



# ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ

Albertov 2049/7, 128 00 Nové Město, Praha 2

tel.: (+420) 731 957 793, [www.ergoterapie.cz](http://www.ergoterapie.cz), [info@ergoterapie.org](mailto:info@ergoterapie.org)

Skupina pro sazebník zdravotních výkonů pod Ministerstvem zdravotnictví ČR

**Věc: VYPOŘÁDÁNÍ PŘIPOMÍNEK K NÁVRHU NOVÝCH VÝKONŮ DO SZV září-říjen 2025 (PS 4. prosince 2025)**

Vážení, dovolte nám se vyjádřit k připomínkám k naší žádosti. Vypořádání jednotlivých připomínek naleznete v tabulce níže.

S pozdravem

Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Prezident České asociace ergoterapeutů

Mgr. Bc. Klára Zvonková, MBA

Viceprezident České asociace ergoterapeutů

PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D.

Člen rozšířeného výboru České asociace ergoterapeutů

<u>Připomínky SZP ČR:</u>	<u>Vyjádření ČAE:</u>
<p><b>1) 21633 TELEREHABILITACE – nový výkon</b></p> <p>a) Tážeme se, zda je distanční provádění tohoto typu péče možná a terapeuticky i nákladově efektivní? Jsou již nějaké konkrétní zkušenosti například z pilotních programů z ČR?</p> <p>b) Jak bude zabezpečena bezpečnost – hodnocení rizik distančního provádění této péče - například pády, poranění v případě absence osobního dohledu a přítomnosti zdravotnického pracovníka?</p> <p>c) Pokud lze připustit distanční realizaci výkonu, pak je nutné provázání s prezenčním poskytováním ergoterapeutické a další rhb péče. Z navrženého vyplývá, že je připuštěno, aby péče probíhala výhradně či majoritně distančně, s čímž nesouhlasíme.</p> <p>d) Jak bude hodnocen pokrok pacienta? Jak bude zajištěno správné vyhodnocení?</p>	<p><b>1) 21633 TELEREHABILITACE – nový výkon</b></p> <p>a) V České republice proběhl projekt Aktivizace, podpora sociálních vztahů a podpora zdravotního fondu prostřednictvím telerehabilitačních služeb (CZ.03.03.01/00/22_021/0001996), dále byl proveden pilotní projekt <i>Virtuální Ambulance Distanční Terapie RÚ Kladruby (VA – DT – RÚ)</i> se zaměřením na pacienty po získaném poškození mozku, která využívala šifrovanou platformu <i>Virtuální ambulance pro distanční terapii cíleně vyvinutou pro české prostředí, splňující HIPAA standardy. Závěrem projektů bylo zlepšení jemné motoriky a kognitivních funkcí u cílové skupiny pacientů a zvýšení dostupnosti</i></p>

<p>e) Časová dotace je navržena na 15 min. Při frekvenci 4x/1 den se jedná až o 60 minutovou péči, poskytovanou na dálku, bez omezení v delším časovém intervalu. Diskuse nutná.</p> <p>f) Jak bude posouzeno vlastní sociální prostředí?</p> <p>g) Výkon je zamýšlen i pro případy hospitalizace – při hospitalizaci pouze za účelem hodnocení domácího prostředí a výběru optimálních pomůcek do domácího prostředí – není jasné, jak toto bude reálně probíhat.</p>	<p><i>ergoterapeutické péče, která by bez této formy péče bylo plně absencována.</i></p> <p>b) Každá péče musí být zahájena až po udělení informovaného souhlasu (IS) pacientem, který byl srozumitelně poučen o povaze, rozsahu a rizicích intervence. IS by měl jasně obsahovat informace o délku trvání distanční péče trvat, zadání kontaktních informací na osobu blízkou, IS vychází z mezinárodních doporučení pro telerehabilitaci. Dle vyhlášky č. 30/2025 Sb. je před každým zahájením telemedicínských služeb ověřena identita pacienta předem domluveným způsobem, která zahrnuje i udání lokality pacienta. Zdůrazňujeme, že ergoterapeut vzdáleně neprovádí nácvik chůze (viz. Popis výkonu), ale naopak hodnotí rizika v domácím prostředí, tím minimalizuje a předchází vámi udaným situacím. U těžkých pacientů slouží telerehabilitace i ke komunikaci s pečující a jejich instruktáží, aby se opět předcházelo k rizikovým situacím v domácím prostředí.</p> <p>c) Telerehabilitace je pouze jiná forma rehabilitace. Výkon nevylučuje poskytování fyzické péče, rozšiřuje pouze možnost poskytování kvalitnější péče a zajištění dostupnosti ergoterapie u těžkých vybraných diagnóz a stavů, které zabraňují pacientovi fyzickou návštěvu ergoterapeuta. Přidanou hodnotou výkonu je reálné hodnocení domácího prostředí a hodnocení reálných rizik v domácím prostředí. Kombinace vykazování s výkony 21621, 21622, 21631 a 21614 je proto stanovena na omezení vykazování pro stejný den nikoli pro celou dobu poskytované ergoterapeutické péče.</p> <p>d) V klinické ergoterapeutické praxi existují hodnotící nástroje, které lze validně použít i pro distanční ergoterapii.</p> <p>e) Vzhledem k variabilitě náplně ergoterapie se jedná o efektivní využití terapeutického času i efektivního hospodaření s náklady na péči. Rozsah</p>
--	--

	<p>telerehabilitační péče se výrazně liší u pacientů, kde je např. prováděna ergoterapie trénink horních končetin a ergoterapie a hodnocením domácího prostředí a za cílem výběru a edukace v použití kompenzačních pomůcek. Nastavení této časové frekvence jsme vnímali jako vstřícný pro úhradu péče, aby nebyla naddimenzovaná. Diskuzi jsme samozřejmě otevřeli a navrhuje omezení na 48/čtvrtletí.</p> <p>f) Pro posouzení vlastního sociálního prostředí existují hodnotící nástroje, český nástroj Smart Evaluation Methodology of Accessibility FOR home (SEMAFOR home) nebo MKF klasifikace, ze zahraničních Home Environmental Assessment Protocol (HEAP), Home Safety Self-Assessment Tool (HSSAT), In-Home Occupational Performance Evaluation (I – HOPE). Dále ergoterapeut využívá i klinické hodnocení domácího prostředí ke stavu jedince, především bezbarierovost, rizikové faktory prostředí a nutnost vybavení kompenzačními pomůckami. Možnost reálného vizuálního pohledu je nezbytná pro efektivní nakládání s finančními zdroji (náklady na pomůcky i terapeutický čas a prevenci rozvoje sekundárních poranění)</p> <p>g) Tato varianta výkonu je zamýšlena pro velmi těžké pacienty, kdy je nezbytný kontakt s pečujícím/rodinou, aby byl pacient zajištěn před propuštěním do domácího prostředí. Pokud se rodina rozhodne vzít těžkého imobilního pacienta domů, je nutné, aby byly zajištěny všechny pomůcky či bytové úpravy.</p>
--	--

<p>2) <b>21640 SPECIALIZOVANÝ CÍLENÝ KOGNITIVNÍ TRÉNINK VEDENÝ ERGOTERAPEUTEM – nový výkon</b></p> <p>a) Jak byla tato péče poskytována a vykazována doposud?</p> <p>b) Čím konkrétně se obsah výkonu liší od náplně stávajících SZV výkonů – 21621, 21622, 21625, 21631 – tyto výkony nezahrnují kognitivní složku terapie?</p> <p>c) Jaká jsou měřitelná kritéria pro vyhodnocení efektivity a pro ukončení léčby?</p> <p>d) Časová dotace je navržena na 15 min. Při frekvenci 4x/1 den se jedná až o 60 minutovou péči bez dalšího omezení v delším časovém intervalu. Je třeba jasně ohraničit rozsah pro hrazení této péče</p>	<p>2) <b>21640 SPECIALIZOVANÝ CÍLENÝ KOGNITIVNÍ TRÉNINK VEDENÝ ERGOTERAPEUTEM – nový výkon</b></p> <p>a) V současné době je kognitivní trénink poskytován na úkor dalších senzomotorických deficitů, které pacient vzhledem ke svému stavu má. Kognitivní deficity mají pacienti především neurologičtí, geriatrictí a psychiatrictí (pacienti s těžkými multidoménovými funkčními deficity), obsah intervence ergoterapeuta je tedy velmi rozsáhlý. <b>Je zcela nemožné a eticky nepřipustné, aby ergoterapeut volit mezi těžkými funkčními deficity, aby se vešel do vykazání jednoho výkonu 21621 (individuální ergoterapie).</b> Pokud ergoterapeut se specializovanou způsobilostí vykáže výkon 21622 nelze vykazat tentýž den výkon 21621. Vzhledem k incidenci kognitivních deficitů, především u neurologických pacientů vnímáme jako opravdu nezbytné, aby se alespoň jeden výkon na tuto péči zaměřil, neboť neexistuje pro žádnou nelékařskou rehabilitační odbornost.</p> <p>b) Navrhovaný výkon 21640 – specializovaný cílený kognitivní trénink vedený ergoterapeutem není duplicitou ke stávajícím ergoterapeutickým výkonům 21621(viz bod a)), 21622 (jedná o metody pro cílené senzomotorické deficity) , 21625 (jedná se o komplexní nácvik ADL nikoliv o specifický nácvik kognitivních domén) a 21631 (jedná se o trénink jemné motoriky, na kterou je nezbytné terapeuticky působit současně se specifickým tréninkem kognitivní domény), které představují obecnou ergoterapeutickou intervenci se širokým zaměřením na ADL, motorické a funkční dovednosti, přičemž kognitivní složka je jejich podpůrnou, nikoli hlavní součástí. Výkon 21640 je naopak úzce a jednoznačně zaměřen na systematický trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, exekutivní funkce, orientace, vizuospeciální a gnostické funkce), zahrnuje práci s certifikovaným softwarem kognitivní rehabilitace, rozvoj</p>
--	---

<p>3) <b>21641 SPECIALIZOVANÁ SKUPINOVÁ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍCH FUNKCÍ – nový výkon</b></p> <p>a) Jak byla tato péče poskytována a vykazována doposud?</p> <p>b) Jaká jsou měřitelná kritéria pro vyhodnocení efektivity a pro ukončení léčby?</p> <p>c) Jak je zamýšleno vykazování pro skupinu pacientů, při navrženém času výkonu 15 min a navržené frekvenci 2/1 den? Vykazuje se tedy až 2x na jednoho pacienta ve skupině? Jak velká může být maximálně skupina?</p>	<p>metakognitivních dovedností, nácvik kompenzačních strategií a přenos trénovaných schopností do reálných aktivit denního života. Vyžaduje specializace ergoterapeuta (S3) pro náročnost terapeutických metod a technik, které jsou specificky pro tento výkon využity. Zavedení tohoto samostatného výkonu umožní standardizovanou a transparentní úhradu odborně náročné péče, která je již v praxi běžně poskytována, avšak dosud není v úhradovém systému samostatně zachycena.</p> <p>c) Kognitivní screening a hodnocení ADL ve vztahu ke kognitivní složce. Ergoterapeuti disponují řadou hodnotících nástrojů pro jednotlivé kognitivní domény za účelem zhodnocení efektivity a klinické změny stavu.</p> <p>d) Zde jsme otevřeli diskuzi. Kód jsme navrhovaly s ohledem k efektivnímu využití finančních nákladů ze stran ZP. Pacienti s kognitivními deficity jsou velmi variabilní v délce terapie vzhledem k přítomným deficitům. Současně je délka poskytování ergoterapií variabilní i v rámci jednotlivých zařízení. Naším cílem bylo efektivně nakládat s terapeutickým časem i nákladovostí výkonu.</p> <p>3) <b>21641 SPECIALIZOVANÁ SKUPINOVÁ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍCH FUNKCÍ – nový výkon</b></p> <p>a) V současné době je kognitivní trénink poskytován na úkor dalších senzomotorických deficitů, které pacient vzhledem ke svému stavu má. Kognitivní deficity mají pacienti především neurologičtí, geriatrictí a psychiatricktí (pacienti s těžkými multidoménovými funkčními deficity), obsah intervence ergoterapeuta je tedy velmi rozsáhlý.</p> <p>b) Kognitivní screening a hodnocení ADL ve vztahu ke kognitivní složce. Ergoterapeuti disponují řadou hodnotících</p>
--	--

	<p>nástrojů pro jednotlivé kognitivní domény za účelem zhodnocení efektivity a klinické změny stavu.</p> <p>c) Ano, až 2x za den. Jak je uvedeno v registračním listu velikost skupiny je ohraničena počtem 3-6 pacientů ve skupině.</p>
<b><u>Připomínky VZP:</u></b>	<b><u>Vyjádření ČAE:</u></b>
<p><b>1) 21633 TELEREHABILITACE – nový výkon</b></p> <p>a) Nesouhlas. Pacienti se sníženou soběstačností a omezením v běžných denních činnostech v důsledku neurologických, ortopedických, duševních, interních či gerontologických onemocnění zcela jistě nemohou mít žádný přínos z terapie vedené na dálku. Fyzická přítomnost ergoterapeuta při rehabilitaci je zcela zásadní, zejména u těchto pacientů.</p> <p>b) Pokud chtějí pacienti využít k ergoterapeutickému cvičení internet, je zde k dispozici celá řada ergoterapeutických cvičení a instruktážních materiálů zdarma, které se zaměřují na soběstačnost, jemnou motoriku i kognitivní trénink.</p> <p>c) Předkladatel v odůvodnění uvádí: „Zahraniční odborná literatura potvrzuje srovnatelnou účinnost telerehabilitace oproti klasické prezenční péči u vybraných skupin pacientů...“, popis výkonu však pacienty nijak nevymezuje a nespecifikuje, naopak výkon vyznívá jako určený velmi široké a nespecificky definované skupině pacientů („sníženou soběstačností a omezením v běžných denních činnostech (ADL) v důsledku neurologických, ortopedických, duševních, interních či gerontologických onemocnění. Vhodná je pro pacienty s poruchami motoriky (včetně jemné motoriky rukou), se sníženou stabilitou, svalovou silou a koordinací, s poruchami kognitivních funkcí nebo senzomotorické integrace, dále u imobilních či těžce nemocných pacientů s omezenou dostupností“</p> <p>d) Výkon OM: A, v Podmínce uvedeno provádění i za hospitalizace, změnit na AOD</p>	<p><b>1) 21633 TELEREHABILITACE – nový výkon</b></p> <p>a) Nesouhlasíme. Dle evidence a klinických doporučení se ergoterapeut u těžkých pacientů nezaměřuje pouze na fyzickou rehabilitaci, ale v rámci telerehabilitace také hodnotí domácí prostředí, vybírá kompenzační pomůcky, edukuje pečující osoby v bezpečné manipulaci s pacientem, atd. I těžce postižení pacienti mohou bezpečně využívat telerehabilitaci, pokud je program správně individualizován a podpořen moderními technologiemi a nepřímým dohledem. V mnoha případech telerehabilitace zvyšuje dostupnost péče a kontinuitu rehabilitačního procesu.</p> <p>b) Tento argument považujeme za irelevantní a degradující pro profesi ergoterapeuta. Video volně dostupná z internetu rozhodně nenahrazují plnohodnotnou individualizovanou péči specializovaným ergoterapeutem. Tento argument je nejen degradující pro všechny rehabilitační obory, ale i neetický. Telerehabilitace není pasivní sledování videí, ale strukturovaná intervence odborným dohledem, individualizací a průběžnou kontrolou výsledků a zpětnou vazbou, což je klíčové pro bezpečnost a efektivitu rehabilitace.</p> <p>c) Indikace: Dle MKN pacienti s dg. ze skupin F, G, M, S v jejichž důsledku došlo ke snížení soběstačnosti a nutnosti indikace ergoterapie.</p> <p>d) Souhlasíme a upravili jsme RL.</p> <p>e) Upraveno v RL na frekvenční omezení 48/čtvrtletí.</p>

<p>e) OF 4/den je nedostačující, nutné definovat OF za delší časovou jednotku (měsíc, rok)</p> <p>f) Nelze kombinovat s 21609, 21610, 21611, 21613- ergo vyšetření, 21612- klasifikování?</p> <p>g) Postačuje nositel S2? potřeba specifické erudice pro distanční poskytování zdravotních služeb- znalost legislativy a specifik distančního poskytování ergoterapie?</p> <p>h) Studie (systematic review 15 studií) uvedená jako zdroj předkladatelem uvádí, že: u telerehabilitace není dostatečná evidence dlouhodobého efektu a nákladové efektivity.</p>	<p>f) Souhlasíme, že nelze vykazovat společně s ergoterapeutickým vyšetřením. Avšak kód 21612 klasifikace dle MKF je nezbytná pro zhodnocení domácího prostředí v rámci telerehabilitace je využívána jako jeden z hodnotících nástrojů, obsahuje doménu hodnocení prostředí jedince.</p> <p>g) Ano, nositel S2 je dostačující, protože se jedná o jinou formu rehabilitace nikoliv o specializovanou metodiku, které vyžadující specializovanou erudici.</p> <p>h) Žádáme o uvedení konkrétní studie, abychom mohli odůvodnit uvedení zdroje v seznamu literatury.</p>
<p><b>2) 21640 SPECIALIZOVANÝ CÍLENÝ KOGNITIVNÍ TRÉNINK VEDENÝ ERGOTERAPEUTEM – nový výkon</b></p> <p>a) Stávající výkon 21621- INDIVIDUÁLNÍ ERGOTERAPIE ZÁKLADNÍ- již obsahuje trénink kognitivních funkcí- volba vhodné metody dle obtíží a potřeb pacienta je na ergoterapeutovi na základě vyšetření</p> <p>b) Ergoterapie kognice je součástí Bc. vzdělávacího programu, který vede k získání odborné způsobilosti- tedy S2, v souladu s vyhláškou 55/2011 je v kompetenci ergoterapeuta- S2, není tedy důvod zavádět samostatný výkon bez jasného OF, nad základní ergoterapii, kde je nositelem S2</p> <p>c) V popisu výkonu není jasně uvedená indikace, jasná definice cílové skupiny pacientů, konkrétní diagnózy</p> <p>d) Není uvedeno omezení vykazování s určitými výkony (např. s 21621 atp...)</p>	<p><b>2) 21640 SPECIALIZOVANÝ CÍLENÝ KOGNITIVNÍ TRÉNINK VEDENÝ ERGOTERAPEUTEM – nový výkon</b></p> <p>a)V současné době je kognitivní trénink poskytován na úkor dalších senzomotorických deficitů, které pacient vzhledem ke svému stavu má. Kognitivní deficity mají pacienti především neurologičtí, geriatrictí a psychiatrictí (pacienti s těžkými multidoménovými funkčnímými deficity), obsah intervence ergoterapeuta je tedy velmi rozsáhlý. Je zcela nemožné a eticky nepřipustné, aby ergoterapeut volil mezi těžkými funkčními deficity, aby se vešel do vykázaní jednoho výkonu 21621 (individuální ergoterapie). Pokud ergoterapeut se specializovanou způsobilostí vykáže výkon 21622 nelze vykázet tentýž den výkon 21621. Vzhledem k incidenci kognitivních deficitů, především u neurologických pacientů vnímáme jako opravdu nezbytné, aby se alespoň jeden výkon na tuto péči zaměřil, neboť neexistuje pro žádnou nelékařskou rehabilitační odbornost.</p> <p>b),,Intervence využívá pokročilé ergoterapeutické postupy, terapeutické techniky a certifikovaný software pro kognitivní rehabilitaci (např. Rehacom,</p>

Cogniplus, apod.).“ Jedná se tedy již o specializovanou péči, kterou nemůže poskytovat nositel S2.

c) Indikace: Dle MKN pacienti s dg. ze skupin F, G, I v jejichž důsledku došlo ke kognitivnímu deficitu. (Doplněno do RL).

d) Navrhovaný výkon 21640 – specializovaný cílený kognitivní trénink vedený ergoterapeutem není duplicitou ke stávajícím ergoterapeutickým výkonům 21621(viz bod a)), 21622 (jedná o metody pro cílené senzomotorické deficity) , 21625 (jedná se o komplexní nácvik ADL nikoliv o specifický nácvik kognitivních domén) a 21631 (jedná se o trénink jemné motoriky, na kterou je nezbytné terapeuticky působit současně se specifickým tréninkem kognitivní domény), které představují obecnou ergoterapeutickou intervenci se širokým zaměřením na ADL, motorické a funkční dovednosti, přičemž kognitivní složka je jejich podpůrnou, nikoli hlavní součástí. Výkon 21640 je naopak úzce a jednoznačně zaměřen na systematický trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, exekutivní funkce, orientace, vizuospaciální a gnostické funkce), zahrnuje práci s certifikovaným softwarem kognitivní rehabilitace, rozvoj metakognitivních dovedností, nácvik kompenzačních strategií a přenos trénovaných schopností do reálných aktivit denního života. Vyžaduje specializace ergoterapeuta (S3) pro náročnost terapeutických metod a technik, které jsou specificky pro tento výkon využity. Zavedení tohoto samostatného výkonu umožní standardizovanou a transparentní úhradu odborně náročné péče, která je již v praxi běžně poskytována, avšak dosud není v úhradovém systému samostatně zachycena



<p><b>3) 21641 SPECIALIZOVANÁ SKUPINOVÁ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍCH FUNKCÍ – nový výkon</b></p> <p>a) Tuto terapii lze již nyní realizovat v rámci výkonu 21627- ERGOTERAPIE SKUPINOVÁ ZÁKLADNÍ, není tedy důvod zavádět samostatný výkon bez jasného OF, nad základní skupinovou ergoterapii</p> <p>b) nositel- viz komentář k 21640</p> <p>c) V popisu výkonu není jasně uvedená indikace, jasná definice cílové skupiny pacientů, konkrétní diagnózy</p>	<p><b>3) 21641 SPECIALIZOVANÁ SKUPINOVÁ ERGOTERAPIE KOGNITIVNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍCH FUNKCÍ – nový výkon</b></p> <p>a) Pacienti s indikovanou ergoterapii mají často kombinaci poruch senzomotorické a kognitivních a psychosociálních. A nelze vést efektivně terapii pouze se zaměřením na jednu oblast. U zmiňovaného výkonu 21627 se jedná pouze o nesespecializovanou činnost, kdy se podpora kognitivních funkcí trénuje prostřednictvím her sportovních aktivit. Terapie ej aktivizačního charakteru nikoliv specializovaného.</p> <p>b) Taktéž odpověď viz výše.</p> <p>c) Indikace: Dle MKN pacienti s dg. ze skupin F, G, I v jejichž důsledku došlo ke kognitivnímu deficitu. (Doplněno do RL).</p>
<p><b><u>Odbor ošetrovatelství:</u> bez připomínek</b></p>	<p>/</p>

V Praze, 3.2. 2026

Mgr. et Bc. Klára Zvonková



Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.



PhDr. Kristýna Hoidekrová, Ph.D.




Česká asociace ergoterapeutů  
 Národního ústavu pro zdravotní služby  
 tel.: (+420) 733 276 774  
 fax: (+420) 733 276 725  
 e-mail: cae@ergoterapie.cz  
 www.ergoterapie.cz