

Úhrada ambulantní specializované péče v roce 2026

Dagmar Záleská

LZPS čl. 31



Zákon č. 48/1997 Sb.
Co a jak se hradí

Vyhláška
č. 134/1998 Sb.
SZV

Úhradové vyhlášky

Registrační listy

Registrační listy i jejich změny zveřejňuje MZ

www.szv.mzcr.cz

Zde uvedena aktuální bodová hodnota

Kalkulace bodové hodnoty výkonů

Vyhláška č. 134/1998 Sb. - Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

Bodová hodnota výkonů = předpokládané průměrné náklady

1 bod = 1 Kč

Kalkulační vzorec od 1.1.2022:

Osobní náklady + Režie + Přímé náklady

BODOVÁ HODNOTA

VÝKONU

Osobní náklady,
*pravidelně valorizovány
o inflaci*

v roce 2024 o 15,1 %

v roce 2025 o 10,7 %

V roce 2026 o 2,4 %

Nepřímé náklady (režie)

MRS x čas výkonu

*pravidelně valorizovány o
inflaci*

v roce 2024 o 15,1 %

V roce 2025 o 10,7 %

V roce 2026 o 2,4 %

Přímé náklady

materiál, přístroje

pravidelně nevalorizovány

Pravidelná valorizace osobních nákladů nositelů výkonů v SZV

- o 10% od 1.1.2021
- o dalších 10% od 1.1.2022
- o míru inflace od 1.1.2023 (stejný mechanismus valorizace jako u minutové režijní sazby)
 - 2023 o 3,8% (roční míra inflace 2021)
 - 2024 o 15,1% (roční míra inflace v roce 2022)
 - 2025 o 10,7% (roční míra inflace v roce 2023)
 - 2026 o 2,4% (roční míra inflace v roce 2024)

Lékař L3 – osobní náklady:

- 2020 - 512 bodů/hod
- 2021 - 563 bodů/hod
- 2022 - 619 bodů/hod
- 2023 - 643 bodů/hod
- 2024 - 740 bodů/hod
- 2025 – 819 bodů/hod
- 2026 – 839 bodů/hod

VÝKON 75022

Osobní náklady + přímé náklady

2024	246,68 + 8
2025	273,07 + 8
2026	279,62 + 8

Nepřímé náklady (režie)

2024	97,00 bodů (MRS 4,85 x 20)
2025	107,40 bodů (MRS 5,37 x 20)
2026	109,98 bodů (MRS 5,50 x 20)

2025 388 BODŮ (NÁRŮST 10,6 %)

2026 397 BODŮ (NÁRŮST 2,4 %)

VÝKON 75143
(PERIMETR STATICKÝ 1 OKO)



Osobní náklady + přímé náklady

2025 140,44 + 100,37

2026 143,81 + 100,37

Nepřímé náklady (režie)

2025 107,40 (MRS 5,37 x 20)

2026 110,00 (MRS 5,50 x 20)

2025 348 BODŮ

2026 354 BODŮ (NÁRŮST 1,7%)

Úhradová vyhláška 2026

Publikována ve Sbírce zákonů 30.10.2025 pod

č. 432/2025 Sb.

Referenční období 2024

Valorizace osobních nákladů a režie v roce 2026 o 2,4 %
(inflace v roce 2024)

Novinky v roce 2026

- Nahlašování nositelů výkonů do 30 dnů
- Zrušení výběrových řízení od 1.10.2026
- Úhradové:
 - zkrácena lhůta pro vykázání roku 2026 – do 28.2.2027, při vykázání po 31.3.2027 – sankce v podobě krácení výsledné úhrady na 95%
 - Zrušení výkonové úhrady pro zahraniční pojištěnce
 - Výkonový způsob úhrady zdravotních služeb poskytnutých dětem do dne dosažení 15 let pro všechny AS
 - Zrušena podmínka, že zdravotní pojišťovny neuplatní regulace, pokud nepřekročí zdravotně pojistný plán

Základní hodnota bodu – výkonově hrazené odb. a výkony

- Pro odbornosti 350, 355, 360, 370, 920, 922 a 935 HB 1,10 Kč
- Pro odbornosti 305, 308, 309, 901, 910, 919 a 931 HB 0,98 Kč
- Pro odbornost 306 HB 1,12 Kč
- Pro odbornosti 905 a 927 HB 0,94 Kč
- Pro výkony č. 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629 a 43633 v odbornosti 403 HB 0,82 Kč
- Pro výkony č. 43652 a 43653 v odbornosti 403 HB 1,25 Kč
- Pro výkony č. 75347, 75348 a 75427 v odbornosti 705 HB 0,89 Kč.

Základní hodnota bodu – výkonově hrazené odb. a výkony

- Pro výkony
 - č. 15101, 15103, 15105, 15107, 15440 a 15950 vykázané v souvislosti se screeningem karcinomu kolorekta poskytované v odbornosti 105 HB 1,20 Kč,
 - screeningu č. 73028, 73029 a 71112 poskytované v odbornosti 701, 702 nebo 704 HB 0,93 Kč,
 - č. 25507 poskytované v odbornosti 205 HB 0,91 Kč,
 - č. 01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623 v odbornosti 706 HB 1,00 Kč,
 - č. 89970 vykázaný v rámci časného zachytu aneurysmatu abdominální aorty, poskytovaný v odbornosti 102 HB 1,00 Kč
 - č. 75022 vykázané společně s výkonem č. 02040 nebo 02041 HB 0,98 Kč.

Ambulantní specialisté 2026

Sjednocení hodnoty bodu u odborností regulovaných přes PURO:

0,98 Kč

Bonifikace:

- **+0,03 Kč** - diplom CŽV
- **+0,04 Kč** - rozložení ordinační doby 30/24 hod týdně + další požadavky na začátek nebo konec ordinační doby
- **+ 0,01 Kč** - noví pojištěnci 5%, resp. u operačních oborů 10%,
- **+ 0,03 Kč** při ošetření 10%, resp. 15% nových pojištěnců + bonifikované rozložení ordinační doby,
- **+ 0,01 Kč** - objednávací systém
- + další bonifikace pro odbornost 306, které jsou ve vyhlášce zakotveny již dnes.

Nově je zakotvena bonifikace za ordinační dobu i pro praxe s jedním lékařem, který má nasmlouváno více odborností a v souhrnu splňuje na jednom nebo více pracovištích podmínky pro bonifikaci.

Zrušena bonifikace za ordinační dobu 35 a více hodin týdně.

Hodnota bodu při splnění všech bonifikací: 0,98 + 0,12 = 1,10 Kč

Limit úhrady 2026:

$$(1,03 + KN) * (POPzpoZ * PURO_o + \max[PURO_o * POPzpoMh; UHRMh - UHRMr])$$

Výpočet PURO z vyúčtování 2024:

$$PURO_o = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{((PB_{ref} * HB_{min}) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo})}{POP_{ref}} \right\}$$

Ale pozor, je třeba z výpočtu vyjmout zdravotní služby poskytnuté v roce 2024 pojištěncům do 15 let

Minimální hodnota bodu 0,90 Kč

HODNOTA PURO SE DÁLE NAVYŠUJE PODLE SPLNĚNÍ BONIFIKAČNÍCH KRITÉRIÍ (KOEFIICIENT NAVÝŠENÍ KN)

Limit úhrady 2026:

$$(1,03 + \text{KN}) * (POP_{zpoZ} * PURO_o + \max[PURO_o * POP_{zpoMh}; UHRMh - UHRMr])$$

Výpočet PURO z vyúčtování 2024:

$$PURO_o = \max \left\{ \frac{UHR_{ref}}{POP_{ref}}; \frac{((PB_{ref} * HB_{min}) + ZUM_{ROo} + ZULP_{ROo})}{POP_{ref}} \right\}$$

Atribut koeficientu navýšení	Hodnota KN splnil 2024/splnil 2026	Hodnota KN nesplnil 2024/2026 splnil	Hodnota KN splnil 2024/2026 nesplnil	Hodnota KN nesplnil 2024/2026 nesplnil
Diplom celoživotního vzdělávání u alespoň 50% nositelů výkonů	0,02	0,03	-0,01	0
Ordinační doba – alespoň 30hodin neoperační obory 5 pracovních dní/24 hodin operační obory 4 dny v týdnu	0,03	0,04	-0,01 (bylo -0,02)	0
Nejméně 35 hodin týdně v 5 dnech	zrušeno	-	-	-
5/10% nových pojištěnců oproti rokům 2023-2025	0,01	0,02	-0,01 (bylo -0,02)	0
10/15% nových pojištěnců + ordinační doba	0,04	0,04		
Objednávkový systém s prioritizací	0,01	0,02	-0,01 (bylo -0,02)	0

Další automatické navýšení

- 0,15 pro odbornost 404
- 0,09 pro odbornost 405

- 0,00 pro odbornosti 107, 302 a 780
- 0,02 pro odbornosti 108, 205, 403, 501, 601 a 708
- 0,04 pro odbornosti 102, 202, 207, 209, 402, 606, 701, 705 a 706
- 0,06 pro odbornosti neuvedené v předchozích třech bodech

Měsíční zálohová platba 2026

- 108% 1/12 úhrady v referenčním období (2024)

Zmírnění dopadu regulací AS 2026

Zachován princip minimální hodnoty bodu při výpočtu hodnoty PURO (zohlednění tzv. nadprodukce v referenčním období) – MHB 0,90 Kč

Zmírnění tzv. malusů při výpočtu limitu úhrady (malifikace činí pro lékařské odbornosti – 1%)

Zachováno: do 100 pojištěnců bez regulací, nové výkony mimo regulaci

Doprava nově hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,26 Kč

Zmírnění dopadu regulací 2026

Navýšení limitu na léky a zdravotnické prostředky z 110% na **115%**

Limit na vyžádanou péči zůstal ponechán na **110%**

Ponechání možnosti „vyvinění“ z regulací za léky, zdravotnické prostředky, vyžádanou péči, pokud poskytovatel svůj postup odůvodní.

Lze využít:

U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb, **zdravotní pojišťovna po dohodě s poskytovatelem hodnoty průměrných úhrad v referenčním období pro tyto účely úměrně upraví;** ke změně rozsahu dojde zejména v případě změny počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči ve vyjmenovaných odbornostech

Regulace do max 15 % celkové úhrady za výkony bez ZUM/ZULP

Z regulace vyjmuty ZP schválené RL.

Vyžádaná péče 2026

Regulace se týká tzv. vyjmenovaných odborností:

222 (transfúzní lékařství), **801** (klinická biochemie), **802** (lékařská mikrobiologie), **806** (mamografický screening), **807** (patologická anatomie), **808** (soudní lékařství), **809 a 810** (radiologie a zobrazovací metody), **812 až 818** (laboratoře) a **823** (laboratoř patologie)

Do vyžádané péče se nezahrnují: výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, screeningu kolorektálního karcinomu, výkony screeningu karcinomu prostaty a výkony screeningu časného zachytu karcinomu plic prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu smlouvu.

Úhradové dodatky

- Lze sjednat jiný úhradový dodatek než vyhláška
- Úhradový dodatek nemusí být uzavřen
- POZOR - bonifikace nad rámec vyhlášky nebudou bez podpisu dodatku poskytnuty – nutno zvažovat pro a proti
- **Pokud není sjednán ÚD, úhrada se řídí úhradovou vyhláškou – viz § 17 odst. 5 z.č. 48/1997 Sb.**

Úhradové dodatky 2026

- Analýza dodatků všech ZP (kromě RBP) zdarma dostupná na webu ČLK
- Méně výhodný dodatek než vyhláška – ČPZP – u AS, komplementu
- POZOR - bonifikace nad rámec vyhlášky nebudou bez podpisu dodatku poskytnuty – nutno zvažovat pro a proti
- Dodatek musí být podepsán a zveřejněn nejpozději do konce roku
- Námitky k návrhu dodatku – výše předběžné měsíční úhrady, referenční hodnoty

Vyúčtování 2025

Zdravotní pojišťovny musí provést vyúčtování **do konce května 2025 – ambulantní péče**

Výsledek vyúčtování: Doplatek/přeplatek

Když vrátím pojišťovně přeplatek, neznamená to vždy, že pojišťovna krátí úhradu.

Pokud mi pojišťovna doplatí, neznamená to vždy, že nejsem regulován.

Vyúčtování 2025 – co kontrolovat?

Souhlasí položky na vyúčtování – počet vykázaných bodů, počet ošetřených URČ?

Byla pro výpočet úhrady použita správná hodnota bodu včetně bonifikačního navýšení? - zkontrolovat uznání všech bonifikací, na které má poskytovatel nárok

Bylo uhrazeno vše v plné hodnotě vykázané péče, nebo byla úhrada krácena?

Pokud byla úhrada krácena, byl správně vypočten regulační limit PURO?

Byla uplatněna regulace za léky, ZP, vyžádanou péči?

Vyúčtování 2025 – regulace

VZP ČR

Neuplatňuje regulace (nepřekročila ZP plán)

Ostatní ZP???

Vyúčtování 2025 – jak postupovat?

- maximálně využít informací uvedených ve vyúčtování – analyzovat důvod nižší úhrady (přeplatku na zálohách)
- právo vyžádat si **vysvětlení nesrozumitelností**, požádat o doplnění podkladů - přehledy nákladů na vyžádanou péči, LP a ZP, ZUM/ZULP
- **písemná námitka**
- **blanketní námitka** – sdělit v ZP stanovené lhůtě, že nesouhlasím a do kdy odůvodním
- zápočet proti měsíčním úhradám
- pozor na dohody o uznání dluhu

Nesouhlas s vyúčtováním - písemná námitka

- **Lhůty k podání námítky** – sjednány v dodatcích nebo jednostranně stanoveny ZP – nejsou prekluzivní – pozor, pokud jsou sjednány dodatku
- **odůvodnění námítky** – odvíjí se od důvodu omezení úhrady
 - limitace úhrady přes PURO – zdůvodnit, proč limit z referenčního období není dostatečný
 - Zdůvodnit veškeré rozdíly proti referenčnímu období, které mohly vést k překročení referenčního limitu
 - Významné změny v chování poskytovatele – změna struktury ošetřovaných pojištěnců, výrazný nárůst nákladnějších pojištěnců – vhodné ZP upozornit **již v průběhu roku**
 - **Regulace LP, ZP, vyžádaná péče** – odůvodnit nezbytnost poskytnutí indikované péče

Nesouhlas s vyúčtováním

- **osobní jednání** se zástupci ZP – do 14 dnů, zejm. vysvětlení nejasností ve vyúčtování
- **písemná námitka** proti vyúčtování/blanketní námitka+ konkrétní odůvodnění překročení referenčního limitu – lze podat opakovaně
- **smírčí jednání** se zdravotní pojišťovnou - písemný návrh, přítomnost odborníka, zástupce sdružení poskytovatelů
- **žaloba** – důkazní břemeno na poskytovateli, pozor na podpis úhradového dodatku; aktuální postoj soudů – poskytovatel musí prokázat, že regulace neoprávněně zasáhla do jeho práva na podnikání

Děkuji za pozornost