

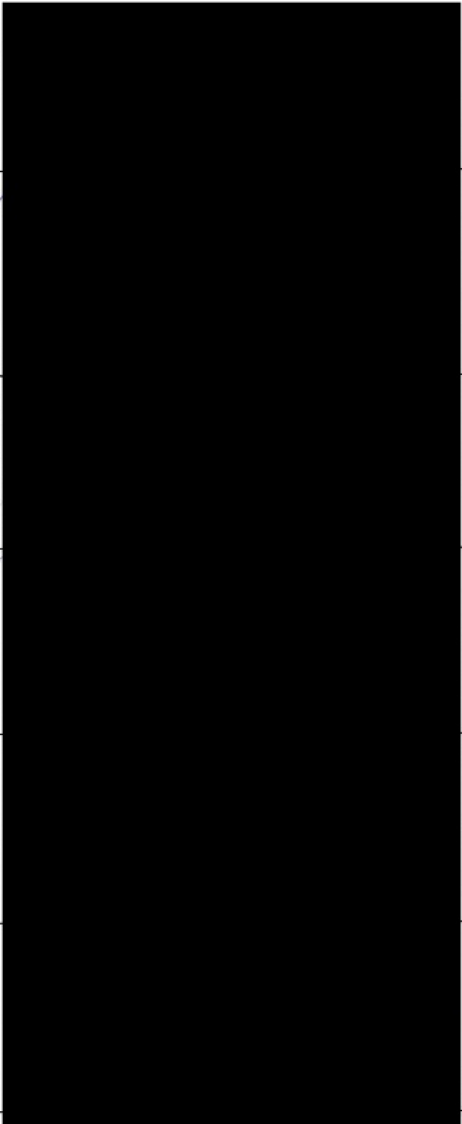
Prezenční listina

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

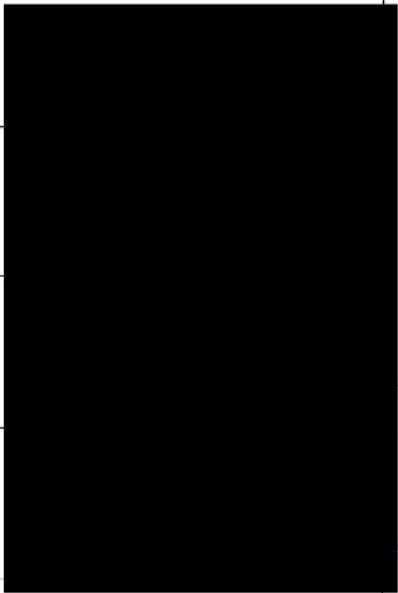
Datum: 10. června 2026

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

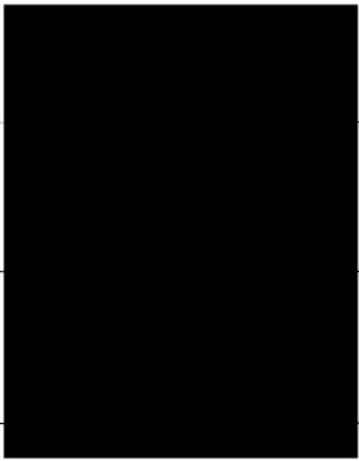
Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Maňáček Deněk Petr Maňáček	
ČPZP	František Linhart	
OZP	Vojtová Jan ŠATIS	
ZPMV	Hadravský Ladislav	
ZPŠ	Petr ŠPACH	
RBP	Petr KUDRYCH	

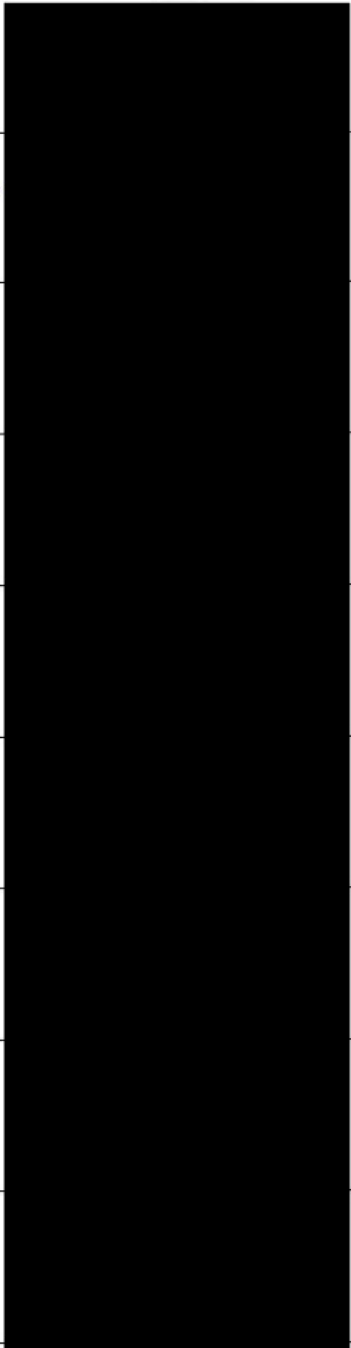
Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
HAZEL VZP	MARKETA HALINA	
VZP	DRTHALOVKA L.	
VZP	JANUŠ M.	
VZP	MOZÁČEK	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
	JINDŘICH LAUSCHMANOV	
	JAW DAPLETA	
	T. Trocl	

Zástupci poskytovatelů: Domácí zdravotní služby

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
CHČR	Lucie Kučerová	
ADP	Lucie Koucká	
ADP	Karolína	
AMDP	Karla Medková	
GMADP	MICHAL HAUSER	
GMADP	NEMLOVÁ	
ASP25	KOZOLČENĚK	
ASP25	BOCHTA TOMÁŠ	
GMADP	JAKUB WEBER	

Zástupci poskytovatelů: Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

[illegible]

Protokol

z přípravné fáze dohodovacího řízení o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních pro rok 2027 ve skupině poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

Datum konání: 28. května 2026

Účastníci jednání: dle prezenční listiny

Předložené návrhy účastníků jednání jsou přílohou tohoto protokolu:

Příloha č. 1 - společný návrh VZP ČR, SZP ČR, SPL, SPLDD, APZZ a ČLK-o.s.

Účastníci při jednání **došli k dohodě**.

V rámci jednání přípravné fáze dohodovacího řízení o úhradách na rok 2027 ve skupině poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost došlo **k dohodě**.

Dohoda byla uzavřena za podmínky mimořádné valorizace platby za státní pojištěnce od 1. 1. 2027 v ročním finančním objemu 25 mld. Kč.

Zdravotní pojišťovny se zavazují do svých individuálních úhradových dodatků začlenit bonifikace za splnění kvalitativních kritérií minimálně v objemu odpovídající úhradové vyhlášce na rok 2026.

Hlasování o předložených návrzích

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, SPL, SPLDD, APZZ a ČLK-o.s. (viz Příloha č. 1 tohoto protokolu)

Poskytovatelé	Počet hlasů	Zdravotní pojišťovny	Počet hlasů
PRO:	3944	PRO:	7
PROTI:	0	PROTI:	0
Zdržel se hlasování:	20	Zdržel se hlasování:	0

Návrh byl přijat.

Souhlas s výše uvedeným zněním protokolu potvrzují svým podpisem:

Za poskytovatele zdravotní péče:

Jméno koordinátora	Organizace	Podpis
MUDr. Michal Bábíček	SPL ČR	

Za zdravotní pojišťovny:

Jméno	Zdravotní pojišťovna	Podpis
Miroslav Jankovský	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	
Kamila Benešová	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	
Lucie Linhartová	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	
Jaroslav SLAJS	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	
Petr Štrach	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	
Petr Vyšehradský	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	
Pavel Štěpánek	RBP, zdravotní pojišťovna	

Společný návrh VZP ČR, SZP ČR, SPL, SPLDD, APZZ a ČLK-o.s. na úhradu hrazených služeb ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v roce 2027

Hodnoceným obdobím se rozumí rok 2027.

Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem, kdy je na daném pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař daného pracoviště se specializovanou způsobilostí, s tím, že se do ordinačních hodin nezapočítává doba věnovaná návštěvní službě a administrativním činnostem.

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

A) Kombinovaná kapitačně výkonová platba

1. Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného kapitační sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách podle bodu 9 a indexů podle bodu 9. Základní kapitační sazba se stanoví ve výši:
 - a) **78 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a alespoň 2 dny v týdnu umožňuje pojištěncům objednat se na pevně stanovenou hodinu,
 - b) **69 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů a pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin,
 - c) **60 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, který na tomto pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b),
 - d) **66 Kč** pro pracoviště poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, který na daném pracovišti neposkytuje hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenech a) nebo b).
2. Základní kapitační sazba:
 - a) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** v případě, že poskytovatel zdravotní pojišťovně nejpozději do **31. ledna hodnoceného období** doloží, že nejméně **50 % lékařů**, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli dokladu vydaného příslušnou profesní komorou nebo

profesním sdružením v souladu se stavovskými předpisy této komory nebo profesního sdružení osvědčujícího celoživotní vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (dále jen „doklad celoživotního vzdělávání lékařů“), přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období; tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů,

- b) podle bodu 1 písm. a) až c) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony č. 01021 nebo 01022 podle seznamu výkonů alespoň u **30 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 40 do 80 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 40 do 80 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
- c) podle bodu 1 písm. a), b) a d) se navýší o **2,00 Kč** v případě, že poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku, vykázanou výkony č. 02031 nebo 02032 podle seznamu výkonů alespoň u **40 %** svých registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ve věku od 6 do 19 let, přičemž rozhodným dnem pro stanovení poměru provedených preventivních prohlídek k počtu registrovaných pojištěnců ve věku od 6 do 19 let je 31. prosince hodnoceného období a celková částka, odpovídající navýšení kapitační sazby podle tohoto ustanovení, bude poskytovateli uhrazena nejpozději do 150 dnů po skončení hodnoceného období.
- d) podle bodu 1 se navýší o **1,00 Kč** poskytovateli, který předložil před hodnoceným obdobím nebo v jeho průběhu zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství, pediatrie, dětské lékařství nebo praktické lékařství pro děti a dorost, doloží, že zajišťuje specializační vzdělávání pro lékaře (školence nebo rezidenta) v rámci vzdělávacího programu specializačního vzdělávání a zároveň doloží, že alespoň v části období od 1. 1. 2022 na svém pracovišti vzdělával alespoň jednoho školence/rezidenta; navýšení kapitační platby se provede od prvního dne kalendářního měsíce, ve kterém došlo k písemnému oznámení o školení lékaře včetně doložení potvrzení o zařazení tohoto školence do vzdělávacího programu, nejpozději však do konce hodnoceného období.
3. Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 001 podle seznamu výkonů:

č. výkonu	Název
01023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.

09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
44239	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ BÉRCOVÉHO VŘEDU LÉKAŘEM (1 BÉREC)
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

Výkony podle seznamu výkonů zahrnuté do kapitační platby v odbornosti 002, podle seznamu výkonů:

Č. výkonu	Název
01025	KONZULTACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY PACIENTA
01030	ADMINISTRATIVNÍ ÚKONY PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
02023	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02024	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ DO 6 LET
02033	CÍLENÉ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
02034	KONTROLNÍ VYŠETŘENÍ PRAKTICKÝM LÉKAŘEM PRO DĚTI A DOROST – DÍTĚ NAD 6 LET
06111	KOMPLEX – VYŠETŘENÍ STAVU PACIENTA SESTROU VE VLASTNÍM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ
06119	KOMPLEX – ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU
06121	KOMPLEX – LOKÁLNÍ OŠETŘENÍ
06123	KOMPLEX – EDUKACE, REEDUKACE, OŠETŘOVATELSKÁ REHABILITACE
06125	KOMPLEX – KLYSMA, VÝPLACHY, CÉVKOVÁNÍ, LAVÁŽE, OŠETŘENÍ PERMANENTNÍCH KATETRŮ
06127	KOMPLEX – APLIKACE INHALAČNÍ A LÉČEBNÉ TERAPIE P. O., S. C., I. M., I. V., UV, EVENT.DALŠÍ ZPŮSOBY APLIKACE TERAPIE ČI INSTILACE LÉČIV
06129	NÁCVIK A ZAUČOVÁNÍ APLIKACE INZULÍNU
09215	INJEKCE I. M., S. C., I. D.
09216	INJEKCE DO MĚKKÝCH TKÁNÍ NEBO INTRADERMÁLNÍ PUPENY V RÁMCI REFLEXNÍ LÉČBY
09217	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09219	INTRAVENÓZNÍ INJEKCE U DOSPĚLÉHO ČI DÍTĚTE NAD 10 LET
09220	KANYLACE PERIFERNÍ ŽÍLY VČETNĚ INFÚZE
09221	INFÚZE U KOJENCE NEBO DÍTĚTE DO 10 LET
09233	INJEKČNÍ OKRSKOVÁ ANESTÉZIE
09235	ODSTRANĚNÍ MALÝCH LÉZÍ KŮŽE
09237	OŠETŘENÍ A PŘEVAZ RÁNY VČETNĚ OŠETŘENÍ KOŽNÍCH A PODKOŽNÍCH AFEKČÍ DO 10 CM ²
09253	UVOLNĚNÍ PREPUCIA, VČETNĚ NEOPERAČNÍ REPOZICE PARAFIMOZY

09507	PSYCHOTERAPIE PODPŮRNÁ PROVÁDĚNÁ LÉKAŘEM NEPSYCHIATREM
09511	MINIMÁLNÍ KONTAKT LÉKAŘE S PACIENTEM
09513	TELEFONICKÁ KONZULTACE OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE PACIENTEM
09523	EDUKAČNÍ POHOVOR LÉKAŘE S NEMOCNÝM ČI RODINOU
09525	ROZHOVOR LÉKAŘE S RODINOU
71511	VYJMUTÍ CIZÍHO TĚLESA ZE ZVUKOVODU
71611	VYNĚTÍ CIZÍHO TĚLESA Z NOSU – JEDNODUCHÉ

4. Pro výkony nezahrnuté do kapitační platby se hodnota bodu stanoví takto:
- pro výkony č. **01021, 01022** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,44 Kč** a pro výkony č. **02021, 02022, 02031 a 02032** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,31 Kč**,
 - pro výkony č. **01201, 01204, 01186, 01188, 02035, 02036, 02037, 02039, 02240, 02043, 02044, 02045, 09532, 02100, 02105, 02125, 02130, 02160, 02161, 15118, 15119, 01130, 01135, 01136, 01196, 01197** a **nový výkon prevence duševního zdraví** podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši **1,30 Kč**,
 - pro ostatní výkony nezahrnuté do kapitační platby a pro výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví hodnota bodu ve výši **1,19 Kč**.
5. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,04 Kč** v případě, že poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. ledna hodnoceného období doloží, že nejméně **50 %** lékařů, kteří u něj působí jako nositelé výkonů a poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, je držiteli platného dokladu celoživotního vzdělávání lékařů, přičemž za platný doklad celoživotního vzdělávání se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období. Podmínka podle předchozí věty se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů.
6. Hodnota bodu uvedená v bodě 4 se navýší o **0,06 Kč** pro pracoviště poskytovatele v případě, že poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na tomto pracovišti poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny nejméně do 18 hodin a zároveň má objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům zdravotní pojišťovny objednávat se na pevně stanovenou dobu alespoň 2 dny v týdnu.
7. Pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě, hrazené podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši **1,32 Kč**.
8. Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u pacientů v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost podle seznamu výkonů v ordinaci Poskytovatele v odbornosti 001 či 002 se stanovuje úhrada následujícím způsobem:
- u pojištěnce ve věku do 6 let se hradí výkon č. 09555 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **224 Kč**,
 - u pojištěnce ve věku od 6 let do 12 let se hradí výkon č. 09556 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **168 Kč**,

- c) u pojištěnce ve věku od 12 let do 18 let se hradí výkon č. 09557 dle seznamu výkonů se stanovenou úhradou pro rok 2027 ve výši **112 Kč**,
- d) u pojištěnce od dovršení věku 18 let vykázanou výkonem č. 01543 – (VZP) Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče se stanoví úhrada ve výši **90 Kč**.
9. Věkové skupiny a indexy, které vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 30 až 34 let, jsou stanoveny takto:

Věková skupina	Index
0–4 roky	4,57
5–9 let	2,11
10–14 let	1,62
15–19 let	1,06
20–24 let	0,90
25–29 let	0,95
30–34 let	1,00
35–39 let	1,05
40–44 let	1,05
45–49 let	1,10
50–54 let	1,43
55–59 let	1,54
60–64 let	1,59
65–69 let	1,80
70–74 let	2,12
75–79 let	2,67
80–84 let	3,22
85–89 let	3,80
90 a více let	4,41

10. V případě, že Poskytovatel provede vyšetření diferenciální diagnostiky POCT ultrasonografií (POCUS) vykázané prostřednictvím výkonu č. 01050 dle Seznamu výkonů alespoň v počtu případů odpovídajícím 250/12 krát počet měsíců, ve kterých měl výkon nasmlouván ve smlouvě s příslušnou zdravotní pojišťovnou, krát KPPokres dle přílohy č. 9 k vyhlášce, bude mu uhrazena bonifikace ve výši 5 000 Kč krát KPPokres za každý měsíc, ve kterém měl výkon č. 01050 nasmlouván v příloze č. 2 Smlouvy. Tuto částku uhradí Pojišťovna Poskytovateli do 150 dnů po skončení roku 2027.

B) Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů

Pro hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,04 Kč; pro výkony přepravy zdravotnického pracovníka v návštěvní službě podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,32 Kč.

C) Regulační omezení

1. Pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost se stanoví regulační omezení uvedená v bodech 1.1 až 1.4.
- 1.1. Pokud průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrnou úhradu za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady

na jednoho přepočteného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona. Zdravotní pojišťovna při určení výše regulační srážky podle první věty přihlédne k případům, kdy poskytovatel prokáže, že zvýšená průměrná úhrada za poskytovatelem předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce byla způsobena změnou výše nebo způsobu jejich úhrady, popřípadě v důsledku změn struktury ošetřených pojištěnců.

- 1.2. Pokud průměrná úhrada za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, předepsané poskytovatelem, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za zdravotnické prostředky pro inkontinentní, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
- 1.3. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů a za výkony č. 02230, 01443, 01146, 01147, 01148 a 02220 podle seznamu výkonů, pokud jsou smluvně sjednány mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 15 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení. Do průměrné úhrady na jednoho přepočteného pojištěnce se nezapočítávají úhrady za registrované pojištěnce poskytovatele, u kterých byl v hodnoceném období vykázan výkon č. 01186 nebo 01188 podle seznamu výkonů. Do vyžádané péče se dále nezahrnují výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, screeningu včasného zachytu karcinomu plic, výkony screeningu karcinomu prostaty podle seznamu výkonů a výkony časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty podle seznamu výkonů prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou smlouvu. Do průměrné úhrady se nezapočítává úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech podle seznamu výkonů provedenou v přímé vazbě na preventivní prohlídky a podle vyhlášky č. 70/2012 Sb., o preventivních prohlídkách.
- 1.4. Pokud průměrná úhrada za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, vztažená na jednoho přepočteného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny podle věkových indexů v hodnoceném období, převýší o 20 % celostátní průměrné úhrady za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do výše 25 % z překročení.
2. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud bylo nezbytné poskytnutí hrazených služeb, na jejichž základě byly překročeny průměrné úhrady podle bodu 1.
3. Regulační omezení podle bodu 1.1 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky s výjimkou zdravotnických prostředků pro inkontinentní a stomické pomůcky předepsané v hodnoceném období nepřevýší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
4. Regulační omezení podle bodu 1.2 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za zdravotnické prostředky pro inkontinentní předepsané v hodnoceném období nepřevýší

předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.

5. Regulační omezení podle bodu 1.3 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu této zdravotní pojišťovny.
6. Regulační omezení podle bodu 1.4 se nepoužije, pokud součet úhrad zdravotní pojišťovny za vyžádanou péči v odbornosti 902 podle seznamu výkonů v hodnoceném období nepřevyší předpokládanou výši úhrad za tento druh hrazených služeb v rámci hodnoceného období podle zdravotně pojistného plánu příslušné zdravotní pojišťovny.
7. Regulační omezení podle bodu 1 se nepoužijí, pokud poskytovatel v hodnoceném období registroval 50 a méně pojištěnců zdravotní pojišťovny.
8. Zdravotní pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle bodu 1 maximálně do výše odpovídající **15 %** úhrady poskytnuté zdravotní pojišťovnou poskytovateli za kapitální platbu a výkony snížené o úhradu za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky v hodnoceném období.

D) Úhrada za týmovou praxi

1. Úhrada za týmovou praxi náleží poskytovateli v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů nebo poskytovateli v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů zřizujícímu samostatné organizačně a prostorově vyčleněné pracoviště (dále jen „pracoviště týmové praxe“), pokud tento poskytovatel alespoň v jednom kalendářním měsíci hodnoceného období splňoval následující podmínky:
 - a) hrazené služby poskytované poskytovatelem na pracovišti týmové praxe jsou hrazeny kombinovanou kapitačně výkonovou platbou podle části A,
 - b) poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů předložil zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví podle zákona o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru všeobecné praktické lékařství,
 - c) poskytovatel na pracovišti týmové praxe poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně,
 - d) poskytovatel na pracovišti týmové praxe provozuje elektronický objednávkový systém, který umožňuje pojištěncům objednání na pevně stanovenou dobu,
 - e) poskytovatel na pracovišti týmové praxe registruje minimálně 1 800 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,

- f) poskytování hrazených služeb na pracovišti týmové praxe je personálně zajištěno nejméně v tomto rozsahu:
1. 1,0 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí, který je fyzicky přítomen na pracovišti týmové praxe po celou ordinační dobu, a
 2. 0,2 úvazku lékaře se specializovanou způsobilostí nebo lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene, přičemž úvazkem 1,0 se pro účely této části rozumí úvazková kapacita sjednaná ve smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb v rozsahu 30 hodin týdně,
- g) na pracovišti týmové praxe celkový počet úvazků lékaře se specializovanou způsobilostí a lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 3,0 úvazku, přičemž počet úvazků lékaře s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene nepřesahuje 1,0 úvazku,
- h) technické a věcné vybavení pracoviště týmové praxe umožňuje provedení:
1. výkonů č. 01441, 01443, 02230, 02250, 09127, 15119 a 17129 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů,
 2. výkonů č. 01441, 02036, 02220, 02230, 02250 a 09125 podle seznamu výkonů, jedná-li se o pracoviště týmové praxe poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů,
- přičemž tyto výkony zahrnuje smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb,
- a) poskytovatel na pracovišti týmové praxe průběžně registruje nové pojištěnce do naplnění kapacity 1 800 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů, a 1 700 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven přepočtených podle věkových indexů na 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, jde-li o poskytovatele v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů, a
 - b) poskytovatel splnil v hodnoceném období alespoň jednu z následujících podmínek:
 - i. poskytovatel v odbornosti praktické lékařství pro děti a dorost podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 20 přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,
 - ii. poskytovatel v odbornosti všeobecné praktické lékařství podle seznamu výkonů na pracovišti týmové praxe nově zaregistroval minimálně 10 pojištěnců všech zdravotních pojišťoven v přepočtu na každého 0,1 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe nad rámec 1,0 celkové výše úvazků lékařů na tomto pracovišti,

iii. poskytovatel dosáhl kladného rozdílu počtu přepočtených pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných na pracovišti týmové praxe k 31. prosinci hodnoceného období oproti 1. lednu hodnoceného období;

příčemž je-li pracoviště týmové praxe vytvořeno sloučením více původních pracovišť, nepovažují se pojištěnci registrovaní na původních pracovištích za nově registrované pojištěnce na pracovišti týmové praxe vzniklém tímto sloučením.

2. Měsíční výše úhrady za týmovou praxi se stanoví následovně:

$$\dot{U}hr_{týmová_praxe} = KPP_{okres} \times \dot{U}v_{+} \times 10\,800 \text{ Kč}$$

kde:

KPP_{okres} je koeficient počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v daném okrese podle bodu 1 přílohy č. 9 k této vyhlášce.

$\dot{U}v_{+}$ je počet desetin úvazků lékařů přesahujících 1,0 úvazku lékaře na pracovišti týmové praxe, vypočtený jako:

$$\dot{U}v_{+} = (\dot{U}v_{\Sigma} - 1) \times 10$$

kde:

$\dot{U}v_{\Sigma}$ je celková výše úvazků lékařů se specializovanou způsobilostí a lékařů s odbornou způsobilostí po získání certifikátu o absolvování základního kmene na pracovišti týmové praxe.

3. Pokud poskytovatel zdravotní pojišťovně doloží splnění podmínek podle bodu 1 písm. a) až g), úhrada za týmovou praxi se mu poskytne jako měsíční předběžná úhrada, a to od prvního dne kalendářního měsíce, za který zdravotní pojišťovně splnění těchto podmínek doložil. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 1 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

E) Bonifikace za terénní sestru v ordinaci VPL a PLDD

1. V případě, že poskytovatel v hodnoceném období personálně zajišťuje sestru či sestry S2 nebo S3 minimálně v úvazku 40 hodin týdně (může se jednat o součet kratších úvazků), bude mu od 1. dne měsíce, ve kterém splnil tuto podmínku poskytnuta předběžná měsíční ve výši:

$$PM\dot{U}tersest = 25\,000 \text{ Kč} * KppOkres$$

2. V případě, že poskytovatel provedl u svých registrovaných pojištěnců nasmlouvané výkony odbornosti 911 v počtu epizod péče odpovídajícím alespoň 200/12 krát počet měsíců u dané pojišťovny, ve kterých měl na pracovišti nasmlouvanou terénní sestru, krát KPP_{okres} , bude mu za tento měsíc přiznána úhrada ve výši předběžné měsíční úhrady dle bodu 1. této části.

3. Za každou vykázanou epizodu péče u registrovaných pacientů poskytovatele v souvislosti vyšetřením terénní sestry podle seznamu výkonů se stanovuje úhrada následovně:
 - a) Epizoda péče sestry (15 min) ve výši 151 Kč
 - b) Epizoda péče sestry (30 min) ve výši 303 Kč
4. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 2 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

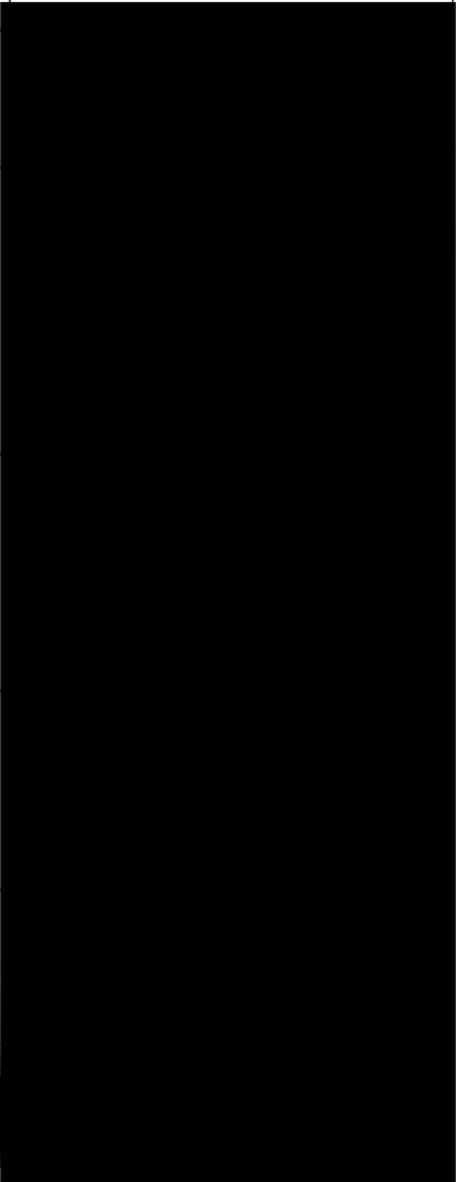
Prezenční listina

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

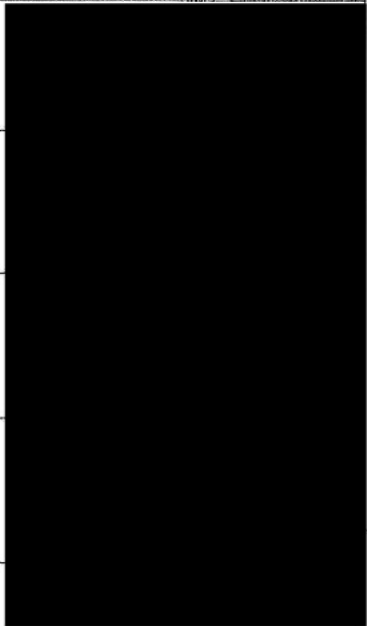
Datum: 28. května 2026

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

Zástupci zdravotních pojišťoven

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
VoZP	Markéta Benášová Petr Hrabák	
ČPZP	Lucie Linkeová	
OZP	Jana ŠLAJS	
ZPMV	Uryšleček Petr	
ZPŠ	Petr Štácl	
RBP	PAVEL ZYDULKA	

Zástupci VZP

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
DRINKOVÉ JIŘÍ VZP ČR		
VZP	PROBÁZE	
VZP	PROBÁZE	
VZP	JANUJ	

Zástupci MZČR

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
	JIŘÍČEK LAVSCHMANU	
	Hana Kovářková	

Zástupci poskytovatelů: Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Organizace	Jméno a příjmení	Podpis
ASP2S	Jiří Nádler	
ASP2S	ČEŇKŮ KUBOŮK	
SPCDD	OTÍKAD KOZPĚD	
ASPSZ	DANIEL FRÁŇKA	
ČLK	JOSEF	
QPL	JOHN M. A.	
SM 03	BRŮČKA	
ČLK	MACH	

Adresáti:

MUDr. Michal Bábíček

koordinátor pro skupinu praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost

Ministerstvo zdravotnictví ČR

svolavatel DŘ 2027

Ing. Josef Diessl – generální ředitel Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky
předsedající dohodovacího řízení pro 2027

Zdravotní pojišťovny:

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 2. června 2026

Protest proti předběžné dohodě skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost z přípravné fáze dohodovacího řízení pro rok 2027

Vážení,

jako zástupci sdružení poskytovatelů jednající v rámci dohodovacího řízení o úhradách ve skupině poskytovatelů domácích zdravotních služeb podáváme tímto prostřednictvím koordinátora segmentu v souladu s Jednacím řádem dohodovacího řízení **protest proti předběžné dohodě skupiny praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost z přípravné fáze dohodovacího řízení pro rok 2027.**

Konkrétně protest směřuje proti části předběžné dohody, která zavádí finanční bonifikaci za terénní sestru v ordinaci VPL a PLDD.

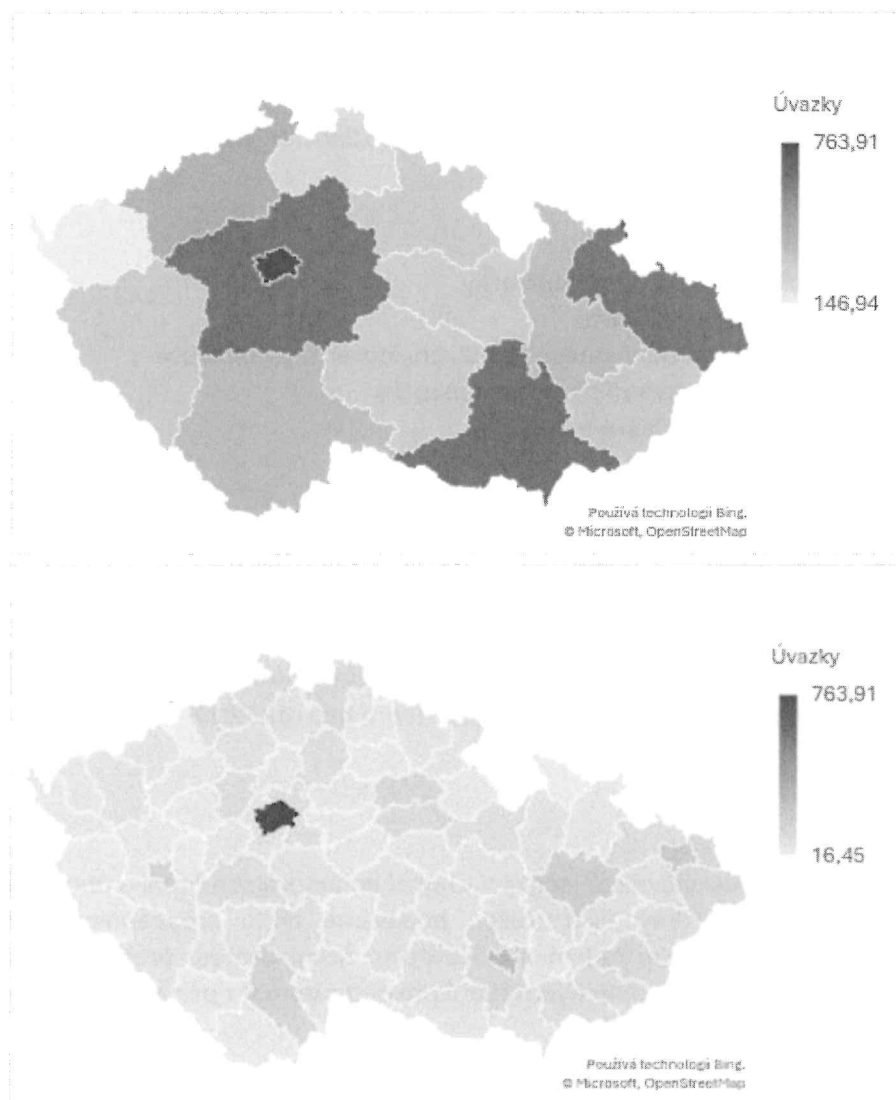
Tato změna nebyla veřejně diskutována, nebyla projednána s dotčenými odbornostmi a hlavně nebyla v rámci dohodovacího řízení projednána v segmentu, kam úhrada péče v odbornosti 911 patří.

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 potřeby 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 vznikl 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. Převod 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 ošetrovatelských 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 ošetrovatelství.

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 ošetrovatelské 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 plátcí 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 poškozují důvěru v celý systém dohodovacího řízení a stabilitu úhradových mechanismů.

Žádáme proto s odkazem na Jednací řád dohodovacího řízení o bezodkladné zahájení jednání mezi skupinou poskytovatelů domácí zdravotní péče, skupinou praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost a zdravotními pojišťovnami s cílem úpravy předběžné dohody ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost v rozsahu dotčeném tímto protestem.

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

Koordinátor segmentu poskytovatelů domácích zdravotních služeb:

Ing. Vladimír Vopelka

Ing. Vladimír
Vopelka

Digitálně podepsal Ing. Vladimír Vopelka
DN: c=CZ, 2.5.4.97=NTBCZ-49872541, o=Domevy sociálních
služeb, ou=Vopelka, ou=Vopelka, ou=Vopelka, ou=Vopelka, ou=Vopelka
Vladimír Vopelka, cn=Vopelka, givenName=Vladimír,
serialNumber=P27606
Datum: 2026.06.02 08:00:18 +02'00'

Stanovisko segmentu Domácí zdravotní služby k návrhu na zavedení bodu E (terénní sestra) do úhradové vyhlášky u praktických lékařů pro rok 2027

V návaznosti na výzvu zdravotních pojišťoven, SPL a zástupců MZ ČR na schůzce ze dne 10.6.2026 sdělujeme naše stanovisko:

A) Stanovisko odborných společností

Odborné společnosti zásadně **nedoporučují přijetí tohoto návrhu bodu E dle sjednaného znění v dohodovacím řízení**. Návrh vykazuje závažné legislativní nedostatky a představuje neúměrné finanční riziko pro systém veřejného zdravotního pojištění.

1. Legislativní nesoulad pojmu „terénní sestra“

Předložený návrh pracuje s termínem, který český právní řád v kontextu poskytování zdravotní péče nezná.

- **Absence v legislativě:** Vyhláška č. 55/2011 Sb. (o činnostech zdravotnických pracovníků) pojem „terénní sestra“ neobsahuje.
- **Rozdíly v kompetencích:** Praktická i všeobecná sestra mají sice přiřazenu odbornost S2, ale praktická sestra nemůže podle uvedené vyhlášky pracovat samostatně ve vlastním sociálním prostředí pacienta.
- **Doporučení:** Je nezbytné nahradit pojem „terénní sestra“ přesnou specifikací zdravotnického pracovníka podle platné legislativy – tedy **všeobecnou sestrou** s příslušnou způsobilostí.

2. Metodický rozpor v zavedení „epizody péče“

Požadavek na bonifikaci formou nového pojmu „epizoda péče“ je v přímém rozporu s metodikou tvorby cen zdravotní péče.

- **Stávající kalkulace:** Čas a náklady na výkon jsou již plně kalkulovány v obsahu stávajících výkonů. Sestra v odbornosti 911 může tyto výkony provádět jak v ambulanci, tak v sociálním prostředí pacienta.
- **Procesní pochybení:** Úhradová vyhláška nesmí nahrazovat Seznam zdravotních výkonů. Jakékoli změny či nové výkony pro odbornost 911 musí projít standardním řízením v **pracovní skupině k Seznamu zdravotních výkonů při Ministerstvu zdravotnictví ČR**.

3. Povinnost vedení zdravotnické dokumentace

Každý vykázaný výkon v odbornosti 911 podléhá přísné kontrole a musí být řádně zaznamenán.

- **Povinný obsah:** dle registračních listů musí ošetřovatelská dokumentace obsahovat **ošetřovatelský plán, detailní zápis o provedeném výkonu a vyhodnocení stavu pacienta**. Pouhé paušální vykazování bez vazby na tyto náležitosti je nepřípustné.

4. Ekonomická analýza a finanční dopady

Požadavek praktických lékařů na fixní měsíční paušál **25 000 Kč / měsíc / úvazek** porušuje povinnost zdravotních pojišťoven jednat s péčí řádného hospodáře. Finanční dopady na systém při teoretickém zapojení všech praktických lékařů byly propočteny následovně:

- **Fixní paušální náklady:**
 $5000 \text{ lékařů} \times 25\,000 \text{ Kč paušál} \times 12 \text{ měsíců} = 1\,500\,000\,000 \text{ Kč}$
- **Variabilní náklady při minimálním využití (30 výkonů / měsíc):**
 Při ceně výkonu cca 303 bodů/Kč by dodatečné náklady na tzv. epizody péče činily:
 $5000 \text{ lékařů} \times 303 \text{ Kč} \times 30 \text{ epizod} \times 12 \text{ měsíců} = 545\,400\,000 \text{ Kč}$
- **Variabilní náklady při reálném provozu v terénu (10 výkonů / den, tj. 200 / měsíc):**
 Aby měla terénní činnost prokazatelný přínos pro péči o pacienty, musel by lékař indikovat průměrně 10 výkonů denně. Náklady by pak vzrostly na 3 636 000 000,-Kč.

B) Návrh úpravy parametrů – bonifikace za terénní sestru v ordinaci VPL, PLPDD

- 1) V případě, že poskytovatel v hodnoceném období personálně zajišťuje všeobecnou sestru či sestry S2 nebo S3 minimálně v úvazku 40 hodin týdně, která poskytuje ošetření v domácím prostředí pacientů, bude mu od 1. dne měsíce, ve kterém splnil tuto podmínku, poskytnuta předběžná měsíční úhrada ve výši:

$$\text{ÚHR}_{\text{sestra_doma}} = 10\,000 \text{ Kč} \times \text{KPP}_{\text{okres}}$$

ÚHR_{sestra_doma} lze poskytovateli přiznat maximálně do výše úvazku 1,00 (40 hodin týdně) na jedno pracoviště (IČP) poskytovatele. Personální zajištění všeobecné sestry nad rámec úvazku 1,00 na jedno IČP nezakládá nárok na navýšení úhrady

- 2) V případě, že poskytovatel provedl u svých registrovaných pojištěnců nasmlouvané výkony odbornosti 911 v počtu epizod péče podle bodu 3 odpovídajícím alespoň 200/12 krát počet měsíců u dané pojišťovny, ve kterých měl na pracovišti nasmlouvanou všeobecnou sestru, krát KPP_{okres}, bude mu za tento měsíc přiznána úhrada ve výši ÚHR_{sestra_doma} dle bodu 1 této části.
- 3) Za každou vykázanou epizodu péče nebo kontakt u registrovaných pacientů poskytovatele v souvislosti s ošetřením všeobecné sestry v domácím prostředí pacienta podle seznamu výkonů se stanoví úhrada ve výši **90 Kč**. Epizodu péče lze vykázat na jednoho registrovaného pacienta maximálně 4x za hodnocené období.

- 4) Celková výše úhrady za epizody péče nebo kontaktu podle bodu 3 v hodnoceném období nepřekročí částku

$60 \times PUM_i$

kde

PUM_i je počet kalendářních měsíců, v nichž byly všeobecnou sestrou z pracoviště i poskytovány registrovaným pojištěncům ošetření v domácím prostředí

i nabývá hodnot 1 až n , kde n je počet pracovišť (ČP) poskytovatele.

- 5) Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání na základě vyhodnocení plnění podmínek podle bodu 2 až 4 příslušnou zdravotní pojišťovnou, a to nejpozději do 150 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Závěr

Návrh praktických lékařů v předložené podobě je neakceptovatelný.

Kalkulace předložené autory návrhu jsou věcně chybné a zavádějící. Schválení tohoto bodu mimo platný legislativní rámec by pro systém veřejného zdravotního pojištění znamenalo nekontrolovaný nárůst výdajů, aniž by byla garantována kvalita a prokazatelnost poskytované péče.

Odborné společnosti upozorňují na **bezprecedentní propad v kvalitě a bezpečnosti ošetrovatelské péče** poskytované pacientům v jejich přirozeném prostředí, pokud by byl tento návrh přijat. V současné době je domácí zdravotní péče poskytována pacientům vždy po komplexním posouzení zdravotního stavu, v souladu s ošetrovatelským plánem a standardními ošetrovatelskými postupy.

Návrh praktických lékařů, který mechanicky zamýšlí pouhé „vyslání sestry“ k provedení izolovaného výkonu, **zcela popírá moderní koncepty ošetrovatelství**. Jednalo by se o faktický návrat k překonanému, rigidnímu způsobu péče o pacienty z období před více než 30 lety. Prezentovaná představa o tzv. aktivním vyhledávání potřebných pacientů v terénu navíc zcela opomíjí základní pilíře ochrany soukromí občanů a právní rámec nakládání s citlivými daty, které jsou striktně definovány zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Návrh

Na základě výše uvedeného navrhuje a nabízí aktivní spolupráci při tvorbě pracovní skupiny pro všeobecnou sestru u praktického lékaře v návaznosti na koordinaci primární péče.

Ing. Vladimír Vopelka

Digitalně podepsal Ing. Vladimír Vopelka
DN: c=CZ, 2.5.4.97=NTICZ-49872541, o=Domovy sociálních služeb
Lázněv, příspěvková organizace, ou=663, cn=Ing. Vladimír Vopelka,
sn=Vopelka, givenName=Vladimír, serialNumber=P27606
Datum: 2026.06.12 17:01:13 +02'00'

Odhlasováno v segmentu 12.6.2026

koordinátor segmentu DZS

Vyjádření k protestu segmentu domácí péče proti dohodě v segmentu praktických lékařů v přípravné fázi DŘ pro rok 2027

Segment domácí péče vznesl protest proti dohodě v segmentu praktických lékařů v bodu E dohody, která zavádí úhradový mechanismus pro terénní sestry, tedy pro úhradu činnosti sestry z ordinace VPL či PLDD, kterou provádí ve vlastním sociálním prostředí pacienta registrovaného v dané ordinaci VPL/PLDD. V protestu se uvádí, že se jedná o duplicitu s péčí, která je poskytována odborností 925 a argumentuje dostatečným počtem poskytovatelů v segmentu domácí péče a dobrým regionální pokrytím touto službou a její dostatečnou kapacitou. Protest bez dalšího vysvětlení také zpochybňuje odbornou kvalifikaci všeobecných sester provádět péči ve vlastním sociální prostředí pacienta a oprávnění PL takovou činnost indikovat.

Tato argumentace je ovšem v rozporu s tvrzením zástupců stejného segmentu na jiných paralelních jednáních na MZ, kde naopak argumentují nedostatkem kapacit v segmentu domácí péče a obavami z neschopnosti pokrýt kapacitně rostoucí poptávku po tomto typu péče, což používají jako argument pro snížení kvalifikačních požadavků pro poskytování domácí péče a zapojení méně kvalifikovaných NLZP-praktických sester do jejího poskytování.

Hlavním důvod protestu je deklarovaná obava z odlivu úhrad ze segmentu domácí péče do segmentu praktických lékařů a obavy z toho, že pokud sestry praktických lékařů obstarají péči o snadnější pacienty, zbydou na ně pacienti složitější a hrozí jim riziko překročení limitů na péči a regulace. Dalším důvodem protestu je obava, že praktičtí lékaři budou přetahovat sestry z agentur domácí péče a roztočí tak mzdovou spirálu, což společně s úbytkem financí v segmentu 925 způsobí destrukci sítě poskytovatelů DP. Protest dále viní segment praktických lékařů z netransparentnosti a snahy provádět změny v segmentu praktických lékařů za zavřenými dveřmi a ze snahy podřídit činnost sester domácí péče praktickým lékařům.

Přestože protest nenavrhoval žádné konkrétní návrhy ke změně napadeného úhradového mechanismu, které by mohly vést k odvolání protestu, sešli se zástupci segmentu praktických lékařů a všech zdravotních pojišťoven k jednání se zástupci segmentu domácí péče ve snaze najít řešení problému a dohodu.

Zástupci praktických lékařů na osobním jednání vysvětlili, že sestry z ordinace praktických lékařů poskytují péči v domácím prostředí registrovaných pacientů od nepaměti a činily tak mnohem dříve, než vznikl segment domácí péče a první agentury domácí péče. Tato činnost sester z ordinací praktických lékařů je zcela běžná, přirozená a obvyklá i v historickém a mezinárodním kontextu. Je dlouhodobě zdravotními pojišťovnami prostřednictvím výkonů odbornosti 911, což je všeobecně známá skutečnost, kterou dosud nikdo nezpochybnil. Úprava úhradového mechanismu, na kterém se zástupci segmentu a zdravotních pojišťoven shodli, protože jej považují za užitečný a správný, pouze upravuje úhradu této činnosti v souladu s potřebou reflektovat kvalitativní proměnu práce sester v ordinaci PL, nutnost postarat se adekvátně o registrovanou klientelu v kontextu stárnutí populace a epidemie chronických nemocí a v souladu s medicínským poznáním a moderními trendy péče. Jejím cílem je umožnit segmentu praktických lékařů zlepšení péče o registrované pacienty v seniorním věku, křehké a imobilní pacienty v jejich sociálním prostředí a zlepšení managementu péče o chronická onemocnění u těchto pacientů. Jedná se tedy o pokračování primární péče přenesené do domácího prostředí registrovaného pacienta.

Jedná se o péči prováděnou plně kvalifikovanou **všeobecnou nebo dětskou sestrou (S2, S3) pracující samostatně v rámci multidisciplinárního týmu vedeného praktickým lékařem**. Její zásadní výhodou je znalost kmene pacientů registrovaných v ambulanci VPL nebo PLDD, jehož týmu je součástí, a každodenní intenzivní komunikace s lékařem a ostatními členy týmu. Dokáže posoudit vývoj jejich

zdravotně sociálního stavu v čase. V týmu vedeném praktickým lékařem pomáhá v indikovaných případech zorganizovat vyšetření v domácím prostředí (včetně využití telemedicíny a distanční komunikace s lékařem). Přispívá ke zvyšování dostupnosti a kvality péče a zvyšuje efektivitu využívání času lékaře. Jako součást týmu pomáhá koordinovat péči o imobilní, geriatrické či jinak handicapované pacienty s maximální snahou zajistit jejich potřeby a odpovídající péči v jejich sociálním prostředí. S cílem udržet tak imobilní, seniorní a polymorbidní chronické pacienty v kompenzovaném zdravotním stavu po co nejdelší možnou dobu v jejich domácím prostředí a při co nejlepší kvalitě života.

Koordinuje potřebnou spolupráci pacienta, jeho rodiny, širšího sociálního prostředí pacienta, komunity, poskytovatelů zdravotní péče a zdravotně sociálních a sociálních služeb. Je schopna vyhodnotit a kontinuálně monitorovat vývoj schopnosti sebepéče a sebeobsluhy pacienta a spolupracovat s orgány sociální péče ve věci určení stupně závislosti a z toho plynoucích sociálních dávek (např. příspěvek na péči). V případě dětských ordinací zajišťuje podporu kojení, kontrolu zdravotního stavu novorozence, kontrolu zdravotního stavu u akutních nebo chronických onemocnění a podporu léčby v domácím prostředí. Podílí se na koordinaci zdravotní péče při léčbě závažných a vzácných onemocnění a na řešení a prevenci situací, které by mohly znamenat porušení úmluvy o právech dítěte (rizika zanedbávání, týrání, zneužívání, neposkytování zdravotní péče apod.). Je schopna vyhodnotit zajištění odpovídající péče o dítě v domácím prostředí, zajištění jeho základních potřeb ve vlastním sociálním prostředí, identifikaci rizikového chování dětí, podporu prevence léčby závislosti dětí a mladistvých. Terénní sestra VPL/PLDD tak plní zásadní roli nejen v oblasti zdravotní péče, ale také v oblasti veřejného a duševního zdraví a komunitní péče.

Z výše uvedeného jednoznačně vyplývá, že se jedná o kvalitativně zcela jiný typ péče, než je péče poskytovaná segmentem domácí péče. Proto je také řešena zcela jiným úhradovým mechanismem, než jakým je hrazena domácí péče. Z podstaty věci činnosti prováděné agenturami domácí péče nijak nekonkuruje a nemá ambici, ani schopnost, segment domácí péče jakkoliv (natož ekonomicky) ohrozit, či jej poškodit. Naopak lze očekávat, že včasnou identifikací pacientů, kteří dlouhodobou domácí péči potřebují přispěje k navýšení počtů pacientů indikovaných praktickými lékaři k péči zajišťované agenturami DP. Segment DP tedy i po zavedení nového úhradového mechanismu pro terénní sestry v multidisciplinárních týmech VPL/PLD zcela jistě bude pokračovat v již řadu let trvajícím nárůstu úhrad a zůstane oprávněně jedním z nejrychleji rostoucích segmentů péče.

Přes výše uvedené skutečnosti jsme vyjádřili pochopení pro obavy zástupců segmentu DP z duplicit s poskytováním péče odbornosti 913 v pobytových zařízeních a vyzvali je k tomu, aby předložili návrh parametrických úprav úhradového mechanismu, který by tato rizika eliminoval. A shodli se na možnost dalšího jednání o těchto změnách, pro který jsme rezervovali termín v pondělí 15.6. od 16 hod. Návrh, který měl být předložen do pátku zástupce segmentu PL od zástupce segmentu DP vůbec nedostal a byl mu zaslán až na jeho žádost zástupcem pojištěn v pondělních poledních hodinách. Vzhledem k časové nemožnosti návrh projednat s ostatními účastníky DŘ za segment praktických lékařů, bylo jednání zrušeno.

A protože návrh změn předložený zástupci segmentu DP neřeší eliminaci výše zmíněných rizik, ale pouze znovu opakuje připomínky ke kompetencím, pochybnostem o kvalitě péče a domnělým procedurálním pochybením a rozporům s pravidly DŘ, které již byly při osobním jednání vypořádány a soustředí se na likvidaci úhradového mechanismu pro terénní sestru v ordinaci VPL/PLDD jako takového, nepovažujeme už další jednání se zástupci segmentu DP za přínosné.

Multidisciplinární týmy v ordinacích VPL/PLDD (jejichž je terénní sestra základním kamenem) jsou nedílnou součástí změny v péči praktických lékařů, která je předmětem reformy primární péče, která v souladu s prioritami MZ naprosto transparentně probíhá od roku 2018. Jsou také součástí cílů strategie Zdraví 2035, které jako závazný materiál přijala vláda ČR a bylo ho v době přípravy možno připomínkovat. Jeho součástí je také zvyšování kompetencí a posilování koordinační role zdravotních sester v primární péči.

Úhradový mechanismus pro péči sestry praktických lékařů poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí registrovaných pacientů (a je zcela lhostejno, zda tomu budeme říkat terénní sestra, či nikoliv) je praktickým naplněním cíle strategie Zdraví 2035 a je v naprostém souladu s prioritami MZ deklarovanými před zahájením DŘ. Na jeho potřebnosti pro zdravotní systém se jednomyslně shodli zástupci segmentu praktických lékařů a zdravotních pojišťoven a při jeho přípravě se podíleli společně. Očekáváme od něj zlepšení kvality a dostupnosti primární péče a finanční úsporu zdravotním systému v podobě snížení počtu hospitalizací a komplikací chronických onemocnění. Jeho výsledná podoba je výsledkem rozumného kompromisu a společné vůle zástupců segmentu a plátců zdravotní péče. Jsme přesvědčeni, že takovou kvalitativní změnu poskytování a hrazení péče nemá oprávnění zpochybnit a blokovat žádný jiný segment zdravotní péče.

Dohoda v segmentu praktických lékařů nijak ekonomicky neohrožuje segment domácí péči a není v žádné kolizi s dohodou v tomto segmentu sjednanou. Jedná se o dva kvalitativně velmi odlišné typy péče a logicky s tím také o dva odlišné typy její úhrady. Nedochází k žádné duplicitě péče ani úhrady za ni, ani ke sdílení výkonů segmentu DP praktickými lékaři, jak je opakovaně zavádějícím způsobem uváděno. Protest segmentu DP proto považujeme za neopodstatněný a neoprávněný. Jeho pravým účelem je snaha revokovat a upravovat již uzavřenou dohodu ve vlastním segmentu a blokovat rozvoj segmentu praktických lékařů. Je tedy v rozporu s pravidly DŘ a považujeme jej za účelové a obstrukční zneužití institutu protestu v oponentní fázi DŘ. Pokud by se takto destruktivně chovali ostatní účastníci DŘ, má to potenciál blokovat bez důvodu dohody v dalších segmentech a průběh DŘ pak zcela paralyzovat. Předběžná dohoda ve skupině praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost tedy podle našeho názoru nezasahuje do oprávněných zájmů skupiny domácí péče.

MUDr. Michal Bábíček

zástupce skupiny poskytovatelů praktičtí lékaři a PLDD