny. Zdůraznila nutnost zajistit komplexní fungování systému, aby fungoval všude stejně.

M. Prokeš souhlasil, že je potřeba zajistit různé cesty efektivního zachytu nevhodného jednání s dětmi včetně školy.

Paní předsedkyně poděkovala a přistoupila k dalšímu bodu programu.

6. Komplexní péče o děti se zdravotním postižením

a. Koncepce péče o děti a dospívající se závažnou život limitující a ohrožující diagnózou a jejich rodiny

M. Exnerová představila [materiál](#). Jedná se o konsenzuální materiál, který vznikl na základě spolupráce relevantních odborných společností a dalších organizací, jednotliví vizi, jak by měla vypadat komplexní péče o děti se závažnou diagnózou a jejich rodiny a poskytnutí podpory již při stanovení takové diagnózy. Koncepce vznikla v návaznosti na [seminář na téma Současný stav a možnosti dětské paliativní péče v České republice](#) konaný v Senátu PČR dne 25. 9. 2017. Účastníci se pak shodli na několika [doporučeních](#) relevantním rezortům. Doplnila, že systém je nutno budovat komplexně. Koncepce péče je postavena na 3 pilířích:

1. Identifikace dítěte a rodiny s paliativními potřebami, tvorba plánu péče a zajištění péče
2. Zajištění adekvátní a dostupné péče v domácím prostředí
3. Péče v závěru života, v období truchlení a pozůstalostní péče

V roce 2022 vznikla Koordinační skupina pro implementaci koncepce, do které jsou jmenováni zástupci relevantních OS a dalších organizací, poskytujících jak zdravotní, tak sociální služby. Jedná se o skupinu, která intenzivně pracuje na naplnění jednotlivých cílů Koncepce, včetně vypracování mezirezortní strategie péče o takto nemocné děti a jejich rodiny. Z klíčových doporučení byla zmíněna nutnost budování dostupné sítě poskytovatelů dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče pro děti (zde mimo jiné probíhá i komplexní zaškolení pečujících osob a jejich navázání na dostupné podpůrné služby v regionu), dále sítě poskytovatelů péče v domácím prostředí (včetně poskytovatelů MSPP pro péči v závěru života dítěte), a také doporučení obecně zakotvit zdravotní respitní péči do zákona o zdravotních službách tak, aby byl umožněn pečujícím rodinám efektivní odpočinek od náročné celodenní péče. Zdravotní respitní péče poskytovaná v rámci zdravotnického zařízení (např. dětský lůžkový hospic) by měla být realizovaná tak, aby mohly být v takovém zařízení naplněny i sociální potřeby klienta včetně vzdělávání a rodina by současně měla mít možnost pobytu se svým dítětem. Možnost společného ubytování je v zahraničí běžná a pro rodiny důležitá s tím, že během celého pobytu je zajištěna odborná péče o dítě personálem daného zařízení. Dostupnost potřebných služeb (ať zdravotních či sociálních), tedy síť relevantních poskytovatelů, je pak nutná napříč ČR. Poděkovala pak MZ za dlouhodobou spolupráci v oblasti paliativní péče.

b. Návrh zřízení Center komplexní péče

D. Lipová z Nadace Sirius představila návrh úpravy Center komplexní péče. Bude se jednat o registrované zdravotnické zařízení, ukotvené stejně jako Centra duševního zdraví pro děti od narození do 18 let se závažnými zdravotními problémy (vzácná onemocnění, vážné zdravotní postižení nebo kombinované poruchy) a somatickými projevy. CKP nemá nahrazovat sociální služby. Podmínkou je zdravotně nestabilní stav, stupeň závislosti 3-4. Takových dětí je v ČR cca 11 000, ne všechny ale budou v zařízeních. Je snaha tedy počty vyjasnit skrze ÚZIS. Přijetí dítěte pak bude možné pouze na indikaci ošetřujícího lékaře (PLDD nebo jiný lékař), konkrétní indikace se však řeší. Zařízení si službu registruje zvlášť nebo v kombinaci s jinými službami. Odbornost bude zajištěna 24 hodin denně dle personálních standardů - pediatrem, fyzioterapeutem, klinickým psychologem. Péče bude poskytována ve formě dlouhodobé lůžkové, lůžkové respitní péče, kterou je nutno ukotvit do zákonné úpravy, a ve vlastním prostředí pacienta.

Co se týče sociální péče, v současnosti se řeší úhrady. Počítá se s tím, že zařízení budou finančně náročná a bude nutné dofinancování městem/krajem. Stejně jako v hospicích bude přesměrováván příspěvek na péči do zařízení.

Řeší se rovněž, jaká bude garance ze zdravotního pojištění, např. maximálně 14 dní ze 60 předcházejících dní, nebo maximálně 14 dní v kuse a zároveň maximálně 60 dní za posledních 12 měsíců. Z hlediska kapacit se počáteční požadovaný stav bude pohybovat kolem 500 lůžek, ale vzhledem k nedostatku odborníků budou pravděpodobně postupně vznikat jednotky míst na kraji. Velký potenciál pro vznik CKP představují nemocnice v malých městech, příp. současná dětská centra. V současnosti by však skoro žádné centrum nesplňovalo nastavené standardy.

Cílem je pak zavést zdravotní respitní péči do českého systému zdravotnictví. Není čas čekat deset let, než bude nastaven zcela nový systém. Zároveň by se mělo i zdravotním pojišťovám ukázat, že je taková péče důležitá a není tak nákladná, jako se jí obávají.

A. Šebková a M. Exnerová upozornily na potřebu sladění všech aktivit s koncepcí paliativní péče o děti, aby řešení bylo opravdu systémové a netříštily se kapacity i finanční prostředky. O tomto návrhu dosud neslyšely a navrhují proto projednání s odbornými společnostmi a zajištění relevantních dat.

Š. Tyburcová na dotaz B. Křížanové vysvětlila, že legislativní úprava bude obdobná, jako byl poslanecký návrh v minulém období, nicméně bude krátká a další podrobnosti jako standardy budou stanoveny podzákonnými předpisy ministerstva.

Paní předsedkyně poděkovala za představení a bod ukončila.

ÚKOL: Sdílet legislativní návrh Center komplexní péče s Výborem a relevantními odbornými společnostmi (ČPS, OSPDL, ČSPM) a výsledky projednávání s odbornými společnostmi, co nejdříve to bude možné (Ministerstvo zdravotnictví).

7. Zbývá Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte v gesci MZ

a. Strategie na ochranu zdraví dětí a dospívajících

Š. Tyburcová s odkazem na podkladový materiál s vyjádřením MZ k naplňování závěrečných doporučení potvrdila, že [Strategický rámec Zdraví 2030](#) neobsahuje žádné cíle specifické pro děti. Neexistují pak ani žádné další relevantní navazující strategické dokumenty (Akční plány, opatření, měřitelné indikátory, hodnocení), který by zdravím dětí blíže rozepisoval či reguloval.

Paní předsedkyně a paní tajemnice považovaly úpravu za nedostatečnou. Zejména pro další zpravování Výboru OSN o plnění doporučení je nutno mít jasnou vizi a měřitelné indikátory pro to, kam Česká republika směřuje a čeho chce v určitém časovém výhledu dosáhnout. Zmínily zejména témata nedostatku PLDD a kapacit péče o dětské duševní zdraví. Z důvodu nedostatku času byl bod přesunut na další zasedání Výboru.

ÚKOL: Na příštím zasedání téma zakotvení zdraví dětí ve strategickém rámci ČR opětovně otevřít včetně zmínění aktuálních dat.

A. Šebková zmínila svou účast na přípravě akčních plánů ke Strategii 2020. V těchto akčních plánech byla všechna opatření detailně popsána, avšak bohužel se s nimi dále nepracovalo. V souvislosti s předchozí diskusí přislíbila zaslat podklad k nedostatku PLDD.

Paní předsedkyně uvítala nabídku podkladu k primární péči a nutnosti provázanosti strategických dokumentů s praxí.

ÚKOL: Na některém z příštích zasedání projednat podklad k nedostatku PLDD.

b. Zdravotní péče ve školách

Š. Tyburcová shrnula, že novela zákona o zdravotních službách umožňuje poskytování zdravotní péči ve škole na základě indikace PLDD. Vlastní prostředí pacienta bylo totiž výslovně rozšířeno i na školu.

P. Šuplerová za KVOP shrnula, že novela naprostou většinu problémů neřeší. Školy o novele často nevědí, je potřeba vytvořit podpůrný metodický materiál, aby školy věděly, jak takovou péči v praxi poskytovat. Souhlasila s A. Šebkovou, že učitelé či asistenti pedagoga na speciálních školách běžně medikují, ač poskytovat zdravotní službu dle zákona nemohou.

M. Exnerová doplnila, že praxe u těžších případů naráží na celorepublikově nedostatečné kapacity domácí zdravotní péče pro děti.

M. Šimůnková doplnila, že novela neřeší odpovědnost za ostatní zdravotní úkony, např. podání běžného léku. KVOP po MZ požadovalo vyjasnění i úkonů, které jsou v odpovědnosti samotných škol, a alespoň základní zmapování, kolik takových dětí ve školách je a jaká je praxe škol, jelikož byly vykazovány rozdíly v činnosti jednotlivých škol.

I. Blažková poukázala, že metodika byla zveřejněna na webu MŠMT od účinnosti novely. MŠMT po posledním jednání s KVOP přislíbilo revizi v návaznosti na podněty z praxe. V terénu mají největší problémy mateřské školy s dětmi s diabetes (400 dětí v MŠ, celkem necelých 5000). Od 8-9 let je schopno si dítě regulovat hladinu cukru samo. **Z právního hlediska však není možné pedagogickému pracovníkovi nařídít výkon zdravotních služeb.**

Š. Tyburcová potvrdila, že data ÚZIS nerozpoznávají, v jakém prostředí se lék podává, ani věk.

M. Exnerová navrhla, že data by bylo možno zjistit z výkazů, např. kombinací diabetes a domácí zdravotní péče. Tato data budou ze škol, jelikož v jiných prostředích péči poskytují rodiče.

ÚKOL: MŠMT na některém z příštích zasedání představí revizi metodiky k poskytování zdravotních služeb ve školských zařízeních a data, o kolik dětí se jedná. Rovněž zapojí VOP do aktualizace metodiky.

ÚKOL: MZ zašle statistická data, jak je účinná předmětná novela.

c. Pedagogové v nemocnicích

Téma pedagogů v nemocnicích bylo otevřeno v návaznosti na Kulatý stůl k právům dětí ve zdravotnických zařízeních. I. Blažková zmínila, že v ČR je 86 zdravotnických zařízení, u 20 z nich funguje školní klub. Od 1. 1. 2020 proběhla reforma financování školství, aby prostředky nebyly čerpány bezúčelně. Došlo tedy k omezení školních klubů, jediný, který se dosud ozval se zatím jeden, některé školy dle §16 odst. 9 mají oddělení při nemocnici, tedy si financování rozdělí v rámci školy. Dotklo se nemocničních škol, ale doba hospitalizace se zkracuje a co nejdříve přechází do domácí péče, proto jsou školy prázdné. Za účel nemocničních škol označila zabavení pacientů, tedy zájmovou činnost. Pokud však má být hrazena, musí vykazovat určitou činnost a formu. Ředitel Černý nabízel schůzku, aby našli společné řešení.

Paní tajemnice požádala o informace o vývoji na dalším zasedání, aby bylo možno přemýšlet o systémovém řešení, např. formou herních terapeutů a podobných služeb.

ÚKOL: Na příštím zasedání sdílet informace, jak dopadlo řešení školního klubu ve FN Hradec Králové (MŠMT).

Z důvodu naplněného času paní předsedkyně poděkovala přítomným za účast, další projednávání Závěrečných doporučení z gesce Ministerstva zdravotnictví přesunula na další zasedání a jednání ukončila.
