

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 dovoluujeme 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.

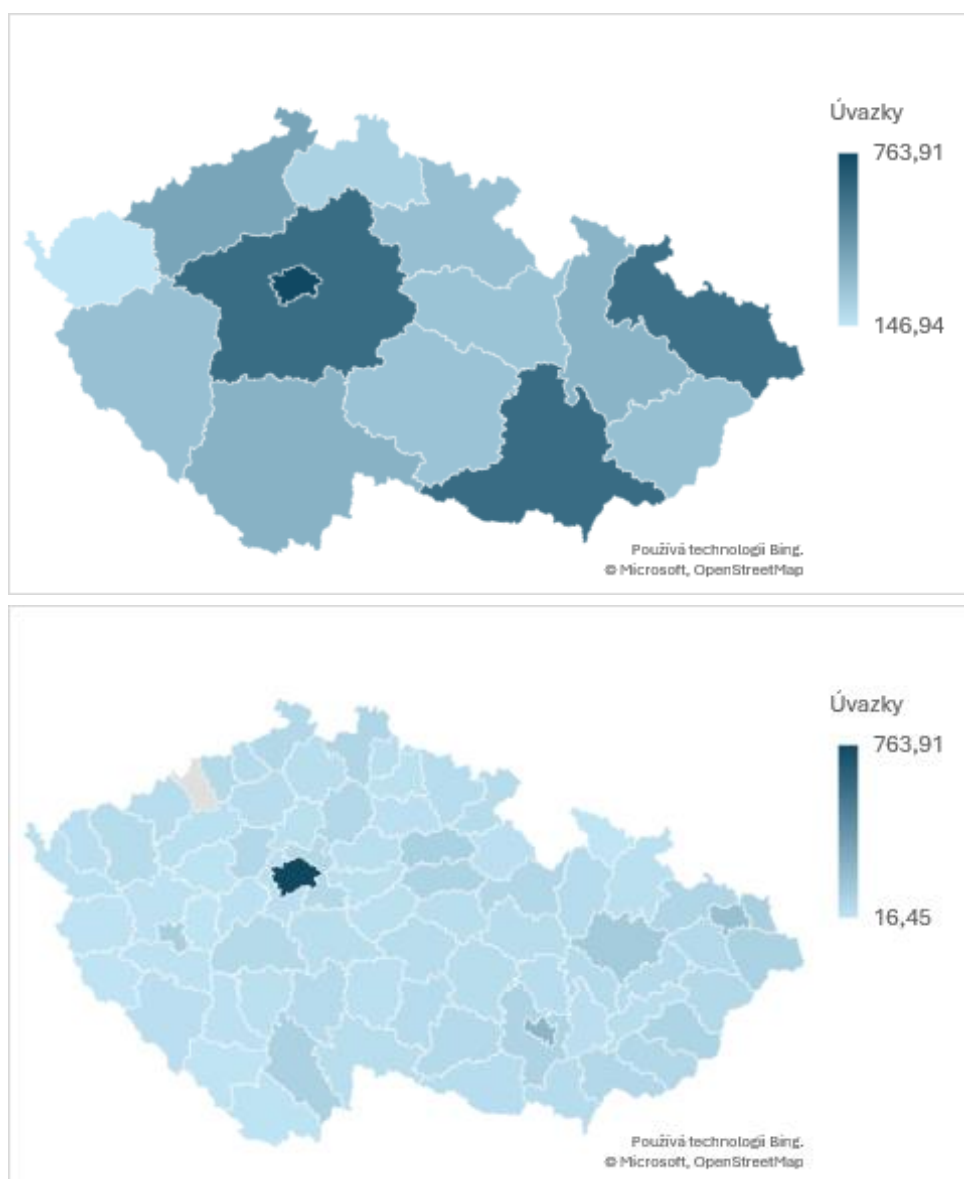
Cílem návrhu SPL a SPLDD je, aby terénní sestra poskytovala péči, na kterou jinak musí registrující poskytovatel v odbornosti 001 nebo 002 využívat služeb agentur domácí péče (odbornost 925), případně návštěvní služby lékaře. Za tuto péči je navrhována kombinovaná úhrada s paušální částí 25 000 Kč měsíčně 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 ošetrovatelství? Tato otázka je z hlediska dopadu na celý systém navíc v ostrém rozporu s tím, jak se jednotlivé návrhy ošetrovatelské 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. Převedení specifík domácího ošetrovatelství na personál bez garantované terénní praxe a specializace představuje přímé ohrožení kvality a bezpečnosti ošetrovatelské 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 pohlčený 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 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

koordinátor segmentu DZS