***Příloha č. 1** k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů domácí zdravotní péče*

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, APSS ČR, GF913, CHČR a ASPZS (pro PZSS)

Referenčním obdobím se rozumí rok 2025, přičemž do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2025, poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2026 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2026. Do referenčního období vstupují hodnoty vypočtené dle vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025.

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027, přičemž do hodnoceného období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2027, poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2028 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2028.

Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

a) Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. d) zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,23 Kč.

b) V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, navyšuje se hodnota bodu o 0,02 Kč.

c) Celková výše úhrady za výkony poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$max\left\{PMUP_{ref} * \left(\sum_{j=1\ldots m} PUM_{ho,j}\right) * 1{,}05 * KN;\ PB_{ho} * HB_{min} + KP_{ho}\right\}$$

kde:

$PUM_{ho,j}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci *j* zdravotní služby v hodnoceném období.

KN je koeficient navýšení, který nabývá hodnoty 1,02 v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s některou z diagnóz C00 až C97, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, F00 až F99, G09 až G99 nebo I60 až I69 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 25 %, a hodnoty 1 v ostatních případech.

PB_{ho} je celkový počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů v hodnoceném období.

HB_{min} je minimální hodnota bodu, která se stanoví ve výši 1,03 Kč.

KP_{ho} je hodnota korunových položek v hodnoceném období.

max funkce maximum, která vybere z oboru hodnot hodnotu nejvyšší.

j nabývá hodnot 1 až *m*, kde *m* je počet unikátních pojištěnců ošetřených v hodnoceném období.

$PMUP_{ref}$ je průměrná měsíční úhrada za unikátního pojištěnce v referenčním období vypočtená jako:

$$PMUP_{ref} = \frac{Uhr_{ref}}{\sum_{i=1\ldots n} PUM_{ref,i}}$$

kde:

Uhr_{ref} je celková úhrada poskytovateli za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků v referenčním období.

$PUM_{ref,i}$ je počet vykázaných kalendářních měsíců, v nichž byly poskytovány unikátnímu pojištěnci *i* zdravotní služby v referenčním období.

i nabývá hodnot 1 až *n*, kde *n* je počet unikátních pojištěnců ošetřených v referenčním období.

d) U poskytovatele, u kterého nelze výši hodnot referenčního období stanovit z důvodu, že poskytovatel v průběhu referenčního období hrazené služby neposkytoval, nebo poskytovatel vykázal v referenčním období méně než 3 kalendářní měsíce, v nichž byly poskytovány unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady referenčního období srovnatelných poskytovatelů. V případě, že poskytovatel v referenčním období vykázal alespoň 3 kalendářní měsíce, v nichž byly unikátním pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny poskytovány hrazené služby, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu celkové výše úhrady údaje za ty měsíce referenčního období, kdy byly hrazené služby poskytovány.

e) Pokud poskytovatel poskytl v hodnoceném období nebo v referenčním období hrazené služby 30 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, výpočet celkové výše úhrady podle písmene c) se nepoužije.

f) Změny v rozsahu a struktuře poskytovaných hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím se sjednají ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou včetně souvisejících změn ve výpočtu úhrad.

g) Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 105 % úhrady referenčního období. Předběžná úhrada za hodnocené období se finančně vypořádá v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 2 k protokolu z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů domácí zdravotní péče

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, ADP ČR, APHPP, ČAS, FMH, GMDP, CHČR, CAPS, APZZ, UNIPA, SMDP a ASPZS pro úhradu odb. 914, 916, 921, 925 v roce 2027

Návrh je předložen za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1.1.2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

A) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornostech 914, 916, 921, 925

1. Pro výkony přepravy v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.
2. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby podle seznamu výkonů se pro výkony neuvedené v bodě 1 stanoví hodnota bodu ve výši:
    a) 1,00 Kč pro odbornost 925,
    b) 0,99 Kč pro odbornost 914,
    c) 0,91 Kč pro odbornost 916,
    d) 0,99 Kč pro odbornost 921.
3. V případě, že podíl součtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů v hodnoceném období č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 10 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,02 Kč.

4. V případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 - C97, G09 – G99, F00 – F99, I60 – I69, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %, navyšuje se hodnota bodu pro odbornost 925 podle seznamu výkonů, která je uvedena v bodě 2, o 0,05 Kč.

5. Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

(1,06 + KN) * POPzpoZ * PUROo + (1,06 + KN) * max [PUROo * POPzpoMh; (UHRMh – UHRMr)]

kde:

POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, do počtu základních unikátních pojištěnců se nezahrne mimořádně nákladný unikátní pojištěnec a také se do něj nezahrne pojištěnec, na kterého byl vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů

PUROo je průměrná úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků (dále jen ZU), na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do výpočtu PUROo nevstupují pojištěnci, na které byl v referenčním období vykázán výkon 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů a úhrada za tyto pojištěnce.

POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období; mimořádně nákladným unikátním pojištěncem se rozumí pojištěnec ošetřený v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud úhrada za jemu poskytnuté výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; za mimořádně nákladného pojištěnce se nepovažuje pojištěnec, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMh je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v hodnoceném období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMh nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl v hodnoceném období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

UHRMr je úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřené v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do úhrady za mimořádně nákladné unikátní pojištěnce se zahrne úhrada za pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období, pokud tato úhrada za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU je rovna nebo překročí pětinásobek průměrné úhrady za výkony podle seznamu výkonů s výjimkou úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, včetně ZU na jednoho unikátního pojištěnce zdravotní pojišťovny ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v referenčním období; do UHRMr nebude zařazena úhrada za péči o pojištěnce, na kterého byl

v referenčním období vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů.

KN je koeficient navýšení, který je součtem těchto koeficientů:

a) 0,03 v případě, že podíl součtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů v hodnoceném období č. 06135 a 06137 podle seznamu výkonů na celkovém počtu vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných výkonů č. 06313, 06315, 06317 a 06318 v hodnoceném období je alespoň 10 %,

b) 0,03 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s vykázaným výkonem č. 06325, 06326, 06327, 06328, 06329, 06330, 06331, 06332, 06333 nebo 06334 podle seznamu výkonů na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období je alespoň 35 %

c) 0,15 – v případě, že podíl počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období s hlavní nebo vedlejší diagnózou C00 - C97, G09 – G99, F00 – F99, I60 – I69, E10.3 – E10.7, E11.3 – E11.7, L88, L89, L93 nebo L97 podle mezinárodní klasifikace nemocí na celkovém počtu ošetřených a zdravotní pojišťovnou uznaných unikátních pojištěnců v hodnoceném období překročí 35 %.

6. Pro hrazené služby poskytované pojištěncům, na které byl poskytovatelem hrazených služeb vykázán výkon č. 06349 nebo 06360 podle seznamu výkonů, se výpočet celkové výše úhrady dle bodu 5. nepoužije. Zdravotní služby za tyto pojištěnce budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu uvedenou v bodě 1 a 2 a v případě splnění podmínek uvedených v bodě 3 nebo 4 hodnotou bodu navýšenou podle bodu 3 nebo 4.

7. Pro výpočet úhrady hrazených služeb poskytovaných odb. 914 a 921 podle seznamu výkonů se výpočet výše úhrady dle bodu 3, 4, 5 a 6 nepoužije. Zdravotní služby odb. 914 a 921 podle seznamu výkonů budou hrazeny výkonově s hodnotou bodu, která je uvedena v bodě 1 a 2.

8. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu PUROo podle bodu 5 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

9. Výpočet celkové výše úhrady dle bodu 5 se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v referenčním nebo hodnoceném období 30 a méně unikátních pojištěnců.

10. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu dle bodů 1 a 2.

11. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.

B) Úhrada zdravotních služeb poskytovaných v odbornosti 926 podle seznamu výkonů

1. Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši:

   a) 1,23 Kč za výkony č. 80088, 80089 a 09527 podle seznamu výkonů, a

   b) 1,23 Kč za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů, přičemž celková výše úhrady za tyto výkony nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$min\{(POPičz, dosp * 30 * PB_{80091} * HB) + (POPičz, dět * 180 * PB_{80091} * HB); Bodyh * HB\}$$

   kde:

$POPičz, dosp$	je počet unikátních dospělých pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
$POPičz, dět$	je počet unikátních dětských pojištěnců ošetřených poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
$Bodyh$	je počet bodů vykázaných poskytovatelem v odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.
HB	je hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů za výkony č. 80090 a 80091 podle seznamu výkonů navýšená podle bodu 2.
PB_{80091}	je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 podle seznamu výkonů v hodnoceném období.

2. Hodnota bodu podle bodu 1 se navyšuje:

   a) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,1 úvazku psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí v oboru klinická psychologie nebo psychoterapie, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání,

   b) o 0,02 Kč v případě, že poskytovatel má průměrně na úvazek 1,0 lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína alespoň 0,3 úvazku zdravotně-sociálního pracovníka, přičemž navýšení hodnoty bodu se provede od prvního dne měsíce, v němž je tato podmínka splněna po celou dobu jeho trvání.

3. Hrazené služby odbornosti 926 podle seznamu výkonů, které byly poskytnuty pojištěncům, kteří přestali splňovat podmínky pro poskytování hrazených služeb této odbornosti a byli předáni do péče jinému poskytovateli hrazených služeb s výjimkou poskytovatelů lůžkové hospicové péče, budou uhrazeny poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů, pokud

   a) počet pojištěnců předaných poskytovatelům odbornosti 720 nepřesáhne 25 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období,

   b) počet pojištěnců předaných ostatním poskytovatelům nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených tímto poskytovatelem odbornosti 926 v hodnoceném období,

nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců.

4. Úhrada jiných poskytnutých hrazených služeb než podle bodu 1, včetně služeb poskytnutých jiným poskytovatelem, v den, kdy byl pojištěnci poskytnut výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů, bude odečtena z úhrady poskytovateli odbornosti 926 podle seznamu výkonů s následujícími výjimkami:

   a) pokud počet pojištěnců, na které tento poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázal výkon č. 80090 nebo 80091 podle seznamu výkonů a současně byly na tyto pojištěnce vykázány jiné hrazené služby mimo hrazených služeb uvedených v písmenu b) tohoto bodu, nepřesáhne 10 % z celkového počtu pojištěnců ošetřených poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů v hodnoceném období, nebo nepůjde o více než 1 pojištěnce v případě, že poskytovatel odbornosti 926 podle seznamu výkonů ošetřil v hodnoceném období méně než 10 unikátních pojištěnců, nebudou tyto jiné hrazené služby odečteny z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,

   b) z úhrady poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů nebudou odečteny následující hrazené služby:

      i. kapitační platba registrujícímu praktickému lékaři,
      ii. poskytnutá stomatologická péče,
      iii. zdravotnický materiál a léčivé přípravky, které byly předepsány před datem přijetí pacienta do péče poskytovatele,
      iv. výkony odbornosti 801, 802, 807, 808, 812 až 819 a 823, které vyžádal jiný poskytovatel před přijetím pacienta do péče poskytovatele odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
      v. výkony indikované a provedené u pacienta jiným poskytovatelem v den přijetí pacienta do péče poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů,
      vi. prohlídka zemřelého a přeprava lékaře k tomuto výkonu,
      vii. další výkony provedené na zemřelém pacientovi,
      viii. tímto poskytovatelem odbornosti 926 podle seznamu výkonů vykázané výkony č. 09555 až 09557 a 09990 podle seznamu výkonů.

5. Celková výše úhrady podle bodu 1 písm. b) se nepoužije v případě poskytovatele, který ošetřil v hodnoceném období 5 a méně unikátních pojištěnců.

6. Pro výkony č. 09555, 09556 a 09557 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,12 Kč.

7. Měsíční předběžná úhrada se poskytne ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc s hodnotou bodu podle bodu 1.

8. Měsíční předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Příloha č. 3

Adresáti:

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
RBP, zdravotní pojišťovna

V Praze dne 26. května 2026

Nesouhlas s projednáváním úhradových podmínek týkajících se práce terénní sestry (odbornost 911) mimo segment domácí zdravotní péče

Nesouhlas se zavedením terénní sestry v ordinacích praktických lékařů bez transparentní odborné diskuse

Vážení,

jako představitelé segmentu domácí péče v odbornosti 925, kteří jsou od začátku přítomni na jednotlivých jednáních dohodovacího řízení pro rok 2027, si tímto dovolujeme obrátit se na Vás s níže uvedenými zjištěními.

Dosud proběhlo již několik jednání se zástupci zdravotních pojišťoven s kontinuální diskusí nad nastavením parametrů úhrad za zdravotní výkony v roce 2027. O odbornosti 925 se dlouhodobě v návaznosti na restrukturalizaci lůžek, růst objemu výkonů prováděných v režimu jednodenní péče a demografické změny hovoří jako o odbornosti, která bude mít v systému zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění jedno z prioritních postavení. Rozvoj domácí péče bude jedním z pilířů při realizaci plánovaných změn zdravotního systému také v kontextu strategie rozvoje zdravotnictví.

Je proto pro nás zásadním a velice negativním překvapením zjištění, že v rámci dohodovacího řízení probíhají jednání se všeobecnými praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost ohledně úhradových podmínek týkajících se práce terénní sestry (odbornost 911). Konkrétně jsme se teprve před několika dny dozvěděli, že návrh SPL ČR a SPLDD ČR na úhradu hrazených služeb pro rok 2027 zavádí terénní sestru jako součást multidisciplinárního týmu vedeného praktickým lékařem a VZP ČR na tento návrh reflektuje.

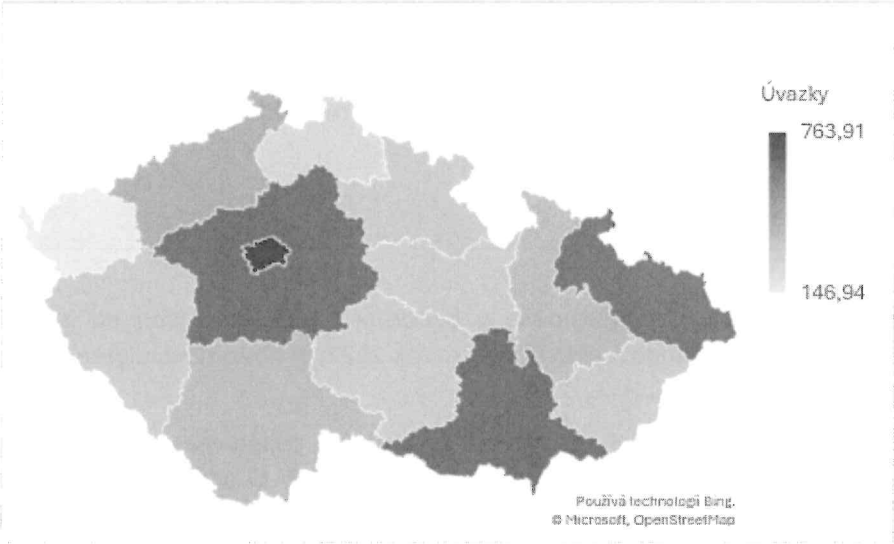
Cílem návrhu SPL a SPLDD je, aby terénní sestra poskytovala péči, na kterou jinak musí registrující poskytovatel v odbornosti 001 nebo 002 využívat služeb agentur domácí péče (odbornost 925), případně návštěvní služby lékaře. Za tuto péči je navrhována kombinovaná úhrada s paušální částí 25 000 Kč měsíčně na jednu sestru a k tomu další financování dle epizod péče sestry (ve výši epizody péče lékaře), která nahrazuje výkony ošetřovatelské návštěvy typu I–IV odbornosti 925, jež odbornost 911 nesdílí a které tedy nelze v ordinacích odborností 001 a 002 vykazovat.

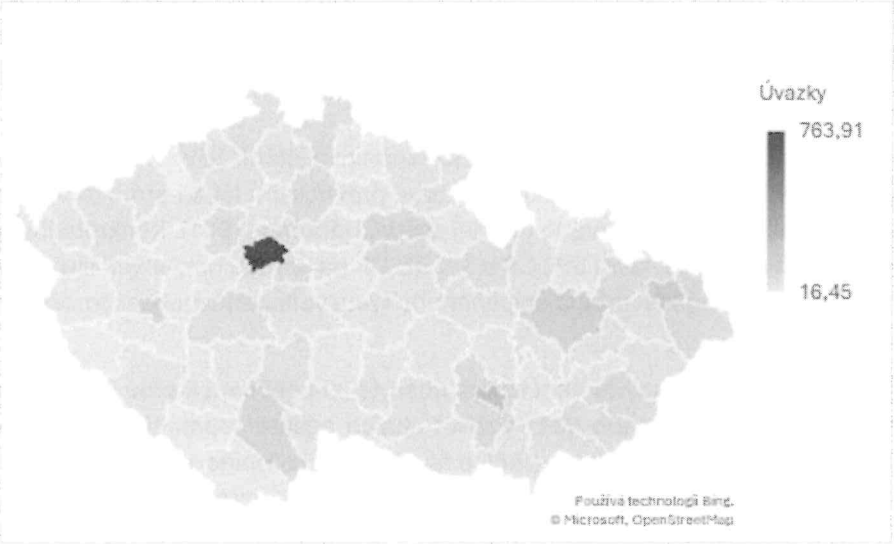
Tato změna nebyla veřejně diskutována, nebyla projednána s dotčenými odbornostmi a hlavně nebyla v rámci dohodovacího řízení projednána v segmentu, kam úhrada péče v odbornosti 911 patří.

Návrh na zavedení terénní sestry, která by suplovala poskytovatele v odbornosti 925, včetně finanční bonifikace pro poskytovatele, kteří terénní sestru budou využívat, považujeme za nepřijatelný, a to zejména z následujících důvodů:

1. Kapacita praktických lékařů

Je nutné důrazně upozornit na nevyužitý potenciál odbornosti 911 a personální limity v ordinacích. Praktičtí lékaři již v dnešní době plně nevyužívají ani stávající možnosti odbornosti 911, tedy všeobecné sestry v návštěvní službě. Praxe ukazuje, že všeobecnou sestrou disponuje pouze každý druhý praktický lékař. Jak jasně dokládá i přiložená mapa pokrytí úvazků, personální kapacity v ordinacích primární péče jsou značně limitované a regionálně nevyrovnané. Představa, že segment, který nemá plošně zajištěn ani základní sesterský personál pro stávající agendu, bude schopen plnohodnotně a kvalitně saturovat náročnou terénní péči, je zcela iluzorní.





Dlouhodobě se hovoří o kapacitních problémech praktických lékařů. Rostou jim velikosti kmenů, časově péči o pacienty nestíhají a současně vzniká obrovská iniciativa, kdy se má nadměrná zátěž praktika řešit rozšiřováním kompetencí všeobecné sestry.

Již nyní může sestra v ordinaci praktického lékaře provádět návštěvy pacientů doma, pokud jsou zdravotně indikované (imobilita, akutní zhoršení, stav po hospitalizaci, nemožnost dopravy do ordinace). Pouze nemůže všechny výkony 066xx automaticky vykazovat v odbornosti VPL/PLDD. Lze je však dodatečně nasmlouvat. Kolik praktických lékařů o tyto kódy dosud požádalo a jaký objem návštěvní služby vůbec svým pacientům poskytují? Tyto základní údaje chybí. Zcela neřešená je otázka, kde najednou lékaři vezmou kapacitu na budování know-how domácího ošetřovatelství? Tato otázka je z hlediska dopadu na celý systém navíc v ostrém rozporu s tím, jak se jednotlivé návrhy ošetřovatelské péče projednávají na MZ.

2. Pokrytí domácí péče v regionech

Domácí péče je ve většině regionů již dostatečně pokrytá a poskytuje ji více než 400 poskytovatelů. Bez jasné analýzy dostupnosti a potřebnosti domácí péče se bude jednat pouze o živelné vytvoření další paralelní alternativy. O tom, že je domácí zdravotní péče pokryta, nás navíc opakovaně přesvědčují zdravotní pojišťovny tím, že nám v některých regionech odmítají navyšovat objem péče o nové úvazky.

3. Nepřipravenost ordinací praktických lékařů

Ordinace praktických lékařů nejsou vybaveny odpovídajícím softwarem, nemají nastavené správné pracovní postupy a nedisponují potřebným know-how.

Celý systém by tak vznikal improvizovaně, primárně z obchodních důvodů, bez dostatečné znalosti problematiky a bez jasně nastavených pravidel. Stávající poskytovatelé domácí péče fungují podle zavedených regulí, což zde nelze očekávat.

Je nutné zdůraznit vysokou specializaci sester domácí péče oproti absenci požadavků na sestry v ordinacích praktických lékařů. Současné sestry pracující v segmentu domácí péče (odbornost 925) jsou vysoce erudované a specializované profesionálky. Poskytovatelé domácí péče musí plnit přísné kvalifikační standardy a jejich sestry se kontinuálně vzdělávají pro vysoce odbornou a samostatnou práci v přirozeném sociálním prostředí pacienta (např. moderní hojení ran, infuzní terapie, paliativní péče). Naproti tomu pro sestry v ordinacích praktických lékařů nejsou aktuálně legislativně ani smluvně nastaveny žádné další specifické podmínky či požadavky na specializační vzdělávání pro výkon takto náročné terénní péče. Převedení specifik domácího ošetřovatelství na personál bez garantované terénní praxe a specializace představuje přímé ohrožení kvality a bezpečnosti ošetřovatelské péče.

Aktuálně se hovoří o zavádění standardů péče pro poskytovatele v odbornosti 925, o režimu 24/7, vzdělávání sester apod. Na toto zcela jistě není praktický lékař dimenzován. Návrh je tedy i v tomto směru v ostrém rozporu s trendy a záměry MZ.

4. Riziko selekce pacientů a odlivu úhrad

Nemocnice dnes mohou indikovat domácí péči na 14 dní. Následně by péči přebírali přímo praktičtí lékaři, kteří ji indikují již nyní. Nově by to však znamenalo selekci pacientů a jejich odliv včetně úhrad z příjmů od současných poskytovatelů domácí péče v odbornosti 925 (DP) k praktickým lékařům.

Praktičtí lékaři si „vyberou" jen pacienty s průběhem, který se jim hodí, a nákladná péče pak zůstane na bedrech stávajících poskytovatelů DP, kteří se mohou dostat nad limit úhrady. Pro některé

poskytovatele v odbornosti 925 může být tato změna likvidační a může přinést rozkolísání celého segmentu.

5. Navrhovaný úhradový mechanismus bez limitace

Navrhovaný úhradový mechanismus je na straně praktických lékařů zcela bez limitace, na rozdíl od poskytovatelů DP. To bude s naprostou jistotou systém dále prodražovat.

Zároveň vznášíme zásadní připomínku k samotnému modelu financování, zejména k riziku neefektivity a dvojích plateb v systému. Při navrhovaném nastavení reálně hrozí riziko duplicitních úhrad, resp. dvojích plateb. Zcela logicky může docházet k situacím, kdy praktičtí lékaři budou k vykazované práci terénní sestry paralelně přičítat i svou vlastní práci v rámci lékařské návštěvní služby u téhož pacienta. Tento souběh by vedl k neoprávněnému a neefektivnímu odčerpávání finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění za totožnou epizodu péče, což je z hlediska udržitelnosti a hospodárnosti systému naprosto neakceptovatelné.

6. Dlouhodobě minimální návštěvní služba praktických lékařů

Praktičtí lékaři, ač mohou, dlouhodobě neposkytují téměř žádnou návštěvní službu. S výjimkou některých venkovských oblastí se návštěvní služba v primární péči od 90. let prakticky neprovádí. O to více je zarážející, že nyní má být domácí péče „automaticky" převedena do jejich kompetence prostřednictvím sester.

7. Riziko omezení dostupnosti péče a účelového omezování indikací

Domácí péči nakonec fakticky nebudou zajišťovat stávající sestry praktických lékařů. Praktičtí lékaři si ve skutečnosti budou najímat sestry ze stávajících agentur domácí péče, což dále roztočí již dnes velmi problematickou mzdovou spirálu.

Důrazně varujeme před reálnou hrozbou plošného omezení dostupnosti domácí péče. V případě realizace tohoto návrhu lze s velkou pravděpodobností očekávat, že praktičtí lékaři přestanou odbornost 925 standardně indikovat. Vznikne zde totiž přímá finanční motivace saturovat péči, často pravděpodobně u méně náročných pacientů, vlastními kapacitami. Toto účelové zamezení indikací směrem ke stávajícím agenturám povede k razantnímu úbytku financí v segmentu 925 a k postupné likvidaci stávajících poskytovatelů. Výsledkem bude paradoxně destrukce dobře fungující sítě a fatální nedostupnost profesionální domácí péče především pro ty nejtěžší a nejnáročnější chronické pacienty, na které již kapacity ordinací praktických lékařů nebudou stačit.

Tato snaha o umělou centralizaci péče pod ordinace praktických lékařů jde navíc zcela proti moderním trendům vyspělých zdravotnických systémů. V západním světě (jako je například Nizozemsko se svými vysoce efektivními modely autonomních ošetřovatelských týmů, případně skandinávské země) je domácí péče budována jako zcela samostatný, suverénní a vysoce specializovaný pilíř zdravotnictví zaměřený na prokazatelnou hodnotu pro pacienta. Terénní sestry ve vyspělých zemích nefungují jako podřízený personál pohlcený primární péčí, ale tvoří s praktickými lékaři rovnocenné partnery v multidisciplinárních týmech. Snaha o degradaci specializované domácí péče je nebezpečným krokem zpět, který zcela popírá prokazatelně efektivnější zahraniční praxi založenou na posilování kompetencí a nezávislosti profesionálního ošetřovatelství.

8. Porušování pravidel dohodovacího řízení o úhradách

V neposlední řadě považujeme za potřebné zmínit, že není respektován Jednací řád dohodovacího řízení, podle kterého má být úhrada ošetřovatelské péče poskytované v odbornosti 911 v rámci dohodovacího řízení o úhradách projednávána v segmentu domácí péče.

Závěrem shrnujeme, že považujeme za naprosto nepřijatelné, aby takto fatální systémová změna, která de facto mění celou architekturu poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí, byla domlouvána netransparentně, v tichosti, bez objektivně zpracovaných analýz dopadu na systém a pouze na úrovni separátních dohod s plátci péče. Změny takového rozsahu musí ze své podstaty bezpodmínečně procházet širokou a otevřenou odbornou diskusí za účasti všech dotčených segmentů a odborných společností. Obcházení transparentních mechanismů a snaha o prosazení zásadních reforem „za zavřenými dveřmi" hrubě poškozuje důvěru v celý systém dohodovacího řízení a stabilitu úhradových mechanismů.

Žádáme proto o okamžité přerušení projednávání ustanovení týkajících se terénních sester jako součásti společného návrhu SPL ČR a SPLDD ČR, a to minimálně do doby, než bude uvedená změna projednána napříč systémem a se všemi dotčenými odbornostmi, včetně dopadů takových systémových změn do celého systému výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud bude v segmentu praktických lékařů v rámci přípravné fáze dohodovacího řízení uzavřena předběžná dohoda, která bude obsahovat úhradové podmínky pro práci terénní sestry (odbornost 911), jsme připraveni podat v souladu s Jednacím řádem dohodovacího řízení v oponentní fázi dohodovacího řízení proti této dohodě protest.

S pozdravem

Za poskytovatele domácí péče v odbornosti 925:

Asociace soukromých poskytovatelů zdravotních služeb, z. s.

Grémium manažerů agentur domácí péče, z. s.

Asociace domácí péče České republiky, z. s.

Česká asociace sester, z. s.

Spolek majitelů a poskytovatelů domácí péče, z. s.

Charita Česká republika

Ing. Vladimír Vopelka

Digitálně podepsal Ing. Vladimír Vopelka
DN: c=CZ, 2.5.4.97=NTRCZ-49872541, o=Domovy sociálních služeb Litvínov, příspěvková organizace, ou=663, cn=Ing. Vladimír Vopelka, sn=Vopelka, givenName=Vladimír, serialNumber=P27606
Datum: 2026.05.26 23:54:20 +02'00'

koordinátor segmentu DZS

Prezenční listina

Přípravná fáze Dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2027

Datum: 28. května 2026

Místo: Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Drahobejlova 1404/4, Praha 9 (zasedací místnost č. 306)

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Markéta Benešová PETR HRABÁK	[redacted]
ČPZP	Lucie Linková	
OZP	Jan ŠLAJS	
ZPMV	VYSKOČIL PETR	
ZPŠ	Petr ŠMACH	
RBP	PAVEL RYDRYCH	

Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
DRŽITELKA LISTU VZP ČR		[redacted]
VZP	[illegible]	
VZP	[illegible]	
VZP	[illegible]	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
	JINDŘICH LAUSCHMANN	[redacted]
	Hana Kovaříková	

Zástupci poskytovatelů: Domácí zdravotní služby

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
GRĚMIUM MDP	JAROSLAVA NĚMCOVA	[redacted]
CHOR	Ludmila Kučerová	
SMPDP	KAMILA JEDLÁKOVÁ	
APPČR z.s.	KOMDELÍKOVA KAPITÁNOVA	
CHARITA ČR	ZÁLESKÁ	
GF 913	TOAR BOŤANSKÁ	
GMADP	HAUSER	
DISCRDA/APSS	MACRK	
FMH	SOVADINOVÁ MARIE	
ASPZS	KADEŘÁBEK MARTIN	
ASPZS	BUCHTA TOMÁŠ	