



Praha 27. září 2021

Č. j.: MZDR 15757/2020-59/MIN/KAN



MZDRX01HND7B

MIMOŘÁDNÉ OPATŘENÍ

Ministerstvo zdravotnictví jako správní úřad příslušný podle § 80 odst. 1 písm. g) zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 258/2000 Sb.“), nařizuje postupem podle § 69 odst. 1 písm. i) a odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb. k ochraně obyvatelstva a prevenci nebezpečí vzniku a rozšíření onemocnění covid-19 způsobeného novým koronavirem SARS-CoV-2 toto mimořádné opatření:

1. Při volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v roce 2021 se členům okrskové volební komise po celou dobu přítomnosti na zasedání této komise, všem osobám přítomným ve volební místnosti v průběhu hlasování a sčítání hlasů, všem osobám přítomným při hlasování do přenosné volební schránky a všem osobám přítomným při hlasování zvláštním způsobem hlasování podle zákona č. 296/2021 Sb., o zvláštních způsobech hlasování ve volbách do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v roce 2021 a o změně některých zákonů, s účinností ode dne 6. října 2021 od 00:00 hod. do 10. října 23:59 hod. nařizuje mít nasazen ochranný prostředek dýchacích cest (nos, ústa), kterým je respirátor nebo obdobný prostředek (vždy bez výdechového ventilu) naplňující minimálně všechny technické podmínky a požadavky (pro výrobek), včetně filtrační účinnosti alespoň 94 % podle příslušných norem, které brání šíření kapének.
2. Bod 1 se nevztahuje na:
 - a) děti, které dosud nezačaly povinnou školní docházku,
 - b) osoby s poruchou intelektu, s poruchou autistického spektra a kognitivní poruchou nebo se závažnou alterací duševního stavu, jejichž mentální schopnosti či aktuální duševní stav neumožňují dodržování tohoto zákazu,
 - c) pacienty, jsou-li hospitalizováni ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče,
 - d) uživatele sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb, kterými jsou týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, a v zařízeních poskytujících odlehčovací sociální služby v pobytové formě,

- e) osoby, které nemohou mít ze závažných zdravotních důvodů nasazen ochranný prostředek dýchacích cest podle bodu 1, a jsou schopny tuto skutečnost prokázat lékařským potvrzením; tyto osoby jsou však povinny mít nasazen jiný ochranný prostředek dýchacích cest, který je v lékařském potvrzení specifikován, vyjma případů, kdy je v lékařském potvrzení výslovně uvedeno, že dotyčná osoba nemůže mít nasazen jakýkoli ochranný prostředek dýchacích cest,
- f) osoby, které jsou vyzvány členem okrskové volební komise nebo komise pro hlasování k sejmutí ochranného prostředku dýchacích cest podle bodu 1, po dobu nezbytně nutnou k prokázání totožnosti.

Odůvodnění:

Ministerstvo zdravotnictví přistoupilo k vydání tohoto mimořádného opatření na základě následujících skutečností a důvodů a v souladu s ustanovením § 3 odst. 2 zákona č. 94/2021 Sb., o mimořádných opatřeních při epidemii onemocnění covid-19 a o změně některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon č. 94/2021 Sb.“), je odůvodňuje následovně:

I.

Aktuální analýza epidemiologické situace onemocnění covid-19

Vývoj v zemích Evropské unie (EU) a evropského hospodářského prostoru (EHP) je charakterizován stále vysokým počtem nově diagnostikovaných případů onemocnění covid-19, avšak již není patrný trend růstu, nýbrž dochází k pomalému poklesu počtu případů. Zároveň setrvává stále nízký počet úmrtí na toto onemocnění i stabilní počet hospitalizací včetně hospitalizací na jednotce intenzivní péče (JIP), zejména ve srovnání s loňským obdobím. Evropské centrum pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC) ve svém týdenním reportu předpokládá, že tento trend bude pokračovat i v následných dvou týdnech.

Nutno však poznamenat, že i přes celkový pokles nových případů onemocnění v rámci EU/EHP, je situace mezi jednotlivými zeměmi odlišná. Růst počtu případů lze aktuálně pozorovat v severovýchodních zemích a ve východních zemích EU/EHP. Několik zemí hlásí i zvýšený počet nových případů v seniorní skupině obyvatel v posledním týdnu, vyšší počet hospitalizací a také úmrtí. Ke konci 37. kalendářního týdne byla 14denní incidence případů v zemích EU/EHP 157 případů na 100 tisíc obyvatel (v předchozím týdnu 171 případů), v České republice byla ke stejnému datu hodnota 14denní incidence 53 případů, aktuální hodnota 14denní incidence (25. 9. 2021) je 58 případů, tedy téměř třetinová ve srovnání s průměrem EU/EHP a Česká republika i nadále patří mezi země s nejnižší incidencí v EU/EHP. Většina zemí EU/EHP (18 zemí) se pohybuje mezi hodnotami 100 až 300 případů na 100 tisíc obyvatel, v několika zemích (7 zemí) pak byla na konci 37. týdne pozorována hodnota vyšší než 300 případů. Průměrná 14denní incidence případů ve věkové kategorii 65+ v zemích EU/EHP je 70 případů na 100 tisíc obyvatel, což také představuje mezitýdenní pokles, jelikož na konci 35. týdne byla tato hodnota na hodnotě 76 případů. Česká republika byla dle hodnocení ECDC na konci 37. týdne zemí s nejnižší 14denní incidencí v této věkové kategorii, s hodnotou nižší než 20 případů na 100 tisíc obyvatel, aktuální 14denní incidence (24. 9. 2021) v této věkové kategorii má hodnotu 20,5 případů na 100 tisíc obyvatel, tedy více než 3x méně, než je průměr EU/EHP. Většina států se pak pohybuje opět ve významně vyšších hodnotách u tohoto parametru, a to v celkem 13 zemích EU/EHP byla na konci 37. týdne

hlášena 14denní incidence v kohortě 65+ v rozmezí 50 až 150 případů a v 6 státech byla tato hodnota dokonce překročena.

I nadále je z hlediska věku v zemích EU a EHP nejvíce nových případů diagnostikováno ve věkové skupině 15 až 24 let, avšak i zde je v posledních týdnech sledován celkový pokles, stejně tak dochází i ke stabilizaci počtu případů ve věkové skupině do 15 let.

Rozdíly mezi zeměmi EU/EHP jsou pak mnohem větší při porovnání proočkovanosti populace v jednotlivých zemích. Průměrná proočkovanost u dospělé populace (18+) je v zemích EU/EHP 73 %, avšak ve velmi širokém rozmezí mezi jednotlivými zeměmi od 22 % do 91 % s tím, že nejnižší hodnota připadá na Bulharsko, nejvyšší pak na Irsko. V ČR je kompletně naočkováno 67 % osob v dospělé populaci. Ve skupině osob starších 80 let je v zemích EU/EHP proočkovanost 85%, opět v širokém rozmezí od 20% do 100%, v ČR je pro srovnání s dokončeným očkováním 80,6% obyvatel této věkové kategorie. Obecně lze konstatovat, že nižší proočkovanost je pozorována v zemích východní Evropy.

Denní přehled o počtu osob s nově prokázaným onemocněním covid-19 a dalších sledovaných parametrů v ČR je pak pravidelně zveřejňován na webových stránkách <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/covid-19>, kde jsou rovněž dostupné různé datové sady pro hodnocení vývoje onemocnění covid-19 v časové ose.

Aktuální přehled očkování je dostupný na webových stránkách <https://onemocneni-aktualne.mzcr.cz/vakcinace-cr>.

Týdenní reporty o trendech a vývoji, včetně proočkovanosti v EU/EHP jsou dostupné z <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates>.

V rámci České republiky lze hodnotit současný vývoj i přes aktuální nárůst počtu nově diagnostikovaných případů jako poměrně stabilní, jelikož nejsou pozorovány žádné významné známky eskalace a rizikový vývoj ve sledovaných parametrech, tj. zejména v počtech hospitalizací na JIP, úmrtnosti, počtu případů ve věkové skupině 65+, či průlomových infekcí u očkovaných osob, jelikož více než 80 % nových případů připadá na osoby neočkované a v neposlední radě také ani v relativní pozitivitě indikovaných testů.

Data a trend vývoje sledovaných ukazatelů a parametrů pro hodnocení epidemie ukazují v posledním týdnu na sice pokračující nárůst nových případů onemocnění covid-19, avšak ve srovnání s předchozím týdnem jsou současné hodnoty 7denního klouzavého průměru o 7 % vyšší, což ukazuje na pokračující postupné zpomalování tempa růstu, neboť v předchozím období jsme pozorovali růst o desítky procent.

Nárůst počtu případů není plošný, tj. celorepublikový, aktuálně jsou patrné významné meziregionální rozdíly, což dokladuje i široké rozmezí hodnot 7denní incidence v jednotlivých krajích. V Libereckém kraji a Královéhradeckém kraji je hodnota 7denní incidence nižší než 10 případů na 100 tisíc obyvatel (25. 9. 2021), na opačné pólu je pak Moravskoslezský kraj a hlavní město Praha, kde se 7denní incidence pohybuje aktuálně okolo hodnoty 50 případů na 100 tisíc obyvatel. Většina krajů se pak pohybuje v rozmezí 15 až 25 případů na 100 tisíc obyvatel. Poklesy ve srovnání s minulým týdnem jsou zřejmé v Karlovarském kraji, Zlínském kraji, Olomouckém kraji a Plzeňském kraji. Nárůst počtu případů ve srovnání s přechodným obdobím je pozorován, stejně jako v předchozím týdnu v Moravskoslezském kraji, Středočeském kraji, Jihočeském kraji, kraji Vysočina a v hlavním městě Praze, s tím, že tento růst je většinou v rozmezí 10 až 15 %, vyjma Jihočeského kraje a Moravskoslezského kraje,

kde je mezitýdenní nárůst téměř 30 %. V ostatních nejmenovaných krajích pak sledujeme stagnaci počtů nových případů.

Kumulativně se i nadále ve většině krajů pohybuje denní průměr počtu nově diagnostikovaných případů onemocnění covid-19 v rozmezí 10 až 20 případů, nad těmito hodnotami je z důvodu výraznějšího nárůstu v posledním týdnu Jihočeský kraj s téměř 30 novými případy denně, a dále dlouhodobě Jihomoravský kraj, kde je aktuálně denní průměr nad 40 nových případů, a Středočeský kraj s více než 60 případy denně, v Moravskoslezském kraji je pak denně v průměru potvrzeno více než 80 případů. Nejvyšší denní průměr počtů nových případů připadá na hlavní město Praha, kde je denně diagnostikováno v průměru téměř 90 nových případů onemocnění. Obecně lze konstatovat, že vyšší počty nových případů připadají na větší kraje a s tím související vyšší mobilitou osob.

Z meziročního srovnání parametrů na celorepublikové úrovni vyplývá, že současná 7denní incidence je ve srovnání se stejným obdobím loňského roku přibližně pětina, aktuálně k datu 25. 9. 2021 dosahuje hodnoty 30 případů na 100 tisíc obyvatel. Naproti tomu v loňském roce k datu 25. 9. 2020 byla republiková 7denní incidence na hodnotě 141 případů na 100 tisíc obyvatel. Klouzavý denní průměr případů byl k 25. 9. 2020 vyšší než 2 100 případů, naproti tomu aktuální je na hodnotě 450 případů a v loňském roce jsme v tomto období sledovali významnou eskalaci nových případů onemocnění.

Stejný vývoj je pozorován i na regionální úrovni s tím, že v loňském roce 7denní incidence v hlavním městě Praze přesahovala hodnotu 240 případů na 100 tisíc obyvatel, aktuální (25. 9. 2021) je na hodnotě 50 případů na 100 tisíc obyvatel. Nižší hodnoty 7denní incidence ve srovnání s loňským rokem vykazují i další kraje. V loňském roce v totožném období hranici 100 případů na 100 tisíc obyvatel překročilo 12 ze 14 krajů. Aktuálně je nad hodnotou 25 případů na 100 tisíc obyvatel, tj. čtvrtinovou, 5 krajů a hodnoty 50 případů na 100 tisíc obyvatel za 7 dní dosahují pouze dva kraje.

Bližší pohled na věkové rozložení nově diagnostikovaných případů na republikové úrovni ukazuje trvalý zvýšený výskyt nákazy v populační skupině 16 až 19 let a 20 až 29 let, dohromady tyto dvě věkové kohorty představují jednu pětinu všech nových případů zjištěných v posledním týdnu. Pokud bychom srovnali meziročně hodnoty ve věkové skupině 16 až 19 let, jsou i zde zřejmé markantní rozdíly. V loňském roce byla 7denní incidence 358 případů, v letošním pak 53 případů na 100 tisíc obyvatel, kumulativně jde pak o srovnání téměř 1 400 případů v roce 2020 za 7 dní a 200 případů za 7 dní ve stejném období letošního roku.

Obdobně je tomu i ve vysoce sledované věkové kategorii 65+ z hlediska zátěže nemocnic, kde aktuálně již není pozorován nárůst počtu nových případů, nýbrž stabilní počet a ve srovnání se stejným obdobím loňského roku jsou současné hodnoty podstatně nižší. V loňském roce k 25. 9. 2020 byl denní průměr 220 případů, aktuálně k 24. 9. 2021 je denní průměr zhruba 30 případů a v 7denní incidenci jde o srovnání 72 případů na 100 tisíc obyvatel v roce 2020 s aktuální hodnotou 11 případů na 100 tisíc obyvatel, což je hodnota šestinásobně nižší. Důležitým momentem současného vývoje v této věkové kategorii je skutečnost, že se narůstající počet nových případů významně negativně neprojevil do počtu hospitalizací, neboť zátěž zdravotního systému je významným ukazatelem pro hodnocení míry rizika pro veřejné zdraví.

Nejvíce zatíženými skupinami dle hodnot 7denní incidence jsou aktuálně mladší věkové kategorie, a to jak děti ve věku 6 až 11 let, tak i starší děti ve věku 12 až 15 let. Každá z těchto skupin se podílí zhruba 10 % na celkovém počtu nových případů. U skupiny 12 až 15 let pak pozorujeme v mezitýdenním srovnání téměř 15% pokles, v mladší věkové skupině pouze mírný nárůst. Tento vývoj ve skupině 12 až 15 let, lze také s velkou pravděpodobností přičíst

postupující vakcinaci v této populační skupině, kde je již k 24. 9. 2021 s dokončeným očkováním téměř 30 % osob z této věkové skupiny.

Zvýšený počet případů v populační skupině dětí a mladistvých má však souvislost i s preventivním screeningovým testováním ve školách na začátku tohoto školního roku, díky němuž byly diagnostikovány i případy onemocnění, které by pravděpodobně jinak nebyly odhaleny, včetně těch, které byly následně odhaleny v rámci testování rizikových epidemiologicky významných kontaktů.

Zvýšený počet případů mezi mladými lidmi není neobvyklým jevem ani při pohledu na vývoj v okolních zemích, avšak i zde dochází k postupné stabilizaci vývoj počtu nových případů, jak již bylo výše popsáno. Tato populační skupina je totiž stále jednou z nejméně proočkováných skupin. Ke dni 24. 9. 2021 mělo ve věkové skupině 16 až 19 let dokončené očkování 52 % osob této populační skupiny, což stále představuje vyšší počet osob vnímavých v nákaze v této věkové skupině a společně pak se vzorcem chování této skupiny, obecně charakterizovaným vyšším počtem sociálních kontaktů mimo obvyklou „sociální bublinu“ (rodina, škola, pracoviště) a množstvím různých společenských aktivit, představuje i vyšší počet potenciálně rizikových kontaktů a s tím související zvýšenou míru rizika nákazy.

Důležitým parametrem pro hodnocení vývoje epidemie a jejích dopadů je stav kapacit nemocniční péče. V tomto segmentu je patrný sice mírný nárůst počtu hospitalizovaných osob, ale tento trend je významně pomalejší, než jsme sledovali v minulém roce. K 25. 9. 2021 je hlášeno přibližně 170 hospitalizací, v loňském roce ve stejném období bylo v nemocnicích hospitalizováno více než 800 pacientů s onemocněním covid-19 a téměř u 160 pacientů vyžadoval jejich zdravotní stav nutnost hospitalizace na jednotce intenzivní péče (JIP). V současné době (25. 9. 2021) je na JIP hospitalizováno okolo 40 pacientů, z toho téměř polovina připadá na hlavní město Prahu a Moravskoslezský kraj, v ostatních krajích jsou počty pacientů hospitalizovaných na JIP v řádu jednotek.

Tomuto stavu v nemocniční péči výrazně napomáhá i pokračující vakcinace a s tím související zvyšující se míra proočkování obyvatel napříč populačními skupinami, což mimo jiné i dokládá, že většinu hospitalizovaných pacientů s těžkým průběhem tvoří osoby neočkované. Tato skutečnost je i odrazem celkového stavu epidemické situace, kdy okolo 80 % nově diagnostikovaných případů onemocnění covid-19 připadá na neočkované osoby.

Proto je nutné zdůraznit, že v nejstarší a zároveň nejohroženější populační skupině, tj. osoby starší 80 let, je stále neočkováno přibližně 20 % osob, což představuje v případě opětovného nárůstu tempa komunitního šíření významné riziko pro zátěž nemocniční péče.

Trend poměrně rychlé změny a nárůstu nově diagnostikovaných případů nebyl neobvyklým jevem ani v ostatních zemích, obdobnou situaci jsme mohli nebo můžeme i nadále pozorovat např. v Nizozemsku, Německu, Rakousku, Řecku, Francii, Velké Británii, USA, Rusku, Japonsku či v dalších státech, kde se nová delta varianta viru SARS-CoV-2 začala velmi rychle šířit. Aktuálně je varianta delta již globálně dominantní variantou a představuje tak většinu nově detekovaných případů onemocnění. Podobnou situaci lze pozorovat i v České republice.

Z tiskové zprávy Státního zdravotního ústavu ze dne 20. 9. 2021 vyplývá, že výsledky diskriminačních PCR testů stále ukazují na dominanci delta varianty, včetně jejích subvariant, kdy na tuto variantu připadá přibližně 95 % případů. Podíl původní varianty delta ve výsledcích z celogenomové sekvenace představuje aktuálně zhruba 60 %. Je pozorován nárůst podílu stejných subvariant delta varianty, které se šíří i v dalších zemích. Z hlediska chování viru

v populaci však klinická praxe zatím nehlásí žádné změny.[1] Tento jev, kdy varianta delta „vytlačila“ do té doby dominantní variantu alfa, je primárně zapříčiněn tím, že varianta delta je charakterizována vyšší transmisibilitou, vědecké publikace uvádějí o 40 až 60 % vyšší transmisibilitu než u varianty alfa [2,3]. Rizikovým faktorem této varianty je pak zejména její schopnost částečně „obejít“ očkování, kdy při zhruba 30% účinnosti vakcinace na tuto variantu po aplikaci první dávky vakcín s dvoudávkovým schématem lze důvodně předpokládat zvýšené riziko nákazy touto variantou, což ukazují i publikovaná vědecká data z Velké Británie, která byla publikována v The New England Journal of Medicine. Tato práce mimo jiné porovnává účinnost vakcín u různých variant, a to konkrétně mezi variantou alfa a variantou delta [4]. Z tohoto důvodu je klíčové, zejména s ohledem na podzimní sezónu respiračních nákaz a stále poměrně vyššího počtu neočkovaných osob v seniorní populační skupině, co nejvíce a nejdříve proočkovat tuto vulnerabilní skupinu s častým výskytem přidružených onemocnění společně s osobami s oslabenou imunitou, jelikož u těchto kohort obyvatel může mít onemocnění vzhledem k jejich zdravotnímu stavu závažnější průběh vyžadující hospitalizaci. A očkování, zejména pak dokončené očkování, výrazně chrání před závažným průběhem onemocnění, jak deklaruje ve svém vyhodnocení i britský úřad pro veřejné zdraví Public Health England, který uvádí více než 95 % ochranu před hospitalizací u osob očkovaných dvěma dávkami. [5]

II.

Důvody, které vedly ministerstvo k vydání mimořádného opatření

Ministerstvo zdravotnictví považuje i nadále s ohledem na výše uvedenou aktuální analýzu epidemiologické situace za nezbytné pokračovat v nastavených protiepidemických opatřeních, kterými lze předejít významnému rozšíření nákazy, a tím zhoršení celkové epidemiologické situace. Použití ochranného prostředku dýchacích cest, který brání šíření kapének, je i mezinárodně hodnoceno jako jedno z významných a zásadních protiepidemických opatření, kterým lze dosáhnout omezení šíření nákazy.

V době převládající snadněji šířitelné varianty delta považujeme za nezbytné nastavit povinnost nošení adekvátních ochranných prostředků dýchacích cest ve vnitřních prostorách, kde budou probíhat volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v roce 2021 a kde je z objektivních důvodů vyšší míra rizika přenosu viru SARS-CoV-2, zejména proto, že zde dochází ke kumulaci vyššího počtu různých osob na jednom místě v jeden čas, tj. osob nesdílejících společnou domácnost, které mnohdy mohou cestovat do místa svého trvalého bydliště i na větší vzdálenosti. Dále je vycházeno z nemožnosti vždy dodržet dostatečný rozestup od dalších voličů nebo jejich doprovodů a současně nutnosti sejmout ochranu dýchacích cest k prokázání totožnosti. Členové okrskové volební komise budou v rámci zajištění zvláštního způsobu hlasování navštěvovat i pobyťová sociální nebo zdravotnická zařízení, včetně uzavřených, kde mohou přijít do kontaktu s osobami ve zvýšeném riziku závažného průběhu onemocnění covid-19. Jedná se o zařízení s vulnerabilními skupinami, jehož provoz, zejména návštěvy a regulace osob z venkovního prostředí, je stanovena specifickými mimořádnými opatřeními. Cílem je ochrana rizikových skupin, a to včetně personálu v těchto zařízeních. Z daného důvodu je považováno za standard, aby další osoby vstupující do předmětného sociálního nebo zdravotnického zařízení vybaveny vyšší ochranou dýchacích cest. Současně argumentujeme, že okrskové volební komise budou při zajišťování volby do zvláštní přenosné volební schránky, např. ve zdravotnických zařízeních, přicházet do

styku s osobami prokazatelně nemocnými covid-19. Z výše uvedeného důvodu je třeba zajistit i jejich maximální možnou ochranu před přenosem viru SARS-CoV-2.

Důkazy o zásadním vlivu ochrany dýchacích cest na prevenci přenosu SARS-CoV-2 jsou publikovány v řadě vědeckých studií a ochranu nosu a úst doporučují na jejich základě veřejnosti i významné mezinárodní organizace, včetně Světové zdravotnické organizace (WHO), Evropského střediska pro kontrolu a prevenci nemocí (ECDC) nebo Střediska pro kontrolu a prevenci nemocí Spojených států amerických (CDC).

V průměru dochází k více než pětinasobnému snížení rizika přenosu (v recentním systematickém přehledu ze 17,4 % bez obličejové masky na 3,1 % s obličejovou maskou, např. N95, chirurgická nebo 12-16 vrstevová bavlněná rouška). Účinnost tohoto opatření na úrovni jednotlivce i na úrovni populace kromě toho prokázalo i několik dalších studií o používání zdravotnických nebo nezdravotnických obličejových masek. Správně nošená obličejová maska (tj. zakrývající nos a ústa) je nejen účinná při snižování šíření viru pomocí respiračních sekretů (tj. kontrola zdroje nákazy), ale také při ochraně jednotlivců před onemocněním covid-19. Zdravotnické obličejové masky představují jednoduchou bariéru, která zabraňuje šíření kapének respiračních sekretů vzduchem na jiné lidi, především při mluvení, kašlání nebo kýchání. Blíže např. studie: GÖPFERTO VÁ, Dana a FABIÁNOVÁ, Kateřina. Epidemiologická charakteristika onemocnění covid 19: úvaha nad současnými poznatky o onemocnění. Farmakoterapeutická revue: Nový koronavirus SARS-CoV-2 a onemocnění covid-19. 2020, 5(Suppl 1), 30-36. Dostupné z: https://farmakoterapeutickarevue.cz/Resources/Upload/farmakoterapie/casopisy/supplement_01-2020//fr_2020_suppl1_covid-19.pdf.

Kapénky větší než 10 μm (velké kapky) jsou často generovány kašlem nebo kýcháním, ale i křičením, smíchem či běžnou mluvou, a dochází k jejich uvolňování někdy velkou rychlostí (50 m/s při kýchání, 10 m/s při kašli). Díky svým rozměrům a velké rychlosti se tyto velké kapky dostávají na daleko větší vzdálenosti než malé kapky. Velké kapky mohou bez bariéry doletět až do vzdálenosti více jak 2 metry (kašel) a více jak 6 metrů (kýchání). Samotné dodržování obvyklé distanční vzdálenosti nemusí zabránit přenosu těchto velkých kapek, které mohou obsahovat virus.

Efekt opatření typu ochrany dýchacích cest je předmětem zkoumání řady studií. Například studie Mitze, Timo, et al. "Face masks considerably reduce covid-19 cases in Germany." *Proceedings of the National Academy of Sciences* 117.51 (2020): 32293-32301 využila regionální údaje o počtu potvrzených případů v sousedním Německu. Vzhledem k tomu, že ochrana dýchacích cest byla v různých německých regionech povinná v různých časových obdobích, autoři mohli porovnat nárůst infekcí v regionech s povinnou ochranou dýchacích cest a v regionech bez povinnosti používat ochranu dýchacích cest. Po zvážení různých odhadů dospěli k závěru, že 20 dní po zavedení povinné ochrany dýchacích cest se počet nových infekcí snížil přibližně o 45 %. Autoři podotýkají i to, že vzhledem k tomu, že ekonomické náklady se ve srovnání s jinými opatřeními v oblasti veřejného zdraví blíží nule, zdá se, že masky jsou nákladově efektivním prostředkem boje proti covid-19.

Z podobných výzkumů například autoři Karaivanov, Alexander, et al. "Face masks, public policies and slowing the spread of covid-19: evidence from Canada." *Journal of Health Economics* (2021): 102475. odhadují dopad nařízení o používání ochrany dýchacích cest uvnitř budov a dalších nefarmakologických intervencí (NPI) na nárůst počtu případů covid-19

v Kanadě. Zavedení povinnosti ochrany dýchacích cest bylo rozloženo od poloviny června do poloviny srpna 2020 ve 34 regionech veřejného zdraví v Ontariu, největší kanadské provincii podle počtu obyvatel. Na základě variability v zavedení povinné ochrany autoři zjistili, že povinnost použití ochrany je spojena s 22 % týdenním snížením počtu nových případů covid-19 ve srovnání s obdobím absence této povinnosti. Autoři přitom očišťují trendy o mobilitu. Dodatečná analýza ukazuje, že povinnost ochrany vedla k nárůstu četnosti nošení roušek na veřejnosti podle vlastního vyjádření o přibližně 27 procentních bodů.

Jsou dostupné též systematické recenzní práce a meta-analýzy, shrnující dostupnou literaturu. Jejich závěry potvrzují účinnost ochrany dýchacích cest. Například práce Li, Yanni, et al. "Face masks to prevent transmission of covid-19: A systematic review and meta-analysis." *American Journal of Infection Control* (2020) provedla systematický přehled a metaanalýzu s cílem vyhodnotit účinnost používání ochrany dýchacích cest k prevenci šíření viru SARS-CoV-2. Relevantní články byly vyhledány v databázích PubMed, Web of Science, ScienceDirect, Cochrane Library a Chinese National Knowledge Infrastructure, VIP (Chinese). Nebyla stanovena žádná jazyková omezení. Po vyhledání celkem 5 178 vhodných článků v databázích a referencích bylo zahrnuto celkem 6 studií zahrnujících 4 země. Obecně bylo nošení masky spojeno s významně sníženým rizikem infekce covid-19 (OR = 0,38, 95 % CI: 0,21-0,69, I² = 54,1 %). U skupiny zdravotnických pracovníků bylo prokázáno, že obličejové masky snižují riziko infekce téměř o 70 %. Výsledky tohoto systematického přehledu a metaanalýzy podporují závěr, že ochrana dýchacích cest může snížit riziko infekce covid-19. Podobně též Ford, Nathan and Holmer, Haley K. and Chou, Roger and Villeneuve, Paul and Baller, April and Van Kerkhove, Maria and Allegranzi, Benedetta, *Mask Use in Community Settings in the Context of covid-19: A Systematic Review of Ecological Data*. SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3848524> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3848524>.

Současný stav vědeckého poznání tedy ukazuje, že plošné zavedení ochrany dýchacích cest významně snižuje přenos nákazy a efekt snížení reprodukčního čísla v různých kontextech a podle různých pramenů může být nejspíše mezi 10 a 45 %, jak například popisují data z výše citované německé studie.

Snížení přenosu virů v populaci prostřednictvím nošení ochranného prostředku dýchacích cest je ve srovnání s přínosem relativně finančně nenákladná intervence, která může zabránit zvýšení smrtelnosti populace a vést ke snížení ekonomických ztrát souvisejících se zvýšenou nemocností.

K otázce, jak a zda je používání tímto opatřením stanoveného druhu ochrany dýchacích cest způsobilé ohrozit zdraví fyzické osoby, a to při krátkodobém, ale i dlouhodobém používání ministerstvo uvádí následující.

Výzkum na téma zdravotních potíží z důvodu používání ochrany dýchacích cest, případně jiného použití osobních ochranných prostředků, se převážně soustředí na pracovníky ve zdravotnictví. Například přehledová práce Unoki, Takeshi, et al. "Adverse Effects of Personal Protective Equipment Among Intensive Care Unit Healthcare Professionals During the covid-19 Pandemic: A Scoping Review." *SAGE Open Nursing* 7 (2021): 23779608211026164 se zabývala nežádoucími účinky použití osobních ochranných prostředků u zdravotníků na JIP, a na základě analýzy 25 článků identifikovala jako klíčová témata: studie zaměřené na bolesti hlavy související s ochrannými prostředky, poruchy hlasu, kožní projevy. Většina nežádoucích účinků u zdravotníků na jednotkách intenzivní péče byla

vyvolána používáním ochranných pomůcek po dlouhou dobu, a častější byly u sester, které vykonávaly namáhavé práce.

Lze odhadovat, že nežádoucí efekty nošení ochranných pomůcek u zdravotníků na JIP představují jakousi horní hranici představitelných potíží u veřejnosti – v kontextu zdravotnictví jsou ochranné pomůcky používány precizně, jde o pomůcky s vysokou třídou ochrany (často FFP3), zdravotníci je mají nasazené po dlouhou dobu “v kuse”, často bez možnosti si pomůcky sundat, a přitom vykonávají velmi náročnou a vyčerpávající práci. I v tomto relativně extrémním kontextu rešeršní práce neuvádí jako nežádoucí účinky žádné závažné poškození zdraví.

Nepohodlí u laických uživatelů zkoumala studie Cheok, Gideon JW, et al. "Appropriate attitude promotes mask wearing in spite of a significant experience of varying discomfort." *Infection, Disease & Health* 26.2 (2021): 145-151. Ze 402 respondentů průzkumu si 78,4 % stěžovalo na nepohodlí spojené s rouškou, nejčastějšími příčinami bylo obtížnější dýchání, komunikační potíže a pocení, mladší nositelé roušek častěji uváděli dermatologické problémy a pocení.

Podle některých expertů je možné, že významnější, než fyziologické nepohodlí spojené s ochranou dýchacích cest jsou psychologické dopady a reakce, které mohou přispět k vznikajícím kontroverzím. (Scheid, Jennifer L., et al. "Commentary: physiological and psychological impact of face mask usage during the covid-19 pandemic." *International journal of environmental research and public health* 17.18 (2020): 6655.)

Několik studií potvrdilo, že používání zdravotnické obličejové masky nebrání průniku kyslíku ani u dospělých včetně seniorů starších 65 let věku, viz např.:

SHAW, Keely, Scotty BUTCHER, Jongbum KO, Gordon A. ZELLO a Philip D. CHILIBECK. Wearing of Cloth or Disposable Surgical Face Masks has no Effect on Vigorous Exercise Performance in Healthy Individuals. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, 17(21) [cit. 2021-7-28]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218110>.

Kromě citovaných pramenů publikovaný výzkum obsahuje řadu studií, které ukazují, že nošení ochrany dýchacích cest nemá měřitelný efekt na fyziologické parametry. Například v malé studii Chan, Noel C., Karen Li, and Jack Hirsh. "Peripheral oxygen saturation in older persons wearing nonmedical face masks in community settings." *JAMA* 324.22 (2020): 2323-2324 nebylo nošení třívrstvé nemedicínské obličejové masky spojeno s poklesem saturace kyslíkem u starších účastníků. Studie Shaw, Keely, et al. "Wearing of cloth or disposable surgical face masks has no effect on vigorous exercise performance in healthy individuals." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17.21 (2020): 8110 ukázala, že nošení ochrany dýchacích cest během intenzivního cvičení nemělo žádný zřetelný škodlivý účinek na okysličení krve nebo svalů a na výkon při cvičení u mladých zdravých účastníků.

Tým amerických a kanadských vědců publikoval metastudii, která shrnuje dosavadní poznatky v této oblasti napříč zhruba 70 výzkumy. Ty se napříč lety zabývaly různými formami obličejových ochranných pomůcek (od obyčejných roušek přes respirátory až po speciální chirurgické masky) a mapovaly jejich vliv na fyziologii či vnímání. Mezi sledovanými faktory byly třeba namáhavost dýchání, krevní tlak, fungování srdce, okysličování mozku, průtok krve ve svalech a další metriky, na něž by mohlo mít nošení roušky vliv, a to se závěrem, že pro zdravého člověka není nošení roušek či respirátorů fyziologicky jakkoli ohrožující, pouze nekomfortní (viz studie: HOPKINS, Susan R., Paolo B. DOMINELLI, Christopher K. DAVIS, et al. *Face Masks and the*

Cardiorespiratory Response to Physical Activity in Health and Disease. *Annals of the American Thoracic Society* [online]. 2021, 18(3), 399-407 [cit. 2021-7-29]. ISSN 2329-6933. Dostupné z: doi:10.1513/AnnalsATS.202008-990CME).

Dosavadní poznatky lze tedy shrnout tak, že i přes uvedené potenciální nepříznivé účinky spojené s nošením ochrany dýchacích cest největší důsledek plošné povinnosti ochrany dýchacích cest je pravděpodobně prosté nepohodlí uživatele.

Benefit pro celkovou populaci z hlediska minimalizace rizik šíření viru a ochrany zranitelných skupin nepochybně převažuje nad dopady na zdraví či diskomfort jednotlivce, avšak vnímáme, že mohou existovat výjimečné případy, kdy nošení ochrany dýchacích cest může výjimečně znamenat u některých pacientů komplikaci v návaznosti na jejich zdravotní stav, a proto necháváme na posouzení lékaře, zda riziko převažuje nad přínosem ochrany před virovým onemocněním. Máme však za to, že zejména osoby s komorbitami a dýchacími obtížemi, které se vyskytují nezávisle na nošení ochrany dýchacích cest, by měly být naopak chráněny před nákazou co možná nejvíce, neboť jakékoli zhoršení jejich zdravotního stavu může mít pro ně až fatální následky. Zároveň je třeba mít na paměti, že pokud nebudou nosit ochranu dýchacích cest, v případě infekce budou znamenat riziko nákazy i pro osoby v jejich okolí.

III.

Respirátor nebo obdobný prostředek ochranných dýchacích cest

Při rozhodování o vhodných technických parametrech ochrany dýchacích cest v průběhu voleb do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky v roce 2021, kdy ve volebních místnostech lze očekávat větší kumulaci osob, anebo setkání osob, které se běžně nestýkají, bylo na základě zhodnocení rizika přistoupeno k vyšší ochraně dýchacích cest prostřednictvím respirátoru nebo obdobného prostředku ochrany dýchacích cest tak, jako je tomu u povinností stanovených v bodě 1 mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví ze dne 30. 6. 2021, č.j.: MZDR 15757/2020-56/MIN/KAN.

Při rozhodování o tom, zda nařídít použití respirátoru nebo obličejové masky (ústenky) při srovnatelné filtrační účinnosti použitého materiálu, je třeba vzít v potaz zásadní rozdíl mezi respirátorem a obličejovou maskou spočívající v lepší přilnavosti respirátoru k obličejí, kde nedochází při správném použití k úniku vydechaného vzduchu, který může být infekční, v prostoru mezi ochrannou pomůckou a tváří. Zrovna tak při správném použití respirátoru nedochází k nasátí vzduchu mimo filtrační vrstvu v prostoru mezi ochrannou pomůckou a tváří chráněné osoby. Je třeba vzít v potaz, že ochranná pomůcka má chránit nejen před nadechnutím infikovaných kapének, ale zároveň i bránit před vydechováním infikovaných kapének do okolí. Respirátor má tak z technických možností, které připadají v úvahu, nejvhodnější vlastnosti k ochraně jak nositele pomůcky, tak i osob v jeho okolí. Není tedy podstatné pouze to, že je použit při výrobě obličejové masky či respirátoru obdobně účinný filtrační materiál, ale rovněž to, že při použití obličejové masky je z důvodu netěsnosti část vzduchu vdechována i vydechována mimo filtrační vrstvu a snižuje tak účinnost ochrany jak nositele, tak osob v jeho okolí. Snižování účinnosti (ochrany) tímto způsobem může sice znamenat větší komfort uživatele, zvláště pak v závislosti na tom, jak velký objem vzduchu je nadechován mimo roušku, ale použití tímto způsobem samozřejmě dále snižuje účinnost roušky. Respirátor významným způsobem snižuje expozici uživatele velkým respiračním kapénkám a aerosolům. U dobře přiléhajících a správně nasazených respirátorů dochází

k minimálnímu úniku vzduchu kolem okrajů respirátoru. Celková účinnost respirátoru např. FFP2 je > 94 % viz Informace o ochraně dýchadel zpracovaná Výzkumným ústavem bezpečnosti práce, v. v. i., dostupná zde: <https://www.bozpinfo.cz/sites/default/files/obsah/superobsah/informace-o-ochrane-dychadel/soubory/ochranadychadelv4.pdf> .

Bod 1 výrokové části mimořádného opatření proto stanovuje, aby každá pomůcka ochrany dýchacích cest naplňovala všechny technické podmínky a požadavky (pro výrobek), včetně filtrační účinnosti alespoň 94 % dle příslušných norem. Jedná se tedy o obecnou deklaraci, co vše musí daný ochranný prostředek splňovat, jelikož na území České republiky jsou používány ochranné prostředky dýchacích cest, které naplňují požadavky různě ve světě uznávaných normalizačních systémů. Nicméně tato formulace neznámá, že se výroková část zabývá pouze filtrační účinností, nýbrž zahrnuje i všechny další „technické podmínky a požadavky“, tak, aby ochranné prostředky dýchacích cest dosáhly jako celek požadované úrovně. Pro běžného uživatele, který se rozhoduje, jaký ochranný prostředek dýchacích cest si má pořídit, je však podstatný zejména údaj o filtrační účinnosti, neboť splnění ostatních podmínek stanovených technickými normami musí zajistit jejich výrobce, dovozce či distributor. Normalizační systémy, tj. jednotlivé níže uvedené normy, průřezově určují technické podmínky a požadavky na ochranný prostředek dýchacích cest, kterými zejména jsou: dýchací odpor, zanášení, upínací systém, koncentrace oxidu uhličitého ve vdechovaném vzduchu, snášenlivost s pokožkou, průnik atp. Jedná se o technické podmínky stanovené normou, kterými je výrobce vázán. Lze tedy říci, že každý výrobek musí naplňovat vyjma filtrační účinnosti též výše zmíněné technické podmínky a požadavky.

Vzhledem k dosud publikovaným odborným studiím se zaměřením na účinnost vakcín na „rizikové“ varianty viru SARS-CoV-2, kde lze předběžně konstatovat sníženou účinnost vakcín na některé varianty viru, je v současné chvíli stále žádoucí náležitou ochranu dýchacích cest jako prevenci před možným přenosem infekčního onemocnění v uvedených rizikových situacích (vnitřní prostory, hromadné akce, nemožnost zajištění dostatečného rozestupu atd.) vyžadovat. Obecně nicméně platí, že ač se na osobu, která prodělala laboratorně potvrzené onemocnění covid-19 či na osobu, která absolvovala kompletní očkování, pohlíží jako na chráněnou, neznámá to, že by tato osoba nemohla onemocnět opakovaně či i přes absolvované očkování, nebo že by nemohla onemocnění přenášet. Je důležité si uvědomit, že prodělání nemoci či očkování nechrání před infekcí virem SARS-CoV-2 absolutně, jak uvádějí mnohé vědecké publikace a odborná stanoviska ECDC a WHO, nýbrž zejména před závažným průběhem onemocnění. Dokončené očkování zásadně snižuje riziko nákazy a zejména chrání naprostou většinu očkovaných osob před závažnou formou průběhu onemocnění covid-19. Nelze ale vyloučit, že osoba, která prodělala onemocnění covid-19 (ať již laboratorně potvrzené, či nikoli), či osoba plně očkovaná, může být i nadále virem SARS-CoV-2 infikována a být jeho přenašečem, jak i uvádí i výše citované stanovisko CDC. Proto nejsou tyto osoby vyjmuty z povinnosti mít nasazený ochranný prostředek dýchacích cest podle bodu 1.

K zajištění nejvyšší možné ochrany dýchacích cest byly určeny respirátory nebo obdobný prostředek (vždy bez výdechového ventilu) naplňující minimálně všechny technické podmínky a požadavky (pro výrobek), včetně filtrační účinnosti 94 % dle příslušných norem. Vždy se jedná o prostory, kde lze očekávat vyšší kumulaci osob. Ochranný prostředek dýchacích cest je v daném případě bariérový prostředek chránící dýchací zóny (obličejovou část a část dýchacích cest) a též je prvkem protiepidemického opatření.

Normami v daném případě je myšleno zejména

1. norma EN 149 (Evropská unie), označení FFP2, FFP3,

2. norma GB 2626 (Čínská lidová republika), označení KN95, KN99, KN100, KP95, KP100,
3. norma NIOSH – 42CFR84 (USA, Kanada), označení N100, N99, N95, R100, R99, R95, P100, P99, P95
4. norma AS/NZS 1716:2012, AS/NZS 1715:2009 (Australské společenství/Nový Zéland), označení P2, P3
5. norma KMOEL – 2017-64 (KF94) (Jižní Korea), označení KF94, KF99
6. norma JMHLW – Notification 214, 2015 (Japonsko) označení DS2.

Efektivitu používání ochranných prostředků dýchacích cest popisuje také ve svém článku i Brooks (BROOKS, John T. a Jay C. BUTLER. Effectiveness of Mask Wearing to Control Community Spread of SARS-CoV-2. JAMA [online]. 2021, 325(10) [cit. 2021-7-29]. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2776536>), který ve svém článku uvádí, že současná dostupná data již jednoznačně demonstrují efekt nošení ochranných prostředků dýchacích cest a hodnotí je jako významné nefarmakologické opatření napomáhající ke snížení rizika šíření nákazy.

IV.

Přiměřenost zásahu do práv a oprávněných zájmů právnických a fyzických osob

Pokud jde o přiměřenost zásahu do práv a oprávněných zájmů právnických a v případě tohoto mimořádného opatření zejména fyzických osob, tedy o test proporcionality stanovených protiepidemických opatření, Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že ve stanovení povinnosti mít nasazen ochranný prostředek dýchacích cest, a to po omezenou dobu při volbě, popřípadě po dobu zasedání jako člena volební komise, kteří mají možnost se v průběhu dne vzdálit, podle bodu 1 tohoto mimořádného opatření nelze spatřovat výrazný zásah do základních lidských práv či svobod fyzických osob, a to zejména s ohledem na sledovaný cíl, kterým je ochrana života a zdraví všech osob nacházejících se na území ČR, tedy jinými slovy ochrana veřejného zdraví. Jak plyne i ze systematiky Listiny základních práv a svobod, ale např. i Všeobecné deklarace lidských práv či Listiny základních práv Evropské unie, ochrana života (a zdraví) je jedním ze základních lidských práv, jehož zachování by mělo mít přednost před všemi jinými lidskými právy. Ministerstvo zdravotnictví uvádí, že jediným sledovaným cílem tohoto mimořádného opatření je právě ochrana života a zdraví jak celé společnosti, tak i přímo jednotlivých fyzických osob, kterým je tímto mimořádným opatření stanovena povinnost mít za vyjmenovaných okolností nasazen stanovený ochranný prostředek dýchacích cest. Dodržování tohoto mimořádného opatření ze strany jeho adresátů, tj. občanů ČR a dalších osob nacházejících se na území ČR by mělo vést k významnému pozitivnímu efektu, jímž je 1) zpomalení či zastavení šíření viru SARS-CoV-2 na území ČR, 2) ochrana osob, které dosud onemocněly covid-19 neprodělaly či se ze zdravotních důvodů nemohly nechat očkovat (kontraindikace k očkování), 3) ochrana osob, které na prodělání onemocnění či očkování neměly očekávanou odpověď imunitního systému. Ostatně používání ochrany dýchacích cest je od počátku pandemie onemocnění covid-19 celosvětově uznáváno jako jedno z nejvýznamnějších opatření v boji s touto nemocí (na připomínku lze uvést od počátku pandemie zmiňované pravidlo „3R“ – tedy roušky, ruce, rozestupy). Smyslem tohoto mimořádného opatření je minimalizace rizika nákazy fyzických osob virem SARS-CoV-2. Výsledným efektem, k němuž by toto opatření mělo výrazně přispět, je nejen zpomalení, či úplné zastavení šíření viru SARS-CoV-2 v populaci, nýbrž i s tím související pozitivní efekt na zátěž zdravotnických zařízení při péči o pacienty s nemocí covid-19, neboť i s ohledem na stoupající proočkovanost na území ČR existuje předpoklad menšího počtu případů vážného

průběhu daného onemocnění, a s tím související ekonomickou stránku péče o tyto pacienty, pokud jde o náklady veřejného zdravotního pojištění. Za další zcela zásadní a pozitivní přínos tohoto opatření pak Ministerstvo zdravotnictví považuje to, že se v důsledku zpomalení (či zastavení) šíření viru díky kombinaci získané (dočasné) imunity s ohledem na prodělané onemocnění či absolvování očkování a při dodržování jednotlivých mimořádných opatření (včetně tohoto) vytváří reálný předpoklad k tomu, že v budoucnu již nebude třeba přistoupit k restriktivnějším opatřením, která by bylo třeba přijímat v případě rychlého nárůstu počtu onemocnění a hospitalizací. Všechna tato v minulosti přijatá řešení pandemie covid-19 zasahují do jednotlivých základních práv a svobod fyzických i právnických osob zcela nepochybně výrazně více, než (dočasná) povinnost mít nasazenu ochranu dýchacích cest v situaci podle tohoto mimořádného opatření. Ministerstvo zdravotnictví rovněž dodává, že pozitivního efektu sledovaného tímto mimořádným opatřením, tj. potřebného stupně ochrany zdraví jeho adresátů před zvýšeným rizikem přenosu viru SARS-CoV-2 v místech a (zejm. uzavřených vnitřních) prostorách, kde není možné přerušit cestu přenosu jinými způsoby (např. dostatečnými rozestupy mezi lidmi), není bohužel možno dosáhnout jiným (tj. pro uživatele méně omezujícím) způsobem, než právě důsledným používáním stanovených bariérových prostředků ochrany dýchacích cest.

Pokud jde o konkrétní zásah do ústavou garantovaných práv a svobod fyzických a právnických osob v důsledku tohoto mimořádného opatření, ministerstvo má za to, že do nich nepředstavuje jakýkoli výraznější zásah, zvláště proto, že se jedná o velmi omezenou dobu čtyř volebních dnů v případě členů okrskové volební komise a u ostatních dotčených osob pouze o jednorázové omezení po dobu úkonů nutných pro vlastní volbu.

Ministerstvo uvádí, že nelze zapomínat na skutečnost, že osobní svoboda jednoho končí tam, kde začíná svoboda (a v tomto případě i zdraví) druhého. Jestliže je cílem tohoto opatření chránit životy a zdraví všech lidí nacházejících se na území ČR (a nikoli např. jen někoho), je zcela legitimní, aby se fyzické osoby tomuto opatření podřídily a postupovaly podle něj, neboť tím chrání nejen sebe, ale zejména ostatní.

Zde je též třeba zdůraznit, že nerespektování povinnosti uložené tímto mimořádným opatřením zakládá odpovědnost osoby za přešůpek podle zákona o ochraně veřejného zdraví, avšak není (a nemůže být) překážkou ve výkonu volebního práva. Použití ochrany dýchacích cest není podmínkou pro účast ve volbách. V případě osoby, která nebude ve volební místnosti vybavena odpovídající ochranou dýchacích cest, tak může být zahájeno přestupkové řízení, avšak nemůže jí být např. bráněno v přítomnosti ve volební místnosti za účelem hlasování, to jí musí být umožněno.

Ministerstvo zdravotnictví tedy uzavírá, že ve zvolených prostředcích a sledovaném cíli tohoto mimořádného opatření neshledává ve vztahu k základním právům a svobodám fyzických či právnických osob jakoukoli disproporci, naopak je hodnotí jako přiměřené.

V. Výjimky

Přes všechny uvedené důvody pro povinnost nosit v stanovených případech ochranný prostředek dýchacích cest existují důvody zřetele hodné, pro které lze stanovit výjimku z daného pravidla.

Výjimka podle písm. a) se vztahuje na „děti, které dosud nezahájily školní docházku“ vzhledem k tomu, že takto malé děti nejsou schopny efektivně dodržovat pokyny a nelze zajistit, že ochranný prostředek budou nosit v době, kdy jej mají nosit, tedy nemá smysl jim takovou povinnost ukládat. Jedná se o osoby nemající volební právo, ale mohou být doprovodem voliče. Obdobně se může jednat o situaci, kdy jde o zvláštní formu hlasování v domácnosti, kterého jsou děti přítomny. Dále je cílem zachování kontinuity s mimořádným opatřením, které stanovuje povinnost používání ochranných prostředků dýchacích cest, kde tato výjimka je pro předmětné osoby též uvedena. V neposlední řadě je nezbytné výjimku zakotvit, jelikož volby mohou probíhat v předškolním zařízení.

Výjimka podle písm. b) se vztahuje na „osoby s poruchou intelektu, s poruchou autistického spektra a kognitivní poruchou nebo se závažnou alterací duševního stavu, jejichž mentální schopnosti či aktuální duševní stav neumožňují dodržování tohoto zákazu“ vzhledem k tomu, že tyto osoby zpravidla nejsou schopny dodržovat pokyny a nelze zajistit, že ochranný prostředek budou nosit v době, kdy jej mají nosit, tedy nemá smysl jim takovou povinnost ukládat.

Výjimka podle písm. c) se vztahuje na „pacienty, jsou-li hospitalizovaní ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče,“ pro které platí obecně výjimka z používání ochrany dýchacích cest podle mimořádného opatření k ochraně dýchacích cest vzhledem k tomu, že se zpravidla jedná o pacienty ležící na lůžku, a navíc ochranný prostředek by mohl komplikovat jejich léčbu, resp. poskytování zdravotních služeb. Dále při uplatnění této výjimky je vycházeno z předpokladu, že hospitalizovaná osoba je testována na přítomnost viru SARS-CoV-2 nebo jeho antigenu při příjmu do zdravotnického zařízení. Osoba vykazující manifestní projevy respiračního onemocnění nebo osoba s prokázanou přítomností viru SARS-CoV-2 nebo jeho antigenu by byla dána do izolace. Jednalo by se tedy o skutečnost, která by byla poskytovateli zdravotních služeb a volební komisi známá. Členové volební komise při zvláštní formě hlasování jsou navíc povinni i ve zdravotnickém zařízení používat ochranný prostředek dýchacích cest s minimální filtrační účinností 94 %.

Výjimka podle písm. d) se vztahuje na „uživatele sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb, kterými jsou týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem, a v zařízeních poskytujících odlehčovací sociální služby v pobytové formě“ vzhledem k tomu, že by ochranný prostředek představoval nepřiměřenou zátěž pro uživatele sociálních služeb a mohl by je i ohrozit na zdraví a jde o obecnou výjimku plynoucí z mimořádného opatření k ochraně dýchacích cest.

Výjimka podle písm. e) se vztahuje na osoby, které ze závažných zdravotních důvodů (viz níže) nemohou použít bodem 1 stanovený ochranný prostředek dýchacích cest. Tyto osoby však musí disponovat lékařským potvrzením o této skutečnosti a musí být schopné se jím při případné kontrole dodržování stanovených povinností prokázat. V předmětném potvrzení vydaném pro uvedený účel pak musí být nejen závěr o tom, že dotčená osoba nemůže mít nasazenu stanovenou ochranu dýchacích cest, ale musí z něj být i patrné, jaký druh ochrany dýchacích cest je dotčená osoba schopna používat, či že není schopna používat žádnou ochranu. Ministerstvo zdravotnictví si je v této souvislosti vědomo, že předmětné lékařské potvrzení bude v zásadě obsahovat informaci o zdravotním stavu spočívající v tom, zda je dotčená osoba schopna stanovenou ochranu používat či nikoli, nicméně nevidí jinou cestu, jak předmětnou skutečnost, tj. nemožnost z vážných zdravotních důvodů nosit stanovený

ochranný prostředek dýchacích cest, prokázat. S ohledem na přiměřený zásah do práva na ochranu osobních důvodů však potvrzení nebude obsahovat žádné konkrétní údaje o zdravotním stavu osoby, což plyne i ze samotné podstaty tohoto dokumentu (nejde o lékařskou zprávu). Je na posouzení ošetřujícího lékaře, zda pacient může použít předepsanou ochranu dýchacích cest, či zda riziko potenciálních zdravotních komplikací spojených s nošením této ochrany je větší než riziko nákazy virovým onemocněním. Na základě zhodnocení rizik následně doporučí nižší formu ochrany, popř. vyloučí použití jakékoli ochrany dýchacích cest ze zdravotních důvodů. Pacienta o těchto rizicích náležitě poučí a o poučení provede záznam do zdravotnické dokumentace. Pacientovi ošetřující lékař vydá potvrzení o tom, jaký ochranný prostředek může s ohledem na svůj zdravotní stav používat nebo že nemůže používat ochranný prostředek žádný.

Výjimka podle písm. f) se vztahuje na osoby, které jsou vyzvány členem okrskové volební komise a komise pro hlasování (viz zákon č. 296/2021 Sb.) k sejmutí ochranného prostředku dýchacích cest podle bodu 1 na dobu nezbytně nutnou k prokázání totožnosti. Bez ověření totožnosti nelze této osobě umožnit účast ve volbách. Volební komise je povinna umožnit přístup k hlasování výhradně osobě uvedené v seznamu voličů. Totožnost voliče je volební komisař povinen ověřit na základě shody fotografie na průkazu totožnosti s fyzickou podobou voliče.

1. [Původní varianta delta dále ustupuje vlastním subvariantám, situace se ale výrazně nemění, SZÚ \(szu.cz\)](#)
2. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/threat-assessment-emergence-and-impact-sars-cov-2-delta-variant>
3. <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/sars-cov-2-delta-variant-now-dominant-european-region>
4. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2108891>
5. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1005085/Vaccine_surveillance_report_-_week_29.pdf

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, v. r.
ministr zdravotnictví