

Stanovisko ČLK k úhradovým dodatkům OZP pro rok 2026

Praktičtí lékaři pro dospělé (VPL) a praktičtí lékaři pro děti a dorost (PLDD)

Ke vzorovému dodatku pro kombinovaný kapitačně výkonový způsob úhrady uvádíme následující:

Návrh dodatku, který ČLK obdržela, odkazuje na úhradovou vyhlášku č. 432/2025 Sb. pro rok 2026, podle níž se v odbornosti všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost stanoví úhrada kombinovanou kapitačně výkonovou platbou podle přílohy č. 2 vyhlášky. Dodatek však v několika bodech od úhradové vyhlášky odlišuje.

Nutno upozornit na čl. II dodatku, který nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku stanoví další podmínky úhrady, vykazování a finančního vypořádání hrazených služeb:

V čl. II odst. 7 se sjednává, že zdravotní služby poskytnuté **neregistrovaným pojištěncům** se považují za nepravdivé služby; ty OZP uhradí **pouze tehdy, pokud prokazatelně nemohly být poskytnuty registrujícím poskytovatelem nebo jde o neodkladnou péči.**

V čl. II odst. 8 jsou upraveny termíny splatnosti v návaznosti na činnost Kapitačního centra tak, že je-li smluvní splatnost kratší než 6 pracovních dnů po převedení údajů z Kapitačního centra, považuje se za termín splatnosti šestý pracovní den následující po převzetí údajů z Kapitačního centra zdravotní pojišťovnou.

Dle čl. II odst. 11 je poskytovatel povinen **předávat doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. kalendářního dne měsíce** následujícího po měsíci, za který jsou nové registrace předávány; později předané doklady nebudou podnětem pro přepočítání výše kapitační platby.

V čl. II odst. 12 je zakotveno, že poskytovatel **ztrácí v příslušném kalendářním měsíci nárok na úhradu kapitační platbou, přeruší-li poskytování zdravotních služeb na dobu delší než 3 pracovní dny bez zajištění péče** pro své registrované pojištěnce v dostupném zdravotnickém zařízení jiného poskytovatele. Dodatek dále stanoví, že zastupující poskytovatel nemůže za takto převzaté registrované pojištěnce vykazovat zdravotní služby zahrnuté do kapitační platby.

Dodatek nad rámec úhradové vyhlášky obsahuje ujednání, že **celkový podíl hrazených služeb distančního kontaktu lékaře s pacientem vykazovaných výkonem 01305 nepřekročí 30 % všech kontaktů nebo epizod péče, tj. výkonů 01543, 09555, 09556 a 09557.** V případě překročení tohoto podílu může OZP již proplacené výkony 01305 nad sjednaný limit uplatnit jako pohledávku v rámci celkového finančního vyrovnání.

Dodatek dále sjednává zvláštní úhradu zdravotních služeb provedených v souvislosti s **populačním programem časného zachytu osteoporózy v ČR.** Výkony č. 11320, 11321 a 11327 mají být hrazeny s hodnotou bodu 1,18 Kč a výkony č. 11322 až 11326 s hodnotou bodu 1,00 Kč.

OZP nabízí bonifikace nad rámec vyhlášky: Příloha č. 1 konkretizuje bonifikace k základní kapitační sazbě, a to zejména bonifikaci za akreditované školící pracoviště, bonifikaci za zajištění návštěvních služeb u pacienta a u poskytovatelů VPL i bonifikační programy za péči o chronické pacienty ve vyjmenovaných diagnózách, konkrétně diabetes mellitus a hypertenzi. Příloha č. 2 upravuje bonifikační program za kvalitu poskytnuté péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem prostřednictvím VITAKARTY; vyplacení této bonifikace je vázáno na hodnocení pojištěnců a má proběhnout nejpozději při finančním vyrovnání.

Narozdíl od úhradové vyhlášky dodatek v čl. II odst. 14 výslovně sjednává, že **OZP neuplatní regulace za zdravotnické prostředky pro inkontinentní pacienty a za vyžádanou péči v odbornosti 902.** V tomto rozsahu je dodatek pro poskytovatele výhodnější než samotná vyhláška. Ostatní regulační mechanismy odpovídají úhradové vyhlášce; dodatek navíc výslovně uvádí **možnost zohlednění důvodného nárůstu preskripce způsobeného změkčením indikačních omezení po dohodě mezi poskytovatelem a OZP.**

Pro PLDD dodatek stanoví **zvláštní omezení pro výkon 02035 „Podpůrná intervence u dětí s psychickými potížemi v ordinaci PLDD před předáním do péče specialisty“.** Tento výkon lze podle dodatku vykázat k úhradě pouze u registrovaných pojištěnců poskytovatele a vztahují se na něj frekvenční omezení 1/1 den, 4/měsíc, 6/6 měsíců a 8/rok.

Návrh dodatku obsahuje vedle některých administrativních a vykazovacích omezení i ustanovení nad rámec úhradové vyhlášky, která mohou být pro poskytovatele výhodná, zejména co se týče bonifikací a vyloučení části regulačních mechanismů. V tomto ohledu lze podepsání dodatku obecně doporučit, vždy však až po pečlivém seznámení se s celým jeho obsahem, včetně příloh.

Nutno dodat, že je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna smluvně sjednané bonifikace neposkytne. Současně platí, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jde z právního hlediska o smluvně sjednanou dohodu, kterou lze následně změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. To platí jak pro úhradové podmínky, tak pro další obsah dodatku, který u OZP obsahuje nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku i podmínky vykazování a úhrady hrazených služeb. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

Ke vzorovému dodatku OZP pro týmové praxe (VPL a PLDD):

Návrh dodatku pro týmové praxe v odbornosti VPL a PLDD vychází z úhradové vyhlášky č. 432/2025 Sb. pro rok 2026. Dodatek zejména přebírá vyhláškou stanovená pravidla pro vznik nároku na úhradu za týmovou praxi, personální a technické podmínky, požadavky na ordinační dobu a registraci pojištěnců i způsob výpočtu předběžné měsíční úhrady. Uzavření dodatku lze doporučit poskytovatelům, kteří podmínky týmové praxe splňují. Před podpisem dodatku je třeba se s jeho obsahem pečlivě seznámit.

Ambulantní specialisté (AS)

Návrh dodatku ve verzi A-LIM 2026, který ČLK obdržela, vychází z přílohy č. 3 úhradové vyhlášky č. 432/2025 Sb. pro rok 2026.

Nad rámec úhradové vyhlášky upravuje dodatek úhradu zdravotních služeb specifikovaných v Příloze B dodatku, které nemají podléhat regulaci maximální výše úhrady dle přílohy č. 3 části A) odst. 3 vyhlášky, ale mají být hrazeny zvláštním způsobem podle této přílohy. Současně dodatek stanoví, že úhrada těchto služeb bude omezena zvláště sjednanou maximální částkou a nad její rámec již poskytovateli nevznikne nárok na úhradu. Jelikož však Příloha B nebyla předložena, nelze její konkrétní dopad blíže posoudit.

Pro poskytovatele, kteří mají uzavřenu **zvláštní smlouvu na centrové léky**, dodatek nad rámec vyhlášky sjednává, že zvláště účtované léčivé přípravky označené symbolem „S“ budou omezeny smluvně sjednanou maximální úhradou; do tohoto limitu se nezapočítávají ZÚLP podané pojištěncům do 18 let věku a úhrada centrových léků nevstupuje do výpočtu hodnoty PURO. Nad rámec sjednaného limitu již poskytovateli neznikne nárok na úhradu.

Významnou odchylku od vyhlášky je ustanovení dodatku, podle kterého budou **regulační omezení uplatňována bez rozlišení na jednotlivé odbornosti**. Jde o podmínku, kterou musí každý poskytovatel posoudit individuálně podle toho, zda je pro něj souhrnné posuzování regulací výhodnější či nikoliv.

Dodatek obsahuje **bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky**:

Bonifikace 200 Kč za každé ošetření pacienta s poruchou autistického spektra v klinické odbornosti a v odbornosti 903 klinická logopedie za splnění smluvených podmínek; u ambulantních kardiologů bonifikační program za pacienty se srdečním selháním, a to 400 Kč za včasné převzetí pacienta po hospitalizaci s nově diagnostikovaným onemocněním I 50.x do péče ambulantního kardiologa, dále 300 Kč za využití telemedicínského přístupu a 300 Kč, resp. 200 Kč za kvalitu dispenzární péče podle podmínek přílohy K; v odbornostech 108 a 128 bonifikaci dle Přílohy C za včasné zařazování pojištěnců na čekací listinu k transplantaci ledviny; a pro poskytovatele v odb. 901 klinická psychologie a 903 klinická logopedie také bonifikaci dle Přílohy č. 2 v návaznosti na hodnocení kvality péče pojištěnci prostřednictvím VITAKARTY.

Příloha C dodatku vymezuje signální kódy a zvláštní úhrady za zahájení a ukončení vyšetřování vhodnosti pojištěnce k transplantaci ledviny a za vyšetření žijícího dárce ledviny, a to v částkách od 3 000 Kč do 20 000 Kč podle typu výkonu a splnění definovaných podmínek. Poskytovatelům, kterých se tento program může týkat, doporučujeme se s přílohou C detailně seznámit.

Příloha K dodatku detailně upravuje bonifikační program pro ambulantní kardiology za kompenzaci pacientů se srdečním selháním. Program je postaven na třech pilířích – včasné převzetí pacienta po hospitalizaci, kvalitě poskytované dispenzární péče a využití telemedicínského přístupu – a podrobně stanoví odborné i vykazovací podmínky pro přiznání bonifikace. Současně dodatek uvádí, že v případě zapojení poskytovatele do tohoto programu OZP za hodnocené období neuplatní vůči tomuto poskytovateli regulační srážku za preskripci LP.

Příloha č. 2 dodatku zavádí pro odb. 901 a 903 bonifikační program za kvalitu poskytnuté péče hodnocenou ošetřeným pojištěncem prostřednictvím VITAKARTY či mVITAKARTY. Výsledná bonifikace se odvíjí od počtu bodů přidělených pojištěnci a bude vyplacena po skončení hodnoceného období v rámci finančního vyrovnání.

Dodatek dále nad rámec vyhlášky zakotvuje, že poskytovatel může **proti vyúčtování podat námitky do 30 dnů po obdržení finančního vyrovnání**. Současně je v dodatku zakotven příslib, že v individuálních případech zvláštního zřetele hodných může OZP na základě písemné žádosti a uvedených objektivních důvodů částečně nebo plně zohlednit nárůst poskytnutých hrazených služeb a odpovídajícím způsobem upravit výslednou úhradu; nejde však o právní nárok poskytovatele na navýšení úhrady.

Návrh dodatku obsahuje nad rámec úhradové vyhlášky ustanovení, která mohou být pro poskytovatele výhodná, zejména bonifikační programy, ale i méně výhodná, zejména souhrnné uplatnění regulací bez rozlišení odborností a zvláštní smluvní limitace u vybraných typů péče. Podepsání dodatku proto doporučujeme posuzovat individuálně podle odbornosti a struktury poskytované péče.

Je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Lze předpokládat, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba uvést, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednanou smlouvu, kterou lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. To platí jak pro úhradové podmínky, tak pro další obsah dodatku, který u OZP obsahuje nad rámec běžného obsahu úhradového dodatku i podmínky vykazování a úhrady hrazených služeb. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit.

Ambulantní gynekologie (odbornost 603 a 604)

Návrh dodatku ve verzi GYN-LIM 2026, který ČLK obdržela, vychází z přílohy č. 4 úhradové vyhlášky č. 432/2025 Sb. pro rok 2026, ale v několika bodech úhradovou vyhlášku doplňuje nebo mění.

Za nejvýznamnější odchylku oproti vyhlášce lze považovat **rozšíření nároku na bonifikaci za rozložení ordinační doby** následovně: Navýšení měsíční agregované úhrady o 9 Kč vzniká jednak při rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně (při stanoveném rozložení času), ale také při rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně (při stanoveném rozložení času) za současného doložení, že všichni nositelé výkonů na takovém pracovišti po celý rok 2025 (otázka, zda není v dodatku uveden chybný letopočet) alespoň jeden den v týdnu poskytují hrazené služby u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb.

Nad rámec úhradové vyhlášky dodatek dále stanoví, že zdravotní služby specifikované v Příloze B dodatku budou hrazeny výhradně ve výši a způsobem popsáním v této příloze. Jelikož však Příloha B nebyla předložena, nelze její konkrétní dopad blíže posoudit.

Dodatek dále zakotvuje možnost **bonifikace podle Přílohy č. 1 dodatku v návaznosti na hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb pojištěnci.**

Nad rámec vyhlášky nabízí OZP v dodatku **bonifikaci ve výši 500 Kč za provedení výkonu č. 63063 – Kolposkopická expertíza, č. 63415 – Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče, č. 63701 – Vyšetření urogynekologem a č. 63703 – Ultrazvukové vyšetření urogynekologem**, a to tak, že při vykázání alespoň jednoho z uvedených výkonů za hodnocené období náleží bonifikace 500 Kč na jedno rodné číslo za rok.

Dodatek nad rámec vyhlášky dále stanoví, že **pro ostatní smluvně sjednané výkony nezahrnuté do agregované úhrady podle části A odst. 2 vyhlášky a neuvedené v částech B až D vyhlášky se použije hodnota bodu 1,00 Kč, zatímco pro výkon 89312 – Denzitometrie dvoufotonová se sjednává hodnota bodu 0,94 Kč.** OZP tak řeší problém úhrady výkonů, které úhradové vyhláška nezmiňuje, nejsou zahrnuty do agregované úhrady a poskytovatel je má v příloze č. 2 nasmlouvané a můžete je tedy poskytovat a vykazovat.

Pro smluvně sjednané výkony v rámci **populačního programu časného zachytu osteoporózy 11320, 11321 a 11327 dodatek stanoví hodnotu bodu 1,00 Kč.**

Dodatek dále ukládá poskytovateli, aby **podpisem prohlásil splnění podmínky dispozice UZ přístrojem vyrobeným po 31. 12. 2011 a dokladem ne starším 2 let o jeho pravidelné kontrole (BTK) certifikovaným subjektem.** Poskytovatel se současně zavazuje plnění této podmínky po celou dobu dodatku udržet a na vyžádání doložit.

Nad rámec úhradové vyhlášky obsahuje dodatek i další pravidla, zejména úpravu splatnosti v návaznosti na činnost Kapitačního centra, povinnost předávat doklady o změnách v registraci pojištěnek nejpozději do 5. kalendářního dne následujícího měsíce a možnost podat námitky do 30 dnů po obdržení finančního vyrovnání.

Regulační omezení dodatkem nejsou oproti vyhlášce zmírněna; dodatek naopak výslovně uvádí, že OZP může uplatnit regulační omezení podle části E přílohy č. 4 vyhlášky.

Návrh dodatku OZP zakotvuje nový způsob úhrady, který stanoví i úhradová vyhláška. V dodatku jsou obsaženy některé bonifikace nad rámec úhradové vyhlášky, které pro část poskytovatelů činí dodatek výhodnějším nežli úhradová vyhláška. Podpisem dodatku poskytovatel tento způsob úhrady odsouhlasí.

Je na uvážení každého poskytovatele, zda úhradový dodatek akceptuje, či nikoliv. Je třeba vědět, že bez podpisu úhradového dodatku zdravotní pojišťovna navržené bonifikace neposkytne. Současně je třeba doplnit, že pokud poskytovatel úhradový dodatek se zdravotní pojišťovnou uzavře, jedná se z právního hlediska o smluvně (tedy dobrovolně a závazně) sjednaný způsob úhrady, který lze změnit pouze se souhlasem obou smluvních stran. Proto je třeba se s dodatkem před podpisem pečlivě seznámit. Úhradu vypočtenou podle uzavřeného úhradového dodatku lze soudně přezkoumat pouze ve výjimečných případech. Pokud nebude úhradový dodatek uzavřen, uplatní se automaticky úhradová vyhláška. V případě nesouhlasu se způsobem úhrady dle úhradové vyhlášky si poskytovatel, který nepodepíše úhradový dodatek, ponechává prostor pro soudní

přezkum. **Dodatek doporučujeme podepsat ve chvíli, kdy si poskytovatel bude jistý, že se zdravotní pojišťovnou nepovede o úhradu v roce 2026 soudní spor.**

Právní kancelář ČLK
10.4.2026