



## Temná strana úhradové vyhlášky 2026

Bývalí specialisté z pojišťoven, dnes opora majitelů ordinací

Nejčastější chyby lékařů  
a fyzioterapeutů

2026: Změny v úhradách  
od zdravotních pojišťoven

Jak se změní vaše  
příjmy v roce 2026?

# V tomto čísle objevíte

4

**Pracujete zadarmo?**  
temná strana úhradové vyhlášky  
na rok 2026

6

**Úhradová vyhláška 2026**  
manažerský souhrn a srovnání změn  
oproti roku 2025

12

**Hodnota bodu, bonifikace  
a koeficient navýšení v roce 2026**  
pro 6 odborností

15

**Prodej lékařské praxe**  
rozhovor s Jakubem Ždímalem,

18

**Převzetí ordinace bez rizika**  
co řešit při převzetí ordinace

20

**Nastavte si novou hodnotu bodu**  
ve vašem ordinačním softwaru  
pro rok 2026

21

**7 mýtů o úhradách ve fyzioterapii,**  
které Vás mohou stát peníze

25

**Paragraf 16 zákona č. 48/1997 Sb.**  
jak eliminovat zkreslení úhrad  
a zajistit přesnou predikci

27

**Jak se změní vaše příjmy  
v roce 2026?**  
pro ambulantní specialisty

29

**Nejčastější chyby při prodeji praxe**  
a jak probíhá prodej ordinace

31

**Převod praxe na s.r.o.**  
a nejčastější chyby při transformaci

36

**Nákladní pacienti**  
co s nákladným pacientem bez  
barevných diagnóz?

37

**Výkonová úhrada  
pro ambulantní specialisty**  
podmínky a pravidla pro rok 2026



Jediný ekonomický časopis  
pro lékaře a fyzioterapeuty v ČR

Info pro lékaře a.s.  
Perlová 371/5  
110 00 Praha 1

www.infoprolekare.cz  
zakaznici@infoprolekare.cz  
+420 253 253 900

39

**Průvodce bonifikacemi v roce 2026**  
pro domácí péči

40

**Jak zdravotní pojišťovny reagují**  
na odvolání k ročnímu vyúčtování?  
a jak dlouho se můžete odvolat?

44

**Webové stránky ordinace**  
proč je web pro Vaši ordinaci klíčový?

46

**Průvodce dotačním programem**  
od podání žádosti po závěrečné vyúčtování

48

**Nové výkony na rok 2026**  
kdy a jak je nasmlouvat?

50

**Odkupy ordinací jako klíč k udržení**  
dostupné zdravotní péče  
komentář Petra Harcuby

52

**“PURObot mi pomáhá**  
vést praxi efektivněji”  
rozhovor s PhDr. Kryštofem Kubou

54

**Rehabilitační lékař a fyzioterapeut**  
pod jednou střechou  
a proč se vyplatí z pohledu úhrad

57

**Nový systém úhrad v gynekologii**  
průvodce pro ambulance

60

**Změny v zákonech od 1.1.2026**  
a jak ovlivní lékařské praxe?

65

**Akreditace a rezidenční místa**  
otázky a odpovědi

67

**Proč pojišťovna neuhradí amb.**  
specialistům veškerou péči  
nejčastější důvody



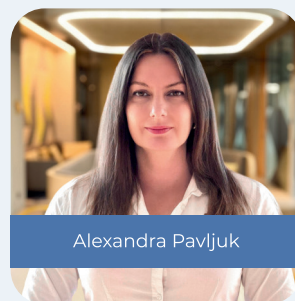
Mgr. Bílanka Janiga



Martina Říhová



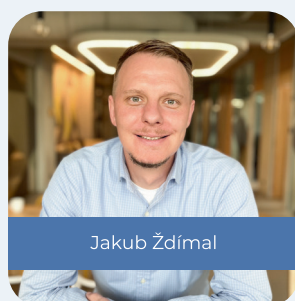
Ing. Martin Vodňanský



Alexandra Pavljková



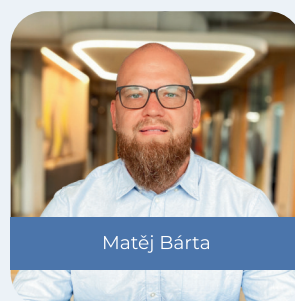
Lola Trinidad



Jakub Ždímal



Mgr. Uljan Matuševska



Matěj Bárta

# Pracujete zadarmo?

## Temná strana úhradové vyhlášky na rok 2026

Představte si, že jdete na brigádu do kavárny. Dohodnete se na 200 Kč na hodinu. Na konci měsíce vám ale majitel řekne:

„Hele, udělal jsi moc káv. Loni jich tu brigádník udělal míň. Takže za prvních sto káv dostaneš 200 Kč, ale za ty další už jen 50 Kč. A za ty úplně navíc nedostaneš nic. A mimochodem, tu zálohu, co jsem ti poslal, mi z části vrátíš.“

Absurdní? Vítejte v realitě české medicíny. Úhradová vyhláška pro rok 2026 přináší tvrdší pravidla hry, kde výkon v kartě pacienta se nerovná automaticky peníze na účtu.

Pro vás jako budoucí lékaře je klíčové pochopit mechanismy, které budou určovat váš budoucí příjem. Pojdme se podívat na „pasti“ v jednotlivých odbornostech.

### Ambulantní specialisté: Hra o halěře a hrozba vratek

Ambulantní specialisté jako kardiologové, diabetologové, pneumologové a další specialisté jedou v roce 2026 podle složité matematiky. Vaším strašákem (nebo přítelem) je zkratka PURO (Průměrná úhrada na unikátního pojištěnce).

### Hlavní pasti roku 2026.

#### Past jménem HBmin (0,90 Kč).

Toto je tzv. "podlaha". Minimální hodnota bodu pro výpočet vašeho limitu klesla z loňských 1,03 Kč na 0,90 Kč. Co to znamená? Vaše „garantovaná“ základna je nižší. Pokud nebudete aktivní a nenaženete body jinde, dostane vaše ordinace méně peněz než loni.

#### Finanční kocovina (přezálohování).

Toto je největší nebezpečí pro začínající lékaře. Pojišťovna vám každý měsíc posílá zálohu (předběžnou měsíční úhradu), která se v roce 2026 vypočítá jako 108 % vaší historie. Vypadá to na bohatý rok.

Ale pozor: Zhruba v červnu dalšího roku přijde vyúčtování. Pokud jste reálně odpracovali méně, nebo vás zlimitoval vzorec (MAXÚ), pojišťovna řekne: „Vrát nám přeplatek.“ A vy musíte vrátit třeba 200 000 Kč. To, co vám měsíčně pípne na účtu, není váš čistý zisk.

### Nový svatý grál = Nový pacient.

Systém zoufale potřebuje zkrátit čekací doby. Proto zavádí odstupňované bonusy, na které dosáhnete jen kombinací dvou faktorů:

#### Bronzová cesta (+0,01 Kč).

Ošetříte alespoň 5 % nových pacientů.

#### Zlatá cesta (+0,04 Kč).

Musíte mít široké ordinační hodiny (24–30 hod týdně) A ZÁROVEŇ ošetřit hromadu nových pacientů (nad 10 %, u operátorů nad 15 %).

### Záchraná sít – MNP

Co když k vám přijde pacient, který potřebuje extrémně drahou péči? Zruinuje vám průměr? Ne. Existuje kategorie MNP (Mimořádně nákladný pojištěnec).

### Jak to funguje?

Pokud péče o jednoho pacienta stojí víc než 5násobek průměru, systém ho „vyjme“ z vašeho limitu. Pojišťovna ho zaplatí zvlášť (výkonově) a vám to nepokazí statistiky. Je to pojistka, abyste se nebáli léčit těžké případy.

 Víte, Jak dopadlo Vaše vyúčtování v roce 2025? Dostali jste férově zaplaceno za odvedenou práci?

 **Spočítejte si, kolik Vám pojišťovna neuhradila za rok 2025 online a zcela zdarma.**

 [infoprolekare.cz/vyuctovani](https://infoprolekare.cz/vyuctovani)

## Gynekologie: Revoluce jménem kapitace

Zatímco specialisté honí body, gynekologie v roce 2026 zažívá revoluci. Přechází na měsíční agregovanou úhradu. Zní to jako pohodlí, ale ďábel se skrývá v detailu. Probereme hlavní změny.

**Kapitace 118 Kč** (s podmínkou). Dostanete fixní měsíční platbu za každou registrovanou ženu. Ale POZOR: Nárok na peníze máte jen tehdy, pokud jste pacientku viděli na preventivní prohlídce v posledních 24 měsících.

**Realita:** Pokud máte v kartotéce „mrtvé duše“, které tři roky nepřišly, nedostanete za ně ani korunu. Musíte zavést aktivní recall systém (zvat pacientky).

**Sankce za „muzejní“ ultrazvuk.** Vyhláška zavádí tvrdý technologický audit. Pokud váš ultrazvuk byl vyroben před rokem 2011 (nebo nemáte platnou technickou kontrolu), vaše kapitační platba se sníží o 50 %.

**Rada:** Nekupujte do začátku starý přístroj „z druhé ruky“. Proděláte na tom každý měsíc.

**Kde jsou peníze navíc?** V „balíčcích“. Vyhláška chce dostat malé zákroky z nemocnic do ambulancí. Zavádí se agregované úhrady:

**19 528 Kč** za histeroskopii, konizaci čípku nebo ošetření abscesu.

**17 882 Kč** za revizi po potratu.

**Těhotné a IVF.** Péče o těhotné zůstává placena zvlášť (paušály za trimestr se zvedly). Novinkou je platba 848 Kč za řešení neplodnosti přímo v ambulanci (než pár odešlete do IVF centra).

## Praktici (VPL) a Pediatri (PLDD): Manažeři prevence

Praktici mají svou jistou „hlavu“ (kapitaci). Ale rok 2026 mění charakter jejich práce z „léčení kašle“ na „management veřejného zdraví“.

### Co se mění?

**Nový bonus +5 Kč.** Základní kapitace se mírně zvedla (cca 76 Kč), ale velké peníze leží v novém bonusu +5 Kč. Dosáhnete na něj ale jen splněním přísných cílů:

**VPL (Dospělí).** Musíte splnit kvóty na screening kolorekta (25 %), mamograf (60 %) a očkování proti chřipce (20 % seniorů).

**PLDD (Děti).** Musíte mít proočkovanost 90 % a screening zraku u tříletáků (50 %).

**Revoluce v pediatrii (Psychoterapie).** Tohle je game-changer. Vyhláška 2026 poprvé zavádí speciální úhradu za podpůrnou psychoterapii prováděnou pediatrem (nová část E vyhlášky). Pokud vykážete sezení s dítětem, náleží vám nová měsíční paušální úhrada. Je to uznání faktu, že pediatr je často první linií v krizi duševního zdraví.

**Týmová praxe.** Podmínky pro zaměstnávání juniorů se zmírnily. Pro studenty je to skvělá zpráva – zavedeným doktorům se teď vyplatí vzít vás jako posilu na částečný úvazek, aniž by museli hned otevírat novou obrovskou kartotéku.

Pozor na pero (Indukovaná péče). Stále platí, že pokud předepisujete moc léků (nad 115 % průměru), pojišťovna vám sáhne na peníze. Novinkou ale je, že vyšetření v rámci preventivních prohlídek se do tohoto limitu nepočítají.

### Verdikt pro rok 2026

Medicína v roce 2026 není jen o diagnóze a léčbě. Je to strategická hra.

1. Jako specialista musíte mít v čekárně průtok nových tváří a hlídat si, abyste nemuseli vracet přeplatky.
2. Jako gynekolog musíte investovat do nového ultrazvuku a aktivně zvat pacientky na preventivky.
3. Jako praktik se stáváte manažerem screeningu a očkování.

Úhradová vyhláška dává jasný signál: **Pasivita se trestá, aktivita a prevence se (konečně) začínají vyplácet.**



**Martina Říhová**

Přes 25 let působila jako specialista na úhradovou politiku v OZP. Vyhodnocuje průběžné zúčtování služeb a sestavuje odvolání proti vyúčtování.

Úhradová vyhláška pro rok 2026 přináší řadu změn, které ovlivní způsob financování zdravotní péče. Představujeme srozumitelný souhrn klíčových parametrů, jako jsou hodnoty bodů, bonifikace, koeficienty navýšení (KN), a podmínky pro regulace, včetně dopadu na 6 odborností:

ambulantní specialisté, fyzioterapeuti, gynekologové, praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost a domácí péče.

### Pro ambulantní specialisty

#### HODNOTA BODU A VÝŠE ÚHRAD

- **Zjednodušení základní hodnoty bodu:** Místo dřívějšího členění do čtyř kategorií (0,94 Kč až 1 Kč) je pro hrazené služby podle bodu 2 nově stanovena jednotná základní hodnota bodu ve výši 0,98 Kč
- **Snížení minimální hodnoty bodu ( $HB_{\min}$ ):** Došlo k výraznému snížení minimální hodnoty bodu používané ve výpočtu PURO, a to z 1,03 Kč na 0,90 Kč
- **Snížení koeficientu ve vzorci MAXÚ:** Základní koeficient ve vzorci pro výpočet maximální úhrady (MAXÚ) byl snížen z 1,065 na 1,03
- **Změna bonifikací hodnoty bodu:**
  - Byla zavedena nová, vyšší bonifikace za příjem nových pacientů.
  - 2025: +0,01 Kč za ošetření alespoň 5 % nových pojištěnců (10 % u operačních oborů)
  - 2026: Bonifikace je nyní odstupňovaná:
    - +0,04 Kč, pokud poskytovatel splní podmínku ordinačních hodin A ZÁROVEŇ ošetří alespoň 10 % nových pojištěnců (15 % u operačních oborů)
    - +0,01 Kč, pokud nesplní podmínky pro +0,04 Kč, ale ošetří alespoň 5 % nových pojištěnců (10 % u operačních oborů)
- **Změna výpočtu Koeficientu Navýšení (KN) v MAXÚ:**
  - Princip hodnocení bonifikací (splnil/nesplnil v referenčním vs. hodnoceném období) zůstává zachován
  - U poskytovatelů, kteří bonifikaci v referenčním období splnili, ale v hodnoceném nikoli, došlo ke snížení penalizace (záporný koeficient). Například u ordinačních hodin klesla srážka z -0,02 na -0,01 a u objednávkového systému z -0,02 na -0,01
- Samostatná bonifikace KN ve výši 0,02 za 35 ordinačních hodin týdně byla odstraněna. Nahrazuje ji výše zmíněný nový bonus +0,04 Kč za kombinaci ordinačních hodin A vyššího počtu nových pacientů
- Došlo k plošnému navýšení a přeskupení KN pro konkrétní odbornosti:
  - Odb. 404: navýšení z +0,13 na +0,15
  - Odb. 405: navýšení z +0,03 na +0,09
  - Odb. 105: ztratila +0,07 a nyní spadá do kategorie „ostatní“.
  - Ostatní odbornosti: Výrazné navýšení z +0,01 na +0,06
- **Změna výpočtu předběžných měsíčních úhrad:**
  - V roce 2025 byla PMÚ stanovena jako 1/12 „předpokládané úhrady“
  - V roce 2026 se PMÚ stanoví jako 1/12 ze „108% úhrady za referenční období“, ke které pojišťovna dále připočte změny v rozsahu a struktuře služeb
- **Nové úhradové kategorie:**
  - Byla zavedena nová kategorie pro hrazené služby poskytované pojištěncům do 15 let (mimo služby v bodě 1. a-i) s hodnotou bodu 0,98 Kč
  - Byla stanovena hodnota bodu pro přepravu zdravotnického pracovníka (bod 7) ve výši 1,26 Kč
- Bod 7 a bod 14 v části B ze staré vyhlášky, které upravovaly úhradu a regulace pro zahraniční pojištěnce, byly v nové vyhlášce odstraněny.

#### REGULAČNÍ OMEZENÍ

- **Zmírnění regulace na předepsané LP a ZP:** Limit pro překročení průměrné úhrady, od kterého se uplatní regulace, byl zvýšen (zmírněn) ze 110 % na 115 %

- **Zpřísnění výjimek z regulací pro vybrané odbornosti:**

- V roce 2025 byly odbornosti 305, 306, 308, 309, 350, 355, 360, 370 a 922 zcela vyjmuty z regulací B.2, B.3 a B.4
- V roce 2026 jsou tyto odbornosti (a nově i 920 a 935) vyjmuty pouze z regulací B.3 (předpisy) a B.4 (vyžádaná péče)
- Nově se na ně vztahuje regulace B.2 (ZÚM/ZÚLP), a to na část překročení způsobenou navýšením objemu individuálně připravovaných léčivých přípravků

- **Rozšíření výjimek u vyžádané péče:** Do výkonů, které se nezapočítávají do vyžádané péče, byl nově přidán screening včasného záchytu karcinomu plic

- **Odstranění „globálních“ výjimek z regulací:** Byly odstraněny body, které umožňovaly neaplikovat regulace, pokud celkové úhrady pojišťovny nepřekročily referenční období nebo zdravotně pojistný plán (body 7, 8 a 9 v loňské vyhlášce)

## CO ZŮSTÁVÁ STEJNÉ

- **Vzorec pro výpočet PURO:** Vzorec PURO zůstává stejný
- **Práce s mimořádně nákladnými pojištěnci (MNP):** Definice MNP a způsob jejich vyjmutí z výpočtu MAXÚ zůstává beze změny
- **Maximální strop regulace:** Celková regulační srážka je nadále zastropována 15 % úhrady za výkony
- **Výjimka z regulace pro nízký počet pojištěnců:** Stále platí výjimka z regulací B.2-B.4 pro odbornosti s méně než 100 ošetřenými unikátními pojištěnci.

➤ Více zde – [infoprolekare.cz/uvamb](https://infoprolekare.cz/uvamb)

## Pro fyzioterapeuty

- Snížení koeficientu navýšení ve vzorci MAXÚ: Základní koeficient ve vzorci pro výpočet maximální úhrady (bod 4) byl snížen z 1,09 na 1,07.
- Snížení minimální hodnoty bodu (HB<sub>min</sub>): Došlo ke snížení minimální hodnoty bodu, která vstupuje do výpočtu průměrné úhrady na pojištěnce (PUROO), a to z 0,70 Kč na 0,66 Kč.
- Snížení předběžné měsíční úhrady (PMÚ): Základ pro výpočet měsíčních záloh byl snížen z jedné dvanáctiny 109% úhrady za referenční období na 107 % úhrady za referenční období.
- Odstranění úhrady pro zahraniční pojištěnce: Z vyhlášky byl vypuštěn bod 6 (platný pro rok 2025), který specifikoval úhradu pro zahraniční pojištěnce.
- Hodnota bodu za výkony přepravy v návštěvní službě (bod 1) zůstává stejná ve výši 1,26 Kč.
- Základní hodnota bodu (bod 2) pro ostatní výkony zůstává stejná ve výši 0,74 Kč.
- Bonifikace hodnoty bodu (bod 3) ve výši +0,07 Kč při překročení 5% podílu pacientů se stanovenými diagnózami (G10-G14, I60-I69 atd.) zůstává beze změny.
- Systém bonifikací (KN): Všechny podmínky pro získání koeficientů navýšení (KN a, b, c, d), včetně principu hodnocení „splnil/nesplnil“ v referenčním a hodnoceném období, zůstávají beze změny .
- Seznam vyjmenovaných („barevných“) diagnóz, které se nezapočítávají do limitace úhrady (v nové vyhlášce bod 6), zůstává beze změny.
- Práce s mimořádně nákladnými pojištěnci (MNP), včetně seznamu diagnóz a definice pětinasobku průměrné úhrady, zůstává stejná jako v roce 2025
- Do výpočtů nadále zasahují jak hlavní, tak i vedlejší diagnózy uvedené na poukazech.

➤ Více zde – [infoprolekare.cz/uvfyz](https://infoprolekare.cz/uvfyz)

 Potřebujete se zorientovat v problematice úhrad od zdravotních pojišťoven?

 Přinášíme Vám ekonomické semináře na témata: úhradová vyhláška, úhradové dodatky, odvolání proti vyúčtování a optimalizace ekonomiky ordinace.

 [infoprolekare.cz/seminare](https://infoprolekare.cz/seminare)

## PŘECHOD Z VÝKONOVÉ PLATBY NA KAPITAČNÍ (ČÁST A)

Největší změnou je kompletní nahrazení staré Části A (výkonová platba s MAXÚ) novou Částí A (měsíční agregovaná úhrada).

- **Zrušení hodnoty bodu a MAXÚ.** Je zcela zrušen systém úhrady na základě bodů (stará hodnota byla 1,01 Kč) a celý následný regulační vzorec MAXÚ (ve staré vyhlášce Bod 5)
- **Zavedení kapitační platby.** Nově se zavádí měsíční agregovaná úhrada (kapitace) pro odbornost 603 – základní sazba je 118 Kč za jednu registrovanou pojištěnku měsíčně
- **Nová klíčová podmínka pro kapitaci.** Nárok na kapitační platbu (118 Kč) za pojištěnku vzniká poskytovateli, pouze pokud u ní v posledních 24 měsících provedl a vykázal preventivní prohlídku (výkon č. 63021 nebo 63050). Toto je zcela nová podmínka.
- **Transformace bonifikací.** Původní bonifikace (+0,01 Kč k bodu) jsou zrušeny a nahrazeny přímým navýšením měsíční kapitační platby:
  - Celoživotní vzdělávání: +9 Kč (dříve +0,01 Kč)
  - Ordinační hodiny: +9 Kč (dříve +0,01 Kč)
  - Akreditace: +9 Kč (dříve +0,01 Kč)
  - ISO 9001: +9 Kč (dříve +0,01 Kč)
- **Změna bonifikace za prevenci.** Původní bonus za 45% proočkovanosť (násobení výkonů koeficienty 1,50 a 1,25) je zrušen. Nově je nahrazen navýšením kapitační platby o +4 Kč
- **Služby zahrnuté v kapitaci.** Nový Bod 2 explicitně definuje, co vše je v kapitační platbě zahrnuto (vstupní, preventivní, cílená i kontrolní vyšetření, UZ pánve, dispensární péče, odběry materiálu, telefonické konzultace atd.)
- **Signální výkony** Výkony pro prevenci (63021, 63050) a ZÚM/ZÚLP (09215) se nově stávají pouze signálními výkony – slouží k vyhodnocení kapitace a prevence, ale nejsou samy o sobě (mimo specializované části) hrazeny. Dříve byly tyto výkony standardně hrazeny

## NOVÉ REGULACE A PENALIZACE V ČÁSTI A

- **Nová penalizace za UZ přístroj:** Je zavedena zcela nová sankce. Pokud poskytovatel nedoloží UZ přístroj vyrobený po 31. prosinci 2011 a doklad o kontrole (ne starší 2 let), základní kapitační platba (118 Kč) se násobí koeficientem 0,50 (tj. snížení o 50 %)
- **Nová regulace na extramurální péči:** Je zavedena nová regulace v Bodě 8. Pokud péče o registrované pojištěnky u jiných gynekologů (odbornost 603) přesáhne 6 % z celkové kapitační úhrady daného poskytovatele, částka přesahující tento limit se mu plně odečte z úhrad. (Stará vyhláška měla regulaci EM\_2025, ale ta se týkala jen těhotných a byla jinak definovaná)
- **Zrušení PMÚ:** S přechodem na měsíční kapitační platbu byl zrušen bod o měsíčních předběžných úhradách (ve staré vyhlášce Bod 13, který stanovil PMÚ jako 1/12 ze 106 % úhrady ref. období)

## PÉČE O TĚHOTNÉ (NOVÁ ČÁST B)

Péče o těhotné zůstává hrazena odděleně, ale mění se výše plateb a systém regulací.

- **Navýšení paušálů za trimestr.** Všechny tři paušály byly navýšeny
  - I. trimestr: z 1 885 Kč na 2 074 Kč
  - II. trimestr: z 3 141 Kč na 3 455 Kč
  - III. trimestr: z 4 398 Kč na 4 838 Kč
- **Zásadní změna regulací IGV/IUV.** Regulace za odesílání na genetiku (IGV) a UZ (IUV) se mění:
  - Ve staré vyhlášce byly součástí hlavního vzorce MAXÚ (Bod 5) a měly mírné koeficienty (např. +0,02 až -0,04)
  - Nově se nacházejí v Části B, Bod 1, písm. h) a vztahují se pouze na úhradu za těhotné.
  - Koeficienty jsou výrazně přísnější: +0,05 (bonus za nízké odesílání) až -0,10 (penalizace za vysoké odesílání)
- **Zjednodušení a zrušení pravidel.** Byly zrušeny komplikované body ze staré vyhlášky (Bod 4 písm. g, h, i), které definovaly, co je zahrnuto v paušálu, a jak se hradí péče u neregistrovaného poskytovatele (např. 0,50 Kč). Nově je v Bodě 1 písm. g) pouze konstatováno, že se v průběhu těhotenství (mimo definované výjimky) nehradí žádné jiné výkony.

## ASISTOVANÁ REPRODUKCE (NOVÁ ČÁST C)

- **Nová úhrada.** Je zavedena zcela nová úhrada ve výši 848 Kč za „vyšetření a léčbu neplodnosti“ provedené ambulantním gynekologem před předáním do IVF centra (maximálně 2x ročně, 6x za život)
- **Navýšení plateb za IVF.** Všechny paušální platby za cykly IVF a související služby byly mírně navýšeny (o cca 0,2–0,3 %)
  - Např. Kompletní IVF cyklus: z 39 646 Kč na 39 773 Kč
  - Např. IUI: z 4 296 Kč na 4 310 Kč
  - Uchování zárodečných buněk (2. až 9. rok) zůstává na 2 580 Kč (beze změny)

## NOVÁ KATEGORIE VÝKONŮ (NOVÁ ČÁST D)

Kromě kapitační platby je zavedena zcela nová Část D, která definuje výkony hrazené nad rámec kapítace.

- **Úhrada za kontakt.** Původní úhrada 85 Kč za epizodu péče (ze staré vyhlášky Bod 11) je přesunuta sem a navýšena na 87 Kč
- **Nové paušální platby za specializaci.** Jsou zavedeny nové pevné úhrady za specializované výkony
  - Kolposkopická expertíza (63063): 1 076 Kč
  - Superkonziliární UZ v prenatální péči (63415): 1 576 Kč
  - Výkon 63311: 1 342 Kč
  - Vyšetření urogynologem (63701): 593 Kč
  - Výkon 63319: 1 957 Kč
  - Urogynologický UZ (63703): 654 Kč
- **Výkony s hodnotou bodu.** Pro výkony urogynologie (Kap. 706, 716) a další vyjmenované výkony (např. 02125, 15118) je stanovena hodnota bodu 1 Kč
- **Definice úhrady pro Odb. 604.** Nově je explicitně definována úhrada pro odbornost 604 (dětská gynekologie) – je hrazena výkonově s hodnotou bodu 1,05 Kč. (Ve staré vyhlášce byla odbornost 604 hrazena stejně jako 603 v rámci MAXÚ)
- **Péče o neregistrované.** Nově je definováno, že péče o neregistrované pojištěnky se hradí výkony 63022, 63023, 63417 s hodnotou bodu 1 Kč (přesunuto z Části A)

➤ Více zde – [infoprolekare.cz/uvgygyn](http://infoprolekare.cz/uvgygyn)

## ZMĚNY V REGULAČNÍCH OMEZENÍCH (NOVÁ ČÁST E)

Regulace na preskripci a vyžádanou péči zůstávají, ale mění se jejich parametry.

- **Zmírnění regulace na preskripci (LP/ZP).** Hranice pro uplatnění regulace (Bod 1.1) se zvyšuje (zmírňuje) ze 110 % na 115 % průměrné úhrady v referenčním období
- **Regulace na vyžádanou péči (Bod 1.2).** Zůstává beze změny na 110 %
- **Zrušení „globálních“ výjimek.** Byly zrušeny body 5 a 6 ze staré vyhlášky, které regulace neuplatnily, pokud pojišťovna jako celek nepřekročila svůj zdravotně pojistný plán
- **Zrušení výjimky pro cizince.** Byl zrušen bod 10 ze staré vyhlášky, který vyjímal zahraniční pojištěnce z regulací. (Souvisí se zrušením speciální úhrady pro cizince, starý Bod A.7)
- **Zmírnění maximální srážky.** Maximální výše regulační srážky (Nový Bod 6) byla snížena (zmírněna) z 25 % na 15 % celkového objemu úhrady
- Ostatní body zůstávají v principu stejné (nezbytnost péče, úprava při změně smlouvy, referenční hodnoty pro nové PZS, výjimka pod 50 unikátních pojištěnců, výjimka pro ZP nad 15 000 Kč)

## NOVÉ PAUŠÁLY ZA AMBULANTNÍ ZÁKROKY (NOVÁ ČÁST F)

Toto je zcela nová kategorie úhrad, která v roce 2025 neexistovala.

- **Zavedení nových paušálů.** Zavádí se agregovaná úhrada (balíček) pro 5 definovaných ambulantních gynekologických zákroků
- **Výše úhrad:**
  - Revize po spontánním potratu: 17 882 Kč
  - Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu/cysty bartolinské žlázy: 19 528 Kč
  - Konizace cervixu (mimo laser): 19 528 Kč
  - Hysteroskopie diagnostická: 19 528 Kč
  - Operační hysteroskopie: 19 528 Kč
- **Definice balíčku.** Bod 2 této části definuje, že tato úhrada zahrnuje operační výkon, veškerá související vyšetření, kompletní anesteziologickou péči, ZÚM/ZÚLP i náklady na pobyt na lůžku.

## KOMBINOVANÁ KAPITAČNĚ VÝKONOVÁ PLATBA

- **Navýšení základní kapitační sazby.** Dochází k navýšení všech čtyř kategorií základní kapitační sazby:
  - Kategorie A (plný úvazek, objednávání): ze 74 Kč na 76 Kč
  - Kategorie B (částečný úvazek): z 67 Kč na 69 Kč
  - Kategorie C (VPL nesplňující a/b): z 59 Kč na 60 Kč
  - Kategorie D (PLDD nesplňující a/b): z 64 Kč na 66 Kč
- **Nová bonifikace za screening a očkování.** Je zavedena zcela nová bonifikace základní kapitační sazby ve výši +5 Kč (finančně vypořádáno do 150 dnů po skončení hodnoceného období).
  - Pro VPL (Bod 4) je podmíněna splněním cílů u screeningu kolorektálního karcinomu (25 %), očkování proti chřipce (20 %) a screeningu mamografie (60 %).
  - Pro PLDD (Bod 5) je podmíněna splněním cílů v proočkování (90 %), screeningu zraku (50 %) a povinném očkování (50 %).
- **Navýšení hodnoty bodu u výkonové složky.** Dochází k navýšení hodnoty bodu u všech výkonů nehrazených kapitační platbou (Bod 8 v nové vyhlášce):
  - Preventivní prohlídky VPL (01021, 01022): z 1,27 Kč na 1,35 Kč.
  - Preventivní prohlídky PLDD (02021, 02022...): z 1,16 Kč na 1,23 Kč.
  - Vyjmenované výkony (01201, 09532...): z 1,19 Kč na 1,26 Kč. Byl také rozšířen seznam těchto výkonů (např. o 02036, 02240, 01135, 01136, 01196, 01197).
  - Ostatní výkony (včetně neregistrovaných): z 1,16 Kč na 1,18 Kč.
- **Navýšení platby za epizodu péče.** Úhrada za epizodu péče nebo kontakt u pacientů nad 18 let (Bod 12 v nové vyhlášce) se zvyšuje z 85 Kč na 87 Kč.
- **Zrušení dorovnání kapitace (Část B staré vyhlášky).** Byla zcela odstraněna část B staré vyhlášky („Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace“), která zajišťovala dorovnání pro malé praxe.

**Zrušení specifické úhrady pro zahraniční pojištěnce.** Byl zrušen bod A.8 staré vyhlášky, který stanovoval hodnotu bodu pro zahraniční pojištěnce ve výši 1,37 Kč.

➤ Více zde – [infoprolekare.cz/vplpldd](http://infoprolekare.cz/vplpldd)

- Změna indexu u věkových skupin: Zatímco samotné hodnoty indexů v tabulce zůstávají stejné, textace definující referenční skupinu (vůči které se indexy počítají) se změnila z „15 až 19 let“ na „30 až 34 let“.
- Přejmenování Části C na B: Původní Část C (Hrazené služby hrazené podle seznamu výkonů) byla přejmenována na Část B. Obsah (hodnota bodu 1 Kč, přeprava 1,26 Kč) zůstal stejný.

## REGULAČNÍ OMEZENÍ (NOVÁ ČÁST C)

- **Nová výjimka u vyžádané péče.** U regulace na vyžádanou péči (C.1.3) byla doplněna nová věta, která z regulace vyjímá úhradu za vyžádanou péči provedenou v přímé vazbě na preventivní prohlídky.
- **Zrušení výjimky pro zahraniční pojištěnce.** V bodě C.7 (dříve D.7) byla odstraněna část věty, která z regulačních omezení vyjímala hrazené služby poskytnuté zahraničním pojištěncům.

## ÚHRADA ZA TÝMOVOU PRAXI (NOVÁ ČÁST D)

- **Navýšení úhrady.** Měsíční úhrada za týmovou praxi (Bod D.2) byla navýšena – základní částka ve vzorci se zvýšila z 10 000 Kč na 10 400 Kč.
- **Změna podmínek pro PLDD.** Pro týmovou praxi PLDD byl snížen minimální počet přepočtených pojištěnců z 1800 na 1700. Stejně tak byla upravena kapacita pro registraci nových pojištěnců (Bod D.1.i).
- **Zmírnění podmínek pro růst kmene.** Původní podmínka (Bod E.1.j) byla nahrazena mírnějšími variantami (Bod D.1.j). Nově pro VPL stačí nabrat 10 nových pojištěnců (místo 20) na 0,1 úvazku, nebo pro VPL i PLDD stačí dosáhnout jakéhokoli kladného rozdílu v počtu pojištěnců mezi začátkem a koncem roku.

## ÚHRADA ZA PODPŮRNOU PSYCHOTERAPII (NOVÁ ČÁST E)

- Zcela nová platba: Byla zavedena zcela nová Část E určená pouze pro PLDD.
- Poskytovateli v odbornosti PLDD, který v daném měsíci vykáže podpůrnou psychoterapii pojištěncům do 19 let, náleží nová měsíční úhrada.



# Digitální páteř vaší praxe

Fyzion je kompletní ambulantní systém pro vaši kliniku, který zjednodušuje práci a pomáhá vám soustředit se na to podstatné – péči.

Nově s přímým napojením na **PURObot**, který pohlídá vaše limity a zajistí pohodlné a bezpečné odesílání dávek.

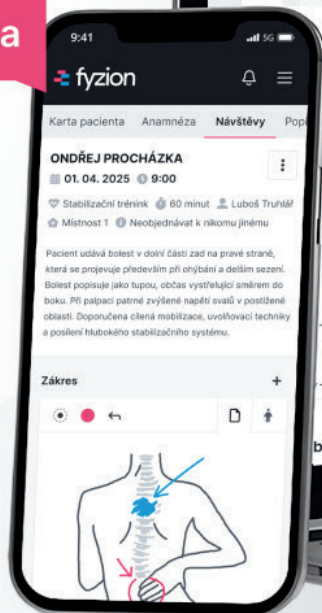
Formuláře

Rezervace

Kartotéka

Upomínky

Platby



Vyzvedněte si své

3 měsíce ZDARMA



Zjistěte více na [www.fyzion.cz](http://www.fyzion.cz)

# Hodnota bodu, bonifikace a koeficient navýšení v roce 2026

Jak se změní úhrady v roce 2026? Přehled pro ambulantní specialisty, fyzioterapeuty, gynekologie, VPL, PLDD i domácí péči

Hodnota bodu a bonifikace jsou klíčové pro financování zdravotní péče. Rok 2026 přináší významné změny, které ovlivní základní hodnotu bodu a podmínky pro získání bonifikací. Tyto změny mohou mít zásadní vliv na ekonomickou stabilitu a provoz zdravotnických zařízení.

## Ambulantní specialisté

Nová vyhláška přináší pravidla pro navýšení hodnoty bodu a úhrad. Pro ambulantní specialisty jsou stanoveny nové základní hodnoty bodu, přičemž u většiny odborností dochází k mírnému navýšení.

Odbornost	Hodnota bodu
350, 355, 360, 370, 920, 922, 935	1,10 Kč
305, 308, 309, 901, 910, 919, 931	0,98 Kč
306	1,12 Kč
905, 927	0,94 Kč
403 (vybrané výkony)	0,82 Kč / 1,25 Kč
705 (75347, 75348 a 75427)	0,89 Kč
105 (screening kolorekta)	1,20 Kč
701, 702, 704	0,93 Kč
205 (25507)	0,91 Kč
706 (vybrané výkony)	1 Kč
102 (89970)	1 Kč
<b>Ostatní odb. (vč. dětí do 15 let)</b>	<b>0,98 Kč</b>

V tomto článku se zaměříme na hlavní změny a pravidla, která je třeba zohlednit při plánování a vykazování péče podle nové úhradové vyhlášky pro rok 2026.

## Podmínky pro navýšení hodnoty bodu

### Bonifikace za celoživotní vzdělávání

Navýšení o 0,03 Kč, pokud poskytovatel do 31. ledna 2026 doloží, že alespoň 50 % jeho lékařů nebo nelékařských pracovníků má platný doklad o celoživotním vzdělávání. Doklad musí být platný po celé hodnocené období (mezera mezi doklady nesmí přesáhnout 30 dnů).

### Bonifikace za rozsah a rozložení ordinační doby

Navýšení o 0,04 Kč, pokud alespoň na 50 % pracovišt (IČP) poskytuje hrazené služby v rozsahu 30 ordinačních hodin týdně rozložených do 5 dnů (u operačních oborů 24 hodin do 4 dnů).

Podmínkou je specifické rozložení hodin (alespoň 2 dny do 18:00, nebo 2 dny od 7:00, nebo kombinace 1 den od 7:00 a 1 den do 18:00).

### Bonifikace za ošetření nových pojištěnců

V roce 2026 se tato bonifikace mění na dvoustupňovou:

+ 0,04 Kč, pokud poskytovatel splní podmínku ordinačních hodin (bod 2) A ZÁROVEŇ ošetří alespoň 10 % nových pojištěnců (u operačních oborů 15 %), které neviděl v posledních 3 letech.

+ 0,01 Kč, pokud nesplní podmínky pro vyšší bonifikaci, ale ošetří alespoň 5 % nových pojištěnců (u operačních oborů 10 %).

### Bonifikace za objednávkový systém

Navýšení o 0,01 Kč, pokud poskytovatel využívá objednávkový systém umožňující přednostní ošetření dle zdravotního stavu.

### Specifické bonifikace pro odbornost 306

+ 0,06 Kč za rozšířené ordinační hodiny (min. 30 hodin týdně na 50 % pracovišť, nebo 15 hodin s navýšením o 5 hodin oproti referenci).

+ 0,06 Kč za dispenzarizaci, pokud vykáže výkon č. 09532 u alespoň 20 % ošetřených pojištěnců.

### Koeficient navýšení (KN) a zpřísnění MAXÚ

Toto je technická, ale zásadní změna. Koeficient navýšení je číslo, které ve vzorci zvyšuje váš limit úhrady (PURO).

**Snížení základního koeficientu.** V roce 2025 byla základní hodnota ve vzorci 1,065. Pro rok 2026 se tato hodnota snižuje na 1,03.

**Dopad** – limit maximální úhrady poroste pomaleji. O to důležitější bude získat všechny dostupné bonifikace, které KN navyšují.

### Gynekologie

Pro odbornost gynekologie (603) dochází v roce 2026 k revoluční změně – přechodu na kapitační platbu.

- **Zrušení výkonové platby:** Byla zrušena hodnota bodu 1,01 Kč a systém MAXÚ.
- **Nová měsíční agregovaná úhrada: 118 Kč** za jednu registrovanou pojištěnku.
- **Podmínka:** Nárok na platbu vzniká pouze tehdy, pokud byla u pojištěnky v posledních 24 měsících provedena preventivní prohlídka (výkon 63021 nebo 63050).

### Bonifikace

Základní částka 118 Kč se dále navyšuje o:

- **+ 9 Kč** za celoživotní vzdělávání.
- **+ 9 Kč** za ordinační dobu (30 hodin týdně).
- **+ 9 Kč** za akreditaci.
- **+ 9 Kč** za certifikát ISO 9001.
- **+ 4 Kč** za proočkovanost (alespoň 45 % registrovaných žen).

### Péče mimo kapítaci

Některé služby zůstávají hrazeny výkonově nebo balíčkově nad rámec kapítace:

- **Péče o těhotné:** Navýšené balíčky (I. trimestr **2 074 Kč**, II. trimestr **3 455 Kč**, III. trimestr **4 838 Kč**).
- **Specializované výkony:** Např. kolposkopická expertíza nebo superkonziliární ultrazvuk mají stanoveny pevné ceny.
- **Nové balíčky (Část F):** Zavádí se agregované úhrady za zákroky jako hysteroskopie či konizace (např. 19 528 Kč), které jsou hrazeny plně mimo kapítaci.

### Dětská gynekologie (604)

Pro odbornost 604 se stanoví hodnota bodu 1,05 Kč.



## VPL a PLDD

V primární péči dochází k navýšení kapitačních sazeb, zavedení nové bonifikace za kvalitu a zrušení dorovnání kapitace pro malé praxe.

Odbornost	Výše sazby	Podmínky (zkráceně)
VPL i PLDD	76 Kč	30 ord. hodin (5 dní), 1x do 18:00, objednávkový systém (2 dny).
VPL i PLDD	69 Kč	25 ord. hodin (5 dní), 1x do 18:00.
VPL	60 Kč	Nesplňuje podmínky A ani B.
PLDD	66 Kč	Nesplňuje podmínky A ani B.

### Bonifikace ke kapitační platbě

+ 1 Kč za celoživotní vzdělávání.  
+ 1 Kč za akreditaci a školení rezidenta.  
+ 2 Kč za prevenci (VPL: 30 % pacientů 40–80 let; PLDD: 40 % pacientů 6–19 let).

NOVINKA: + 5 Kč za kvalitu péče

Vyplácí se zpětně při splnění kvalitativních kritérií (screening kolorekta, mamografie, očkování proti chřipce u VPL; očkování a screening zraku u PLDD).

### Další změny

- **Výkonová úhrada:** Preventivní prohlídky a další výkony mimo kapítaci mají navýšenou hodnotu bodu (VPL 1,35 Kč, PLDD 1,23 Kč). Úhrada za epizodu péče se zvyšuje na **87 Kč**.
- **Nová platba pro PLDD:** Zavádí se měsíční úhrada za **podpůrnou psychoterapii** pro pojištěnce do 19 let.

**Zrušení dorovnání kapitace:** Mechanismus dorovnání pro praxe s malým počtem pacientů byl zrušen (bývalá část B přílohy č. 2).

## Domácí péče

V domácí péči je situace stabilní, hodnota bodu zůstává na stejné úrovni jako v roce 2025.

- **Základní hodnota bodu: 0,98 Kč.**
- **Hodnota bodu pro přepravu: 1,26 Kč.**

### Bonifikace za náročné diagnózy

Pokud podíl unikátních pojištěnců s hlavní nebo vedlejší diagnózou z definovaného rozsahu (např. onkologické dg. C00–C97, neurologické G09–G99, diabetes s komplikacemi E10.3–E10.7, dekubity L89) překročí 35 % z celkového počtu, navyšuje se hodnota bodu o 0,07 Kč.

### Fyzioterapie

V segmentu fyzioterapie nedochází k navýšení základní hodnoty bodu, ta zůstává na úrovni roku 2025:

- Základní hodnota bodu: 0,74 Kč.
- Hodnota bodu pro přepravu: 1,26 Kč.
- Koefficient navýšení (KN): Základní koefficient ve vzorci MAXÚ se snižuje z 1,09 na 1,07.
- Minimální hodnota bodu: Klesá na 0,66 Kč.

### Rok 2026 bude vyžadovat pečlivé plánování

Zatímco gynekologové se musí naučit pracovat s kapítací a hlídat prevenci, specialisté a fyzioterapeuti by se měli zaměřit na maximalizaci bonifikací, aby vykompenzovali přísnější koeficienty ve vzorcích.

Všeobecní praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost mají příležitost výrazně navýšit příjmy, pokud se zaměří na screeningové programy.



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na odvolání vůči vyúčtování zdravotních pojišťoven s důrazem na právní a ekonomické argumenty. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

A portrait of a man with short brown hair and a goatee, wearing a dark blue suit jacket over a light-colored shirt. The background is dark and slightly blurred.

# **PRODEJ LÉKAŘSKÉ PRAXE? S NÁMI TO ZVLÁDNETE HLADCE A BEZ STRESU**

Rozhovor s Jakubem Ždímalem,  
obchodním manažerem Info pro lékaře a.s.

Info pro lékaře a.s. provozuje největší tržiště lékařských praxí v České republice. Obchodní manažer Jakub Ždímal – s více než pětiletou zkušeností v oboru a stovkami úspěšně zprostředkovaných transakcí – nám přiblíží, jak funguje prodej praxe v praxi, jaká jsou aktuální čísla trhu a proč se vyplácí tento zásadní životní krok nepodcenit.

## Jakube, co vlastně Tržiště praxí je a jak funguje?

Tržiště praxí je naše online platforma, kde propojujeme prodávající a kupující lékaře z celé České republiky. Ale nejsme jen inzertní portál – jsme komplexní partner pro celý životní cyklus lékařské praxe. Pomáháme lékařům od samotného začátku: od založení a rozjezdu ordinace, přes ekonomický monitoring pomocí specializovaného softwaru, až po samotný prodej praxe. Doktor k nám může přijít v jakékoli fázi svého profesního života a my mu pomůžeme.

### Tržiště praxí v číslech

- 1 500+** prodaných praxí od roku 2010
- 120 mil Kč** obrat prodaných praxí v roce 2025
- 432 mil Kč** hodnota aktuálně inzerovaných praxí
- 30 000+** unikátních návštěvníků měsíčně
- 100+** aktivních poptávek z celé ČR
- 6 měsíců** průměrná doba prodeje
- + 20 %** vyšší cena oproti běžnému prodeji

## Jak velký je vlastně trh s ordinacemi v Česku?

Čísla mluví za sebe. Fungujeme od roku 2012 a za tu dobu jsme zprostředkovali prodej více než 1 500 lékařských praxí. V roce 2025 přesáhl obrat prodaných praxí 120 milionů korun. Aktuální hodnota inzerovaných praxí dosahuje 432 milionů korun a naše stránky navštěvuje přes 30 000 unikátních návštěvníků měsíčně. V databázi máme více než 100 aktivních poptávek z celé republiky – to jsou čísla, která jasně ukazují, jak živý tento trh je.

## Co vás odlišuje od jiných zprostředkovatelů?

Naše největší přednost je komplexnost. Info pro lékaře a.s. není jen zprostředkovatel prodeje – jsme ekosystém služeb pro lékaře. Pomůžeme vám s transformací praxe na s.r.o., s oceněním tržní hodnoty, s přípravou profesionálního marketingu a inzerce, s aktivním oslovením naší databáze zájemců, s přípravou kupní smlouvy za účasti notáře i s celou administrativou přechodu. A co je důležité – díky našim zkušenostem dosáhnete v průměru o 20 % lepší prodejní ceny, než kdybyste praxi prodávali sami.

## Jak dlouho takový prodej průměrně trvá?

Průměrně šest měsíců od začátku spolupráce po podpis kupní smlouvy. Záleží na mnoha faktorech – lokalitě, odbornosti, právní formě praxe nebo ekonomickém zdraví ordinace. Praxe provozované jako s.r.o. ve větších městech se prodávají výrazně rychleji. Zažil jsem prodej hotové za dva měsíce, ale i takové, kde prodej trval rok – výsledek byl ale skvělý pro obě strany.

## Jakou roli hraje ocenění praxe při přípravě na prodej?

Ocenění je naprosto zásadním krokem – a bohužel ho mnoho lékařů podceňuje nebo odkládá. Bez reálného ocenění nemáte představu o tržní hodnotě toho, co jste celou kariéru budovali. Setkávám se s případy, kde lékař měl úplně jiné představy o ceně – a to oběma směry. Někteří očekávali více, jiní se podceňovali a byli by prodali výrazně pod cenou. Příliš vysoká cena by mohla odradit případné zájemce, příliš nízká zase znehodnocuje usilovnou práci věnovanou Vaší ordinaci.

## Jak takové ocenění u vás vlastně funguje?

Máme k tomu vlastní data a technologie. Pracujeme s cenovými mapami podle odborností a regionů, databází realizovaných prodejů a naším specializovaným nástrojem PURObot, který sleduje ekonomiku praxe – od plateb od pojišťoven až po celkový obrat. Ocenění zohledňuje celou řadu faktorů: lokalitu a dostupnost praxe, počet registrovaných pacientů a jejich demografické složení, právní formu provozování, ekonomické výsledky ordinace i aktuální nabídku a poptávku na trhu. Na základě všech těchto dat dokážeme lékaři říct, jaká je reálná tržní hodnota jeho praxe – a od toho se pak odvíjí celá strategie prodeje.

### **Mohl byste nám přiblížit případ z vaší praxe?**

Rád. V roce 2025 jsem zažil případ, který mi udělal velkou radost a hezky ilustruje, jak to může fungovat. Na konci listopadu 2024 mě kontaktovala paní doktorka – praktická lékařka z centra Brna. Přišla na základě referencí a upřímně řečeno, byla zpočátku velmi skeptická. Říkala, že se praxe neprodá, a kdyby, tak za málo peněz. Vysvětlil jsem jí, že nemusí mít obavy – praxe provozovaná jako s.r.o. ve velkém městě má dobrou hodnotu.

V prosinci jsme začali aktivně nabízet. V lednu probíhaly první schůzky se zájemci a koncem měsíce si paní doktorka ze zájemců, které jsme přivedli, vybrala kupce. V únoru se podepisovala kupní smlouva za přítomnosti notáře a paní doktorka obdržela za svou praxi částku přesahující 2 miliony korun – výrazně více, než původně čekala. V březnu 2025 praxi přebírala nová paní doktorka.



### **A tím příběh neskončil?**

Přesně tak! Neuplynul ani celý měsíc a na moje mobilní číslo se ozvala další paní doktorka – kontakt dostala od té první. A co mě pobavilo: její praxe se nacházela ve stejné budově, ve stejném patře, na stejné chodbě, jen o pár dveří vedle. Postup byl prakticky totožný. Smlouvu o zprostředkování jsme podepsali 21. března 2025, notářský prodej proběhl 9. června 2025 a prodávající paní doktorka obdržela za 100 % obchodního podílu 1,1 milionu korun. Obě paní doktorky využily i naší administrativy prodeje – celý proces jsme tedy provázeli skutečně od začátku do konce.

### **Jaká jsou vaše hlavní doporučení pro lékaře, kteří o prodeji uvažují?**

Platí několik zásadních pravidel, která se osvědčila v praxi. Doporučuji je každému, kdo o prodeji přemýšlí – až už za rok, nebo za pět let.

#### **4 pravidla úspěšného prodeje**

1. Prodávajte jako s.r.o. – vždy výhodnější než fyzická osoba
2. Plánujte alespoň rok dopředu – ideálně dva roky předem
3. Nechte si praxi odborně ocenit – reálná hodnota vás může příjemně překvapit
4. Prodávajte v nejsilnějších letech praxe – ekonomické zdraví je klíčové

### **Co byste vzkázal lékařům, kteří váhají?**

Prodej lékařské praxe nemusí být stresující záležitost. Naopak – s profesionální pomocí to může být hladký, zajímavý a ekonomicky velmi uspokojivý proces. Dokud nevíte, kolik vaše praxe stojí, nevíte vlastně, co opouštíte. My jsme tu proto, abychom vám pomohli z vaší práce vytěžit maximum. A navíc – máme v databázi více než 100 zájemců, kteří čekají na praxi, jako je ta vaše.

Více info na [www.infoprolekare.cz/trziste-praxi](http://www.infoprolekare.cz/trziste-praxi)

# Převzetí ordinace bez rizika

Od úhrad až po vyúčtování: co řešit při převzetí ordinace

Když lékař převezme ordinaci po svém předchůdci, přejímá nejen pacienty a prostory, ale i smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami. V oblasti úhrad to ovšem nemusí být tak jednoduché, jak by se mohlo zdát. Přebírající lékař je totiž při výpočtu omezen historickými údaji původního poskytovatele – tedy jeho průměrnou úhradou na pojištěnce (PURO) i referenčním obdobím.

Pokud měl původní lékař dlouhodobě nižší výkon nebo úzký rozsah poskytované péče, může nový poskytovatel začít s výrazně podhodnocenými limity. A to i v případě, že hned od začátku investuje do modernizace praxe, rozšíří spektrum výkonů nebo přijme více pacientů.

Klíčovým krokem při převzetí praxe je proto správně nastavená smlouva mezi kupujícím a prodávajícím. Aby kupující mohl skutečně převzít i úhrady od zdravotních pojišťoven, musí být ve smlouvě výslovně uvedeno, že přebírá závazky a pohledávky.

Stejně tak je nezbytné si dopředu ověřit, zda má poskytovatel zdravotních služeb (PZS) skutečně uzavřen smluvní vztah s pojišťovnou – bez toho by převzetí ordinace mohlo přinést vážné komplikace.

## Co hrozí, pokud ordinace nemá smluvní vztah s pojišťovnou

Pokud přebíraná praxe nemá se zdravotní pojišťovnou uzavřenou smlouvu, situace se výrazně komplikuje. Nový lékař se totiž nemůže „automaticky“ stát smluvním poskytovatelem, ale musí projít celým procesem, jako by šlo o zcela nový subjekt (nového PZS).

To v praxi znamená:

### Výběrové řízení

- podání žádosti o zařazení do sítě smluvních poskytovatelů, doložení celé řady dokumentů, rozhodnutí správních orgánů.

### Žádost o smlouvu

- ani po úspěšném výběrovém řízení není jisté, že pojišťovna smlouvu skutečně uzavře. Rozhoduje se podle kapacity a potřeb v daném regionu.

### Nejasný výsledek

- žádost může být zamítnuta s tím, že další smluvní kapacita není potřeba.

### Finanční riziko

- dokud smlouva nevznikne, není možné péči vykazovat a hradit z pojištění.

**Bez smluvního vztahu je tedy nový lékař brán jako začínající poskytovatel a čeká ho zdouhavý a nejistý proces. Proto je nezbytné smluvní vztahy před převzetím vždy ověřit a ošetřit i ve smlouvě mezi stranami.**



Potřebujete se zorientovat v problematice úhrad od zdravotních pojišťoven?



Přinášíme Vám ekonomické semináře na témata: úhradová vyhláška, úhradové dotanky, odvolání proti vyúčtování a optimalizace ekonomiky ordinace.



[infoprolekare.cz/seminare](http://infoprolekare.cz/seminare)

## Nízké PURO

Další komplikací bývá **převzetí nízkého PURO**. Pokud měl původní lékař menší počet pacientů, omezený výkon nebo úzký rozsah péče, nastavená průměrná úhrada na pojišťence neodpovídá skutečným nákladům nové praxe. Ordinance pak i přes kvalitní péči a správné vykazování **nemusí dostat zapláceno** tolik, kolik reálně potřebuje.

Poskytovatel si může podat žádost o navýšení PURO, doloženou například zvýšením kapacity personálu, nárůstem počtu pacientů, novými výkony, investicemi do přístrojů nebo odborností personálu. Pojišťovna ale **nemusí vyhovět** – často požaduje delší období pro stabilizaci dat. Proto se musí lékař připravit, že odpovídající PURO se vybuduje až na základě vlastní referenční historie.

Nízké PURO se často promítá i **do měsíčních záloh**, které jsou nastaveny nízko a ordinaci ztěžují průběžné financování. Je možné požádat o jejich navýšení se stejným odůvodněním jako u PURO. Ani zde ale není výsledek jistý – pojišťovny postupují velmi obezřetně a chtějí mít k dispozici více dat.



## Konečné vyúčtování a finanční vypořádání

Konečné vyúčtování může přinést jak doplatek, tak i srážku. Pokud smlouva mezi kupujícím a prodávajícím jasně stanoví, že závazky a pohledávky přecházejí na kupujícího, zdravotní pojišťovna vyúčtování provede vůči němu.

Otázka, kdo ponese reálné finanční důsledky, je však už čistě věcí dohody mezi stranami. V praxi by doplatky či srážky měly být vztaheny k období, kdy praxi provozoval původní lékař.

**Pokud ale smlouva tuto oblast vůbec neřeší, pojišťovna nebude nic zkoumat a vždy bude závazky vymáhat po novém poskytovateli. To může znamenat značné finanční riziko. Proto doporučujeme, aby byla oblast konečného vyúčtování ve smlouvě výslovně ošetřena.**

## Závěr

Převzetí ordinace s sebou nenese jen převod pacientů a prostor, ale také celou řadu smluvních a finančních povinností vůči zdravotním pojišťovnám. Klíčové je správně nastavit smlouvu mezi kupujícím a prodávajícím, prověřit existenci smluv s pojišťovnami, myslet na riziko nízkého PURO i předběžných záloh a výslovně ošetřit konečné vyúčtování.

Pokud se na převzetí ordinace chystáte, vyplatí se mít všechny tyto aspekty pod kontrolou. Rádi vám s tím pomůžeme – od kontroly smluvních vztahů až po nastavení úhrad a vyjednávání s pojišťovnami.



**Martina Říhová**

Přes 25 let působila jako specialista na úhradovou politiku v OZP. Vyhodnocuje průběžné zúčtování služeb a sestavuje odvolání proti vyúčtování.

# Nastavte si novou hodnotu bodu ve vašem ordinačním softwaru pro rok 2026

S novým rokem přichází aktualizace úhradové vyhlášky. Aby vaše ekonomické přehledy v ordinačním softwaru odpovídaly realitě a správně počítaly hodnotu vykázané péče, je nutné si k **1. 1. 2026** nastavit nové hodnoty bodu (HB). **Zde je přehled klíčových hodnot pro ambulantní specialisty, fyzioterapii a domácí péči:**

## Ambulantní specialisté

Srovnání hodnoty bodu (v Kč) pro roky 2024–2026

Odbornost	2024	2025	2026
107 (Kardiologie), 302 (Dětská kardiologie), 780 (Dialýza)	1,08	1	0,98
108 (Nefrologie), 205 (Plicní), 403 (Onkologie), 501 (Chirurgie), 601 (Plastická chirurgie), 708 (ARO)	1,06	0,98	0,98
102 (Angiologie), 202 (Hematologie), 207 (Alergologie), 209 (Neurologie), 402 (Klinická onkologie), 606 (Ortopedie), 701 (Urologie), 705 (Oftalmologie), 706 (Otorinolaryngologie)	1,04	0,96	0,98
Ostatní výše neuvedené odbornosti	1,02	0,94	0,98

V roce 2026 se hodnota bodu u všech skupin ustálila na **0,98 Kč**.

**Pokles u vybraných oborů:** Odbornosti jako kardiologie (107) zaznamenaly od roku 2024 postupný pokles (z 1,08 na 0,98).

**Nárůst u ostatních oborů:** Pro skupinu „ostatní“ se hodnota bodu meziročně (2025 vs. 2026) zvýšila z 0,94 na 0,98 Kč.

## Fyzioterapie

Odbornost	2024	2025	2026
Výkony přepravy v návštěvní službě	1,2	1,26	1,26
902 (Fyzioterapie), 917 (Ergoterapie)	0,8	0,74	0,74

U fyzioterapie a ergoterapie (odb. 902 a 917) došlo mezi lety 2024 a 2025 k výraznému snížení o 0,06 Kč (cca 8 %). V roce 2026 zůstává tato hodnota zachována na 0,74 Kč.

Hodnota bodu pro přepravu v roce 2025 vzrostla na 1,26 Kč a tato zvýšená úroveň je plánována i pro rok 2026.

## Domácí péče

Odbornost	2024	2025	2026
Výkony přepravy v návštěvní službě	1,2	1,26	1,26
925 (Domácí péče)	1,07	0,98	0,98

Mezi lety 2024 a 2025 došlo k poklesu hodnoty bodu z 1,07 Kč na 0,98 Kč. Pro rok 2026 zůstává tato hodnota stabilní na úrovni **0,98 Kč**.

U návštěvní služby došlo v roce 2025 k navýšení o 0,06 Kč (cca 5 %) oproti roku 2024. Tato zvýšená **hodnota 1,26 Kč je zachována i pro rok 2026**.

Podobně jako u ostatních odborností, i v segmentu domácí péče dochází v **roce 2026 ke stabilizaci sazeb na úrovni předchozího roku**.

Pro rok 2026 je klíčovým trendem sjednocení hodnoty bodu na 0,98 Kč u většiny ambulantních specialistů i domácí péče. Zatímco pro některé obory to znamená pokles z dřívějších let, pro jiné jde o mírný nárůst či stabilitu.

Samotná hodnota bodu je však jen částí rovnice – výslednou úhradu zásadně ovlivňují limity PURO a další regulační mechanismy.

Nastavení nové hodnoty bodu v ordinačním softwaru je nutným základem. Aby vás ale na konci roku nepřekvapily srážky od pojišťoven, využijte PURObota.

[Více na www.purobot.cz](http://www.purobot.cz)



Mgr. Bianka Janiga

Specialistka na úhrady od zdravotních pojišťoven. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.



**7 MÝTŮ O ÚHRADÁCH  
VE FYZIOTERAPII, KTERÉ  
VÁS MOHOU STÁT  
PENÍZE**

Úhradový mechanismus pro fyzioterapeuty zůstává v zásadě zachován – nemění se samotný systém, ale upravují se některé jeho klíčové parametry a vstupní hodnoty. To však neznamená, že změny nemají praktické dopady.

## Jak zjistit a ovlivnit maximální úhradu?

### Mýtus

Maximální úhrada se rovná maximální předběžné měsíční úhradě.

### Fakt

Předběžné úhrady, neboli zálohy, jsou stanoveny zdravotní pojišťovnou a obvykle uvedeny v úhradovém dodatku. Jejich výše vychází z úhrady za referenční období.

Naopak maximální úhrada představuje celkový strop, který je zdravotní pojišťovna ochotna poskytovateli za daný rok uhradit. Pro rok 2025 se výpočet maximální úhrady odvíjí zejména od: hodnoty PURO, počtu unikátních ošetřených pojištěnců, základní konstanty navýšení (1,09), bonifikací (např. za CŽV, preferované výkony atd.), a úhrady za mimořádně nákladné pojištění.

$$\text{MAXÚ} = (1,09 + 0,03) \times 175 \times 4\,909,87 + \max[(1,09 + 0,03) \times 4\,909,87 \times 5; (155\,188,36 - 178\,251)]$$

**MAXÚ: 989 830 Kč**

Vysvětlení: poskytovatel zdravotních služeb (PZS) vychází při výpočtu ze základního koeficientu navýšení 1,09, ke kterému přičítá další koeficienty za splněné bonifikace – v tomto případě 0,03. Tento součet se dále násobí počtem unikátních pojištěnců (175) a hodnotou PURO (4 909,87 Kč).

Výsledná částka představuje maximální možnou úhradu pro aktuální měsíc. Vzorec pro výpočet maximální úhrady je tzv. „živé číslo“ – průběžně se mění s každým nově ošetřeným pojištěncem. Výrazný vliv na výslednou částku mají také splněné bonifikace, které se mohou v průběhu roku měnit, a rovněž mimořádně nákladní pojištěnci, kteří přibývají postupně v závislosti na vykázané péči.

Znamená to, že poskytovatel zdravotních služeb by měl tuto hodnotu průběžně sledovat každý měsíc, aby měl přehled o tom, kolik prostoru mu ještě zbývá pro vykazování péče v rámci úhradového limitu.



Maximální úhrada jednoduše určuje, kolik pojišťovna z vykázané péče skutečně proplatí. Je však důležité mít na paměti, že péče o pojištěnce s červenou diagnózou tomuto limitu nepodléhá – za tyto výkony je poskytovateli hrazena péče v plné výši podle vykázaných výkonů.

## Lhůta odvolání proti vyúčtování

### Mýtus

Odvolání proti vyúčtování lze podat do 10 dnů.

### Fakt

Lhůta je dle správního řádu až 3 roky zpětně.

Vyúčtování od zdravotní pojišťovny nepředstavuje rozhodnutí správního orgánu, ale je součástí smluvního vztahu mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

Proto se na takové případy vztahuje občanský zákoník, konkrétně jeho obecná tříletá lhůta pro uplatnění nároků. Pokud pojišťovna uvádí, že námitky lze podat pouze do 10 dnů, jedná se pouze o její interní pravidlo. Toto pravidlo však není právně závazné a nijak neomezuje právo poskytovatele domáhat se svých nároků ve lhůtě tří let.

## Jak navýšit zálohové platby?

### Mýtus

Zálohy můžu navýšit pouze na začátku roku.

### Fakt

Zálohy lze navyšovat kdykoliv během roku, pokud vaše vykázaná péče alespoň o 20–30 % převyšuje fakturovanou částku.

Vždy vykazujte veškerou péči – i když se nevejde do měsíčního limitu úhrady. Tato data se zohlední při ročním vyúčtování.

Pro navýšení záloh stačí kontaktovat příslušného referenta e-mailem.

## Co je PURO a jak se počítá?

Základním parametrem pro výpočet úhrad je hodnota PURO. Je velmi důležité ji správně vypočítat. Pro rok 2025 se PURO stanovuje jako průměrná úhrada za výkony na jednoho unikátního pojištěnce. Z výpočtu jsou vyloučeni pacienti s tzv. „červenými diagnózami“, kteří se do PURO nezapočítávají. **Referenčním obdobím pro výpočet PURO v roce 2025 je rok 2023.**

### Mýtus

PURO je pouhý podíl mezi celkovou úhradou za rok 2023 a počtem pojištěnců.

### Fakt

Do výpočtu vstupuje garantovaná minimální hodnota bodu – 0,70 Kč.

Poskytovatel tedy může PURO vypočítat dvěma způsoby: buď vydělí celkovou úhradu (bez pojištěnců s vyj. diagnózami) počtem unikátních pojištěnců (rovněž bez těchto diagnóz), nebo vezme počet vykázaných bodů (opět bez vyj. dg.) a vynásobí jej minimální hodnotou bodu 0,70 Kč. Tento výsledek se pak opět vydělí počtem unikátních pojištěnců.

## Signální kódy 09555, 09556, 09557

### Mýtus

Signální kód nelze vykazovat současně s elektroléčbou.

### Fakt

Signální kód se vyazuje při každé návštěvě pojištěnce – konkrétně kódy 09555, 09556, 09557.

Signální výkon nesmí být vykázan s výkony: 21211, 21213, 21215, 21217. Signální kód nemusí být uveden na FT poukazu.

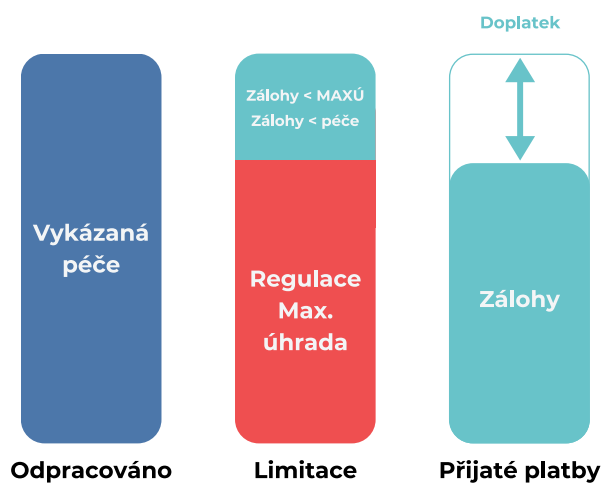
## Vyúčtování od VZP za rok 2024: Co znamenají doplatky a vratky?

### Mýtus

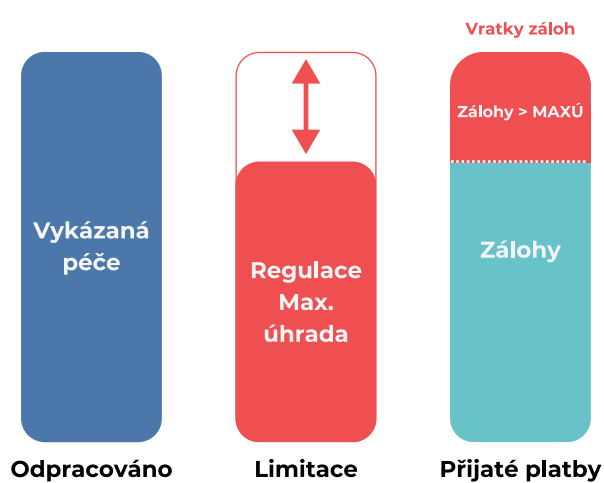
Když mi pojišťovna dopláčí, znamená to, že mi uhradili vše.

### Fakt

Je nutné sledovat nejen doplatek, ale i hodnotu dávek a maximální úhradu – doplatek se vztahuje pouze k nižší z těchto dvou hodnot.



Pojišťovna dopláčí v případě, že jsou zálohové platby nižší než hodnota dávek nebo maximální úhrada.



V případě, že je MAXÚ nižší než zálohy od pojišťovny, PZS musí vrátit část peněz, i když práci odvedl.


## Podepisovat úhradové dodatky?

### Mýtus

Dodatek musím podepsat okamžitě.

### Fakt

Dotatky lze podepsat až do 31. 12. 2026, nenechte se tlačit.

 Problematika úhrad ve fyzioterapii může na první pohled působit složitě, ale správná orientace v pravidlech a možnostech, jak ovlivnit výši úhrad, je klíčem k efektivnímu řízení praxe. Tento článek ukázal, že i drobná nedorozumění mohou mít v důsledku velký dopad na příjmy ordinace – a že existují praktické kroky, jak tomu předejít.

Ať už se jedná o výpočet PURO, pochopení maximální úhrady nebo správné vykazování výkonů, cílem je vybavit poskytovatele zdravotních služeb informacemi, které jim umožní dělat kvalifikovaná rozhodnutí a chránit svůj příjem. Zároveň platí, že největší chybou je nevědomost – nebo pasivita.

Celý záznam semináře „Fakta a mýty v úhradách pro fyzioterapeuty“ najdete na našem webu.

# § 16: Jak eliminovat zkreslení úhrad a zajistit přesnou predikci

Paragraf 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, představuje důležitý mechanismus, který umožňuje zdravotním pojišťovnám hradit ve výjimečných a medicínsky odůvodněných případech zdravotní služby, které nejsou běžně součástí systému veřejného zdravotního pojištění. Účelem tohoto ustanovení je zajistit pojištěncům přístup k nezbytné, často život zachraňující péči i tam, kde standardní úhradové mechanismy selhávají. Typicky při léčbě vzácných onemocnění, nebo při použití inovativních, avšak neregistrovaných terapií.

V praxi se jedná o citlivý a administrativně i finančně náročný proces, který vyžaduje precizní evidenci a kontrolu. Vysoká finanční náročnost těchto výjimečných úhrad však může zásadně zkreslit výsledky standardní péče poskytovatele.

**Namísto běžných automatizovaných nástrojů využívají proto moderní poskytovatelé péče stále častěji PURobot – jedinečný systém, který dokáže komplexně sledovat, vyhodnocovat a efektivně oddělovat veškeré vykázané platby podle rodného čísla pojištěnce.**

## Právní rámec a definice výjimečnosti

Zákonné znění stanovuje jasné mantinely, kdy lze k úhradě dle § 16 přistoupit. Aplikace paragrafu je podmíněna splněním dvou základních kritérií:

- Výjimečnost případu** (služba není standardně hrazená, typicky jde o neregistrovaná léčiva, off-label užití nebo unikátní výkony)
- Jediná možnost léčby** (neexistuje jiná hrazená alternativa odpovídající zdravotnímu stavu pacienta).

*Rozhodnutí o úhradě vydává zdravotní pojišťovna v rámci správního řízení na základě žádosti ošetřujícího lékaře, která musí být podložena posouzením revizním lékařem a často i konziliárním posudkem klinického pracoviště.*

Právě nutnost doložit komplexní medicínskou a ekonomickou dokumentaci, včetně podrobné argumentace, proč jiná hrazená terapie nepřichází v úvahu, činí z § 16 administrativní výzvu. Poskytovatelé péče musí v těchto případech prokázat nejen medicínskou nezbytnost, ale i to, že vyčerpali všechny standardní postupy úhrady.

V praxi se pod § 16 schvalují úhrady, které dosahují řádově milionů korun (především v onkologii, léčbě vzácných metabolických poruch nebo při experimentální imunoterapii). Právě tato vysoká finanční náročnost a individuální povaha každého případu kladou zvýšené nároky na kontrolu, aby byly veřejné prostředky využity hospodárně a spravedlivě. Pro poskytovatele to ale znamená i riziko přenesení nákladů do statistických modelů, které hodnotí jejich standardní péči.

## Nutnost datové separace: Výzvy v řízení standardních úhrad

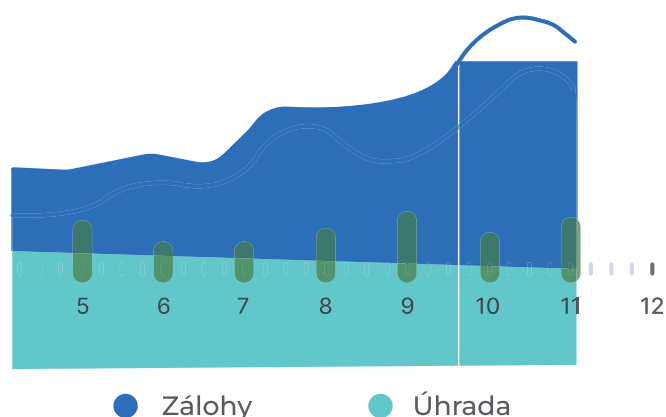
Žádosti dle § 16 jsou ze své podstaty vysoce individuální a finančně nákladné, přičemž se jedná o výjimky, které se nesmějí promítat do hodnocení standardní péče poskytovatele. Před nástupem automatizovaných systémů bylo složité zajistit, aby tyto výjimečné úhrady nezkreslovaly průběžné ekonomické výsledky.

Manuální oddělování těchto dat znamenalo vysoké riziko chyby: jakmile péče dle § 16 zůstala ve standardním datovém toku, mohla neoprávněně ovlivnit výpočet klíčových metrik, jako je například průměrná úhrada na pojištěnce (PURO). Hodnota PURO a další limity slouží k hodnocení a limitaci poskytovatelů zdravotních služeb. Zkreslení hodnoty PURO vede k tomu, že poskytovatel má uměle vyšší základ, ze kterého se vypočítává maximální úhrada (MAXÚ) pro následující období.

*Pokud se tyto výjimečné platby (které jsou typicky hrazeny z jiných finančních kapitol pojišťovny) promítnou do interního výpočtu limitů u poskytovatele, může to uměle zkreslit celý objem vykázané péče. Konečným důsledkem je vždy nesprávná predikce úhrad, která vyústí v nesoulad s ročním vyúčtováním od zdravotní pojišťovny.*

## Graf předběžného vyúčtování

Aktuální bilance je **pozitivní**



### Role systému PURObot v transparentnosti a finanční predikci

PURObot je navržen tak, aby poskytovateli vrátil plnou kontrolu nad jeho cash flow a vykazovanými daty. Jednou z jeho funkcí je automatická simulace ročního vyúčtování v reálném čase. Tímto způsobem poskytovatel vidí potenciální neuhrazenou péči s dostatečným časovým předstihem.

Nejdůležitější funkcí pro správné finanční řízení je možnost automaticky vyjmout vykázanou péči hrazenou dle § 16 z výpočtů limitů a modelů. Tato automatická datová separace zajišťuje, že se vysoké náklady na výjimečnou léčbu nepromítnou do statistických modelů a nezakreslí predikci limitů a úhrad za standardní péči. Systém dokáže data filtrovat s přesností na jednotlivé rodné číslo, čímž zajišťuje maximální transparentnost.

Kromě eliminace rizika zkreslení dat § 16 nabízí PURObot i další analytické funkce, které jsou pro poskytovatele zásadní – například přesnou predikci úhrad na budoucí období, a včasné upozornění na blížící se finanční limity. Více o těchto funkcích a jejich vlivu na strategické plánování se dozvíte na našem webu [www.infoprolekare.cz](http://www.infoprolekare.cz).

PURObot tak chrání poskytovatele před finančními překvapenými a zajišťuje, že se soustředíte pouze na péči, která může projít limitací a dosáhnete tak maximální úhrady v souladu s úhradovou vyhláškou.

### Závěr a cesta k efektivní revizi

Úhrady dle § 16 jsou sice nezastupitelné pro pacienty a jejich léčbu, ale pro finanční oddělení a vedení kliniky představují datové „minové pole“, které může zkreslit výsledky a vést k chybným výpočtům a neočekávaným vratkám.

V moderním zdravotnictví již nelze spoléhat na manuální procesy a riskovat, že dojde k promítnutí milionových nákladů do standardních limitů. Nástroje jako PURObot vám dávají kompletní kontrolu nad těmito datovými toky. Tím, že umožňuje přesnou separaci úhrad dle § 16 a poskytuje simulaci finálního vyúčtování, se stává PURObot nepostradatelným partnerem v každodenním finančním řízení moderního poskytovatele péče.

Zůstat v nejistotě až do finálního ročního vyúčtování je zbytečný risk. Chcete získat kontrolu nad svými finančními toky a zajistit maximální úhradu za svou péči bez ohledu na výjimky dle § 16? Sjednejte si nezávaznou ukázkou systému PURObot s našimi specialisty a objevte potenciál přesné finanční predikce ještě dnes.



Lola Trinidad

+420 253 253 900

Specialistka na optimalizaci ekonomiky lékařských praxí.

# Jak se změní vaše příjmy v roce 2026?



Martina Říhová

Přes 25 let působila jako specialista na úhradovou politiku v OZP. Vyhodnocuje průběžné zúčtování služeb a sestavuje odvolání proti vyúčtování.

Nová úhradová vyhláška pro rok 2026 přináší ambulantním specialistům několik zásadních změn. Nejde jen o mírné navýšení hodnoty bodu, ale především o změnu v systému bonifikací a přístup k úhradě péče o dětské pacienty.

Příklad č. 1 – splnění všech bonifikací

## Oční lékař (2025 vs. 2026) – splňuje všechny bonifikace.

Při stejném počtu vykázaných bodů (8 224 821) a splnění obdobných podmínek vypadá srovnání následovně:

**Rok 2025:** Základní hodnota bodu činí 0,96 Kč. Po započtení bonifikací (diplom, ordinační hodiny, objednávkový systém atd.) se celková hodnota bodu (Hb) vyšplhá na 1,07 Kč, což představuje úhradu za péči ve výši **8 800 558 Kč**.

**Rok 2026:** Základní hodnota bodu vzroste na 0,98 Kč. Díky úpravám v bonifikacích dosáhne celková Hb hodnoty 1,10 Kč. **Celková úhrada za péči se tak při stejném výkonu zvýší na 9 047 303 Kč.**

	2025	2026
Vykázané body	8224821	8224821
Základní hodnota bodu (HB)	0,96 Kč	0,98 Kč
Bonifikace: Diplom	+0,03	+0,03
Bon.: Ord. hodiny (30 hod)	+0,04	+0,04
Bon.: Ord. hodiny (35 hod)	+0,02	Zrušeno
Bon.: Noví pojištěnci	+0,01	+0,04
Bon.: Objednávkový systém	+0,01	+0,01
Výsledná hodnota bodu (Hb)	1,07 Kč	1,10 Kč
Celková úhrada za péči	8 800 558 Kč	9 047 303 Kč
<b>Nárůst úhrady (absolutně)</b>	-	<b>246 745 Kč</b>
<b>Nárůst úhrady (v %)</b>	-	<b>2,80 %</b>

## Klíčové změny v bonifikacích pro rok 2026

Zrušení bonifikace za 35 hod: Extra navýšení za 35 ordinačních hodin (0,02) je pro rok 2026 zrušeno.

Důraz na nové pojištěnce: Bonifikace za příjem nových pojištěnců se výrazně zvyšuje z 0,01 na 0,04. Podmínka: Pozor, pro získání bonifikace za nové pojištěnce musí poskytovatel zdravotních služeb (PZS) zároveň splnit bonifikaci za ordinační hodiny.

## Změna v úhradě dětských pacientů

Největší novinkou roku 2026 je zavedení čisté výkonové úhrady pro všechny dětské pacienty do 15 let. Úhrada za tuto skupinu pacientů již nebude omezena průměrnou úhradou na jednoho unikátního pojištěnce (tzv. PURO).

Dospělí zůstávají v limitu: U dospělých a dětí nad 15 let se nadále uplatňuje regulace skrze PURO.

## PURO: Jak ho spočítat?

Logika vyhlášky říká, že jelikož jsou děti hrazeny výkonově, nesmí vstupovat do výpočtu PURO pro rok 2026. Výpočet se tak stává mnohem složitějším než v předchozích letech. Z referenčního období je nutné identifikovat a odečíst péči o dětské pacienty, aby byla data „očistěna“ a správně nastavena pro limitaci dospělých pacientů v roce 2026.

Pokud si nevíte rady s očistěním úhrad od dětských pacientů, nástroj **PURObot** dokáže automaticky vyloučit děti z úhrady referenčního období a připravit vám přesné podklady pro plánování roku 2026.

## Příklad č. 2 – splnění části bonifikací

### Oční lékař (2025 vs. 2026) – nesplňuje diplom a ordinační hodiny.

Při porovnání roku 2025 a 2026 dochází při zachování stejného objemu výkonů (8 224 821 bodů) k výraznému poklesu úhrad, pokud nejsou splněny podmínky bonifikací. Zatímco v roce 2025 činila celková úhrada 8 800 558 Kč (při Hb 1,07), v roce 2026 klesá při nesplnění diplomu, ordinačních hodin a ošetření nových pacientů na 8 142 572 Kč (při Hb 0,99).

**Meziroční srovnání (2025 vs. 2026): Pokud lékař v roce 2026 rezignuje na většinu bonifikací, jeho příjmy klesnou o 7,48 % oproti roku 2025. To znamená, že i přes nárůst základní hodnoty bodu dostane za stejnou práci méně peněz než loni.**

	2025	2026
Vykázané body	8224821	8224821
Základní HB	0,96 Kč	0,98 Kč
Bonifikace: Diplom	+0,03	0
Bon.: Ord. hodiny (30h)	+0,04	0
Bon.: Ord. hodiny (35h)	+0,02	<b>Zrušeno</b>
Bon.: Noví pojištěnci	+0,01	0
Bon.: Obj. systém	+0,01	+0,01
Výsledná Hb	1,07 Kč	0,99 Kč
Celková úhrada	8 800 558 Kč	8 142 572 Kč
<b>Snížení úhrady (v Kč)</b>	-	<b>- 657 986</b>
<b>Snížení úhrady (v %)</b>	-	<b>- 7,5 %</b>

## Dopad bonifikací na úhrady v roce 2026

Toto srovnání modeluje finanční dopad splnění podmínek úhradové vyhlášky při konstantním objemu práce 8 224 821 bodů. Pokud lékař využije všechny dostupné bonifikace (diplom celoživotního vzdělávání, ordinační hodiny, ošetření nových pacientů a objednávkový systém), výsledná hodnota bodu dosáhne 1,10 Kč, což představuje roční úhradu **ve výši 9 047 303,10 Kč**.

V případě, že lékař splní pouze bonifikaci za objednávkový systém a ostatní kritéria (diplom, hodiny, noví pacienti) nesplní, hodnota bodu klesne na 0,99 Kč. Tento rozdíl ve výši 0,11 Kč na bod generuje přímou **roční ztrátu ve výši 904 731,10 Kč**, což představuje 10 % příjmů ambulance. Z analýzy vyplývá, že největší riziko představuje ztráta bonusů za ordinační hodiny a nové pacienty.

Rok 2026	vč. bonifikací	bez bonifikací
Vykázané body	8224821	8224821
Základní HB	0,98 Kč	0,98 Kč
Bonifikace: Diplom	0,03	0
Bon.: Ord. hodiny (30h)	0,04	0
Bon.: Ord. hodiny (35h)	Zrušeno	<b>Zrušeno</b>
Bon.: Noví pojištěnci	+0,04	0
Bon.: Obj. systém	0,01	+0,01
Výsledná Hb	1,10 Kč	0,99 Kč
Celková úhrada	9 047 303 Kč	8 142 572 Kč
<b>Snížení úhrady (v Kč)</b>	-	<b>- 904 731</b>
<b>Snížení úhrady (v %)</b>	-	<b>- 10 %</b>



Klíčovým faktorem stability praxe v roce 2026 bude schopnost PZS zajistit splnění podmínek bonifikací. Zároveň je nezbytné věnovat pozornost novému systému úhrad u dětí, který sice odstraňuje limity PURO, ale vyžaduje precizní očištění dat z referenčního období pro správný výpočet limitace u dospělých pacientů.

# Nejčastější chyby při prodeji praxe

## Zanedbání přípravy

Mnoho lékařů odkládá přípravu na prodej až na poslední chvíli, což omezuje jejich možnosti optimalizace.

## Chybějící ocenění

Bez odborného ocenění může být cena stanovena špatně. Příliš vysoká cena může odradit kupce, zatímco příliš nízká cena vás připraví o spravedlivou odměnu za vaši práci.

## Nabídka dlouhodobých splátek

Prodávající lékař není banka. Doporučujeme zvážit tento krok, než k tomu přistoupíte.

## Podprůměrné PURO a nízké MAXÚ

Nízké PURO často znamená, že praxe není ekonomicky optimalizovaná a nízké MAXÚ může znamenat, že majitel praxe nemusí dostat zapláceno za vykázanou péči a dokonce může vracet peníze pojišťovně.

## Nepropracovaná kupní smlouva

Znění kupní smlouvy je při prodeji praxe nejzásadnější věc, neboť poskytuje jistotu a minimalizuje rizika.

## Jak probíhá prodej praxe?

### 1 Ocenění hodnoty praxe

Základem je odborný posudek, který zahrnuje všechny výše uvedené faktory. Zohledňuje aktuální hodnotu i růstový potenciál praxe.

### 2 Inzerce a propagace

Umístění nabídky na specializované portály, marketing, placená propagace a přímé oslovení potenciálních zájemců.

### 3 Výběr kupujícího

Správný kupující by měl mít nejen finance, ale také zájem a schopnost pokračovat v provozu ordinace ve stejné kvalitě.

### 4 Smlouvy a administrativa

Příprava smluv, převod smluv se zdravotními pojišťovnami a oznámení změn příslušným úřadům.

### 5 Předání praxe

Hladký přechod včetně předání kontaktů, patientské kartotéky a zaškolení nového majitele.

## Závěr

Pro kupujícího je důležité nejen zjistit aktuální hodnotu praxe, ale i potenciál jejího růstu. Majitelé praxí by naopak měli zvážit, jak svoji ordinaci připravit na prodej, aby dosáhli co nejvyšší ceny.


Začněte včas, optimalizujte ekonomiku své praxe a spolupracujte se specialisty v oboru.

Dlouhodobé plánování a správné strategické kroky zvýší nejen hodnotu vaší praxe, ale také zajistí její další úspěšný rozvoj pod novým vedením.



**Matěj Bárta**  
+420 737 726 526

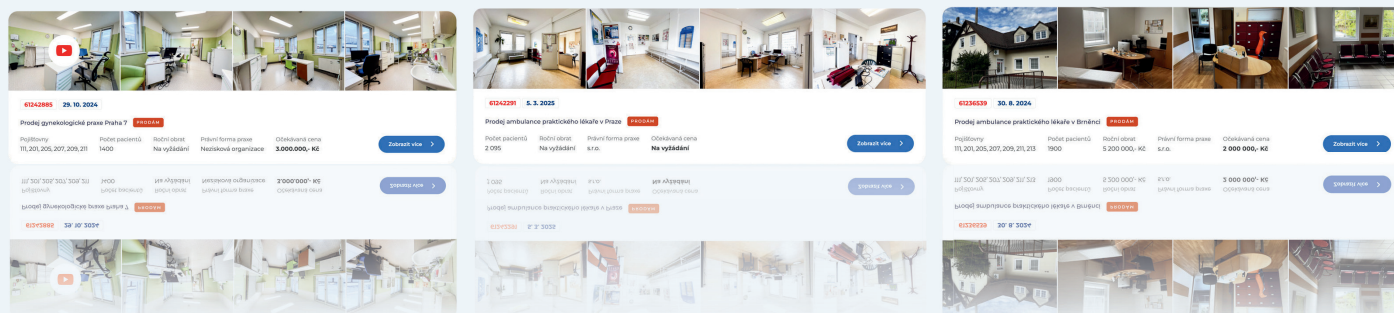
Odborník na ocenění,  
převod na s.r.o. a prodej  
lékařských praxí.

 Poskytujeme služby pro majitele ordinací: převod na s.r.o., ocenění hodnoty praxe, poradenství při prodeji a koupi.

 **Objednejte se na bezplatnou konzultaci**

 [infoprolekare.cz/consulting](https://infoprolekare.cz/consulting)

# Největší tržiště lékařských praxí



## ✓ 13 let zkušeností s prodejem lékařských praxí

Stanovíme vhodnou **strategii prodeje**, **spustíme reklamy** a **aktivně oslovíme vlastní databázi** investorů. Připravíme **kupní smlouvu** a začneme s dalšími kroky související s prodejem.

Dokážeme v průměru vyjednat **o 20 % lepší cenu** a průměrně prodáme ordinaci **za 6 měsíců** díky interní databázi zájemců.

Každý měsíc navštíví náš web **35.000 nových uživatelů**. Náš newsletter odesíláme více než **10.000 majitelům ordinací**.

✓ 120+ mil Kč obrát prodaných praxí v roce 2025

✓ 30+ let v oboru

✓ 30.000+ unikátních návštěvníků webu měsíčně

✓ 2500+ spokojených klientů



Věděli jste, že dobré PURO Vám pomůže zhodnotit Vaši praxi a zájemci o případný odkup to ocení?

A professional portrait of a woman with long, straight brown hair, wearing a light beige blazer. She is smiling slightly and looking directly at the camera. The background is a blurred office interior with large windows.

# PŘEVOD PRAXE NA S.R.O.

Alexandra Pavljuk

4  
2

Stále více lékařů volí v poslední době přechod z podnikání na fyzickou osobu (OSVČ) na právnickou osobu (s. r. o.). Tento krok jim přináší větší právní ochranu, daňové výhody a lepší možnosti při případném budoucím prodeji praxe.

Transformace ale není jen formální změnou. Aby ordinace mohla plynule pokračovat v provozu, je třeba dodržet několik klíčových kroků, které na sebe musí správně navazovat.

## 4 klíčové kroky transformace

### 1. Založení nové s. r. o.

Zajistíme kompletní proces založení společnosti – od sepsání zakladatelských dokumentů u notáře až po zápis do obchodního rejstříku. Vše probíhá na základě předem domluvených podmínek a dodaných podkladů, abychom vám celý proces maximálně usnadnili.



### 2. Schválení provozního řádu příslušnou hygienickou stanicí

Nová právnická osoba musí mít schválený vlastní provozní řád. Tento krok zahrnuje nejen vytvoření samotného provozního řádu, ale také všech potřebných příloh a podkladů dle aktuálně platných legislativních požadavků. Hygienická stanice následně posoudí, zda prostory a způsob provozu odpovídají hygienickým normám a schválí provoz ordinace pod novým poskytovatelem.

### 3. Změna oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Na krajský úřad se podává žádost o zrušení oprávnění fyzické osoby a současně žádost o vydání nového oprávnění pro s. r. o. Tyto žádosti musí být doplněny řadou povinných příloh dle aktuálních požadavků úřadu – například doklady o odborné způsobilosti, dokumenty k právu užívání prostor, schválený provozní řád a další náležitosti dle požadavků úřadu.

Celou dokumentaci včetně všech povinných příloh připravíme ve spolupráci s vámi a zajistíme její kompletní zpracování i podání tak, aby celý proces proběhl plynule a bez zbytečných zdržení. V případě doplňujících požadavků ze strany úřadu rovněž zajistíme veškerou komunikaci i dodání potřebných podkladů.

### 4. Převod smluv se zdravotními pojišťovnami

Pro zajištění plynulého financování je nutné včas převést veškeré smlouvy se zdravotními pojišťovnami z fyzické osoby na novou právnickou osobu, aby nedošlo k přerušení plateb. O to se postaráme – připravíme a podáme žádosti spolu s řadou povinných příloh a případně s vámi doladíme potřebná doplnění informací pro zdravotní pojišťovny.

#### ***Každý úřad může mít trochu jiná pravidla***

Velmi důležité je zmínit, že každý krajský úřad, hygienická stanice i některé zdravotní pojišťovny mohou mít lehce odlišný přístup a požadavky na formální náležitosti. Některé úřady požadují více dokumentů, jinde se liší termíny nebo postup schvalování. Proto celý proces aktivně řídíme, hlídáme návaznosti mezi jednotlivými kroky a dopředu zajišťujeme všechny potřebné podklady tak, aby transformace proběhla hladce a bez zbytečných prodlev.

## Příklad z praxe

Pan doktor Novák se rozhodl převést svou ordinaci na s. r. o., aby mohl lépe plánovat své finance a zároveň si do budoucna otevřít možnost praxi jednou výhodně prodat.

Provedli jsme ho celým procesem – od založení společnosti, přes hygienu a krajský úřad, až po pojišťovny. V průběhu řízení krajský úřad nečekaně požadoval kromě nové nájemní smlouvy také doložení původní smlouvy z doby, kdy ordinaci provozoval ještě jako fyzická osoba, a navíc chtěl vyjádření vlastníka budovy o souhlasu s převodem provozovatele.

Vše jsme obratem zajistili a dodali v požadované formě, takže schvalovací proces pokračoval bez zdržení a provoz ordinace nebyl nijak přerušen.

Dnes pan doktor podniká pod svou s. r. o., vyplácí si mzdu a má firmu připravenou pro další rozvoj nebo budoucí prodej.

Transformace ordinace sebou často přináší nepředvídatelné situace a administrativní nároky, které nelze vždy dopředu odhadnout. Díky našim zkušenostem vás celým procesem bezpečně provedeme, včas upozorníme na možná úskalí a zajistíme, aby vše proběhlo plynule a bez zbytečných komplikací.

## Nejčastější chyby při transformaci lékařské ordinace na s. r. o.

Mnoho lékařů se během transformace na s.r.o. často dopouští chyby, které mohou způsobit právní komplikace, finanční ztráty či dokonce dočasné přerušování poskytování zdravotní péče.

Pojďme se podívat na nejčastější z nich.

### Podcenění povolení a registrací

Ordinace provozovaná formou OSVČ má oprávnění k poskytování zdravotních služeb vystavené přímo na jméno lékaře.

Nově založená s. r. o. toto oprávnění automaticky nezískává – je nutné o něj znovu požádat u příslušného krajského úřadu nebo u Magistrátu hlavního města Prahy. Častým omylem je představa, že stačí „přehlásit IČO“; takto to ale nefunguje.

Důležité je kontaktování zdravotní pojišťovny a předložení všech potřebných podkladů nutných pro převod na s. r. o.:

- výpis z obchodního rejstříku s uvedením předmětu podnikání poskytování zdravotních služeb,
- číslo bankovního účtu s. r. o.,
- doklady o uzavřeném pojištění ordinace,
- ukončená registrace poskytovatele zdravotních služeb OSVČ,
- nová registrace PZS s. r. o.

Registrace poskytovatele zdravotních služeb musí být časově sladěna. Ukončení registrace OSVČ by mělo plynule navazovat na registraci nové s. r. o.

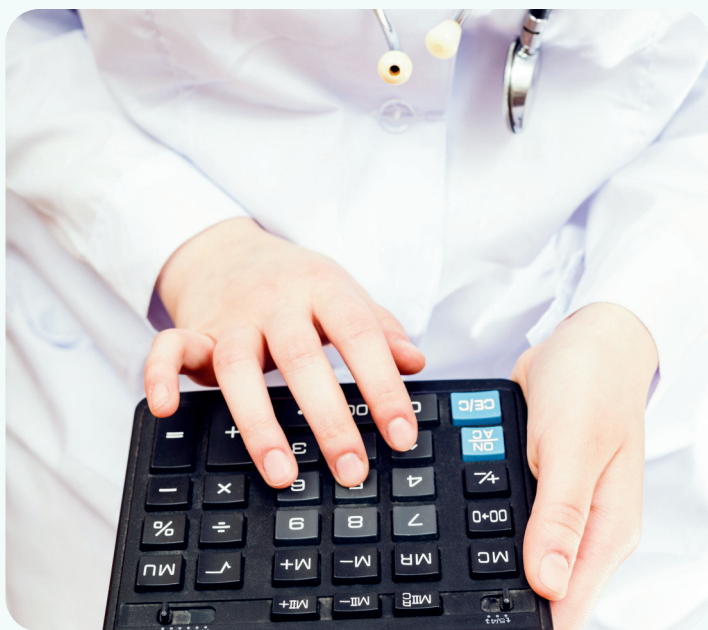
Příklad harmonogramu:

- Ukončení registrace OSVČ: 31. 8. 2025
- Nová registrace s. r. o.: 1. 9. 2025

Je nutné počítat s tím, že zdravotní pojišťovna má na vyřízení žádosti 30 dní. Po dokončení převodu na s. r. o. pojišťovna zasílá informaci o ukončení smlouvy OSVČ a zároveň novou smluvní dokumentaci pro s. r. o., která zahrnuje:

- smlouvu o poskytování zdravotních služeb,
- úhradový dodatek,
- případně bonifikační dodatek.

Současně je nutné zahájit komunikaci a nahlásit změny dalším institucím, například SÚKL nebo hygienické stanici, aby byla zajištěna plynulost provozu.



## Neúplný převod majetku a smluv

Součástí každé lékařské praxe jsou nejen přístroje a nábytek, ale také IT vybavení, software a často i zásoby léků či zdravotnického materiálu. Všechny tyto položky jsou majetkem OSVČ a musí být řádně převedeny do nově vzniklé s. r. o.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat nájemním smlouvám na prostory ordinace. Pronajímatel musí převod nájmu výslovně schválit, nebo je nutné uzavřít smlouvu novou.

Stejný princip platí i pro pracovněprávní vztahy – smlouvy se zaměstnanci či externími spolupracovníky je nutné formálně ukončit a znovu uzavřít již s novým zaměstnavatelem, tedy s. r. o.

## Účetní a daňová úskalí

Změna právní formy není jen právním krokem, ale také významnou účetní a daňovou operací. Nevhodně zvolený okamžik převodu může vést k nežádoucímu dvojímu zdanění příjmů.

Mezi další časté problémy patří:

- nesprávné ocenění a zaúčtování zásob léků či materiálu při jejich převodu do s. r. o.,
- absence jasného plánu, jak přejít z daňové evidence OSVČ na účetnictví společnosti,
- chybné nastavení režimu DPH při převodu majetku a smluv.
- Slabá smluvní ochrana při prodeji praxe

**Pokud je změna právní formy spojena s prodejem ordinace jinému společníkovi nebo novému majiteli, často chybí dostatečně podrobné smluvní vymezení toho, co přesně je předmětem převodu.**

Mimořádně citlivou oblastí je patientská dokumentace. Ta je ze zákona vázána na konkrétního poskytovatele zdravotních služeb a její předání musí být vždy v souladu s právními předpisy a pravidly ochrany osobních údajů (GDPR). „Jednoduché předání“ bez splnění těchto podmínek není možné a může vést k závažným postihům.



**Alexandra Pavljková**

Specializuji se na převody praxí z OSVČ na s.r.o., akreditace a administrativu při prodeji ambulancí.

## Podcenění harmonogramu

Správné načasování je při transformaci ordinace klíčové. Úřady mají své procesní lhůty, které se často počítají na týdny až měsíce. Pokud se administrativní kroky spustí příliš pozdě, hrozí vznik provozní mezery – tedy období, kdy nová s. r. o. ještě nemá vydané potřebné oprávnění, zatímco OSVČ už svou činnost oficiálně ukončila.

**Tomuto riziku lze předejít vytvořením detailní časové osy jednotlivých kroků a paralelním vyřizováním všech potřebných povolení a registrací.**

## Opomenutí povinností s. r. o.

Založením společnosti s ručením omezeným vzniká řada nových povinností, které u OSVČ často nebyly řešeny formálně.

Společnost s ručením omezením musí mít:

- zpracované interní směrnice, například pro BOZP, GDPR, nakládání s odpady či vedení zdravotnické dokumentace,
- řádně vedené účetnictví,
- formálně jmenovaného statutárního zástupce se všemi souvisejícími odpovědnostmi.

Zatímco u OSVČ mohly tyto procesy fungovat spíše neformálně, u společnosti se stávají předmětem kontrol ze strany dozorových orgánů.

**Pokud o transformaci ordinace uvažujete, rádi s vámi vše podrobně probereme a navrheme konkrétní postup přesně podle vaší situace. Neváhejte se na nás obrátit – jsme tu od toho, abychom vám celý proces co nejvíce usnadnili a zajistili hladký průběh změny bez zbytečných starostí.**



S maximální přesností určíme prodejní cenu lékařské praxe.



**Sjednejte si bezplatnou a nezávaznou konzultaci.**



[infoprolekare.cz/oceni](https://infoprolekare.cz/oceni)

## Služby pro majitele ordinací



### Převod ordinace na s.r.o.

Ušetřete na daních a připravte ordinaci k rychlejšímu prodeji



### Akreditace lékaře - školitele

Získejte akreditaci a připravte se na získání dotací ma RM



### Ocenění hodnoty lékařské praxe

Zjistěte cenu své ordinace před jejím prodejem



### Dotace na rezidenční místa 2026

Získejte dotaci na školence v rámci programu č. 2 přes 3 mil Kč



### Provozní řád ordinace

Proveďte, že provozní řád ordinace splňuje legislativní požadavky roku 2026



### Komplexní servis při prodeji praxe

Ušetřete čas a peníze při zpracování legislativních úkonů

### Máte dotaz?

Pokud chcete jakoukoliv službu objednat nebo máte dotazy, rádi Vám na všechno odpovíme v rámci bezplatné individuální konzultace.



Věděli jste, že provozování ordinace jako s.r.o. je pro průměrnou ordinaci o 250.000 Kč výhodnější než OSVČ?

# Nákladní pacienti

Co s nákladným pacientem bez barevných diagnóz?

V odbornosti 902 – fyzioterapie – se v úhradách setkáváme s vyjmenovanými diagnózami, tzv. „barevnými“, které jsou pojišťovnami zohledněny a vedou k navýšení úhrad. Tyto diagnózy mají reflektovat vyšší nákladovost péče u vybraných skupin pacientů.

V praxi ale existuje i druhá skupina – pacienti nákladní, kteří do této kategorie nespádají. Jejich léčba je rovněž časově, odborně i finančně náročná, ale protože jejich diagnóza není na seznamu bonifikovaných, v konečném vyúčtování se vyšší náklady vůbec neprojeví. Poskytovatel tak zajišťuje nákladnou péči, aniž by byla odpovídajícím způsobem uhrazena.

## Ředění pacientů jako nástroj vyrovnání

Aby se toto riziko co nejvíce eliminovalo, využívá se v praxi tzv. „ředění pacientů“. Znamená to, že ordinace musí vyvažovat podíl nákladnějších pacientů méně nákladnými, jejichž léčba je kratší či jednodušší. Jen díky této rovnováze lze udržet průměrné náklady v mezích hodnoty PURO a snížit podíl neuhrazené péče.

- Nákladný pacient spotřebuje více prostředků, než odpovídá stanovenému PURO.
- Méně nákladný pacient naopak využije jen část úhradového limitu.

## Praktický příklad

Ordinace má hodnotu PURO stanovenou na 2 500 Kč.

- Pacient s náklady 4 000 Kč je z pohledu úhrad ztrátový – rozdíl 1 500 Kč pojišťovna neproplatí.
- Pacient s náklady 1 000 Kč je méně nákladný – rozdíl 1 500 Kč jde „ve prospěch“ ordinace.

Pokud má ordinace oba pacienty, průměrné náklady vyjdou na 2 500 Kč, což odpovídá hodnotě PURO. Díky této kombinaci tedy poskytovatel dostane úhradu, která pokryje reálné náklady.

Pokud je ale skladba pacientů jednostranná a převažují ti nákladní, úhrada od pojišťovny reálné náklady nepokryje a velká část poskytnuté péče zůstane neproplacena.

Problematika nákladných pacientů bez barevných diagnóz patří k velkým výzvám současného systému úhrad ve fyzioterapii. Přestože je péče o tyto pacienty medicínsky plně oprávněná a nezbytná, úhradový mechanismus ji nedokáže adekvátně pokrýt. Řešením může být pouze důsledná práce s vyváženou skladbou pacientů a pečlivé sledování finančních dopadů.

Pokud si nejste jisti, jak k těmto situacím přistupovat nebo jak s pojišťovnou argumentovat při žádostech o navýšení úhrad, rádi vám s tím v Info pro lékaře pomůžeme – ať už formou konzultace, analýzy dat, nebo přípravou podkladů pro jednání s pojišťovnami.



**Martina Říhová**

Přes 25 let působila jako specialista na úhradovou politiku v OZP. Vyhodnocuje průběžné zúčtování služeb a sestavuje odvolání proti vyúčtování.



Neztrácejte peníze kvůli složitému systému úhrad. PURObot identifikuje pojištěnce s barevnými diagnózami a poskytuje jasná doporučení.



**Mějte kontrolu nad tím, co Vám pojišťovna opravdu proplatí – vyzkoušejte PURObota zdarma.**



[purobot.cz](http://purobot.cz)

# Výkonová úhrada pro ambulantní specialisty

Podmínky a pravidla pro rok 2026

Nejvýznamnější novinkou pro letošní rok je přechod na **čistě výkonovou úhradu u všech pacientů do 15 let**. Ostatní pravidla zůstávají v platnosti: pro čerpání plné úhrady je i nadále nutné splnit limit počtu ošetřených unikátních pojištěnců, který u plného úvazku činí **100**. Screeningové výkony, které stojí mimo limity PURO, se rozšířily u odbornosti **705 (oftalmologie, 75022 + signální kód 02040, 02041)**.

**Děti do 15 let** – veškerá péče o tyto pacienty je hrazena **výkonově**.

**Základní hodnota bodu:** Pro výkony u dětí do 15 let je stanovena na **0,98 Kč**. Tuto základní hodnotu lze navýšit splněním bonifikací za diplom, dodržením ordinačních hodin a využíváním objednávkového systému.

## Dospělí a děti nad 15 let.

Aby mohl poskytovatel čerpat plnou výkonovou úhradu, musí splnit stanovený limit počtu ošetřených unikátních pojištěnců v hodnoceném období (2026) nebo v referenčním období (2024). Tento limit se odvíjí od nasmlouvané kapacity ordinace:

**Plný úvazek (30 hodin týdně):** Je nutné ošetřit alespoň **100 unikátních pojištěnců**.

**Snížený úvazek:** Pokud je kapacita nižší než 30 hodin týdně, limit se přepočítává podle vzorce  **$n / 30 * 100$** .

**Příklad:** Při kapacitě 15 hodin týdně se počet ošetřených pojištěnců snižuje o polovinu, tedy na **50**. Při výpočtu je vždy nutné brát zřetel na kapacitu nasmlouvanou s pojišťovnou.

## Nasmlouvání nových výkonů a screeningy

**Nové výkony:** Pokud poskytovatel nasmlouvá oproti referenčnímu období nové výkony, tak jsou tyto výkony hrazeny **výkonově**.

Důležité doporučení: Nový výkon je nejvhodnější nasmlouvat hned od začátku roku. Při nasmlouvání v polovině období se hodnota do budoucího PURO nepropíše v takové výši, jako by byl výkon vykazován celý rok.

**Screeningové výkony:** Tyto specifické výkony v jednotlivých odbornostech nejsou limitované, a proto pro ně platí **výkonová úhrada**.

## Hodnoty bodu pro vybrané výkony a odbornosti

Odbornost	Kódy výkonů	Hodnota bodu
Radioterapie (403)	43652 a 43653	1,25 Kč
Oftalmologie (705)	75347, 75348 a 75427	0,89 Kč
Oftalmologie (705)	75022 (současně s 02040 nebo 02041)	0,98 Kč
ORL, Foniatrie (701, 702, 704)	73028, 73029, 71112	0,93 Kč
Gastroenterologie (105)	15101, 15103, 15105, 15107, 15440, 15950	1,20 Kč
Plicní (205)	25507	0,91 Kč
Urologie (706)	01130, 76027, 76029, 76031, 76033, 76621, 76623	1,00 Kč
Angiologie (102)	89970	1,00 Kč

## Specifické vykazování screeningových výkonů v gastroenterologii

U screeningových výkonů v gastroenterologii je zásadní správná kombinace kódů, která pojišťovně signalizuje, zda má výkon uhradit nad rámec limitů (výkonově), nebo jej započítat do běžného PURO.

## Přístup zdravotních pojišťoven

- **VZP a VoZP:** Tyto pojišťovny hradí v rámci screeningů vše a nic nevylučují.
- **Ostatní ZP:** Zde rozhoduje právě kombinace kódů, která určí režim úhrady.

## Screening (hrazeno výkonově mimo PURO)

- **Hlavní kód:** 15440 nebo 15950
- **Musí být kombinován s jedním z těchto kódů:** 15101, 15103, 15105, 15107
- **Výsledek:** Pojišťovna tuto kombinaci rozpozná jako screening a proplatí ji mimo PURO.

## Běžný výkon (hrazeno v rámci PURO)

Pokud se o screening nejedná, dáváte to pojišťovně najevo jinou kombinací kódů. Výkon je pak započítán do běžného limitu:

- **Hlavní kód:** 15440 nebo 15950
- **Kombinuje se s jedním z těchto kódů:** 15401, 15403, 15404, 15406
- **Výsledek:** Výkon je hrazen jako běžná péče a započítává se do vašeho PURO.

## Rychlý přehled pro praxi

- **Screening (mimo PURO):** (15440 / 15950)  
+ (15101, 15103, 15105 nebo 15107)
- **Běžný výkon (v PURO):** (15440 / 15950)  
+ (15401, 15403, 15404 nebo 15406)

## Shrnutí: Typy výkonové úhrady v roce 2026

Typ úhrady	Podmínky a pravidla
Péče o děti do 15 let	Veškerá péče o tyto pacienty je hrazena výkonově.
Dospělí a děti nad 15 let	Nutnost splnit limit unikátních pojištěnců (100 na plný úvazek, u nižších úvazků se přepočítává).
Nové výkony	Výkony nasmlouvané navíc oproti referenčnímu období (rok 2024).
Screeningové programy	Specifické screeniny (např. gastroenterologie, oftalmologie) nejsou limitované.

## Váš partner pro maximální úhrady

Nenechávejte své finance na náhodě a netrapte se složitými výpočty. **PUROBOT** právě teď analyzuje vaše data a pomůže vám získat maximum z úhrad pro rok 2026.

- **Automaticky vyčleňuje péči o děti do 15 let**, aby nevstupovala do výpočtu PURO. Tím zabraňuje zkreslení reálné úhrady.
- **Identifikuje a vyčleňuje screeniny** nad rámec limitů, aby nezatěžovaly vaše PURO.
- **Hlídá správné kombinace kódů**, které signalizují úhradu mimo běžné limity (u screeningové kolonoskopie).
- **Monitoruje plnění limitů unikátních pojištěnců** přesně podle vaší nasmlouvané kapacity.
- **Hlásí maximální možnou úhradu**, které můžete dosáhnout, a upozorní na nevyužité příležitosti.

Více na [www.purobot.cz](http://www.purobot.cz)



**Mgr. Bianka Janiga**  
Specialistka na úhrady od zdravotních pojišťoven. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

# Průvodce bonifikacemi pro domácí péči v roce 2026

Poskytovatelé domácí péče (odbornost 925) se v roce 2026 dočkají příznivějšího finančního nastavení. Přestože základní parametry úhrad navazují na předchozí rok, dochází k navýšení bonusů, které odměňují odbornost a péči o nejtěžší pacienty. Podmínky pro jejich získání přitom zůstávají shodné s rokem 2025, což usnadňuje administrativní plánování.

## Hodnota bodu a její navýšení

Základní hodnota bodu zůstává pro rok 2026 na úrovni 0,98 Kč, což odpovídá hodnotě z roku 2025. K této hodnotě lze však přičíst významnou bonifikaci.

**Bonus za diagnózy:** Pokud podíl unikátních pojištěnců s vybranými diagnózami (onkologie, neurologie, komplikovaný diabetes, chronické rány) **překročí 35 %**, zvyšuje se hodnota bodu o **0,07 Kč**.

Tento bonus se vztahuje na široké spektrum diagnóz: C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L9

 Platí pro hlavní i vedlejší diagnózy

## Vylepšené koeficienty navýšení

### 1. Koeficient za odborné výkony (06135 a 06137)

Při podílu těchto výkonů alespoň 25 % u unikátních pojištěnců získáte bonus:

- 0,02 – pokud jste podmínku splnili v referenčním i hodnoceném období.
- 0,03 – pokud jste v referenčním období nesplnili, ale v roce 2026 ano.

Upozornění: Pokud jste tuto podmínku v referenčním období (2024) splnili a v roce 2026 ji nesplníte, dojde k uplatnění tzv. malusu (-0,01). Pokud jste tuto podmínku nesplnili v roce 2024 a nesplníte ji ani v roce 2026, nezískáváte navýšení (bonifikaci), ale ani malus.

### 2. Koeficient za ošetřovatelské výkony (06325 – 06334)

Uplatňuje se při podílu těchto výkonů alespoň 35 %:

- 0,02 – při opakovaném splnění v obou obdobích.
- 0,03 – při novém splnění v roce 2026.

Upozornění: Pokud jste tuto podmínku v referenčním období (2024) splnili a v roce 2026 ji nesplníte, dojde k uplatnění tzv. malusu (-0,01). Pokud jste tuto podmínku nesplnili v roce 2024 a nesplníte ji ani v roce 2026, nezískáváte navýšení (bonifikaci), ale ani malus.

### 3. Hlavní vylepšení: Koeficient za náročné diagnózy: C00 až C97, G09 až G99, F00 až F99, I60 až I69, E10.3 až E10.7, E11.3 až E11.7, L88, L89, L93 nebo L97

Tato složka doznala nejvýraznějšího posílení pro rok 2026. Při podílu náročných diagnóz nad 35 % jsou bonusy následující:

- 0,05 – v případě kontinuálního plnění (splněno v referenčním i hodnoceném období).
- 0,15 – výrazné navýšení, pokud poskytovatel v referenčním období podmínku nesplnil a v roce 2026 ji splní.

Upozornění: Pokud jste tuto podmínku v referenčním období (2024) splnili a v roce 2026 ji nesplníte, dojde k uplatnění tzv. malusu (-0,07). Pokud jste tuto podmínku nesplnili v roce 2024 a nesplníte ji ani v roce 2026, nezískáváte navýšení (bonifikaci), ale ani malus.

Dosažení výše uvedených bonifikací není automatické. Protože se všechny podmínky odvíjejí od procentuálního podílu konkrétních diagnóz a výkonů u vašich unikátních pojištěnců, o jejich konečném splnění se rozhodne až po vykazání posledních dávek za prosinec 2026.

Stačí malý výkyv v počtu pacientů v závěru roku a můžete přijít o významné navýšení úhrady, nebo v horším případě čelit uplatnění malusu.

Nespoléhejte na odhady a hlídejte si své podíly průběžně po celý rok. Nástroj PURObot za vás tyto bonifikace automaticky hlídá a včas vás upozorní, pokud by vám splnění podmínek pro rok 2026 unikalo.

[Více na www.purobot.cz](http://www.purobot.cz)



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na úhrady od zdravotních pojišťoven. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

# Jak zdravotní pojišťovny reagují na odvolání k ročnímu vyúčtování?

A jak dlouho se můžete odvolat proti konečnému vyúčtování?

Reakce zdravotních pojišťoven na odvolání vůči výsledkům ročního vyúčtování se výrazně liší. Každá pojišťovna se při jejich posuzování řídí vlastními interními pravidly, která navíc nemusí být jednotná ani v rámci jednotlivých poboček. Nelze tedy spoléhat na to, že identická námitka bude na různých místech posouzena stejně – dokonce ani u jedné a té samé zdravotní pojišťovny.

Z praxe víme, že zamítnutí námitky bývá časté, přičemž se pojišťovny mnohdy omezují na konstatování, že výpočet byl proveden dle platné úhradové vyhlášky. Taková odpověď však neřeší samotnou podstatu námitky, protože poskytovatelé zpravidla nezpochybňují samotnou vyhlášku, ale její aplikaci v konkrétních podmínkách.

Zkušenosti z praxe ukazují, že i když je situace zdánlivě jasná, výsledek nemusí vždy odpovídat očekávání. Příkladem může být případ lékaře, který převzal ordinaci po kolegovi odcházejícím do důchodu. Tím získal historicky velmi nízké PURO, které ani zdaleka nepokryje skutečné náklady na poskytovanou péči. Hodnota byla hluboko pod průměrem srovnatelných poskytovatelů.




## První odvolání

Zdravotní pojišťovna by měla do 30 dnů od doručení písemné námitky zaslat poskytovateli zdravotních služeb písemné vyrozumění. V praxi se často stává, že první odvolání není úspěšné – a to i v případech, kdy jsou námitky dobře odůvodněny a logicky podloženy.

Doporučujeme se v takových situacích nevzdávat. Žádný právní předpis totiž neurčuje, kolik odvolání může poskytovatel podat – opakované podání námitky je možné, zejména pokud je doplněno o další argumenty, vysvětlení nebo nové okolnosti.

Nový lékař navíc investoval do moderního vybavení a začal vykazovat výkony, které byly sice historicky nasmlouvané, ale dříve nebyly reálně využívány. S tím se zvýšily průměrné náklady na pacienta, a to i kvůli odbornosti zaměřené na dětské pacienty v regionu, kde byl jediným poskytovatelem. Už samotné komplexní vstupní vyšetření, které prováděl téměř u každého nového pacienta, často přesahovalo přidělené PURO.



-  Chcete ušetřit čas, minimalizovat chyby a předejít nezaplacené péči?
-  **PUROBOT nabízí jednoduché řešení pro automatizaci a ověření vyúčtování.**
-  [purobot.cz](http://purobot.cz)

Z našeho pohledu šlo o jasnou situaci, kdy by měla pojišťovna vyjít vstříc a individuálně přihlédnout ke změně provozních podmínek, spektra péče a dobré vůli lékaře poskytovat odpovídající a kvalitní zdravotní služby. Přesto byla námitka opakovaně zamítnuta – bez věcného odůvodnění, pouze s odkazem na výpočet dle platné vyhlášky.

Dalším typickým příkladem je posuzování námitek ze strany fyzioterapeutů, kteří nemají takovou možnost ovlivnit skladbu svých pacientů – jsou většinou závislí na lékařích, kteří předepisují FT poukazy.

V mnoha případech jsou jediným důvodem pro snížení úhrady nízké hodnoty PURO a současně nízká skutečně dosažená hodnota bodu (HBskut). Poskytovatel pak nemá k dispozici žádné opěrné body pro věcnou argumentaci a je plně odkázán na individuální posouzení ze strany pojišťovny.

Zde se opět ukazuje nevyrovnanost přístupu napříč pobočkami: zatímco v jednom kraji může být totožná nízká hodnota bodu důvodem pro přepočtení úhrady a částečné uznání námítky, jiná pobočka stejné pojišťovny naopak žádosti nevyhoví a odkáže se na obecný výpočet dle vyhlášky.

Tento nesoulad způsobuje nejistotu a frustraci, protože poskytovatelé nemají jasné indicie, podle kterých by mohli odhadnout, jak jejich situaci pojišťovna posoudí. Spravedlivý a transparentní přístup by přitom měl být základem systému.

Doporučujeme, abyste se nevzdávali, využili svá práva a případně se obrátili na odborníky, kteří mohou pomoci s přípravou argumentace.



I když systém není dokonalý, aktivní přístup a dobře vedená dokumentace mohou výrazně zvýšit šance na úspěšné přehodnocení případu. V konečném důsledku jde o to, aby byla zdravotní péče poskytována kvalitně – a zároveň za podmínek, které umožní její dlouhodobou udržitelnost.

Jak dlouho se můžu odvolat proti konečnému vyúčtování?

Obdrželi jste konečné vyúčtování od pojišťovny a neseď vám čísla? Možná vás překvapilo, že v průvodním dopise je uveden termín pouhých 30 dnů na podání námítky. Takové upozornění však působí důrazněji, než jaká je skutečnost. V právních předpisech totiž tato třicetidenní lhůta žádnou oporu nemá. V článku se podíváme na to, jak je to s možností odvolání ve skutečnosti – a proč máte na případný přezkum celé tři roky.

Každý poskytovatel zdravotních služeb (PZS) obdrží od všech zdravotních pojišťoven konečné roční vyúčtování za poskytnuté a vykázané zdravotní služby. Součástí tohoto vyúčtování bývá často průvodní dopis nebo zpráva, v níž je uveden údaj o termínu, do kdy je možné proti vyúčtování vznést písemnou námitku. Tento termín se liší podle jednotlivých pojišťoven, typicky bývá uvedeno 30 dnů.

### **Tato třicetidenní lhůta však není právně závazná.**

Důležité je pochopit, že pojišťovny při uvádění lhůty pro uplatnění námitek často odkazují na své interní postupy či metodiky. Tento postup ale nemá oporu v právních předpisech a nemůže vést k tomu, že po uplynutí této lhůty by poskytovateli zaniklo právo se bránit. Jinými slovy – pokud PZS v této lhůtě námitku nepodá, neznamená to, že již nemůže poslat námitku proti konečnému vyúčtování.

### **Proč se nejedná o správní řízení?**

Na rozdíl od správních řízení se v tomto případě nepoužije správní řád. Důvod je prostý – vyúčtování zdravotní pojišťovny není rozhodnutím vydaným ve správním řízení. Jak potvrzuje i judikatura Nejvyššího správního soudu, zdravotní pojišťovna při vyúčtování nevystupuje jako správní orgán, ale jako smluvní strana v občanskoprávním vztahu se zdravotnickým zařízením.

Z toho plyne, že se jedná o občanskoprávní spor, pro který platí obecná tříletá promlčecí lhůta podle § 629 občanského zákoníku. Během této lhůty může poskytovatel zdravotních služeb uplatnit svůj nárok na přezkum, případně korekci provedeného vyúčtování.

Tato lhůta se vztahuje na jakékoli občanskoprávní nároky, tedy i na spory mezi PZS a zdravotní pojišťovnou týkající se ročního vyúčtování. To znamená, že poskytovatel zdravotních služeb má právo žádat o přezkum po dobu tří let od doručení vyúčtování.

Z toho vyplývá, že:

- Neexistuje právní povinnost řídit se 30denní lhůtou pojišťovny.
- Pokud PZS nepodá námitku do této lhůty, jeho právo nezaniká.
- K uplatnění nároku platí obecná tříletá promlčecí lhůta dle § 629 občanského zákoníku.

### **Závěr: Nenechte se zmást pojišťovnou**

Pokud jste obdrželi vyúčtování, se kterým nesouhlasíte, a zdravotní pojišťovna vás v průvodním dopise upozorňuje, že máte na podání námitek pouze 30 dnů – nenechte se tím odradit. Tato lhůta je pouze interním pravidlem pojišťovny a její nedodržení nemá právní důsledky.

Máte tři roky od okamžiku, kdy jste se o nesrovnalosti dozvěděli nebo mohli dozvědět, abyste námitku nebo požadavek na přezkum uplatnili.

Chcete pomoci s konkrétním případem nebo s formulací námitek? Ozvěte se nám – rádi vám pomůžeme.



**Martina Říhová**

Přes 25 let působila jako specialista na úhradovou politiku v OZP. Vyhodnocuje průběžné zúčtování služeb a sestavuje odvolání proti vyúčtování.

# Pracujte s pacienty, ne s administrativou.



**Předběžné vyúčtování k 30. 11. 2023**

	Poskytnuté zálohy	Úhrada od ZP	Aktuální bilance
Listopad	1 291 356 Kč	1 324 796 Kč	33 440 Kč
Říjen	1 173 960 Kč	1 161 780 Kč	-12 180 Kč
Září	1 056 564 Kč	966 612 Kč	-89 952 Kč
Srpen	939 168 Kč	836 185 Kč	-102 983 Kč
Červenec	821 772 Kč	712 339 Kč	-109 434 Kč
Červen	704 376 Kč	578 408 Kč	-125 968 Kč
Květen	586 980 Kč	461 479 Kč	-125 501 Kč
Duben	469 584 Kč	303 237 Kč	-166 347 Kč



## PURObot zvyšuje výdělek ordinací o 26 %

PURObot analyzuje výkony a doporučuje, jak předejít vracení peněz a dostat zaplacenou za vykázanou péči. V průměru se jedná o 26% zvýšení výdělku!

## Žádné vzorce, výpočty a zdlouhavé definice

Naším cílem je zjednodušit práci majitelům lékařských praxí. Proto stačí nahrát dávký a s PURObotem máte pod kontrolou bonifikace, MAXÚ a další ukazatele.

## Více než 600 ordinací využívá PURObot

PURObot analyzuje a vyhodnocuje data všech 7 zdravotních pojišťoven, 52 odborností a v závislosti na konkrétní situaci radí, jak zlepšit ekonomický stav ordinace.



Věděli jste, že při splnění všech bonifikací může průměrný majitel lékařské praxe **získat o 300.000 Kč navíc?**

# Proč je moderní web pro vaši ordinaci klíčový?

Profesionální web zjednodušuje komunikaci s pacienty a snižuje administrativní zátěž. Může za vás odpovídat na opakující se dotazy nebo umožnit online objednání. Podívejte se, jestli váš web odpovídá dnešním nárokům ordinací.

## Web jako vaše online ordinace

V dnešní době je webová stránka ordinace stejně důležitá jako její fyzické prostory. Stejně jako chcete mít moderní, čistou a reprezentativní čekárnu a ordinaci, měl by i váš web působit profesionálně, přehledně a důvěryhodně.

Podle statistik přichází **až 75 % návštěvníků na webové stránky z mobilního zařízení**. Pokud se web na telefonu či tabletu nezobrazuje správně nebo je pomalý, pacienti z něj odejdou a najdou si jiného poskytovatele.

## Jak web zjednodušuje chod ordinace

Moderní web není jen vaše online vizitka. Při správném nastavení a používání vám ušetří čas a energii:

- snižuje počet telefonátů s opakujícími se dotazy
- umožňuje online rezervace – pacient si vybere termín sám
- uvolní ruce sestře, která se může věnovat pacientům na místě

## SEO – aby vás pacienti našli

Správně nastavený web musí být optimalizovaný pro vyhledávače (SEO). Pokud někdo zadá do svého internetového vyhledávače vaši specializaci a město, měl by se váš web zobrazit na první stránce výsledků. K tomu pomáhá:

- správné nastavení titulků a popisků stránek
- přehledná struktura webu
- rychlost načítání a bezpečnost webu

## Obsah webu – méně je více

Je důležité udržovat obsah webu aktuální a tvořit ho pro pacienty. Stránka by měla být přehledná, s informacemi rozdělenými do bloků a odrážek, aby se v ní pacient rychle zorientoval.

Pokud nechcete pravidelně tvořit například odborné články, nesnažte se sekci „Novinky“ za každou cenu udržovat. Raději ji nemějte vůbec, než aby na webu visely neaktuální informace.

## Funkce moderního webu

- Online objednávkový systém – pacient se objedná sám v čase, který mu vyhovuje
- Kontaktní formulář – rychlý způsob, jak vás pacient může kontaktovat
- Informace o smluvních pojistovnách – ušetří zbytečné telefonáty
- Cookie lišta a GDPR nastavení – legislativní povinnost, kterou musí web splňovat

## Bezplatná analýza webu

Naše kolegyně Lenka Novotná pro vás připraví bezplatnou analýzu webu zaměřenou na ordinace. Během 20 minut online schůzky vám ukáže:

- technické nedostatky vašeho webu
- doporučení, jak web zlepšit, aby šetřil váš čas a budoval důvěru u pacientů



**Ing. Lenka Novotná**

Pomáhá majitelům ordinací vytvořit moderní web odpovídající potřebám pacientů i technickým požadavkům.

[infoprolekare.cz/web](http://infoprolekare.cz/web)

# Webové stránky pro lékaře

Vytvoříme moderní a profesionální webové stránky Vaší ordinace.



## Analýza webových stránek

Náš zkušený tým provede analýzu Vašeho webu ZDARMA.

## Bezplatná konzultace

Ještě vlastní web nemáte? Rádi Vám poradíme.

✓ Bezplatná konzultace

[infoprolekare.cz/web](http://infoprolekare.cz/web)

# Průvodce dotačním programem od podání žádosti po závěrečné vyúčtování

3 klíčové změny v roce 2026

## 1. Jedna žádost, jeden lékař

Nejzásadnější novinkou pro rok 2026 je pravidlo: 1 žádost = 1 rezidenční místo = 1 lékař. Pokud zdravotnické zařízení žádá o více rezidentů, je nutné podat samostatnou žádost ke každému jednotlivému místu. Každá žádost je hodnocena zcela samostatně – včetně bodového hodnocení a pořadí v případě převisu poptávky.

## 2. Vyplácení dotace jednou ročně

Od roku 2026 jsou dotace na rezidenční místa vypláceny jednorázově, jednou ročně. Tato úprava se vztahuje na všechna rezidenční místa schválená od roku 2009. Dotace slouží výhradně k částečné úhradě nákladů specializačního vzdělávání a není dotací na běžný provoz zdravotnického zařízení.

## 3. Podporované obory beze změny

Podporované obory i počty rezidenčních míst zůstávají ve stejném rozsahu jako v předchozím roce. Nadále je kladen důraz zejména na pediatrii a všeobecné praktické lékařství.



Podmínky a podání žádosti

## Platná akreditace jako základ

Nezbytným předpokladem pro podání žádosti je platná akreditace k uskutečňování příslušného vzdělávacího programu. Nesoulad údajů v žádosti s rozhodnutím o akreditaci patří mezi nejčastější důvody zamítnutí nebo zdržení hodnocení.

## Specifická pravidla pro pediatrii

V oboru pediatrie jsou pro rok 2026 upřesněna pravidla hodnocení:

- podporováno je výhradně vzdělávání s praxí u registrujícího poskytovatele zdravotních služeb
- minimální délka praxe v primární péči je 12 měsíců
- maximálního bodového zvýhodnění dosahuje varianta s 24 měsíci v primární péči
- zvolená varianta vzdělávání je neměnná po celou dobu projektu – její porušení má za následek zastavení dotace
- každé místo je hodnoceno samostatně; při rovnosti bodů rozhoduje počet registrovaných pacientů

## Elektronické podání žádosti

Žádosti se podávají výhradně elektronicky prostřednictvím Jednotného dotačního portálu. Po finalizaci žádosti v portálu je nutné ji do 5 pracovních dnů zaslat také do datové schránky IPVZ. Hodnocení zahrnuje kontrolu formálních náležitostí, případnou výzvu k doplnění (lhůta 5 pracovních dnů) a odborné hodnocení Akreditační komisí.

### **i** Pozor: Evidence skutečných majitelů

U právnických osob je povinné doložit úplný výpis z evidence skutečných majitelů. Nestačí čestné prohlášení ani neúplný výpis – je nutné předložit oficiální dokument odpovídající aktuálnímu zápisu v rejstříku. Ministerstvo zdravotnictví klade na formální soulad údajů mimořádný důraz.

## Nejčastější chyby a jak se jim vyhnout

Většina problémů při hodnocení žádostí vzniká z formálních, nikoli odborných důvodů. Zvláštní pozornost věnujte těmto oblastem:

- Nesprávný nebo neúplný název zdravotnického zařízení v žádosti
- Chybně uvedený obor specializačního vzdělávání
- Nesoulad údajů o školicím místě s rozhodnutím o akreditaci
- Opožděné odeslání finalizované žádosti do datové schránky IPVZ
- Neúplný výpis z evidence skutečných majitelů u právnických osob

## Povinnosti příjemce dotace

### Personální a vzdělávací závazky

Příjemce dotace musí uzavřít s rezidentem pracovní smlouvu na dobu určitou. Specializační vzdělávání nesmí probíhat v rozsahu nižším než polovina stanovené týdenní pracovní doby. Výjimkou jsou osoby na rodičovské dovolené nebo pečující o dítě do zahájení povinné školní docházky – pro ně platí minimum jedné pětiny pracovní doby.

Zařízení musí rovněž určit školitele s platnou specializovanou způsobilostí v oboru, zajistit mu odbornou a časovou dostupnost pro vedení rezidenta a umožnit rezidentovi absolvování všech povinných stáží a kurzů dle vzdělávacího programu. Veškerá dokumentace (logbook, pracovní doba, absolvované výkony) musí být průběžně vedena a archivována.

### Správné čerpání dotace

Dotace musí být použita účelně a výhradně na tyto náklady:

- minimálně 80 % na mzdové náklady rezidenta (hrubá mzda + odvody zaměstnavatele)
- maximálně 10 % na mzdové náklady školitele (zaměstnanec nebo OSVČ)
- zbývající část na úhradu povinných kurzů a stáží stanovených vzdělávacím programem

Zařízení je povinno vést oddělenou účetní evidenci a být kdykoli připraveno předložit detailní vyúčtování. Správné zaúčtování mzdových nákladů a jejich vazba na Rozhodnutí o poskytnutí dotace jsou klíčové pro předcházení sankcím.

### Reportování a oznamování změn

Veškeré změny je nutné oznámit MZ ČR do 15 dnů od jejich vzniku. Týká se to zejména: ukončení nebo přerušování pracovního poměru rezidenta, změny školitele nebo úvazku, mateřské či rodičovské dovolené, jakož i změn administrativního charakteru (bankovní spojení, jméno, adresa, statutární zástupce).

### Průběžná a závěrečná zpráva

Příjemce dotace předkládá průběžnou zprávu MZ ČR za každý rozpočtový rok do 31. ledna následujícího roku. Zpráva obsahuje přehled absolvovaných i zbývajících částí programu a finanční vyúčtování. Po ukončení projektu (včetně případného předčasného ukončení) se předkládá závěrečná zpráva ve stejném termínu.

Na základě pokynu MZ ČR z roku 2025 byla zrušena obecná povinnost předkládat Kontrolní zprávu. Tato povinnost zůstává pouze u projektů, kde byla stanovena před vydáním pokynu. Nově musí závěrečná zpráva výslovně potvrdit, že čerpání dotace proběhlo v souladu s Rozhodnutím a zásadami MZ, a podepsat ji musí osoba odpovědná za vzdělávání i zástupce účetnictví nebo auditora.

 Potřebujete poradit či pomoci se získáním dotací na rezidenční místo?

 Více informací na našich stránkách.

 [infoprolekare.cz/dotace](https://infoprolekare.cz/dotace)



**Mgr. Uljana Matuševská**

Specialistka na akreditace a dotace na rezidenční místa.

# Nové výkony na rok 2026

## Kdy a jak je nasmlouvat?

Rozšiřování spektra poskytované péče je přirozenou součástí rozvoje každé ordinace či zdravotnického zařízení. Nové odborné znalosti, přístrojové vybavení nebo změny v potřebách pacientů často vedou k tomu, že je třeba požádat zdravotní pojišťovny o nasmlouvání nových výkonů.

Samotný proces však není vždy jednoduchý. Je nutné znát správný postup, jaké podklady a doklady přiložit a také jaká jsou kritéria pojišťoven pro jejich schválení. Nesprávně podaná žádost může celý proces zbytečně prodloužit.

V tomto článku se proto podíváme na to, jak postupovat krok za krokem a na co si dát pozor, abyste získali potřebné výkony co nejrychleji a bez zbytečných komplikací. Každá odbornost má svůj vlastní soubor výkonů, které může poskytovatel vykazovat. Vedle toho ale existují i tzv. sdílené výkony. Co to znamená?

Jedná se o výkony, které mají sice určenou svou autorskou odbornost, ale za určitých podmínek mohou být schváleny a nasmlouvány i pro jinou odbornost. U každého výkonu jsou přitom stanovena konkrétní pravidla, za jakých okolností jej zdravotní pojišťovna může povolit.

Výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou stanoveny Seznamem zdravotních výkonů vydaným Ministerstvem zdravotnictví ČR – kompletní znění najdete zde – [szv.mzcr.cz](https://szv.mzcr.cz).



### Jak tedy postupovat, když chci rozšířit smluvní vztah o nový výkon?

Pokud chcete rozšířit svou smlouvu se zdravotní pojišťovnou o nový výkon, je potřeba podat oficiální žádost. Tato žádost je napsaná vlastními slovy. Tu lze doručit několika způsoby – nejčastěji prostřednictvím datové schránky, e-mailem na příslušného referenta nebo pomocí poštovních služeb.

K žádosti je třeba připojit podklady, které prokazují, že splňujete podmínky pro vykazování požadovaného výkonu. V případě výkonů vázaných na přístrojové vybavení se obvykle dokládá kupní, leasingová nebo darovací smlouva. Některé pojišťovny navíc vyžadují i Prohlášení o shodě v českém jazyce.

Jestliže je výkon spojen s nutností zvláštní odbornosti, je nutné doložit příslušný doklad o vzdělání (například potvrzení o absolvování odborného kurzu), získání funkční licence nebo jiný doklad o odborné způsobilosti.

## Co když komunikuji s pojišťovnou přes elektronickou přílohu (EP2)?

Žádost prostřednictvím EP2 probíhá v zásadě obdobně jako při klasickém podání. Poskytovatel do přílohy uvede požadovaný výkon, připojí všechny potřebné doklady a celý soubor odešle zdravotní pojišťovně k vyjádření.

Je však důležité vědět, že ani kompletně doložená žádost automaticky neznamená, že výkon bude schválen a smluvní vztah rozšířen. O výsledku rozhoduje zdravotní pojišťovna na základě svých interních procesů – zpravidla posuzuje žádost revizní lékař, v případě nákladnějších výkonů může být nutné i projednání na komisi. Pojišťovna si navíc může vyžádat doplňující informace a někdy schválí výkon pouze na dobu určitou.

Každopádně platí, že zdravotní pojišťovna musí poskytovateli vždy vydat písemné stanovisko k žádosti do 30 dnů od obdržení žádosti. Pokud je výkon schválen přes EP2, je nezbytné nastavit jeho právní platnost. Teprve poté, co dojde k tomuto nastavení i ze strany pojišťovny, je výkon oficiálně zaveden do jejího systému a lze jej začít vykazovat.

### Doporučení: kdy nové výkony nasmlouvat?

Z praktického hlediska je vždy nejvýhodnější žádat o nasmlouání nových výkonů k 1. 1. kalendářního roku. Důvod je jednoduchý – právě podle tohoto období se stanoví roční limity a úhrady (PURO).




Pokud jsou nové výkony nasmlouvány už od začátku roku, započítávají se do vykazování i do následného vyúčtování za celý rok. V případě, že by byly schváleny až v průběhu roku, projeví se jejich vliv jen částečně, což může být pro poskytovatele méně výhodné.

Proto doporučujeme podat žádost včas a cílit na schválení výkonů k 1. lednu, aby se jejich úhrada co nejlépe promítla do výsledného vyúčtování.

Všechny zdravotní pojišťovny tento systém úhrad nově nasmlouvaných výkonů standardně akceptují. Výjimku tvoří pouze OZP a ZPMV, u nichž je nutné o navýšení úhrad za nové výkony žádat až po obdržení konečného ročního vyúčtování. U těchto pojišťoven tedy není pravidlo automatické, ale vyžaduje aktivní krok ze strany poskytovatele.

Na první pohled se může zdát, že nasmlouvání nového výkonu je jednoduchý administrativní krok – podáte žádost, doložíte podklady a výkon je schválen. V praxi to ale často nebývá tak přímočaré. Každá zdravotní pojišťovna má své postupy, požadavky i interní pravidla a celý proces může být časově i administrativně náročný.

Proto doporučujeme vše předem dobře promyslet, správně načasovat a připravit kompletní dokumentaci. Pokud si nejste jisti, jak postupovat, nebo potřebujete poradit s konkrétní situací, rádi vám zodpovíme vaše dotazy a pomůžeme najít nejhodnější řešení.

-  Potřebujete pomoci se zorientovat v novinkách v úhradách či chcete zlepšit ekonomiku své praxe?
-  Nabízíme individuální konzultace pro lékaře a fyzioterapeuty.
-  [infoprolekare.cz/konzultace](https://infoprolekare.cz/konzultace)



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na odvolání vůči vyúčtování zdravotních pojišťoven s důrazem na právní a ekonomické argumenty. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

# Odkupy ordinací jako klíč k udržení dostupné zdravotní péče

České zdravotnictví se v posledních letech dostává do bodu, kde se naplno střetává několik dlouhodobých trendů. Jedním z nejvýraznějších je stárnutí lékařů v ambulantním sektoru, které s sebou přináší nevyhnutelnou generační obměnu. Právě ta bude v následujících letech zásadně ovlivňovat dostupnost zdravotní péče, zejména v menších městech a místech v ČR mimo hlavní centra.

Nejcitelnější je situace u praktických lékařů, pediátrů a stomatologů. V těchto oborech dnes tvoří lékaři ve vyšším věku významnou část aktivní praxe a jejich postupný odchod do důchodu otevírá zásadní otázku - kdo převezme zavedené ordinace a zajistí kontinuitu péče pro pacienty.

„Když se podíváme na věkovou strukturu ambulantních lékařů, zjistíme, že například třetina pediátrů a velká část praktických lékařů má přes šedesát let. V relativně krátkém horizontu tak odejde silná generace lékařů, aniž by bylo jasné, kdo po nich ordinace převezme,“

říká Petr Harcuba, jednatel společnosti EkoRent, dceřiné společnosti Banky CREDITAS, která se už více než třicet let specializuje na financování soukromých zdravotnických zařízení.

Podle něj přitom nejde jen o zdravotnictví jako takové. „Jakmile v obci chybí lékař, začne se to velmi rychle promítat i do dalších oblastí - lidé se stěhují, služby mizí a region postupně ztrácí život. Zdravotní péče je jedním ze základních pilířů fungující komunity,“ upozorňuje.

## Kvalitní školy pro děti i zdravotní péče pro rodiny lékařů

Často zaznívá tvrzení, že mladí lékaři nechtějí pracovat mimo velká města. Podle Petra Harcuby je ale realita mnohem složitější. „Nejde o to, že by mladí lékaři regiony odmítali. Spíš velmi pečlivě zvažují, jaký život jim konkrétní místo nabídne,“ vysvětluje.

Vedle pracovních podmínek hrají roli i další faktory - dostupnost kvalitních škol, možnosti kulturního a sportovního vyžití, ale také odborné zázemí. „Lékaři chtějí mít kolem sebe kvalitní kolegy a dostupnou zdravotní péči i pro své rodiny. Všechno spolu souvisí. Jakmile některý z těchto prvků chybí, region přestává být atraktivní,“ dodává.

Jednorázové pobídky nebo dotace podle něj samy o sobě nestačí. „Finanční příspěvek může pomoci na začátku, ale dlouhodobě lékaře neudrží. Mladí chtějí stabilitu, perspektivu a jistotu, že jejich praxe bude fungovat i za deset nebo patnáct let.“

## Technologie jako výzva i příležitost

Významnou roli v rozhodování mladých lékařů hraje také technologická náročnost jednotlivých oborů. Typickým příkladem je stomatologie, která v posledních letech prošla mimořádně dynamickým vývojem. Moderní ordinace dnes běžně pracují s intraorálními rentgeny, CBCT, mikroskopy nebo CAD/CAM systémy. Tyto technologie výrazně zvyšují kvalitu péče, zároveň ale kladou vysoké nároky na investice.

„Stomatologie je obor, kde modernizace v podstatě nikdy nekončí. Právě to byl jeden z důvodů, proč jsme se už v 90. letech rozhodli se na ni úzce specializovat. Dnes už ale financujeme všechny zdravotnické obory včetně automobilů pro lékaře či nákupy nemovitostí,“ říká Harcuba, který v EkoRentu působí od roku 1994. Společnost tehdy začínala jako leasingová firma, postupně se však vyprofilovala jako specializovaný partner pro soukromé zdravotnictví. „Ukázalo se, že to bylo správné rozhodnutí. Stomatologie je extrémně technicky náročná a lékaři v ní dlouhodobě investují do rozvoje. To dnes vidíme i u dalších oborů,“ dodává.



## Odkup ordinace jako přirozený most mezi generacemi

Výše zmiňovaná kombinace generační obměny a technologických nároků činí z odkupů ordinací jedno z klíčových témat současného ambulantního sektoru. Pro starší lékaře představuje odchod do důchodu často citlivé rozhodnutí - nejen profesní, ale i osobní. Pro mladé lékaře je naopak převzetí zavedené praxe jednou z mála realistických cest, jak se osamostatnit.

*„Starší lékaři často chtějí, aby jejich ordinace pokračovala dál a pacienti nezůstali bez péče. Mladý lékař zase získá funkční praxi se zavedeným patientským portfoliem, smlouvami se zdravotními pojišťovnami a vazbou na místní komunitu,“* popisuje Harcuba.

Převod ordinace ale není jednoduchý proces. Nejde jen o samotný odkup vybavení, ale i o právní, provozní a finanční otázky. *„Začínající lékaři často nemají podnikatelskou historii a v běžné bance narážejí na limity. Jejich příjmy ze zaměstnání jednoduše nestačí na to, aby se „vešli do tabulek“, i když jejich budoucí potenciál je vysoký,“* říká.

## Specializované financování místo univerzálních řešení

Právě v těchto situacích podle Harcuby dává smysl specializované financování, které vychází z reálného fungování lékařské praxe a jejího dlouhodobého potenciálu. EkoRent dnes financuje nejen přístrojové vybavení, ale také odkupy ordinací, nákup a rekonstrukce nemovitostí i automobily pro lékaře.

„U odkupů ordinací vidíme, že mladí lékaři často přinášejí novou energii. Ordinace modernizují, rozšiřují nabídku služeb a velmi rychle si budují stabilní praxi. To má pozitivní dopad nejen na pacienty, ale i na celý region,“ říká Harcuba.

## Čísla potvrzují rostoucí trend

Rostoucí zájem o odkupy ordinací potvrzují i data EkoRentu z posledních let. V roce 2025 vzrostl objem financování odkupů ordinací z 34 na 100 milionů korun. Výrazně roste také financování nemovitostí a rekonstrukcí - z 67 na 105 milionů korun, tedy téměř o 60 %.

*„U našich dlouhodobých klientů vidíme přirozený vývoj. Jakmile se jejich praxe stabilizuje a příjmy rostou, investují do vlastních prostor. Ty jim dávají větší nezávislost, jistotu a možnost dalšího rozvoje,“* doplňuje Harcuba.

## Lidský přístup jako základ dlouhodobých vztahů

Vedle financí hraje podle něj klíčovou roli i způsob spolupráce. *„Jsme finanční instituce, ale od začátku stavíme na kvalitě služeb a lidském přístupu. Pokud je na druhé straně seriózní partner, řešení se dá najít i v náročných situacích,“* říká.

Tato filozofie se podle něj promítá i do stability týmu a dlouhodobých vztahů s klienty. *„Lékaři oceňují kontinuitu. Jednají roky se stejnými lidmi, kteří rozumějí jejich praxi. V prostředí zdravotnictví je to obrovská hodnota.“*

## Rozhodnutí, které musí dávat smysl i lidsky

Mladým lékařům, kteří dnes zvažují, zda zůstat ve velkém městě, nebo odejít do regionu, radí především poctivě si ujasnit vlastní priority. *„Každý by si měl odpovědět na otázku, jak velkou ordinaci chce mít a jaký život chce vést. Nejde jen o medicínu, ale i o administrativu, vedení týmu a osobní rovnováhu,“* říká Harcuba.

Podle něj je důležité obklopit se správnými lidmi a partnery. *„V práci trávíme velkou část života. Pokud máme kolem sebe lidi, kteří nás podporují a nevyčerpávají, je to zásadní.“*

Zároveň zdůrazňuje, že rozhodnutí o vlastní ordinaci není jen ekonomické. *„Vlastní praxi lze vybudovat jak ve velkém městě, tak v regionu. Každé prostředí nabízí jiné možnosti. Důležité je zvolit si cestu, která dává smysl nejen profesně, ale i lidsky.“*

**EkoRent, specialisté na financování ordinací**  
[www.ekorent.cz](http://www.ekorent.cz)

**EkoRent**  
MEDICAL FINANCE

# „PURObot mi pomáhá vést praxi efektivněji“

PhDr. Kryštof Kuba z Kliniky MD

PhDr. Kryštof Kuba působí jako vedoucí fyzioterapeut na Certifikované McKenzie klinice Kladno, kde pomáhá lidem znovu získat pohyb bez bolesti. V rozhovoru otevřeně mluví o tom, proč je důležité, aby pacient aktivně spolupracoval na vlastní léčbě, jak přistupuje k rehabilitaci a také o tom, jak mu aplikace PURObot usnadňuje práci.

## ***Jak byste popsal hlavní zaměření své fyzioterapeutické praxe? S jakými typy pacientů se nejčastěji setkáváte?***

Naše pracoviště slouží jako ambulantní klinika, která v rámci fyzioterapie řeší pacienty s nejrůznějšími nejen pohybovými obtížemi. Nejčastěji však přichází pacienti s bolestmi krční, hrudní a bederní páteře a s tím spojenými radikulopatiemi. Nicméně kromě toho máme i obecně neurologické a ortopedické pacienty.

Sportovní fyzioterapie je spíše v rámci mého soukromého zaměření.

## ***Jak velkou část vaší práce tvoří dlouhodobá rehabilitace oproti akutním obtížím?***

Dlouhodobá rehabilitace v rámci více než 3 měsíců je u nás spíše v menším měřítku. Už z principu terapie MDT, kterou používáme primárně, se snažíme o nezávislost a samostatnost pacienta. Jen pokud v rámci prvních pár terapií zjistíme, že pacient potřebuje jiný postup, adekvátně na to reagujeme, podle dohody s léčeným.

Pokud jde o rozlišení „chronických pacientů“ a akutních, tak naše pracoviště má asi stejnoměrné rozložení těchto pacientů.

## ***Na co by se lidé měli nejvíce zaměřit, aby předešli pohybovým problémům nebo oddálili jejich vznik?***

Na pravidelný pohyb ve smyslu silového cvičení i aerobní aktivity.

## ***Jaké vybavení nebo pomůcky jsou pro vás klíčové a proč? (např. elektroterapie, cvičební pomůcky, ...).***

Na našem pracovišti téměř nepoužíváme fyzikální terapii a ve smyslu pomůcek je dle mého názoru vhodné objektivně měřit svalovou sílu, takže například dynamometrie je dobrý zdroj informací.





***Jak náročné je dnes pro fyzioterapeuta udržet krok s moderními metodami, koncepty a přístrojovým vybavením?***

To je těžká otázka. Záleží na tom, jak moc jsou pro vás všechny tyto informace validní.

***Využíváte PURObota – co vás k tomu přivedlo a jak vám pomáhá v každodenní praxi?***

Už si přesně nepamatuji, jak jsem se o vzniku PURObota dozvěděl. Ale využití tohoto nástroje mi připadá jako přirozený vývoj při snaze vést pracoviště kvalitně a efektivně ve vztahu k pacientům, zdravotním pojišťovnám.

Myslím, že mnoho kolegů by bylo překvapeno, jaké údaje v praxi přehlížejí.

***Odhlíl vám PURObot nesrovnalosti v úhradách nebo vykazování výkonů, které by jinak unikly?***

Pravděpodobně ano, museli bychom této problematice jinak věnovat výrazně více času.

***Máte díky PURObotu lepší přehled o tom, jaká část péče je reálně zaplacená a jaká zůstává podhodnocená?***

Obecně se dá říct, že nastavení úhrady péče je složité. Ale myslím, že PURObot významně pomáhá se v tomto tématu zorientovat.

***Jak hodnotíte jeho využívání z pohledu časové úspory a administrativní zátěže?***

Ve smyslu časové úspory je asistence významná. Přehledy, které PURObot generuje, jsou velmi dobré. Administrativně pomáhá také, ale s tímto využitím má zkušenost kolegyně.

***Využíváte také konzultace s account manažerem? V čem vám byly nejvíce přínosné?***

Ano, konzultace jsou pro nás klíčové ve vztahu k vyhodnocení některých výstupních dat a pro hodnocení spolupráce se zdravotními pojišťovnami.

***Doporučil byste PURObota kolegům ve fyzioterapii? Které funkce považujete za nejzásadnější?***

Rozhodně. Myslím, že mnoho z nich by bylo překvapeno, jaké údaje v praxi přehlížejí. Například funkce sledování „barevných diagnóz“ je možná ještě poměrně méně známá.

Připojte se k více než 1000 ordinacím po celé ČR, které využívají PURObota.

Více na [www.purobot.cz](http://www.purobot.cz)



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na úhrady od zdravotních pojišťoven. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

# Rehabilitační lékař a fyzioterapeut pod jednou střechou

Proč se vyplatí mít odbornosti 201 a 902 z pohledu úhrad

V systému ambulantní rehabilitační péče hraje důležitou roli jak rehabilitační lékař, tak fyzioterapeut. Přesto mnohé praxe fungují pouze pod jednou odborností. V tomto článku se podíváme na důvody, proč je z pohledu úhrad výhodné provozovat ambulanci, která kombinuje obě odbornosti – a jak správně nastavit provoz tak, aby bylo možné úhrady optimalizovat.

## Výkony, které rehabilitační lékaři často vykazují

Mezi nejčastěji vykazované výkony v rámci odbornosti 201 patří: komplexní nebo cílené vyšetření, měkké techniky a mobilizace, reedukace pohybových stereotypů.

Po absolvování série fyzioterapií se pacienti často vrací k lékaři na kontrolní vyšetření – což zvyšuje celkové náklady ordinace na jednoho pojištěnce.

## Problém: nízké PURO v odbornosti 201

Hlavním úhradovým limitem v odbornosti 201 je tzv. PURO – průměrná úhrada na jednoho pojištěnce. Celostátní průměr PURO pro odbornost 201 se aktuálně pohybuje okolo 1 300 Kč.

Vzhledem k vyšším nákladům na komplexní vyšetření a opakované výkony při kontrolách dochází u mnoha rehabilitačních lékařů k častému překračování hodnoty PURO, což vede k neproplacení části poskytnuté péče.

## Mimořádně nákladní pojištěnci: řešení, které někdy selhává

Teoreticky se nabízí cesta mimořádně nákladných pojištěnců. Podmínkou však je, aby péče vykázaná na daného pacienta překročila alespoň 5násobek hodnoty PURO (tedy cca 6 500 Kč). V takovém případě se pacient zařadí do režimu mimořádně nákladného a péče je proplacena jednoduše řečeno v plné výši.

Z praxe ale vyplývá, že rehabilitační lékaři mají velmi málo takto nákladných pacientů – většina pacientů absolvuje 1–2 kontroly ročně a hranice pětinásobku PURO se nedosáhne. Pokud pacient skončí mezi 1- až 5násobkem PURO, poskytovatel dostane proplaceno pouze 1 PURO a zbytek péče zůstává nezaplacena.

## Řešení: propojení odborností 201 a 902

Za této situace je optimální cestou propojení odbornosti 201 (lékař) s 902 (fyzioterapeut) v rámci jedné organizace. Fyzioterapeut může dle kompetencí vykonávat:

- měkké techniky,
- mobilizace,
- standardní FT procedury dle poukazu.

Tím dochází k rozdělení nákladů, snížení tlaku na PURO lékaře a zároveň proplacení celé péče, pokud je správně vykazována v rámci odbornosti 902.

## PURO ve fyzioterapii: větší prostor pro úhradu

PURO ve fyzioterapii (902) se pohybuje v rozmezí 2 500 – 7 000 Kč podle typu pracoviště a struktury péče. Rozdíl spočívá především v tom, zda je fyzioterapie samostatná (přijímá poukazy od specialistů), nebo součástí ordinace s vlastním rehabilitačním lékařem, který vystavuje FT poukazy interně.

 Kontrola úhrad, barevných diagnóz i nejdražších pacientů bez bonifikovaných diagnóz, jak?

 Využijte PURObota spolu s více než 250 fyzioterapeuty a 200+ ambulantními specialisty.

 [purobot.cz](http://purobot.cz)

## Klíčový faktor: správné psaní diagnóz

Významnou roli v úhradě hraje přesné vyplnění diagnóz na FT poukazu. V praxi bývá často ve zdravotnickém softwaru automaticky předvyplněná obecná M-diagnóza (např. bolest zad), ale chybí sekundární diagnóza, která má význam pro bonifikaci.

### Co tím myslíme?

Barevné diagnózy – zejména červené (tzv. G-diagnózy), které jsou v systému bonifikovány.

Pokud je na FT poukazu uvedena červená diagnóza a to alespoň jednou za rok → celá následná péče je hrazena výkonově, mimo rámec PURO.

To znamená, že s pacientem lze dle potřeby pracovat celý rok – bez omezení limitací a rizika krácení úhrady.

Jak už jsme výše zmínili u mimořádně nákladných pojištěnců v odbornosti 201, také ve fyzioterapii vyhláška stanovuje, že pokud celková vykázaná péče u pacienta za kalendářní rok **překročí pětinasobek hodnoty PURO, je tento pacient považován za mimořádně nákladného.**

Aby však byl do této kategorie zařazen, musí být na FT poukazu uvedena modrá diagnóza – a to buď jako hlavní, nebo vedlejší.

Fyzioterapeut si však musí pohlídat, aby pacient skutečně absolvoval celou předepsanou terapii. **Pokud by celkový objem poskytnuté péče nedosáhl pětinasobku hodnoty PURO, pacient by nebyl zařazen mezi mimořádně nákladné, a poskytovatel by tak neměl nárok na úhradu celé péče – část výkonů by mohla zůstat neproplacena.**

### Nejvýnosnější bonifikace ve fyzioterapii

Za vůbec nejvýhodnější bonifikační mechanismus ve fyzioterapii je považována bonifikace za tzv. žluté diagnózy. Podmínkou je, aby:

- fyzioterapeut měl alespoň 5 % pacientů,
- u nichž je na FT poukazu uvedena žlutá diagnóza.



**i** Splnění této podmínky umožňuje fyzioterapeutovi čerpat **výrazně vyšší úhrady za péči** v souladu s úhradovou vyhláškou. Konkrétně dochází k navýšení maximální úhrady **až o 10 %** a zároveň ke zvýšení hodnoty bodu o **0,07 Kč.**

**Správné uvádění diagnóz na FT poukazech je podle mého názoru klíčem ke spravedlivému a odpovídajícímu financování fyzioterapeutické péče.**

Nemáte rehabilitačního lékaře?

Základem je navázání spolupráce s lékaři, kteří pro vás FT poukazy vystavují. Na každém poukazu je uvedeno identifikační číslo pracoviště, podle kterého lze odesílatele dohledat.

Doporučuji oslovit tyto lékaře a:

- předat jim přehled tzv. barevných diagnóz
- vysvětlit význam těchto diagnóz z hlediska úhrad,
- a požádat je o spolupráci – s tím, že pokud budou tyto diagnózy uvádět,

→ umožní vám to **více času a prostoru pro kvalitní práci s pacienty.**

### Modelový příklad:

Parametr	Fyzioterapie ve spolupráci s lékaři	Fyzioterapie bez spolupráce s lékaři
PURO – aktuální hodnota	4 020 Kč	3 311 Kč
Počet mimořádně nákladných pojištěnců	17	0
Úhrada za MNP (modré DG)	401 889 Kč	0 Kč
Vykázaná péče za červené DG	926 022 Kč	151 451 Kč
Počet pojištěnců s červenou DG	71	27
Počet bodů za červené DG	1 157 527 bodů	189 314 bodů
Vykázaná péče bez plně hrazené	1 661 661 Kč	2 093 894 Kč
Maximální úhrada (limit)	1 571 653 Kč	1 573 331 Kč
Rozdíl – neuhrazená péče	≈ 90 000 Kč	≈ 520 000 Kč

Provozování ambulantní rehabilitační praxe s odbornostmi 201 (rehabilitační lékař) i 902 (fyzioterapeut) přináší významné výhody jak z hlediska provozní efektivity, tak zejména z pohledu úhrad od zdravotních pojišťoven.

Na základě porovnání dvou poskytovatelů je zřejmé, že fyzioterapie, která spolupracuje s lékařem a správně využívá nástroje úhradové vyhlášky (barevné diagnózy, sledování mimořádně nákladných pacientů):



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na úhrady od zdravotních pojišťoven. Jako account manager se stará o spokojenost klientů.

Na základě porovnání dvou poskytovatelů je zřejmé, že fyzioterapie, která spolupracuje s lékařem a správně využívá nástroje úhradové vyhlášky (barevné diagnózy, sledování mimořádně nákladných pacientů):

- dosahuje vyššího PURO,
- dokáže vykázat a uplatnit péči za mimořádně nákladné pojištěnce,
- čerpá vyšší úhradu za výkony s červenými diagnózami,
- a zároveň minimalizuje ztrátu z neuhrazené péče.

Naproti tomu samostatná fyzioterapie bez lékařského zázemí nebo bez aktivní spolupráce s indikujícími lékaři má omezený prostor pro optimalizaci úhrad a zůstává závislá na limitech, které často nestačí pokrýt reálně poskytnutou péči.



Klíč k úspěchu tedy neleží jen v rozsahu péče, ale v její správné struktuře a vykazování.

Odbornosti 201 a 902 se vzájemně doplňují a umožňují poskytovat komplexní, ale zároveň finančně udržitelnou péči – ve prospěch pacienta, lékaře i fyzioterapeuta.

Polovina roku je za dveřmi – využijte PURObota pro kontrolu úhrad, barevných diagnóz i nejdražších pacientů bez bonifikovaných diagnóz. Získáte predikci až do konce roku.

# Nový systém úhrad v gynekologii

## Průvodce pro ambulance

V roce 2026 dochází k významným změnám ve způsobu, jakým zdravotní pojišťovny hradí péči o registrované pacientky. Klíčovým prvkem je přechod na systém **měsíční agregované úhrady (MAÚ)**, která doplňuje výkony hrazené nad rámec tohoto paušálu.

### Měsíční agregovaná úhrada (MAÚ)

Základem příjmů ambulance je paušální platba ve výši 118 Kč za každou registrovanou pojištěnku, u níž byla v posledních 24 měsících provedena preventivní prohlídka.



### Co je zahrnuto v MAÚ (nevykazuje se samostatně)

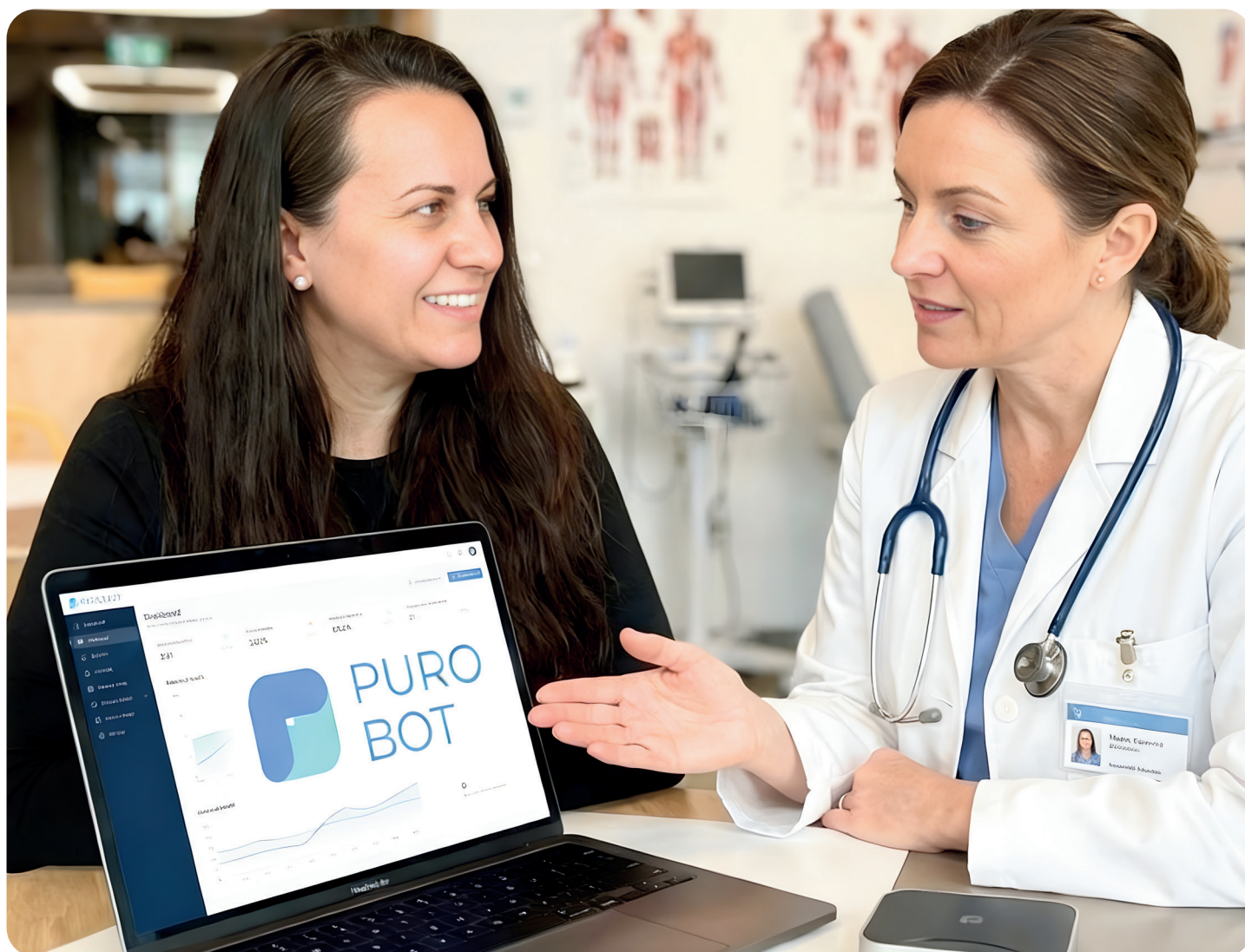
V rámci tohoto paušálu jsou již zahrnuty běžné výkony, a to:

Kategorie	Výkon	Název a popis výkonu
Vstupní a komplexní péče	63021	Komplexní vyšetření gynekologem a porodníkem (při převzetí a registraci)
Preventivní péče	63050	Preventivní prohlídka gynekologem a související péče
Diagnostika	63417	Ultrasonografické vyšetření pánve u gyn. onemocnění, v porodnictví a šestinedělí
Cílená vyšetření	63022	Cílené vyšetření gynekologem a porodníkem
Kontrolní vyšetření	63023	Kontrolní vyšetření gynekologem a porodníkem

Kategorie	Výkon	Název a popis výkonu
Ambulantní úkony	09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem
	09215	Injekce I.M., S.C., I.D.
	63532	Odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla dělohy

Kategorie	Výkon	Název a popis výkonu
Administrativa	09550	Informace o vydání rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti
	09551	Informace o ukončení dočasné pracovní neschopnosti

Kategorie	Výkon	Název a popis výkonu
Konzultace	09513	Telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem
	09523	Edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou



### Kódování registrované pojišťenky

Scénář	Věk > 18 let	Věk 15–18 let	Poznámka k úhradě a kódování
Prevence	63050 + 01543	63050 + 09557	Kód 63050 má nulovou hodnotu; je signální pro nárok na MAÚ. Kód 01543 / 09557 (epizoda péče) je hrazený (87/112 Kč).
Založení těh. průkazu	63053 + 01543	63053 + 09557	Kód 63053 je signální pro kontakt, je zahrnutý v těhotenském balíčku. Kód 01543 / 09557 je hrazený (87/112 Kč).
Těhotenská poradna	63055 + 01543	63055 + 09557	Kód 63055 je signální pro kontakt, je zahrnutý v těhotenském balíčku. Kód 01543 / 09557 je hrazený (87/112 Kč).
Cílené vyšetření	01543	09557	Samotný výkon cíleného vyšetření (63022) je zahrnut v MAÚ a je zakázáno ho kódovat.

U registrované pacientky posíláte pojišťovně signální kód (např. 63055), aby věděli, co jste dělali, ale zaplacení dostanete prostřednictvím kódu trimestrálního balíčku a kódu epizody péče (01543/09557).

## Možnosti navýšení agregované platby (Bonifikace)

Základní částku 118 Kč lze navýšit splněním:

Kritérium navýšení	Příplatek k 118 Kč
Celoživotní vzdělávání	+ 9 Kč
Rozsah ordinačních hodin	+ 9 Kč
Akreditace	+ 9 Kč
Certifikát kvality ISO 9001	+ 9 Kč
Podíl prevencí (u více než 45 % registrovaných žen do 70 let)	+ 4 Kč

## Péče o těhotné a těhotenské balíčky

Úhrada péče o těhotné je rozdělena do trimestrálních balíčků. Aby byl balíček aktivován, musí být v daném období vykázán alespoň jeden signální kód - 63053, 63055.

Kód výkonu	Název	Úhrada
63897	Péče v I. trimestru	2 074 Kč
63898	Péče v II. trimestru	3 455 Kč
63899	Péče v III. trimestru	4 838 Kč

 Víte, kolik peněz Vám zbytečně utíká?

 **Zjistěte to zdarma!** PURObot Vám ukáže, jak získat o pojišťoven maximum.

 [purobot.cz](http://purobot.cz)

## Důležitá pravidla pro vykazování

**Změna pojišťovny:** Pokud pacientka změní ZP, pro zachování nároku na MAÚ musíte vykázat signální kód VZP 63893. Slouží jako čestné prohlášení, že prevence proběhla u minulé pojišťovny.

**Ultrazvukové vybavení:** Pro plnou úhradu MAÚ musí ambulance doložit, že disponuje UZ přístrojem vyrobeným po 1. 1. 2012 s platnou kontrolou ne starší 2 let.

**Epizoda péče:** Ke každému fyzickému kontaktu (prevence, těhotenská poradna) se připojuje hrazený kód 01543 (87 Kč) nebo 09557 (112 Kč).

**Neregistrované pacientky:** U nich se péče hradí výkonově (např. kód 63022 + 01543).

## Závěr a doporučení

Změny, které nás v roce 2026 čekají, lze vnímat jako výzvu, ale zároveň i jako příležitost pro stabilizaci financování gynekologických ambulancí. Klíčem k hladkému přechodu na systém měsíčních agregovaných úhrad (MAÚ) bude především kontinuita péče – zejména důraz na preventivní prohlídky, které jsou základním pilířem pro vznik nároku na tuto platbu.

Osobně se na tuto transformaci dívám s optimismem, pokud je podpořena správnými nástroji. Právě proto jsme PURObot nastavili tak, aby tyto nové parametry sledoval za vás. Na měsíční bázi identifikuje pacientky bez platné prevence, za které aktuálně agregovanou platbu nedostáváte, a zároveň vás s předstihem upozorní na ty, kterým nárok brzy vyprší a je potřeba je pozvat do ambulance. Kromě hlídání nároků na MAÚ za vás systém průběžně počítá bonifikaci za preventivní prohlídky, čímž pomáhá zajistit, aby vám na konci roku bonus přinesl zaslouženou odměnu navíc



**Lola Trinidad**  
+420 253 253 900

Specialistka na optimalizaci ekonomiky lékařských praxí. Pomáhá majitelům ordinací využít PURObot na 100 %.

A professional portrait of a woman with long, dark hair, wearing a dark blazer over a light-colored top. She is looking directly at the camera with a slight smile. The background is a dark, solid color.

# ZMĚNY V ZÁKONECH OD 1.1.2026

Mgr. Uljana Matuševská

Od 1. ledna 2026 vstupuje v účinnost novela zákona o zdravotních službách a dále vyhláška č. 380/2025 Sb., o pohotovostních službách, která sjednocuje a definuje minimální rozsah poskytované péče. Na první pohled může působit spíše technicky, ve skutečnosti ale přináší řadu praktických dopadů i pro běžné ambulantní poskytovatele. Níže přinášíme přehled nejdůležitějších změn s důrazem na to, co budou znamenat v každodenním provozu ordinací.

### Jasnější vymezení pohotovostní služby

Novela nově přesněji definuje pojem pohotovostní služby. Zákon výslovně uvádí, že jde o ambulantní péči poskytovanou mimo běžnou ordinaci při náhlé změně zdravotního stavu nebo zhoršení onemocnění. Zásadní změnou je také nový systém organizace pohotovostí, který se promítá do každodenní praxe ambulantních lékařů.

Od 1. ledna 2026 přebírají odpovědnost za organizaci a financování pohotovostních služeb zdravotní pojišťovny. Dosud tuto roli zajišťovaly především kraje. Nový systém má sjednotit rozdílnou praxi v jednotlivých regionech a vytvořit stabilnější síť pohotovostních pracovišť.

Nová právní úprava zákona spolu s prováděcí vyhláškou definují tzv. páteřní síť lékařských pohotovostí zřizovaných v nemocnicích s urgentními příjmy a při pediatrických lůžkových odděleních a také ordinaci, po kterou musí být pohotovosti otevřené.

Řada menších pohotovostí, které fungovaly historicky při ambulancích, již nebudou součástí základní sítě. Na druhou stranu mohou pokračovat, pokud prokáží dostatečné využití a dohodnou se se zdravotními pojišťovnami.

### Minimální rozsah pohotovostí

Nová vyhláška stanoví minimální časový rozsah poskytování pohotovostních služeb:

- ve všední dny aspoň 3 hodiny mezi 16:00 a 22:00,
- o víkendech a svátcích minimálně 8 hodin, zpravidla v čase 10:00–16:00.

U stomatologických pohotovostí je stanoven minimální rozsah 4 hodin o víkendech a svátcích.

V praxi to znamená větší předvídatelnost a jednotné standardy dostupnosti péče.

### Zachování pohotovostí mimo nemocnice

Pohotovosti mimo páteřní síť mohou být zachovány, pokud o ně mají zájem obce nebo kraje a pokud je zdravotní pojišťovny uznají jako potřebné. Důležitým kritériem je reálná návštěvnost pacientů.

Pro některé ambulance to může představovat příležitost pokračovat v poskytování pohotovostní péče s novým úhradovým modelem, včetně paušálních bonusů za zajištění služby. Lokální poskytovatelé, kteří v předchozím období ošetřili minimálně tři pacienty VZP denně v rámci pohotovostní služby, obdrží letos od VZP stejně jako LPS zřízené při urgentních příjmech / dětských odděleních roční paušální platbu (1 200 Kč na hodinu).

### Estetické výkony jako zdravotní služba

Nově zákon výslovně uvádí, že zdravotní službou jsou i výkony prováděné na žádost pacienta za účelem změny vzhledu, pokud neexistuje zdravotní indikace.

Tato změna má význam zejména pro ambulantní specialisty, kteří poskytují estetické výkony, jako například dermatology, plastické chirurgy, gynekology. Tyto výkony podléhají režimu zdravotních služeb, a tedy:

- musí být poskytovány zdravotnickými pracovníky,
- vztahují se na ně pravidla dokumentace,
- pacient musí být informován,
- může se uplatnit kontrola správních orgánů.

Pro některé ambulance to může znamenat nutnost upravit vnitřní postupy, informované souhlasy nebo dokumentaci.

### Konzilia a spolupráce mezi poskytovateli

Novela přesněji vymezuje pojem konzilium. Výslovně se uvádí, že odborník, který se konzilia účastní, může v místě poskytovatele provádět diagnostické výkony.

Tato úprava reflektuje běžnou praxi a přináší větší právní jistotu. Ambulantní poskytovatelé mohou snáze přizvat specialistu k posouzení pacienta bez obav z nejasného právního rámce.

## Prohlídky těl zemřelých

Aktuální úprava zákona potvrzuje povinnost praktických lékařů provádět prohlídky těl zemřelých u svých registrovaných pacientů v ordinační době, pokud to nenaruší provoz.

Nově zajišťovat prohlídky těl zemřelých je povinný také poskytovatel domácí paliativní péče v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování této péče a na místě poskytování této péče je přítomen zdravotnický pracovník způsobilý k provedení prohlídky těla zemřelého.

## Stížnosti pacientů: větší důraz na evidenci

Významná část novely se týká vyřizování stížností.

Poskytovateli zůstává povinnost vyřídit stížnost do 30 dnů ode dne jejího obdržení, tuto lhůtu může odůvodněně prodloužit o dalších 30 dnů. O prodloužení lhůty nebo případném postoupení stížnosti správním orgánu je třeba informovat stěžovatele.

Nyní byl také upřesněn obsah evidence o podání stížností a o způsobu jejich vyřízení, jejímž obsahem jsou alespoň údaje o?

1. datu obdržení a datu vyřízení stížnosti,
2. předmětu stížnosti,
3. způsobu vyřízení stížnosti,
4. ústním projednání stížnosti, bylo-li navrženo,
5. přijatých nápravných opatřeních;

*Identifikační údaje stěžovatelů se v evidenci o podání stížností neuvádějí.*

Tato oblast bude pravděpodobně předmětem kontrol správních orgánů.



## Předávání zdravotnické dokumentace

Novela zákona upřesňuje povinnosti poskytovatelů při předávání zdravotnické dokumentace a informací novému registrujícímu poskytovateli. Dosavadní registrující poskytovatel je povinen na žádost nového registrujícího poskytovatele poskytnout kopii zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi do 15 dnů.

Dále zákon stanovuje povinnost předávat zprávy o poskytnutých zdravotních službách praktickému lékaři bez zbytečného odkladu, pokud je to nezbytné pro zajištění návaznosti péče. To se vztahuje i na pediatrii či praktické lékaře pro děti a dorost, pokud je poskytovatel znám a vyžádal si informace.

Registrující poskytovatel v oborech zubní lékařství, gynekologie a porodnictví předává zprávy jen na žádost indikovanou registrujícím praktickým lékařem. Změna zákona také jasně stanovuje, že poskytovatelé mají bez zbytečného odkladu předávat další nezbytné informace o zdravotním stavu pacienta i jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb, aby byla zajištěna návaznost a kontinuita zdravotní i sociální péče.

## Zpřísnění pravidel pro udělení oprávnění

Novela zákona č. 372/2011 Sb. výrazně zpřísňuje podmínky pro získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Nově se překážky netýkají jen samotného poskytovatele, ale i osob, které za zdravotnickým zařízením stojí.

Oprávnění tak nově nelze udělit nejen fyzické nebo právnické osobě, které byl uložen zákaz poskytování zdravotních služeb nebo jí bylo oprávnění odňato, ale také osobě, která v takovém zařízení působila ve vedoucí nebo odpovědné roli. Týká se to například situací, kdy byla osoba jediným či většinovým společníkem, členem statutárního orgánu nebo odborným zástupcem poskytovatele, jemuž byl uložen zákaz činnosti nebo bylo oprávnění odňato. V těchto případech nebude možné získat nové oprávnění po dobu trvání zákazu, resp. po dobu 3 let od právní moci rozhodnutí o odnětí oprávnění.

Stejná pravidla dopadají také na nové právnické osoby. Pokud je jejich vlastníkem, statutárním orgánem nebo členem vedení osoba, na kterou se tato překážka vztahuje, nebude možné nové oprávnění udělit. Zákon tak reaguje na praxi, kdy docházelo k obcházení sankcí prostřednictvím převodů společností nebo zakládáním nových subjektů.

V praxi to znamená, že odpovědné osoby zdravotnického zařízení nesou výrazně vyšší osobní odpovědnost. Pokud dojde k závažnému porušení povinností a odnětí oprávnění, nebude již možné jednoduše pokračovat v poskytování zdravotních služeb prostřednictvím jiné společnosti, například odkupem existující ambulance nebo založením nové. Zároveň je důležité zdůraznit, že překážka se vztahuje pouze na osoby, které zastávaly uvedené funkce v době, kdy došlo k porušení povinností vedoucím k zákazu činnosti nebo odnětí oprávnění. Nejde tedy o automatický zákaz pro každého, kdo někdy ve vedení zdravotnického zařízení působil, ale o cílené opatření proti obcházení sankcí.

### **Změny v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb**

Pokud poskytovatel plánuje změnu rozsahu zdravotních služeb nebo adresy místa poskytování, je povinen podat žádost předem. Přetrvává také povinnost hlásit každou změnu odborného zástupce.

Všechny tyto údaje se uvádějí v rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Nově však rozhodnutí již nebude obsahovat informace o statutárním orgánu poskytovatele. Jestliže dojde ke změně údaje, který v rozhodnutí uveden není, poskytovatel je povinen tuto změnu oznámit. Pokud jsou nadále splněny podmínky pro poskytování zdravotních služeb, příslušný správní orgán provede o změně záznam do spisu.

### **Změny při přerušení poskytování zdravotních služeb**

Přerušením poskytování zdravotních služeb se rozumí situace, kdy služby nejsou poskytovány nepřetržitě po dobu delší než 1 měsíc.

Nově se změnila lhůta pro oznámení přerušení – poskytovatel je nyní povinen přerušení písemně oznámit do 15 dnů ode dne, kdy se dozvěděl o skutečnosti, která je důvodem přerušení. Původní lhůta 60 dnů před dnem, kdy hodlá poskytování služeb přerušit, byla zrušena.

Zároveň bylo zrušeno i omezení, že oprávnění lze opakovaně přerušit až po uplynutí 5 let od předchozího přerušení. Nyní žádné legislativní omezení tohoto typu neplatí.

## **Zpřísnění povinností PZS**

Od 1. ledna 2026 platí přísný zákaz vybírání poplatků za registraci pacienta a jakýchkoli příplatků za zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění.

Přestože již dříve nebylo vybírání poplatků za registraci pacienta přípustné, postihnutelnost této poměrně rozšířené praxe byla nízká. Aktuální úprava zákona již výslovně počítá s možnými nežádoucími stavy a snaží se jim předcházet nastavením vymahatelných sankcí.

Poskytnutí platby za přijetí pacienta do péče či za pokračování v poskytování služby však poskytovatel může i nadále požadovat po pacientovi, který není pojištěncem smluvní zdravotní pojišťovny. Ani v takovém případě však nesmí poskytovatel na platbě trvat, pokud pacient potřebuje neodkladnou péči.

Obdobně se vztahuje i na případy, kdy poskytovatel zdravotních služeb žádá úhradu za poskytnutí služby v rozsahu, ve kterém je tato služba hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Stejně tak nemůže poskytovatel zdravotních služeb žádat úhradu služeb, které sice nejsou plně hrazeny veřejným zdravotním pojištěním, ale u kterých tento poskytovatel nezpřístupnil svým pacientům seznam cen. Povinnost zpřístupňovat ceník plynula ze zákona již před letošní změnou. Novela tak pouze zpřísňuje pravidla.

Bude-li poskytovatel podmiňovat přijetí pacienta do péče či pokračování v péči o pacienta poskytnutím platby, která není nezbytná pro poskytnutí služby, popř. ukončí-li poskytovatel poskytování péče z důvodu, že pacient odmítl poskytnout takovou platbu, hrozí poskytovateli pokuta až 300 000 Kč.

Dále v případě, že by lékař vyžadoval příplatek za úkon standardně hrazený zdravotní pojišťovnou, hrozí mu pokuta dokonce až 1 milion korun. Zákaz platí i na další podobné poplatky, například za dřívější termín vyšetření a podobně.

Pacienti si nicméně nadále budou moci připlatit za doplňkové služby, které se přímo netýkají poskytované zdravotní péče, ale spíše jejich komfortu, jde tak například o samostatný pokoj v nemocnici. Seznam cen za tyto doplňkové služby, které nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění, však taktéž musí být veřejně dostupný pacientům.



### Přeregistrace

Zákon zavádí postupný přechod od starších rozhodnutí o registraci nestátního zdravotnického zařízení k novému oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V souladu s novou úpravou zákona musí krajské úřady do 36 měsíců, tj. do 31. 12. 2028, udělit oprávnění všem poskytovatelům, kteří poskytují služby na základě registrace podle § 121 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.

Pokud při přeregistraci správní orgán zjistí, že poskytovatel nesplňuje podmínky podle § 16 zákona, řízení se přeručí. Poskytovateli se dá lhůta nejméně 30 dnů k odstranění zjištěných nedostatků. Pokud nedostatky neodstraní nebo nejsou odstranitelné, správní orgán řízení zastaví a zahájí řízení o zrušení registrace.

### Výběrová řízení

Zákon č. 289/2025 Sb. přináší také změny týkající se výběrových řízení podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tyto úpravy mají zajistit větší jasnost a předvídatelnost pro poskytovatele zdravotních služeb při uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami.

Stále platí, že lékař musí před uzavřením smlouvy projít výběrovým řízením, které může navrhnout pojišťovna, uchazeč nebo kraj (do 31. 12. 2025 mohla o řízení požádat i obec). Lhůta pro podání přihlášky nesmí být kratší než 30 dnů (dříve 30 pracovních dnů), což zkracuje dobu vyvěšení výběrového řízení na úřední desce a zároveň poskytovatelům dává dostatek času na přípravu potřebné dokumentace.

Novinkou od 1. 1. 2026 je časové omezení platnosti výsledku výběrového řízení. Úspěšný výsledek lze uplatnit u pojišťovny nejpozději do 1 roku od jeho zveřejnění, případně do lhůty uvedené ve vyhláše výběrového řízení. To znamená, že poskytovatelé musí plánovat uzavření smluv s pojišťovnami pružně a včas, aby nepropásli možnost využít kladného výsledku řízení.

Změna se týká i možnosti opakovaného podání přihlášky: neúspěšný i úspěšný uchazeč může podat návrh na nové výběrové řízení nebo přihlášku do vyhlášeného řízení se stejným rozsahem služeb a územím až po uplynutí 1 roku od zveřejnění výsledku (dříve po 3 měsících). Tento krok má zajistit stabilitu a předvídatelnost pro všechny účastníky trhu, zároveň ale omezuje rychlé opakování výběrových řízení.

Novela zákona o zdravotních službách účinná od 1. ledna 2026 přináší řadu změn, které zasáhnou každodenní fungování ambulantních poskytovatelů i zdravotnických zařízení.

Doporučujeme, abyste se s novými pravidly včas seznámili, přizpůsobili jim své vnitřní procesy a věnovali zvýšenou pozornost zejména dokumentaci, komunikaci s pacienty a spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli. Právě prevence pochybení a dobré nastavení vnitřních postupů bude v novém právním prostředí klíčové.



**Mgr. Uljana Matuševská**

Specialistka na akreditace a zpracování dotací na rezidenční místa.

# Akreditace a rezidenční místa

## Otázky a odpovědi

Téma akreditací a rezidenčních míst přináší lékařům a poskytovatelům zdravotních služeb celou řadu praktických otázek. Na ty nejdůležitější odpovídají Mgr. Uljana Matuševská (UM) a Dana Holadová (DH), specialista na rezidenční místa z IPvZ.

### **Co je potřeba k podání žádosti o akreditaci?**

**UM:** Od 1. ledna 2026 se žádost podává elektronicky prostřednictvím Systému Administrace, musí být dodržen seznam veškerých příloh jako vzdělávací plán, dotazník, je třeba přiložit smlouvu s vyšším pracovištěm, přidat školitele. Praktiky pro dospělé upozorňuji na jednu specifickou podmínku – musíte provádět návštěvy v domácnosti, minimálně 25 za rok. Bez jejího splnění akreditaci ne získáte.

### **Jak se podává žádost o dotaci na rezidenční místo?**

**DH:** Žádost se podává elektronicky na jednotném dotačním portálu Ministerstva financí. Doporučuji mít předem připraveny veškeré přílohy, abyste mohli žádost zkompletovat hned na první pokus. Po odeslání elektronické verze je nutné ji ještě vytisknout, podepsat a do pěti pracovních dnů doručit datovou schránkou na IPvZ. Pokud tento krok neuděláte, žádost není považována za podanou.

### **Jaký je rozdíl mezi Programem č. 1 a Programem č. 2?**

**DH:** Program č. 1 je dotace na základní kmen – lze žádat až o 30 měsíců. V roce 2025 to bylo 10 000 Kč měsíčně, tedy maximálně 300 000 Kč celkem. Program č. 2 pokrývá celé specializační vzdělávání, tedy základní kmen i specializovaný výcvik. U všeobecného praktického lékařství jde o 36 měsíců, u interního kmene o 42 a u pediatrie o 54 měsíců. Dotace přitom dosahovala 50 000 Kč měsíčně, u pediatrie 57 000 Kč – celkem tedy řádově miliony korun v závislosti na zbývajícím délce vzdělávání.



### **Hraje roli počet registrovaných pacientů?**

**UM:** U akreditací jsou pro vybrané odbornosti stanoveny minimální počty registrovaných pacientů: u všeobecného praktického lékařství 900, u pediatrie 600 a u gynekologie a porodnictví až 2 500 pacientek. To je opravdu vysoké číslo.

**DH:** Počet pacientů může ovlivnit i hodnocení samotné žádosti o dotaci. Při shodném bodovém hodnocení byl žadatel s vyšším počtem pacientů zařazen výše v pořadí, a mohlo to tedy rozhodnout o tom, zda rezidenční místo získáte, nebo ne.

### **Může jedno IČO podat více žádostí o dotaci?**

**DH:** Ano, v roce 2026 se podává žádost na každého rezidenta zvlášť, tj. pokud chcete zaměstnat dva rezidenty, podáte dvě žádosti o dotaci.

### **Jak dlouho trvá celý proces získání akreditace?**

**UM:** Závisí to na druhu akreditace. U základního kmene byste měli dostat rozhodnutí do 60 dnů od podání. U akreditace ve vlastním specializovaném výcviku to může trvat až půl roku – akreditační komise má čtyři měsíce na vydání stanoviska a ministerstvo zdravotnictví dalších 60 dnů na vydání rozhodnutí. Doporučujeme s podáním žádosti nečekat na poslední chvíli.

### **Může lékař s atestací nastoupit na RM?**

**UM:** Bohužel ne. Zákon č. 95/2004 Sb. říká, že lékař, který již má specializovanou způsobilost v základním oboru, se nemůže ucházet o místo rezidenta. Na rezidenční místo lze přijmout pouze čerstvého absolventa nebo lékaře v předatestační přípravě. Toto pravidlo nelze obejít.

### **Musí mít školitel plný pracovní úvazek?**

**UM:** U pediatriů pořád platí, že školitelem se může stát pouze lékař s úvazkem 1,0. Dříve to také platilo i u školitelů v odbornosti všeobecné praktické lékařství, od roku 2026 vzdělávací program stanoví, že úvazek školitele nesmí být nižší než 0,5 a k tomu je třeba doložit seznam lékařů, kteří budou školitele zastupovat v době nepřítomnosti. U gynekologie a porodnictví nebo dermatovenerologie postačí minimální úvazek školitele 0,5.

### **Co je vzdělávací plán a jak ho správně sestavit?**

**UM:** Vzdělávací plán vytváříte přímo v Systému Administrace. U každé odborné stáže uvedete konkrétní pracoviště, kde bude realizována: jako ambulantní zařízení uvedete sebe, u nemocničních stáží příslušnou smluvní nemocnici. Teoretické kurzy lze absolvovat jak na IPVZ, tak na lékařských fakultách. Klíčové je, že pro žádost o dotaci musíte mít vzdělávací plán pokrývající celý vzdělávací program – samotný základní kmen nebo jen specializovaný výcvik nestačí.

### **Jak se prodlužuje akreditace a musí se hlásit změny?**

**UM:** Žádost o prodloužení akreditace se rovněž podává v novém Systému Administrace. Pořád platí, že je třeba doplnit aktuální vzdělávací plán, dotazník a potvrzení o zaplacení správního poplatku. Pokud se změnila smluvní nemocnice, doložíte novou rámcovou smlouvu. Pozor: ke změnám je nutné přistupovat aktivně. Například změnu jednatele u s.r.o. je vždy třeba nahlásit ministerstvu zdravotnictví spolu s výpisem z obchodního rejstříku – jde o změnu v rozhodnutí o udělení akreditace, a to ministerstvo eviduje.

Chcete získat akreditaci nebo dotaci na rezidenční místo ale nemáte čas?

Objednejte se na bezplatnou konzultaci a rádi Vám poradíme!

Více na [www.infoprolekare.cz](http://www.infoprolekare.cz)

### **Jak náročná je administrativa spojená s akreditací a dotacemi?**

**UM:** Celý proces vyžaduje nejprve nastudovat příslušnou vyhlášku a aktuální vzdělávací program, ověřit splnění podmínek a teprve poté přistoupit k samotné žádosti. Je třeba správně vyplnit dotazník, připravit doklady školitele, zajistit rámcové smlouvy s nemocnicemi pro odborné stáže školenců a připravit vzdělávací plán. Upozorňuji, že pro čerpání dotace potřebujete akreditaci na celý vzdělávací program. Jen částečná akreditace nestačí.

**DH:** Je to tak – administrativa je opravdu náročná a vyžaduje pozornost. Rádi vám s ní pomůžeme: jak s vyřízením akreditace, tak s podáním žádosti o dotaci i s průběžnou administrativou po získání rezidenčního místa. Bezplatnou konzultaci si lze domluvit na našem webu nebo zavolat na číslo 253 253 901, případně napsat na [zakaznici@infoprolekare.cz](mailto:zakaznici@infoprolekare.cz).



**Mgr. Uljana Matuševská a Dana Holadová.**

# Nejčastější důvody, proč zdravotní pojišťovna neuhradí ambulantním specialistům veškerou vykázanou zdravotní péči



Poskytovatelé zdravotní péče často předpokládají, že veškeré výkony, které vykážou, jim budou zdravotní pojišťovnou uhrazeny. V praxi se však setkávají s mnoha případy, kdy tomu tak není, což může vést nejen k finančním ztrátám, ale i k nejistotě v ekonomickém řízení jejich praxe. Níže uvádíme nejčastější důvody, proč pojišťovny odmítají úhradu zdravotní péče.


## 1. Limity maximální úhrady

Většina poskytovatelů ambulantní péče má úhradu omezenou tzv. maximální úhradou, což znamená, že veškerá vykázaná péče nemusí být plně hrazena. Pokud poskytovatel tyto limity nezohlední, může dojít ke snížení plateb.

## 2. Vratky pojišťovně

Při konečném vyúčtování může být zjištěno, že poskytovatel obdržel v průběhu roku vyšší zálohy, než mu dle výpočtu maximální úhrady náležely. V takovém případě je povinen vrátit přeplatek pojišťovně. Tento systém někdy vede k autocenzuře poskytovatelů, kteří raději nevykazují veškerou péči, aby se vyhnuli pozdějším vratkám.

Z naší praxe můžeme uvést, že vratky se u ambulantních specialistů objevují ve vyšších desítkách tisíc, někdy i stovkách tisíc korun.

 Vzpomínáme na případ, kdy se na nás obrátil jeden poskytovatel, protože VZP po něm požadovala vrátit 500.000 Kč. Po sečtení vratek u všech pojišťoven, se kterými měl smlouvu, jsme došli k téměř likvidační částce jednoho milionu korun.

## 3. Administrativní chyby a jejich dopad na úhradu péče

Někteří lékaři nevěnují dostatečnou pozornost administrativě a správnému vykazování výkonů, což může vést k jejich zamítnutí pojišťovnou.

Mezi nejčastější chyby patří nekompletní dokumentace, nedodržení frekvenčních omezení nebo vykazování výkonů, které nejsou zahrnuty ve smlouvě.

## 4. Nedostatečné využití mimořádně nákladných pojištěnců

Poskytovatelé, kteří aktivně nesledují data o svých mimořádně nákladných pojištěncích, mohou ztrácet významnou část úhrad. Pokud náklady na pacienta přesáhnou pětinasobek hodnoty PURO (průměrná úhrada na jednoho pojištěnce), pojišťovna mu uhradí veškerou vykázanou zdravotní péči.

Proto je důležité tyto pacienty včas identifikovat, pravidelně provádět kontroly a pečlivě vykazovat veškerou poskytnutou péči.

## 5. Strach z pojišťovny a revizních lékařů

Někteří poskytovatelé se obávají, že pokud budou vykazovat příliš mnoho nákladných výkonů, může je pojišťovna označit za „příliš drahé“ a následně jim zaslat revizní kontrolu nebo vypovědět smlouvu.

Tento strach často vede k podhodnocování vykazované zdravotní péče. Ve skutečnosti se však jedná o mýtus – pokud jsou výkony oprávněně indikovány, pojišťovna poskytovatele tímto způsobem nevyhodnocuje.

## 6. Nesprávné nastavení nově nasmlouvaných výkonů

Nově nasmlouvané výkony jsou hrazeny výkonovou úhradou. U pojišťoven OZP a ZPMV to však platí pouze v případě, že o ni poskytovatel aktivně požádá. Pokud tak neučiní, mohou být tyto výkony zahrnuty do stávajícího PURO, což může vést k jejich neúplné úhradě.

## 7. Nevyužití mezioborových kódů

Někteří poskytovatelé nevyužívají mezioborové výkony, protože nejsou snadno dohledatelné. Tímto opomenutím se mohou připravit o významné příjmy.



Víte, jak dopadlo Vaše vyúčtování od zdravotních pojišťoven za rok 2025?



**Spočítejte si to zdarma a online**



[app.purobot.cz/analyza-vyuctovani](https://app.purobot.cz/analyza-vyuctovani)

## Jak se vyhnout finančním ztrátám?

Aby poskytovatelé předešli problémům s neuhrazenou péčí, je nutné důsledně sledovat pravidla úhrad a jejich limity, správně vykazovat zdravotní péči, využívat mezioborové kódy a provádět ekonomickou analýzu své praxe.

### Nová úroveň analýzy vyúčtování od zdravotních pojišťoven

Spočítejte kolik Vám ZP neuhradila za rok 2025.

Zdarma získáte rychlý a přesný přehled o úhradách – stačí zadat pár základních údajů, bez nahrávání dávek!

### Díky naší bezplatné kalkulačce zjistíte:

- Kolik vám ZP neuhradila z vykázané péče.
- Kolik jste ještě mohli vykázat a získat další úhrady.
- Jak si stojí vaše průměrná nákladovost oproti hodnotě PURO.

### Co s tím dělat?

Nechte si poradit od skutečných odborníků. Přepojíme vás na náš tým specialistů, kteří mají dlouholeté zkušenosti – pracovali přímo jako referenti v pojišťovnách, takže znají systém zevnitř!

- Pomůžeme vám pochopit důvody neúhrad
- Poradíme, jak správně vykazovat pro maximální úhrady
- Ukážeme vám, jak optimalizovat vaši praxi



**Mgr. Bianka Janiga**

Specialistka na odvolání proti vyúčtování s důrazem na právní a ekonomické argumenty.

# Časopis IPL

Jediný ekonomický časopis  
pro lékaře a fyzioterapeuty v ČR

## Pro partnery a inzerenty

Máte zájem o reklamu, společné edukační  
webináře či kampaně?

Kontaktujte naše marketingové oddělení:



[marketing@infoprolekare.cz](mailto:marketing@infoprolekare.cz)

## Pro autory a odborníky

Chcete přispět odborným článkem? Rádi  
uvítáme váš pohled, zkušenosti a praktické  
rady.

## Nezmeškejte další vydání

Přihlaste se k bezplatnému odběru  
ročníku Časopisu IPL.

[infoprolekare.cz/casopis-ipl](http://infoprolekare.cz/casopis-ipl)

Info pro lékaře a.s. IČ: 28830512

Perlová 371/5, 110 00 Praha 1

[www.infoprolekare.cz](http://www.infoprolekare.cz)

[zakaznici@infoprolekare.cz](mailto:zakaznici@infoprolekare.cz)

+420 253 253 900

3. vydání ročníku, 30. 3. 2026

Náklad: 1.000 ks

MK ČR E 24622



# Info pro lékaře

Šetříme lékařům a fyzioterapeutům  
čas a peníze od roku 2012.

