

Úhrady ambulantní gynekologické péče 2026

VERZE 1.6 PLATNÁ K 27. 1. 2026 (VZP ČR)

Obsah

Obsah.....	1
Úvod	2
1. Měsíční agregovaná úhrada.....	3
Základní principy měsíční agregované úhrady.....	3
Další specifické otázky spojené s měsíční agregovanou úhradou.....	4
Vliv ultrazvukového vybavení na měsíční agregovanou úhradu	6
Možnosti navýšení měsíční agregované úhrady.....	7
2. Výkony vykazované nad rámec měsíční agregované úhrady.....	9
Vykazované signální výkony	9
Epizoda péče	9
Vykazování vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb	10
3. Nepravidelná péče.....	13
4. Úhrada péče za těhotné pojištěnky	14
Těhotná pojištěnka	14
Úhrada péče o těhotné pojištěnky	14
5. Management léčby neplodnosti	16
6. Úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků	17
7. Regulační omezení	18
8. Úhrady v rámci ročního vyúčtování	20
Navýšení měsíční agregované úhrady za preventivní péči.....	20
Vyhodnocení nepravidelné péče.....	20
Bonus a malus u těhotných.....	20

Úvod

V rámci dohodovacího řízení pro stanovení výše a způsobu úhrady pro rok 2026 došlo v segmentu ambulantních gynekologů k dohodě, která definuje nové principy úhradového mechanismu segmentu. Segment poskytovatelů ambulantní gynekologické péče je jedním ze tří segmentů primární péče a poskytovatelé jsou dle zákona o zdravotních službách¹ registrujícími poskytovateli a poskytují tak především pravidelnou péči, dle toho by mělo být k tomuto segmentu přistupováno.

Dle aktuálních dat je zřejmé, že v tomto segmentu docházelo v rámci dosavadního úhradového mechanismu mezi poskytovateli k neodůvodněným diferencím v průměrné úhradě na jednoho pojištěnce, ale také v průměrném počtu kontaktů na jednoho pojištěnce. Tyto difference jsou jedním z hlavních důvodů změny úhradového mechanismu, jehož primárním cílem je zjednodušení a zpřehlednění úhradového mechanismu.

Dalším důvodem pro realizaci změny úhradového mechanismu byla také skutečnost, že více než 97 % bodové produkce segmentu ambulantních gynekologů je postaveno na vykazování 20 výkonů, z toho majoritu měly tři výkony, a to konkrétně výkony č. 63050, 63022, 63417 dle seznamu výkonů.

Základním kamenem nového úhradového mechanismu pro poskytovatele ambulantní gynekologické péče je tzv. měsíční agregovaná úhrada, která bude poskytovateli pravidelně uhrazena za každou registrovanou pojištěnku (k poslednímu dni v měsíci), u které poskytovatel v posledních 24 měsících provedl preventivní prohlídku. V agregované úhradě je zahrnuta úhrada veškeré péče za registrující pojištěnku, s výjimkou té, která je definována níže a podrobně rozvedena v rámci tohoto dokumentu. Každý poskytovatel má na základě splnění dílčích kritérií rovněž možnost si úhradu základní agregované platby za registrovanou pojištěnku v pravidelné péči navýšit.

Nad rámec měsíční agregované úhrady budou poskytovateli výkonově hrazeny vybrané gynekologické služby:

- úhrada nepravidelné péče neregistrovaným pojištěnkám,
- úhrada hrazených služeb poskytnutých těhotným pojištěnkám,
- úhrada hrazených služeb v rámci léčby neplodnosti,
- úhrada vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb,
- úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků.

Cílem tohoto dokumentu je popsat nový úhradový mechanismus a definovat metodický postup pro běžné i specifické situace, které v souvislosti s aplikací nového úhradového mechanismu mohou nastat.

Tento dokument je vytvářen ve spolupráci zdravotních pojišťoven, zástupců poskytovatelů (SSG ČR) a zástupců České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP (ČGPS ČLS JEP), přičemž v případě potřeby se předpokládá jeho průběžná aktualizace.

¹ [Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování](#)

1. Měsíční agregovaná úhrada

Úhrada hrazených služeb formou měsíční agregované úhrady bude v rámci segmentu ambulantních gynekologů realizována od 1. 1. 2026. Tento princip úhrady má zjednodušit a zpřehlednit úhradový mechanismus jako takový, ale také sjednotit podmínky úhrady pro všechny poskytovatele s ohledem na stejný charakter péče (primární gynekologická péče). Zároveň je do úhradového mechanismu vtělen motivační mechanismus k registraci pacientů do péče a k participaci na zajištění pravidelné preventivní péče.

Základní principy měsíční agregované úhrady

Měsíční agregovanou úhradou se rozumí pravidelná měsíční úhrada za každou registrovanou pojištěnku, která je v pravidelné péči registrujícího gynekologa, tedy je na některém z jeho pracovišť registrována. Nárok na pravidelnou měsíční úhradu vzniká pouze v případě, že byla u této pojištěnky v posledních 24 kalendářních měsících provedeno komplexní vyšetření **výkonem č. 63021 – Komplexní vyšetření gynekologem a porodníkem nebo preventivní prohlídka vykázaná výkonem č. 63050 – Preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související** podle seznamu zdravotních výkonů².

Podmínky pro měsíční agregovanou úhradu za danou pojištěnku příslušnému registrujícímu poskytovateli:

- daná pojištěnka je k **poslednímu dni v měsíci** registrovaná na některém z pracovišť poskytovatele a tato registrace je evidována příslušnou zdravotní pojišťovnou;
- **příslušný registrující poskytovatel dané pojištěnce provedl v posledních 24 měsících preventivní prohlídku** a tuto preventivní prohlídku vykázal výkonem č. 63021 nebo č. 63050 příslušné zdravotní pojišťovně;
- pro vyhodnocení existence nároku na měsíční agregovanou úhradu budou zohledněny pouze výkony č. 63021, resp. č. 63050 vykázané příslušným poskytovatelem k 10. dni aktuálního kalendářního měsíce a uznané pojišťovnou, přičemž jejich dodatečné vykázaní nárok na agregovanou platbu nezakládá (*tj. do vyhodnocení splnění podmínky provedené preventivní prohlídky nebudou zahrnuty vykázané výkony právě hodnoceného měsíce, měsíční agregovaná úhrada bude uhrazena až následující měsíc*).
- měsíční agregovaná úhrada za příslušný kalendářní měsíc bude poskytovateli uhrazena v průběhu následujícího měsíce.

Základní výše měsíční agregované **úhrady** za **jednu** registrovanou pojištěnku je **pro rok 2026 stanovena ve výši 118 Kč** (pozn. VZP ČR nad rámec úhradové vyhlášky navyšuje základní výši na 120 Kč poskytovatelům, kteří s ní uzavřou úhradový dodatek).

V agregované úhradě je **zahrnuta** veškerá zdravotní péče o registrovanou pojištěnku, vyjma **explicitně uvedených zdravotních služeb** (uvedených v části 2–6 tohoto dokumentu). Měsíční agregovaná úhrada tedy obsahuje také tyto výkony:

- vstupní komplexní vyšetření gynekologem,
- preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související,
- ultrasonografická vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí,
- cílená a kontrolní vyšetření gynekologem,
- telefonické konzultace ošetřujícího lékaře pacientem,
- minimální kontakt lékaře s pacientem,
- odběry materiálu z pochvy, čípku a hrdla děložního,
- dispenzární péče,
- edukační pohovor lékaře s nemocným či rodinou,

² [Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami](#)

- injekce I.M, S.C., I.D.,
- vystavení a ukončení dočasné pracovní neschopnosti,
- odeslání pojištěnce na navazující vyšetření,
- předání kopie nebo výpisu zdravotnické dokumentace při změně registrujícího lékaře,
- poučení pojištěnce, rozhodnutí o potřebě další návštěvy.

Upozornění:

Vzhledem k tomu, že se jedná o nový úhradový mechanismus, nebudou poskytovatelům výkony zahrnuté v měsíční agregované úhradě vyraženy z přílohy č. 2 Smlouvy. Poskytovatel tedy výkony zahrnuté v měsíční agregované úhradě nevykazuje.

Nárok na úhradu měsíční agregované úhrady vzniká také v případě, že Poskytovatel v 24 kalendářních měsících předcházejících danému kalendářnímu měsíci provedl u registrované pojištěnky vyšetření vykázané výkonem č. 63021 podle seznamu výkonů. Výkon č. 63021 podle seznamu výkonů Poskytovatel vykazuje při převzetí pojištěnky do péče a dále vždy, pokud u Poskytovatele dojde k přerušení péče o registrovanou pojištěnku delší než dva roky.

V případě, že poskytovatel na registrovanou pojištěnku vykáže jakékoliv výkony než ty, které jsou specifikovány dále, nebudou mu tyto výkony uhrazeny (pozn. jejich hodnota bude stanovena za 0 Kč), zároveň však nebude docházet k odmítnutí celé dávky či celého dokladu.

Výjimkou jsou výkony 63022, 63023 a 63417, které jsou definovány jako nepravidelná péče. V případě, že je poskytovatel vykáže u registrované pojištěnky, bude mu doklad s těmito výkony odmítnut.

Realizace měsíční agregované úhrady bude probíhat automaticky a vypočítá se podle počtu registrovaných pojištěnek, u kterých byly splněny výše uvedené podmínky. Měsíční agregovaná úhrada bude v roce 2026 poprvé vyúčtována v měsíci únoru 2026 za období leden 2026. K této úhradě bude připočtena dále specifikovaná úhrada, tj. úhrada nepravidelné péče za neregistrované pojištěnky a výkonová část úhrady (epizoda péče, specializované služby atp.).

Další specifické otázky spojené s měsíční agregovanou úhradou

Zástupy mezi poskytovateli budou dle praxe ještě upřesněny. Nicméně provedení a vykázení výkonů č. 63021 nebo 63050 zastupujícím poskytovatelem nezakládá nárok na vyplacení měsíční agregované úhrady. Preventivní prohlídku lze vykázet 1krát za rok (pro účely agregované měsíční úhrady je tolerován interval 24 měsíců), tedy je zde dostatečný prostor pro organizaci práce a přeplánování preventivní péče registrovaných pojištěnek. Přiznání měsíční agregované úhrady za příslušný kalendářní měsíc je ze strany pojištěnce podmíněno sjednaným platným pojištěním v rámci veřejného zdravotního pojištění na území ČR.

Měsíční agregovaná úhrada u zahraničních pojištěnek. Měsíční agregovaná úhrada bude uhrazena za každou registrovanou pojištěnku bez rozdílu, zda se jedná o pojištěnku s trvalým pobytem (druh pojištění 1) nebo zahraniční pojištěnku (druh pojištění 4, kódy pojištění 0V a 0W), má-li nárok na komplexní spektrum hrazených služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Měsíční agregovaná úhrada u pojištěnek, které změnilly zdravotní pojišťovnu. Zdravotní pojišťovny si vyměňují po ukončení přeregistračních termínů vybrané hrazené služby vykázané u pojištěnců, kteří změnilli zdravotní pojišťovnu (tzv. „balíček na cestu“). Mezi tyto vybrané výkony budou nově zahrnuty i výkony 63021 a 63050, nová zdravotní pojišťovna by tedy měla mít informaci o vykázení těchto výkonů a měla by je zahrnout do vyhodnocení nároku na měsíční agregovanou úhradu. Zároveň by měl poskytovatel sledovat údaje, které jsou mu zasílány jednotlivými zdravotními pojišťovnami, a to včetně

údajů o jím registrovaných pojištěncích, kteří změnili zdravotní pojišťovnu. Zároveň, s ohledem na komplikovanost předávání dat a zajištění hladkého průběhu zavedení měsíční agregované úhrady, je zaveden výkon VZP č. 63893 – Signální výkon provedení gynekologické preventivní prohlídky při změně zdravotní pojišťovny či změně čísla pojištěnce.

Výkon VZP č. 63893 – Signální výkon provedení gynekologické preventivní prohlídky při změně zdravotní pojišťovny či změně čísla pojištěnce

Poskytovatel signální výkon vykáže u pojištěnky, u které provedl gynekologickou preventivní prohlídku v období od 1. 1. 2024 (má ji řádně zaznamenanou ve zdravotnické dokumentaci), a pojištěnka následně změnila zdravotní pojišťovnu nebo u ní došlo ke změně čísla pojištěnce (pozn. u administrativní změny čísla pojištěnce dochází ke ztrátě informace o provedení preventivní prohlídky). Je v zájmu poskytovatele je, aby v období před ukončením tzv. přestupního termínu pro přeregistraci pojištěnců na základě předávaných sestav zkontroloval, kterých pojištěnek s nárokem na agregovanou úhradu se změna týká.

Na základě signálního výkonu bude přiznána měsíční agregovaná úhrada za péči o registrovanou pojištěnku do doby vykazání další preventivní gynekologické prohlídky příslušným SZV výkonem (63021 nebo 63050), avšak po omezenou dobu 9 měsíců (doba bude definována v úhradovém dodatku). V rámci ročního vyúčtování budou vykazované výkony č. 63893 porovnány s daty předanými v rámci tzv. balíčku na cesty. V případě, že nebudou v rámci balíčku na cesty výkony č. 63021 a 63050 dohledány, budou měsíční agregované úhrady za toto období dodatečně odmítnuty.

Výkon je administrativní pro účely realizace měsíční agregované úhrady ve výše uvedených případech (je možné jej vykazovat s dg. Z01.4, pokud je vykazován jen tento výkon, pak není možné vykazat výkon epizody péče).

Upozornění: Výkon může být nové zdravotní pojišťovně vykazán nejdříve od data přechodu, tj. od 1. 1., resp. 1. 7. a s datem provedení, které musí být až po přechodu k nové zdravotní pojišťovně (tj. administrativně uvedené datum, které se nebude shodovat s datem provedení preventivní prohlídky) – od tohoto data provedení se počítá 9 měsíční lhůta.

Poskytovatel bude v pravidelné měsíční sestavě informován o pojištěncích, u kterých nevznikl nárok na měsíční agregovanou úhradu. V rámci tzv. Rekapitulace nároku na Agregovanou úhradu budou poskytovatelé ze strany zdravotní pojišťovny informováni o pojištěncích, kterým nevznikl nárok na měsíční agregovanou úhradu.

Registrace na ukončených pracovištích. Není výjimkou, že poskytovatel z nějakého důvodu ukončil platnost některých svých pracovišť (tj. je ukončena příloha č. 2 Smlouvy), přičemž na těchto pracovištích zůstaly evidovány registrace pojištěnek (*pozn. registrace se změní pouze v případě, že proběhne nějaký aktivní úkon – tj. poskytovatel požádá o registraci na jiné pracoviště, pojištěnka změní registrujícího poskytovatele*). Měsíční agregovaná úhrada bude však realizována jen za smluvní (platná) pracoviště (IČP). Je v zájmu poskytovatele, aby poskytovatel požádal příslušnou zdravotní pojišťovnu o přesunutí těchto registrovaných pojištěnek na jiné své pracoviště (platné IČP).

Možnosti ukončení registrace pojištěnky u příslušného poskytovatele. V případě, že poskytovatel vyrozumí zdravotní pojišťovnu o ukončení registrace, pak zdravotní pojišťovna registraci ukončí. Poskytovatel by měl pojištěnce vyrozumět o ukončení registrace, přičemž není podstatné, co je důvodem ukončení (zda pojištěnec svým jednáním naplnil zákonný důvod ukončení registrace), resp. jakou formou byl pojištěnec vyrozuměn (informaci o ukončení registrace je možné odeslat e-mailem, SMS). Situaci a vztah mezi pojištěncem a poskytovatelem by ujasnilo, kdyby poskytovatel ve svém vnitřním řádu stanovil, že může za porušení povinnosti poskytovat součinnost považovat i to, že pacient neabsolvuje preventivní prohlídku za určitá období, případně, že se opakovaně i přes upozornění poskytovatele nedostaví k preventivní prohlídce. Tímto postupem by pak bylo stanoveno výslovně, že neabsolvování preventivní prohlídky (ve stanoveném období) je porušením součinnosti, pacient by byl

s tímto seznámen a srozuměn (pozn. podmínkou by bylo, že vnitřní řád při uzavření smlouvy o péči, tj. na počátku poskytování zdravotních služeb, akceptoval).

Vliv ultrazvukového vybavení na měsíční agregovanou úhradu

Základní měsíční agregovaná úhrada bude poskytovateli hrazena v plné výši, pokud poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně doloží vybavení ultrazvukovým přístrojem vyrobeným po 31. 12. 2011 a doklad o pravidelné kontrole tohoto přístroje certifikovaným subjektem, který není starší 2 let. V případě, že poskytovatel nedoloží stáří ultrazvukového přístroje, bude základní výše měsíční agregované úhrady (tj. měsíční agregovaná úhrada bez navýšení za vybrané kvalitativní ukazatele) **vynásobena koeficientem 0,50 (tj. krácena na polovinu).**

Tento mechanismus vychází z dlouhodobé spolupráce zdravotních pojišťoven s odbornou společností ČGPS ČLS JEP a ze zjištění skutečností z provedeného šetření o ultrazvukovém vybavení ambulantních gynekologů. Ultrazvukový přístroj je základním diagnostickým nástrojem ambulantního gynekologa. V samotném výkonu 63417 je kalkulován ultrazvukový přístroj s dobou životnosti přístroje 5 let. Odborné studie pak například definují, že přístroj starší 10 let je vhodné vyměnit, a to z důvodu zajištění kvality zobrazení. Splnění této podmínky je tedy jedním z nástrojů hodnocení kvality, který je zapracován přímo do úhradového mechanismu.

Podmínky splnění parametru stáří ultrazvukového přístroje:

- Poskytovatel příslušné zdravotní pojišťovně doloží, že na každém pracovišti disponuje alespoň jedním přístrojem, který splňuje současně tyto podmínky (tj. v případě, že je poskytovatel vybaven více ultrazvukovými přístroji, musí být podmínky splněny minimálně u jednoho přístroje na každém pracovišti poskytování hrazených služeb uvedených ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou):
 - o Ultrazvukový přístroj má rok výroby nejdříve 1. 1. 2012 (tj vyrobený po 31. 12. 2011), přičemž tato skutečnost (rok výroby) je doložená kupní smlouvou nebo jiným adekvátním dokladem.
 - o U příslušného ultrazvukového přístroje je prováděna pravidelná bezpečnostně technická kontrola (BTK) certifikovaným subjektem, přičemž tato kontrola je doložena dokladem, který není starší dvou let – tato kontrola se provádí nejpozději po dvou letech od převzetí ultrazvukového přístroje:
 - u přístrojů převzatých/ nakoupených v roce 2024 není tedy pro rok 2026 nutné certifikát BTK předkládat – v takovém případě stačí doložení roku výroby přístroje,
 - u přístrojů převzatých/ nakoupených před rokem 2024 musí poskytovatel doložit certifikát BTK, který není starší než dva roky.

Upozornění:

Splnění podmínek stáří a pravidelné kontroly ultrazvukového vybavení bude hodnoceno vždy k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce, proto by měl poskytovatel věnovat tomuto tématu pozornost a včas příslušné doklady doložit.

U poskytovatelů, kteří nedisponují příslušným ultrazvukovým přístrojem, tj. nemají UZ přístroj uvedený v příloze smlouvy, bude podmínka doložení stáří ultrazvukového přístroje automaticky považována za nesplněnou.

VZP ČR nebude u poskytovatelů ambulantní gynekologické péče, kteří akceptují úhradový dodatek uplatňovat žádné snížení úhrady v souvislosti s nedoložením příslušného ultrazvukového vybavení či doklad o pravidelné kontrole tohoto zařízení, a to do 30. 6. 2026. V případě, že Poskytovatel nedoloží

doklad o validním ultrazvukovém vybavení do 30. 6. 2026, přistoupí VZP ČR ke snížení měsíční agregované úhrady, tj. vynásobením koeficientem 0,50 za každý měsíc (červenec až prosinec), ve kterém Poskytovatel splnění podmínek nedoložil, tj. dle parametrů úhradové vyhlášky až od 1. 7. 2026.

Možnosti navýšení měsíční agregované úhrady

Každý poskytovatel, který splňuje podmínky pro úhradu pravidelné měsíční agregované úhrady má možnost si tuto platbu navýšit, a to na základě splnění dílčích kritérií. Tato kritéria sledují vybrané indikátory kvality, přičemž jejich cílem je motivace k zajištění vzdělávání nových lékařů v oboru, zajištění vyšší dostupnosti hrazených služeb a naplnění standardů spojených s poskytováním péče o pojištěnce.

Jednotlivé možnosti navýšení se sčítají a jsou promítnuty do pravidelného vyúčtování měsíční agregované úhrady (s výjimkou navýšení agregované úhrady za preventivní prohlídky – viz dále).

Navýšení za celoživotní vzdělávání lékařů poskytovatele

Poskytovatel může v roce 2026 dosáhnout **navýšení měsíční agregované úhrady o 9 Kč**, pokud bude zdravotní pojišťovně nejpozději do 31. 1. hodnoceného období doloženo, že nejméně 50 % lékařů, kteří v rámci poskytovatele (IČZ) poskytují hrazené služby pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tj. působí u poskytovatele jako nositelé výkonů, jsou držiteli platného dokladu o celoživotním vzdělávání lékařů.

Stejně jako v předchozích obdobích se předpokládá spolupráce s Českou lékařskou komorou (případně s jiným subjektem, který zajišťuje celoživotní vzdělávání), která předá zdravotním pojišťovnám přehled lékařů, kteří jsou držiteli diplomu celoživotního vzdělávání.

Za platný doklad celoživotního vzdělávání lékařů se považuje doklad, který je platný po celé hodnocené období, přičemž tato podmínka se považuje za splněnou i v případě, že poskytovatel doloží zdravotní pojišťovně nový doklad celoživotního vzdělávání (období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nečiní více než 30 kalendářních dnů).

Upozornění:

Ačkoliv se zdravotní pojišťovny snaží zpracovat doložené seznamy automaticky, někdy to není možné. Poskytovatel si tedy musí ohlídat, že byla informace o splnění podmínky zdravotní pojišťovně skutečně předána. V případě, že poskytovatel zjistí, že touto informací zdravotní pojišťovna nedisponuje, má možnost kontaktovat pojišťovnu individuálně a splnění podmínek doložit přímo.

Navýšení za rozsah a rozložení ordinační doby

Poskytovatel může v roce 2026 dosáhnout **navýšení měsíční agregované úhrady o 9 Kč**, pokud alespoň u jednoho pracoviště (IČP) poskytuje hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodloužené do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin.

Ordinačními hodinami se rozumí ordinační hodiny sjednané ve smlouvě mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž se jedná o dobu, kdy je na pracovišti poskytovatele pro pojištěnce dostupný alespoň jeden lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví.

Upozornění:

Splnění podmínky rozsahu a rozložení ordinační doby bude hodnoceno vždy k prvnímu dni příslušného kalendářního měsíce. Dojde-li tedy ke změně přílohy č. 2 Smlouvy, pak bude mít vliv na výpočet měsíční agregované úhrady.

Poznámka:

Zdravotní pojišťovny mohou zohlednit případy, kdy poskytovatel má ordinační dobu v rozsahu alespoň 24 ordinačních hodin rozložených do 4 pracovních dnů týdně, přičemž má alespoň 2 dny v týdnu ordinační hodiny prodlouženy do 18:00 hodin nebo alespoň 2 dny v týdnu má začátek ordinační doby od 7:00 hodin nebo alespoň 1 den v týdnu od 7:00 hodin a zároveň alespoň 1 den v týdnu do 18:00 hodin, a zároveň doloží, že všichni lékaři, kteří na takovém pracovišti působí jako nositelé výkonů, poskytují po celý rok 2025 alespoň jeden den v týdnu hrazené služby u poskytovatele lůžkových zdravotních služeb nebo poskytovatele jednodenní péče. Každá zdravotní pojišťovna tedy postupuje v rámci vyhodnocení podmínky navýšení individuálně.

Navýšení za vzdělávání nových lékařů

Poskytovatel může v roce 2026 dosáhnout **navýšení měsíční agregované úhrady o 9 Kč**, pokud doložil či v průběhu roku doloží příslušné zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví podle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.

Upozornění:

Navýšení za vzdělání nových lékařů bude uznáno na základě doložení Rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR o udělení akreditace k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru gynekologie a porodnictví od prvního dne měsíce následujícího počátku platnosti tohoto rozhodnutí.

Poznámka:

Každá zdravotní pojišťovna může v rámci vyhodnocení podmínky navýšení postupovat individuálně.

VZP ČR v tomto případě navýší úhradu, od 1. dne následujícího měsíce, ve kterém poskytovatel předloží platné Rozhodnutí.

Navýšení za certifikát kvality ISO 9001

Poskytovatel může v roce 2026 dosáhnout **navýšení měsíční agregované úhrady o 9 Kč**, pokud prošel externím hodnocením kvality a doloží certifikát kvality ISO 9001.

Upozornění:

Navýšení za certifikát ISO 9001 bude uznáno na základě doložení Certifikátu kvality ISO 9001.

Poznámka:

Každá zdravotní pojišťovna může v rámci vyhodnocení podmínky navýšení postupovat individuálně.

VZP ČR v tomto případě navýší úhradu, od 1. dne následujícího měsíce, ve kterém poskytovatel předloží platný Certifikát kvality ISO 9001.

Navýšení za splnění podílu registrovaných pojištěnek s preventivní prohlídkou

Poskytovatel může v roce 2026 dosáhnout **navýšení měsíční agregované úhrady o 4 Kč** (pozn. VZP ČR nad rámec úhradové vyhlášky navyšuje toto navýšení na 5 Kč u poskytovatelů, kteří uzavrou úhradový dodatek), pokud provedl v roce 2026 preventivní prohlídku vykázanou výkonu č. 63021 nebo č. 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % svých registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. 12. 2026.

Toto navýšení bude předmětem ročního vyúčtování a je popsáno v dalších částech dokumentu.

2. Výkony vykazované nad rámec měsíční agregované úhrady

V měsíční agregované úhradě jsou zahrnuty veškeré hrazené služby, resp. zdravotní výkony, které se nevykazují, s výjimkou zdravotních služeb, které jsou uvedeny v této a dalších kapitolách. Jedná se především o tzv. signální výkony, díky nimž získávají především zdravotní pojišťovny podrobnější informace o spektru a množství prováděné péče, které jsou nezbytné pro úhradu měsíční agregované úhrady, resp. jsou využívány k vyhodnocení motivačních a bonifikačních programů. Dále se jedná o výkon epizody péče/kontaktu v ordinaci lékaře primární péče. Nad rámec měsíční agregované úhrady jsou dále vykazovány a hrazeny také vybrané specializované a konziliární výkony, péče o těhotné, nepravidelná péče, péče o neplodnost a vybrané gynekologické zákroky.

Vykazované signální výkony

Nad rámec měsíční agregované úhrady vykazuje poskytovatel níže uvedené výkony, které v novém úhradovém mechanismu mají povahu signálních výkonů (tj. budou hrazeny s nulovou hodnotou, neboť jsou zahrnuty v měsíční agregované úhradě).

Naprostou zásadní roli má vykazování výkonů preventivní péče (je zahrnuta v měsíční agregované úhradě), neboť tyto výkony jsou rozhodné (kromě platné registrace), zda poskytovatel má/nemá nárok na měsíční agregovanou úhradu za daného pojištěnce. Za výkony preventivní péče jsou považovány:

- výkon **63021 - Komplexní vyšetření gynekologem či porodníkem** podle seznamu výkonů v případě provedení komplexního vyšetření gynekologem při převzetí a registraci pojištěnky do péče,
- výkon **63050 - Preventivní prohlídka gynekologem a péče s ní související** podle seznamu výkonů v případě provedení preventivní prohlídky gynekologem.

Dále je poskytovatel nad rámec měsíční agregované úhrady oprávněn vykázat výkon **09215 – Injekce I.M., S.C., I.D.** podle seznamu výkonů, a to pro potřeby vykázat zvlášť účtovaný přípravek (ZULP) v případě, že jej při výkonu použil.

Nad rámec agregované úhrady dále poskytovatel vykazuje výkony screeningových programů, které mají rovněž povahu signálních výkonů a slouží pro potřeby ÚZIS. Jedná se o následující výkony:

- výkon č. **15120 – signální výkon – stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningu kolorektálního karcinomu – nález negativní**
- výkon č. **15121 - signální výkon – stanovení okultního krvácení ve stolici speciálním testem v rámci screeningu kolorektálního karcinomu – nález pozitivní podle seznamu výkonů**
- v případě, že poskytovatel některý z těchto výkonů provedl v rámci screeningu kolorektálního karcinomu.

Epizoda péče

Stejně jako v předchozích letech je i v rámci nového úhradového mechanismu zavedena úhrada za každou epizodu péče nebo kontakt s pojištěncem v souvislosti s klinickým vyšetřením. U poskytovatelů ambulantní gynekologické péče se vykazují zpravidla dva výkony epizody péče, a to:

- výkon VZP č. **01543 – Epizoda péče/kontakt v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékaře primární péče, který se vykazuje v případě kontaktu s pojištěncem ode dne dovršení 18 let**, úhrada tohoto výkonu je pro rok 2026 stanovena ve výši **87 Kč**;
- výkon č. **09557 – Ošetření dítěte od 12 let do 18 let dle seznamu výkonů**, pro který je úhrada pro rok 2026 stanovena ve výši **112 Kč**.

V případě ošetření mladších pojištěnek nebo pojištěnek ve výkonu detence, ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody jsou hrazeny také tyto výkony:

- výkon č. **09555 – Ošetření dítěte do 6 let dle seznamu výkonů**, pro který je úhrada pro rok 2026 stanovena ve výši **224 Kč**;
- výkon č. **09556 – Ošetření dítěte ve věku od 6 let do 12 let dle seznamu výkonů**, pro který je úhrada pro rok 2026 stanovena ve výši **168 Kč**;
- výkon č. **09990 – Ošetření osob ve výkonu zabezpečovací detence, ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody dle seznamu výkonů**, pro který je úhrada pro rok 2026 stanovena ve výši **36 Kč**.

Upozornění:

Tyto výkony se vykazují ke klinickém vyšetření, přičemž za klinické vyšetření se považuje vyšetření, které naplňuje obsah komplexního, opakovaného komplexního, cíleného, kontrolního nebo konziliárního vyšetření, včetně výkonů č. 63050, 63053 a 63055.

Výkony Epizody péče lze rovněž vykázat v kombinaci s výkony specializovaných a konziliárních služeb (viz níže) a také k výkonu 63200, neboť v jejich úhradě jsou od roku 2026 započtena také klinická vyšetření.

Tedy v případě provedení cíleného (63022), resp. kontrolního (63023) vyšetření ambulantním gynekologem u registrované pojištěnky lze tyto výkony vykázat samostatně.

Výkony epizody péče jsou hrazeny standardně, v měsíčním režimu.

Vykazování vybraných výkonů specializovaných a konziliárních služeb

Jak již bylo uvedeno, cílem měsíční agregované úhrady je zjednodušit úhradový mechanismus a zároveň standardizovat úhradové podmínky mezi poskytovateli. Část poskytovatelů provádí hrazené služby, které svým charakterem nepatří do měsíční agregované úhrady, tedy do běžné péče o registrovanou pojištěnku, ale mají charakter specializovaných a konziliárních služeb (jsou vázány na certifikaci, vzdělání atp.), resp. jsou prováděny v omezeném množství na omezeném počtu pracovišť u registrovaných i neregistrovaných pojištěnek (zpravidla referovaných). Proto byly definovány skupiny výkonů, jež jsou hrazeny výkonově, a to bez ohledu na to, zda se jedná o registrovanou či neregistrovanou pojištěnku. Uvedené výkony jsou hrazeny v případě, že je má ambulantní poskytovatel odbornosti 603 nasmlouvaný a zároveň splňuje náležité technické vybavení.

Jedná se o tyto výkony specializovaných a konziliárních služeb (u registrovaných i neregistrovaných pojištěnek):

- Kolposkopická expertíza – vykazuje se výkonem **63063 – Kolposkopická expertíza** podle seznamu výkonů. Pro rok 2026 má tento výkon stanovenou úhradu ve výši **1 076 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
- Ultrazvuková expertíza – vykazuje se výkonem **63415 - Superkonziliární ultrazvukové vyšetření v průběhu prenatální péče** podle seznamu výkonů, Pro rok 2026 má tento výkon stanovenou úhradu ve výši **1 576 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
- Amniocentéza – vykazuje se výkonem **63311 – Odběr plodové vody transabdominální amniocentézou** podle seznamu výkonů. Pro rok 2026 má tento výkon stanovenou úhradu ve výši **1 342 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.

- Odběr choriových klků – vykazuje se výkonem **63319 - Odběr choriových klků transcervikálním nebo transabdominálním přístupem** podle seznamu výkonů. Tento výkon má pro rok 2026 stanovenou úhradu ve výši **1 957 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
- Vyšetření urogynékologem – vykazuje se výkonem **63701 - Vyšetření urogynékologem** podle seznamu výkonů. Pro rok 2026 má tento výkon stanovenou úhradu ve výši **593 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za související klinická vyšetření, která se již dále nevykazují.
- Urogynékologické UZ vyšetření – vykazuje se výkonem **63703 - Urogynékologické ultrazvukové vyšetření** podle seznamu výkonů. Pro rok 2026 má tento výkon stanovenou úhradu ve výši **654 Kč**. V této úhradě je zahrnuta úhrada za základní ultrasonografické vyšetření pánve (výkon 63417), která se již dále nevykazují.

Upozornění:

Oproti předchozím letům je úhrada těchto výkonů stanovena přímo v Kč, neboť zahrnují komplexní zdravotní službu, která se dříve vykazovala dalšími zdravotními výkony. Tedy v těchto výkonech jsou zahrnuta veškerá klinická vyšetření (typicky se jednalo o výkony 63022, 63023), případně jiná vyšetření (např. 63417).

V rámci nového úhradového mechanismu se již tato klinická vyšetření nevykazují. Pokud poskytovatel vykáže výkon klinického vyšetření společně s těmito výkony nebudou mu uhrazeny.

Další výkony a oblasti vykazované a hrazené výkonovým způsobem (u registrovaných i neregistrovaných pojištěnců):

Následující výkony jsou hrazeny na základě příslušné hodnoty bodu a ocenění dle seznamu výkonu platného pro rok 2026:

- Nepovinné očkování – vykazováno výkonem **02125 - Očkování včetně očkovací látky**, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění podle seznamu výkonů – výkon má pro rok 2026 stanovenou hodnotu bodu ve výši **1,00 Kč**.
- Časný záchyt osteoporózy a léčba osteoporózy v ordinaci ambulantního gynekologa – **výkony (VZP) č. 11320/11321 – Management časného záchytu osteoporózy a výkon 11327 – Péče o pacienta s diagnostikovanou osteoporózou** mají stanovenou hodnotu bodu ve výši **1,00 Kč** (pozn. VZP ČR tyto výkony hradí s hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč), **výkony VZP č. 11322 až 11326 – Denzitometrické vyšetření** prováděné v rámci v rámci populačního programu a výkon **89312 – Denzitometrie dvoufotonová** mají stanovenou hodnotu bodu ve výši **0,94 Kč**.
- Management kolorektálního screeningu – výkony **č. 15118 – Management kolorektálního screeningu**, a **č. 15119 - Kolorektální screening-analytická část, stanovení okultního krvácení ve stolici** s hodnotou bodu ve výši **1,00 Kč**. Společně s výkonem 15118 je pak povinnost vykázt některý ze signálních výkonů č. 15120 a 15121 spojené s vyhodnocením screeningu kolorektálního karcinomu.
- Výkony spojené s převzetím onkologické pojištěnky do péče – výkon **č. 01186 – Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče lékaře primární péče** podle seznamu výkonů, resp. v případě provedení následné prohlídky v souvislosti s onkologickým onemocněním **výkon č. 01188 – Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním** podle seznamu výkonů. Tyto výkony mají stanovenou hodnotu bodu ve výši **1,00 Kč**.
- Výkony autorské **odbornosti 706 – Urologie a 716 - Urologie – skupina 1** podle seznamu výkonů – pro tyto výkony je stanovena hodnota bodu ve výši **1,00 Kč**.
- **Další specifické výkony – výkony č. 63511 – Excize vulvy, 63531 – Biopsie z čípku děložního, 63547 - Kyretáž hrdla děložního, 63651 – Termoablace endometria, 82053 -**

Mikroskopické vyšetření nativního preparátu podle seznamu výkonů. Tyto výkony mají stanovenou hodnotu bodu ve výši **1,00 Kč**.

- Zvlášť účtované léčivé přípravky (ZULP) a zvlášť účtované zdravotnické prostředky (ZUM) jsou-li při výkonu použity, jsou hrazeny výkonovým způsobem.

Upozornění:

Poskytovatelé, kteří mají nasmlouvanu **odbornost 604 – Dětská gynekologie** (podle seznamu výkonů), mají hrazené služby hrazené výkonovým způsobem s hodnotou bodu ve výši **1,05 Kč**.

VZP ČR nad rámec úhradové vyhlášky ještě do této skupiny výkonů zařadila tyto výkony:

- 06211 – Návštěva těhotné nebo matky v šestinedělí porodní asistentkou, 06135 – Výkon v době mezi 22 -06 hodin, č. 06137 – Výkon v den pracovního klidu nebo pracovního volna podle seznamu výkonů, které jsou hrazeny s hodnotou bodu 0,98 Kč (tj. hodnota bodu pro odbornost 921);
- dále výkon č. 10 – Přeprava zdravotnického pracovníka v návštěvní službě dle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,26 Kč;
- a také výkon č. 39115 – Kompletní spermiogram dle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 1,00 Kč.

3. Nepravidelná péče

Nově je definována tzv. nepravidelná péče, tj. péče, kterou poskytne poskytovatel ambulantní gynekologické péče pojištěnce, kterou nemá registrovanu na žádném ze svých pracovišť. V podstatě se jedná o zajištění provedení, vykazování a úhrady ošetření pojištěnce v rámci tzv. neodkladné péče (např. řešení gynekologických obtíží v případech, kdy je daná pojištěnka na dovolené mimo dosah svého registrujícího gynekologa).

V případě, že je ze strany poskytovatele nutno ošetřit pojištěnku v rámci této nepravidelné péče, pak se tato péče vykazuje výhradně prostřednictvím některého z následujících výkonů, přičemž tyto výkony jsou v roce 2026 uhrazeny s hodnotou bodu ve výši **1,00 Kč**:

- výkon **63022 – Cílené vyšetření gynekologem a porodníkem** podle seznamu výkonů,
- výkon **63023 – Kontrolní vyšetření gynekologem a porodníkem** podle seznamu výkonů,
- výkon **63417 – Ultrasonografické vyšetření pánve u gynekologických onemocnění, v porodnictví a šestinedělí** podle seznamu výkonů.

Upozornění:

V případě, že poskytovatel, který provádí nepravidelnou péči (tj. akutní a neodkladné ošetření neregistrované pojištěnky), vykáže jiný výkon odbornosti 603, nebudou mu tyto výkony uhrazeny.

V případě, že výkon 63022, 63023 nebo 63417 vykáže registrující poskytovatel u své registrované pojištěnky (platná registrace k datu provedení výkonu), pak mu budou tyto výkony odmítnuty.

Výkony v rámci nepravidelné péče (63022, 63023, 63417) lze vykazovat na libovolném dokladu (obvykle 01, nebo 05) s tím, že rozhodující je neexistence registrace pojištěnky u daného poskytovatele.

V případě, že objem úhrady za nepravidelnou péči (63022, 63023, 63417) překročí stanovený limit, bude část péče odečtena registrujícímu ambulantnímu gynekologovi (tj. pokud pojištěnky registrujícímu gynekologovi „bloudí“ k jiným kolegům, ambulantním gynekologům, bude za to registrující gynekolog sankcionován). Výpočet této sankce je uveden dále v tomto dokumentu.

Ke klinickému vyšetření v rámci nepravidelné péče lze vykázat také výkony epizody péče (tyto se do nepravidelné péče nezapočtou).

4. Úhrada péče za těhotné pojištěnky

Mechanismus úhrady za péči poskytnutou těhotným pojištěnkám vychází z mechanismu úhrady, který byl realizován v předchozích letech. Podstatné je, že úhrada za těhotné je nadále koncipována jako platba za jednotlivé trimestry těhotenství, která je vázána na registraci těhotné pojištěnky u daného poskytovatele.

Těhotná pojištěnka

Za těhotnou pojištěnku se pro účely vyhodnocení úhrady považuje pojištěnka, na kterou byl v daném roce vykázán výkon 63053 nebo 63055 podle seznamu výkonů nebo výkony (VZP) č. 63897, 63898 nebo 63899.

Péče o těhotné je považována za péči registrujícího gynekologa, proto je pro úhradu zásadní registrace těhotné pojištěnky u daného poskytovatele. Pro uznání platné registrace pro úhradu plateb za těhotné pojištěnky je za platnou registraci považována registrace pojištěnky na jakémkoliv pracovišti (IČP) daného poskytovatele (IČZ).

Upozornění:

Podmínkou úhrady níže uvedených balíčkových výkonů plateb za péči o těhotné pojištěnky je registrace pojištěnky u daného poskytovatele v odbornosti 603. Za registraci se považuje platná registrace pojištěnky u jakéhokoli IČP registrujícího poskytovatele nahlášená zdravotní pojišťovně ke dni vykázání uvedených balíčkových výkonů za péči o těhotnou pojištěnku.

V případě, že bude péče o těhotnou pojištěnku probíhat na pracovišti (IČP), které není zahrnuto pod registrujícího poskytovatele (IČZ), nebude tomuto poskytovateli platba uhrazena. Tato podmínka platí i v případě zástupu lékařů.

V případě, že dojde v průběhu některého z trimestru těhotenství ke změně registrujícího poskytovatele, pak nový registrující poskytovatel získává měsíční agregovanou platbu. Zároveň však již nevykazuje péči v rámci stávajícího balíčku s výjimkou výkonu epizody péče (01543), případně výkonu epizody péče ve věku 15-18 let (09557). V případě změny registrace v rámci těhotenství bude v případě nutnosti kompenzace úhrad nutná domluva mezi danými poskytovateli. Z pohledu zdravotní pojišťovny není možné takovou změnu automaticky reflektovat.

Úhrada péče o těhotné pojištěnky

Úhrada péče o těhotné pojištěnky je hrazena stejným způsobem jako v předchozích letech, a to třemi platbami za jednotlivé trimestry těhotenství. V úhradě za každý trimestr těhotenství je zahrnuta veškerá péče ambulantního gynekologa poskytovaná v těhotenství s výjimkou výkonů uvedených výše (tj. ultrazvuková expertíza, amniocentéza, odběr choriových klků).

Hrazené služby o těhotné pojištěnky se vykazují těmito výkony VZP:

- Hrazené služby v prvním trimestru těhotenství – Vykazují se výkonem **63897 – Platba za péči o těhotnou v I. trimestru těhotenství**. Úhrada za tento výkon je pro rok 2026 stanovena ve výši **2 074 Kč**. Výkon se vykazuje nejpozději do 12. týdne těhotenství, obvykle při vystavení těhotenské průkazky.
- Hrazené služby ve druhém trimestru těhotenství – Vykazují se výkonem **63898 – Platba za péči o těhotnou ve II. trimestru těhotenství**. Úhrada za tento výkon je pro rok 2026 stanovena ve výši **3 455 Kč**. Výkon se vykazuje ve 14. týdnu těhotenství.
- Hrazené služby ve třetím trimestru těhotenství – Vykazují se výkonem **63899 – Platba za péči o těhotnou ve III. trimestru těhotenství**. Úhrada za tento výkon je pro rok 2026 stanovena ve výši **4 838 Kč**. Výkon se vykazuje ve 28. týdnu těhotenství.

V případě ukončení těhotenství umělým nebo spontánním potratem bez následného provedení revize je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon (VZP) **63896 – Signální výkon ukončení těhotenství potratem**, nebo v případě ukončení těhotenství porodem mimo zdravotnické zařízení je poskytovatel povinen vykazovat signální výkon (VZP) **63895 – Signální výkon ukončení těhotenství mimo PZS**.

Upozornění:

K úhradě za těhotné již nejsou v průběhu těhotenství poskytovatelem dále vykazovány žádné výkony s výjimkou výkonů kontaktu s těhotnou pojištěnkou prostřednictvím výkonů č. 63053, 63055, příp. 63411 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) nebo 63413 (pokud tento výkon poskytovatel provedl) podle seznamu výkonů, dále pak výkonově vykazované a hrazené služby.

Úhrada výkonů 63053, 63055, případně 63411 a 63413 je součástí výše uvedených balíčkových výkonů plateb za těhotné jednotlivých trimestrů a slouží pouze jako signální výkony pro vykazování kontaktu těhotné pojištěnky s registrujícím poskytovatelem a provedení screeningového ultrazvukového vyšetření registrujícím poskytovatelem.

Úhrada samotných těhotenských balíčků č. 63897, 63898 a 63899 bude ze strany zdravotní pojišťovny probíhat na základě měsíčního vyhodnocování.

K úhradě za péči o těhotné pojištěnky může být po skončení roku připočtena bonifikace nebo může být odečtena sankce za podíl těhotných pojištěnek s genetickým nebo specializovaným ultrazvukovým vyšetřením. Tento mechanismus bude součástí ročního vyúčtování, které je definováno v další části tohoto dokumentu.

5. Management léčby neplodnosti

Diagnostika a léčba neplodnosti je jednou z významných částí péče ambulantního gynekologa, která není plošná a poskytuje ji omezené spektrum ambulantních gynekologů. Proto je tato péče definována samostatným agregovaným výkonem. Tento nový agregovaný výkon vychází ze skutečnosti, že existuje péče na pomezí odbornosti 603 a vychází z odborného doporučeného postupu Sekce asistované reprodukce ČGPS ČLS JEP č. 3/2021 s názvem „Diagnostika páru s poruchou plodnosti“.

Jedná se tak o péči, která se vykazuje v odbornosti 603 (tj. nepřísluší do smluvní odbornosti 613 – nejedná se o metody asistované reprodukce, ale o diagnostiku důvodu neplodnosti, případně pokus v podobě stimulace). Nad rámec měsíční agregované platby je ambulantním poskytovatelům odbornosti 603 od roku 2026 hrazen výkon v souvislosti s diagnostikou a léčbou neplodnosti.

Tato péče se vykazuje agregovaným výkonem (VZP) **63200 - Management léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru v odbornosti 603**. Výkon obsahuje vyšetření ženy a jejího partnera, nastavení vhodného přístupu k léčbě, nastavení léčby a v případě neúspěchu předání do centra asistované reprodukce smluvní odbornosti 613 (k provedení výkonu asistované reprodukce). Výkon bude nasmlouván všem ambulantním poskytovatelům odbornosti 603.

Pro výkon je pro rok 2026 stanovena úhrada ve výši **848 Kč**.

Výkon obsahuje činnosti spojené s diagnostikou neplodnosti (viz appendix doporučeného postupu ČGPS ČLS JEP č. 3/2021 s názvem „Diagnostika páru s poruchou plodnosti“).

Upozornění:

Výkon Management léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru není vázán na registraci u konkrétního poskytovatele. Je tedy možné jej delegovat na jiného poskytovatele odbornosti 603.

Výkon Management léčby neplodnosti včetně kompletního vyšetření partnerského páru lze vykázat maximálně 2x za rok a maximálně 6x za život pojištěnky. Pokud se tedy registrující gynekolog diagnostikou a léčbou neplodností nezabývá, má tuto péči již v samém počátku delegovat na pracoviště, které se touto léčbou zabývá.

K výkonu 63200 lze vykázat výkon 01543 (epizoda péče), neboť jsou v něm zahrnuta také klinická vyšetření.

Úhrada péče související s asistovanou reprodukcí v rámci odbornosti 613 bude i nadále prováděna balíčkovým způsobem úhrady výkonů IVF a IUI, případně kryoprezervace v indikovaných případech a ZULP obdobně jako v předchozích letech

6. Úhrada vybraných ambulantních gynekologických zákroků

Pro poskytovatele ambulantních gynekologie, kteří splňují podmínky a mají výkony nasmlouvané, je i v rámci nového úhradového mechanismu umožněno provádět a vykazovat spektrum výkonů vybraných gynekologických zákroků jednodenní péče na lůžku a zákrokových sálků.

Jedná se o toto spektrum výkonů, které je v roce 2026 hrazeno formou balíčkové úhrady následovně:

Kód výkonu VZP ČR	Kód výkonu SZV	Název výkonu	Úhrada v Kč
10188	63149	Revize po spontánním potratu	17 882
10190	63519	Marsupializace, exstirpace nebo incize abscesu nebo cysty bartolinské žlázy, drenáž, chemická exstirpace	19 528
10194	63533	Konizace cervixu, jakákoliv technika s výjimkou užití laseru	19 528
10205	63611	Hysteroskopie diagnostická	19 528
10206	63613	Operační hysteroskopie	19 528

Pro vykazování výše uvedených agregovaných výkonů platí následující podmínky:

- Na jednoho pojištěnce je možné vykázt pouze jeden z výše uvedených výkonů, a to jedenkrát za den. Vykázání dalšího výkonu, případně vícenásobné vykázení konkrétního výkonu v jeden den je možné pouze v případě, že bylo schváleno příslušnou pojišťovnou daného pojištěnce.
- Výše stanovená úhrada jednotlivých výkonů již obsahuje všechny související hrazené služby. Poskytovatel s těmito výkony již nevykazuje žádný jiný výkon či zvláště účtovaný materiál, a zvláště účtované léčivé přípravky. Výše uvedené výkony pro úhradu vybraných ambulantních gynekologických zákroků již obsahují níže uvedené služby:
 - o vyšetření nutné k příjmu pojištěnce do péče,
 - o vyšetření nutné pro propuštění pojištěnce do domácího ošetřování,
 - o operační výkon,
 - o veškerá ostatní vyšetření související s operačním výkonem,
 - o kompletní anesteziologická péče (vyšetření anesteziologem, vlastní anestézie, kontrolní vyšetření atd.),
 - o zvlášť účtovaný materiál (dále jen „ZUM“), zvlášť účtované léčivé přípravky (dále jen „ZULP“) související s výkonem (jak ZUM, ZULP nutný k operačnímu výkonu, tak ZUM, ZULP související s anestézií),
 - o ošetrovací den (dále jen „OD“).
- V případě nutnosti využití tzv. vyžádané péče u výkonů ambulantních gynekologických zákroků se tato péče vykazuje na dokladu č. 06 - Poukaz na vyšetření/ošetření.

7. Regulační omezení

Stejně jako v předchozích letech i v rámci nového úhradového mechanismu jsou v segmentu poskytovatelů ambulantní gynekologické péče ponechány regulační mechanismy na indikovanou péči, a to na:

- předepsané léčivé a zdravotnické prostředky,
- vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech (tj. laboratoře a radiodiagnostika) s výjimkou vyžádané péče v rámci screeningových programů.

Regulační mechanismy jsou koncipovány ve formě porovnání průměrné úhrady na vyžádanou péči na jednoho pojištěnce v hodnoceném a referenčním období. V případě, že poskytovatel dosáhne vyšší průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce je zdravotní pojišťovna oprávněna regulační mechanismus uplatnit.

V případě regulačního mechanismu na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky:

- Bude regulační mechanismus použit, pokud bude průměrná úhrada na jednoho pojištěnce v hodnoceném období **vyšší než 115 %** průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období.
- Zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.
- Do průměrné úhrady na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.
- Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy k překročení průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období došlo v důsledku nárůstu nákladů na poskytovatelem předepsané léčivé přípravky pro léčbu osteoporózy nebo osteopenie.

V případě regulačního mechanismu na vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech:

- Bude regulační mechanismus použit, pokud bude průměrná úhrada na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období **vyšší než 110 %** průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v referenčním období.
- Zdravotní pojišťovna sníží poskytovateli celkovou úhradu o částku odpovídající součinu 2,5 % z překročení uvedené průměrné úhrady a počtu unikátních pojištěnců v hodnoceném období za každé započaté 0,5 % překročení uvedené průměrné úhrady, nejvýše však 40 % z překročení.
- Do vyžádané péče se nezahrnují zdravotní výkony mamografického screeningu, screeningu karcinomu děložního hrdla, kolorektálního karcinomu a výkony 95201, 95202 a 95203 podle seznamu výkonů, prováděné poskytovatelem, který má se zdravotní pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenou Smlouvu.
- Zdravotní pojišťovna zohlední případy, kdy k překročení průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období došlo v důsledku nárůstu nákladů na poskytovatelem vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v souvislosti s léčbou osteoporózy a osteopenie.
- Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle Seznamu zdravotních výkonů ve znění účinném k 1. lednu hodnoceného období hodnotou bodu sjednanou pro hodnocené období.

Upozornění:

Zdravotní pojišťovna uplatní regulační srážku maximálně do výše odpovídající 15 % celkového objemu úhrady za hodnocené období (tj. měsíční agregované úhrady včetně všech navýšení, úhrady za těhotné, péče o neplodnost a ostatní výkonové úhrady snížené o vykázaný ZULP a ZUM).

V případě, že poskytovatel vykáže léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek schválený revizním lékařem zdravotní pojišťovny, nezahrnuje se tato úhrada do výpočtu regulačních omezení.

Regulační mechanismy budou finančně vypořádány nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

8. Úhrady v rámci ročního vyúčtování

Ačkoliv majoritní část úhrady péče ambulantních gynekologů bude probíhat v měsíčním zúčtovacím režimu, stále zůstaly oblasti úhradových mechanismů, které budou podléhat ročnímu zúčtování. Jedná se o tyto oblasti.

Navýšení měsíční agregované úhrady za preventivní péči

Registrujícímu poskytovateli bude navýšena měsíční agregovaná úhrada o **4 Kč** (pozn. u VZP ČR navýšeno na 5 Kč v případě podpisu úhradového dodatku), pokud poskytovatel provedl v hodnoceném období preventivní prohlídku vykázanou výkony 63021 nebo 63050 podle seznamu výkonů alespoň u 45 % svých registrovaných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny, které nedosáhly v hodnoceném období 70 let věku a jsou u něj registrovány k 31. 12. hodnoceného období.

Toto zpětné navýšení měsíční agregované úhrady bude za rok 2026 realizováno tímto způsobem:

- Vyhodnocení podmínky bude probíhat na základě splnění podmínky prevence k 31. 12. 2026.
- Úhrada bude finančně vypořádána nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.
- Navýšení úhrady bude vypočteno následujícím způsobem: Součet pojištěnců v jednotlivých měsících hodnoceného období, u kterých vznikl nárok na měsíční agregovanou úhradu, násobený navýšením 4 Kč (resp. 5 Kč u VZP ČR v případě podepsaného úhradového dodatku).

Vyhodnocení nepravidelné péče

Poskytovateli bude vypočtena sankce za zvýšené čerpání nepravidelné péče jím registrovaných pojištěnek, pokud úhrada za hrazené služby registrovaných pojištěnek poskytovatele čerpaných u neregistrujícího poskytovatele odbornosti 603 s výjimkou služeb spojených s léčbou neplodnosti, úhrady specializovaných a konziliárních vyšetření a agregovanou úhradou vybraných ambulantních gynekologických zákroků přesáhne 6 % z celkové výše úhrady poskytovateli. Tedy v případě, že roční objem péče čerpané registrovanými pojištěnkami u jiných poskytovatelů odbornosti 603, tj. úhrada za výkony 63022, 63023 a 63417, přesáhne 6 % celkové úhrady poskytovateli, bude u poskytovatele vypočtena sankce za nepravidelnou péči. Náklady na poskytnutou nepravidelnou péči nad tento limit se odečtou v plné výši registrujícímu poskytovateli, tj. tato sankce bude ve výši překročení limitu 6 %.

Úhrada dle tohoto odstavce bude finančně vypořádána nejpozději do 150 ti dní po skončení hodnoceného období.

Upozornění:

Sankce za čerpání nepravidelné péče bude uplatněna na celkovou úhradu, nikoliv na úhradu za konkrétní pojištěnku. Do celkové úhrady se započítává veškerá úhrada, včetně výkonů epizody péče (výkony č. 01543, 09556 a 09957) a kontaktu u pojištěnců a také výkonů vykazovaných a hrazených nad rámec měsíční agregované úhrady.

Poznámka:

VZP ČR nad rámec úhradové vyhlášky navýšila limit na 9 % celkové úhrady v případě poskytovatelů, kteří uzavrou úhradový dodatek pro rok 2026.

Bonus a malus u těhotných

Analogicky jako v předchozích letech je zachován i systém bonusů a malusů v rámci úhrady péče o těhotné pojištěnky. Oproti předchozím obdobím je však bonus realizován k agregovaným úhradám za jednotlivé trimestry těhotenství (nikoliv k celkové výši úhrady jako v předchozích letech). Cílem je nastavit systém bonusů a malusů vázaný na dodržování doporučených postupů a zamezení indikací ne nezbytných vyšetření v rámci těhotenství.

Princip je takový, že úhrada za péči o těhotné pojištěnky vypočtená dle výše uvedených balíčkových výkonů plateb za péči o těhotné pojištěnky bude vynásobena koeficientem 1,0, ke kterému budou

připočteny při splnění níže uvedených podmínek ultrazvukových a genetických vyšetření níže uvedené koeficienty (tj. úhrada za těhotné může být navýšena až o 10 % a naopak snížena až o 20 %).

Koeficient genetických vyšetření:

- koeficient **0,05** v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony v rámci odbornosti 208 nebo 816 k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl geneticky testovaných pojištěnek“) nepřesáhne hranici 20 %,
- koeficientem (**- 0,05**) v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
- koeficientem (**- 0,10**) v případě, že podíl geneticky testovaných pojištěnek přesáhne hranici 60 %.

Koeficient konziliárních ultrazvukových vyšetření:

- koeficient **0,05** v případě, že podíl těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele, na něž byly v hodnoceném období vykázány výkony č. 32410, 32420 nebo 63415 dle seznamu výkonů, k počtu těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny registrovaných u poskytovatele v hodnoceném období (dále jen „podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu“) nepřesáhne hranici 30 %,
- koeficientem (**- 0,05**) v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu je větší než 40 %, ale nepřesáhne hranici 60 %,
- koeficientem (**- 0,10**) v případě, že podíl pojištěnek s vybranými vyšetřeními plodu přesáhne hranici 60 %.

Konečná úhrada za péči o těhotné pojištěnky vynásobená na základě splnění podmínek Koeficientu genetických vyšetření a Koeficientu konziliárních ultrazvukových vyšetření bude finančně vypořádána nejpozději do 150 dní po dni skončení hodnoceného období.

Úprava úhrady za péči o těhotné pojištěnky na základě splnění podmínek Koeficientu genetických vyšetření a Koeficientu konziliárních ultrazvukových vyšetření se nepoužije, v případě, že měl poskytovatel v průběhu hodnoceného období ve své péči méně než 10 těhotných pojištěnek příslušné zdravotní pojišťovny.