



Vyvěšeno dne: 4. 6. 2026
Svěšeno dne: 18. 6. 2026
Dagmar Dolníčková

ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátu složeném z předsedy Ivo Pospíšila, soudkyně Sylvie Šiškeové a soudce Petra Pospíšila v právní věci žalobkyně: **Kardiologie Machura s.r.o.**, se sídlem Rumunská 4041/2, Kroměříž, zastoupena Mgr. Markem Vojáčkem, advokátem se sídlem Na Florenci 2116/15, Praha 1, proti žalované: **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**, se sídlem Jeremenkova 161/11, Ostrava, o žalobě proti rozhodnutí žalované ze dne 29. 8. 2025, sp. zn. 2025/RS049843, v řízení o kasační stížnosti žalobkyně proti usnesení Krajského soudu v Ostravě ze dne 6. 11. 2025, č. j. 25 Ad 9/2025-14,

t a k t o :

- I. Kasační stížnost **s e z a m í t á .**
- II. Žalobkyně **n e m á p r á v o** na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti.
- III. Žalovanému se náhrada nákladů řízení o kasační stížnosti **n e p ř i z n á v á .**

O d ů v o d n ě n í :

I. Vymezení věci

[1] V projednávané věci se Nejvyšší správní soud zabýval otázkou, zda postup, jímž zdravotní pojišťovna odmítne uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s poskytovatelem zdravotních služeb [§ 52 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“)], lze přezkoumat ve správním soudnictví.

[2] Žalobkyně je poskytovatelem zdravotních služeb v oboru kardiologie. Uspěla ve výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění a komise ji doporučila k uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se všemi sedmi veřejnými zdravotními pojišťovnami. V návaznosti na to žalobkyně zaslala žalované žádost o uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb pro obor kardiologie. Žalovaná na ni reagovala dopisem, v němž uvedla, že v současnosti nemá zájem na rozšiřování smluvní sítě poskytovatelů zdravotních služeb pro tento konkrétní obor a okres. Žalobkyně zaslala žalované dopis, který

formálně označila jako „námitku“ a v němž uvedla důvody, pro které by s ní pojišťovna měla smlouvu uzavřít. Žalovaná odpověděla, že žádost projednala odvolací komise pro smluvní vztahy s nedoporučujícím stanoviskem a pojišťovna nadále nemá zájem o uzavření smlouvy.

[3] Žalobkyně se obrátila na krajský soud, neboť podle ní žalovaná vydala správní rozhodnutí o zamítnutí žádosti a následně rozhodnutí o opravném prostředku. Proti němu je tak přípustná žaloba podle § 65 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní (dále jen „s. ř. s.“). Krajský soud v Ostravě napadeným usnesením žalobu odmítl, neboť smluvní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením je soukromoprávním závazkovým vztahem s veřejnoprávními prvky. Řešení sporů týkajících se tohoto vztahu proto náleží do pravomoci soudů v občanském soudním řízení. Soud dále uvedl, že jelikož na uzavření smlouvy neexistuje nárok, není zde ani veřejné subjektivní právo, kterému by soudy ve správním soudnictví měly poskytovat ochranu.

II. Obsah kasační stížnosti a další vyjádření

II.a Kasační stížnost

[4] Žalobkyně (dále jen „stěžovatelka“) napadla usnesení krajského soudu kasační stížností, v níž navrhla, aby jej Nejvyšší správní soud zrušil a věc vrátil krajskému soudu k dalšímu řízení.

[5] Napadené usnesení je podle stěžovatelky nepřezkoumatelné, neboť se krajský soud nezabýval jejími argumenty, že 1) rozhodnutí žalované splňuje jak formální, tak materiální znaky rozhodnutí správního orgánu, 2) rozhodnutí žalované zasáhlo do veřejného subjektivního práva stěžovatelky, ústavně zaručeného práva podnikat, a že 3) žalovaná vystupuje ve vrchnostenském postavení.

[6] Podle stěžovatelky také krajský soud opřel svůj závěr o nepřiléhavou judikaturu. Podle rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 13. 7. 2015, sp. zn. 32 Cdo 2051/2013, na který odkázal krajský soud, smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče upravuje soukromoprávní vztah. Judikatura Nejvyššího soudu se ovšem týká sporů o plnění z již existujících smluvních vztahů. V případě stěžovatelky se ovšem jedná o fázi předcházející vzniku smluvního vztahu, v níž zdravotní pojišťovna teprve rozhoduje o tom, zda s poskytovatelem smlouvu vůbec uzavře. Vystupuje přitom ve vrchnostenském postavení a autoritativně rozhoduje o vstupu poskytovatele do systému veřejného zdravotního pojištění.

[7] Stěžovatelka dále namítá, že neexistence nároku na pozitivní rozhodnutí o žádosti o uzavření smlouvy nevyklučuje rozhodnutí žalované ze soudního přezkumu. Pokud žalovaná odmítne uzavřít smlouvu s poskytovatelem, a to za situace, kdy poskytovatel splní všechny zákonné podmínky pro její uzavření, musí tak učinit na základě jasných a přezkoumatelných důvodů – zákonem stanovených kritérií a vlastních transparentních pravidel. Žalovaná nesmí rozhodovat zcela svévolně.

[8] Jelikož v oboru kardiologie je péče převážně většině pacientů hrazena ze zdravotního pojištění, není poskytování zdravotních služeb v tomto oboru v lokalitách mimo velká města fakticky možné. Stěžovatelka je tak prakticky odkázána na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Odmítnutí jedné z pouhých sedmi pojišťoven tak znemožňuje stěžovatelce usilovat o dosažení zisku a zasahuje do jejího práva podnikat.

[9] Stěžovatelka se domnívá, že sdělení žalované je správním rozhodnutím, neboť splňuje všechny formální i materiální znaky.

pokračování

II.b Vyjádření žalované

[10] Žalovaná se ve svém vyjádření ke kasační stížnosti ztotožnila s odůvodněním napadeného usnesení. To se neopírá jen o rozhodnutí Nejvyššího soudu, ale také o klíčové usnesení Ústavního soudu ze dne 27. 1. 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98, v němž Ústavní soud komplexně posuzoval povahu právního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb a dospěl k závěru, že vztah je soukromoprávní a že v předšmluvní fázi strany uplatňují autonomii vůle.

[11] Stěžovatelka si podle žalované protičeří, jelikož na jednu stranu přiznává, že nemá nárok na uzavření smlouvy, a na druhou stranu dovozuje, že po splnění určitých kritérií dochází k modifikaci zásady autonomie vůle smluvních stran a vzniku smluvního přímusu na straně zdravotní pojišťovny. Objektivním důvodem pro neuzavření smlouvy je skutečnost, že je smluvní síť dostatečně saturována. Žalovaná také nesouhlasí s tím, že by přípisy žalované měly být správními rozhodnutími. Kasační stížnost proto navrhuje zamítnout.

II.c Další vyjádření účastníků

[12] Stěžovatelka ve své replice uvedla, že odkaz na usnesení Ústavního soudu sp. zn. I. ÚS 247/98 je nepřiléhavý. Pokud by Nejvyšší správní soud připustil, že ani po splnění zákonných podmínek poskytovatel nárok na uzavření smlouvy nemá (resp. nemá „nárok“ se dozvědět, že k uzavření nedojde), pak je uzavírání smluv zcela nepředvídatelné a ponecháno na libovůli pojišťovny. Existují objektivní kritéria, která žalovaná posuzuje při rozhodování o tom, zda s daným poskytovatelem smlouvu uzavře, včetně časové a místní dostupnosti. V případě stěžovatelky a její věci síť saturována není, což podle stěžovatelky vyplývá i z předložených důkazů.

[13] Žalovaná reagovala duplikou, v níž odkázala na novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění a nové stanovování podmínek v tzv. zprávě o síti (§ 52 tohoto zákona). Odmítá, že by nebyla síť v okrese relevantním pro stěžovatelku saturována.

II.d Vyjádření Ministerstva zdravotnictví

[14] Nejvyšší správní soud také vyzval Ministerstvo zdravotnictví k vyjádření ohledně povahy postupu zdravotní pojišťovny. To uvedlo, že vyjádření souhlasu či nesouhlasu ze strany zdravotní pojišťovny s uzavřením smlouvy má soukromoprávní povahu. Rozsah rozhodovací činnosti je podle něj taxativně vymezen v § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

III. Právní hodnocení Nejvyššího správního soudu

[15] Nejvyšší správní soud dospěl k závěru, že kasační stížnost je projednatelná. Následně přezkoumal usnesení krajského soudu v rozsahu důvodů uplatněných v kasační stížnosti, včetně důvodů, ke kterým je povinen přihlížet z úřední povinnosti (§ 109 odst. 3 a 4 s. ř. s.). Kasační stížnost **není důvodná**.

[16] Je-li kasační stížností napadeno rozhodnutí o odmítnutí žaloby, z povahy věci přichází v úvahu jen kasační důvod podle § 103 odst. 1 písm. e) s. ř. s. spočívající v tvrzené nezákonnosti rozhodnutí o odmítnutí návrhu (srov. usnesení Nejvyššího správního soudu ze dne 18. 3. 2004, č. j. 1 As 7/2004 - 47). Soud v takovém případě zkoumá pouze to, zda rozhodnutí krajského soudu a důvody, o které se toto rozhodnutí opírá, jsou v souladu se zákonem.

III.a Obecná východiska

[17] Zdravotní pojišťovny mají zákonnou povinnost zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Za tímto účelem uzavírají smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s poskytovateli zdravotních služeb (§ 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Aby k uzavření smlouvy mohlo dojít, musí poskytovatel uspět ve výběrovém řízení (mimo výjimky v odst. 2 citovaného ustanovení). Členy výběrové komise jsou zástupci krajského úřadu, příp. Ministerstva zdravotnictví, příslušné komory nebo profesní organizace, příslušné zdravotní pojišťovny a odborník na zdravotní služby, které mají být uchazečem poskytovány (§ 48 odst. 1 tamtéž). Ti pak s ohledem na zákonná kritéria (§ 51 odst. 1 tamtéž) poskytovatele buďto doporučí, nebo nedoporučí pro jednotlivé pojišťovny a určí pořadí uchazečů (§ 51 odst. 2 tamtéž).

[18] Zdravotní pojišťovna tak může uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb pouze s těmi poskytovateli, kteří byli ve výběrovém řízení doporučeni. Výsledek výběrového řízení ovšem nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou (§ 52 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění).

III.b Přezkoumatelnost napadeného usnesení

[19] Nejvyšší správní soud se nejprve zabýval namítanou nepřezkoumatelností napadeného usnesení. Dospěl k závěru, že usnesení splňuje požadavky kladené judikaturou Nejvyššího správního soudu na přezkoumatelnost soudních rozhodnutí (viz např. rozsudky NSS ze dne 14. 7. 2005, č. j. 2 Afs 24/2005 - 44, č. 689/2005 Sb. NSS; či ze dne 27. 2. 2019, č. j. 8 Afs 267/2017 - 38, body 15 a 16). Z jeho odůvodnění je plně seznatelné, jaké důvody krajský soud vedly k odmítnutí žaloby, a všechny nosné námitky žalobkyně krajský soud vypořádal, vždy alespoň implicitně. Krajský soud se dostatečně zabýval povahou uplatněného práva a vysvětlil, proč má podle něj soukromoprávní povahu. Otázkou, zda jednání zdravotní pojišťovny je správním rozhodnutím podle § 65 s. ř. s., se krajský soud nemusel (a ani nemohl) zabývat, neboť nejprve by vůbec muselo být dotčeno veřejné subjektivní právo stěžovatelky, jemuž je třeba poskytnout ochranu před správním soudem. Napadené usnesení je proto přezkoumatelné.

III.c Existence veřejného subjektivního práva stěžovatelky

[20] Podle § 2 s. ř. s. platí, že [v]e správním soudnictví poskytují soudy ochranu veřejným subjektivním právům fyzických i právnických osob způsobem stanoveným tímto zákonem a za podmínek stanovených tímto nebo zvláštním zákonem a rozhodují v dalších věcech, v nichž tak stanoví tento zákon.

[21] Stěžovatelce lze přisvědčit, že vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní služby má určité veřejnoprávní prvky. V oblasti poskytování zdravotní péče je obecně naplňován veřejný zájem na ochraně zdraví osob a pozitivní závazek státu svým občanům zajistit na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (čl. 31 Listiny základních práv a svobod). V určitých aspektech a rozsahu jde o výkon veřejné správy – sama žalovaná, případně její orgány pověřené rozhodováním (viz rozsudek rozšířeného senátu ze dne 1. 10. 2025, č. j. 8 Ads 164/2022 - 97, č. 4713/2025 Sb. NSS), jsou orgány veřejné správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění a rozhodují o právech a povinnostech pojištěnců. Je také nepochybně veřejným zájmem, aby služby v oblasti zdravotní péče byly poskytovány v přiměřené kvalitě a aby využití veřejných prostředků bylo účelné a hospodárné. Je to konečně jen a pouze zdravotní pojišťovna, kdo při současném nastavení systému nakonec rozhodne o tom, který poskytovatel zdravotních služeb bude mít přístup k finančním prostředkům ze zdravotního pojištění.

pokračování

[22] Nejvyšší správní soud také nepřehlédl, že ani výběrové řízení nepřináší pro poskytovatele zdravotních služeb větší transparentnost při jejich výběru. Výsledek výběrového řízení není přezkoumatelný ve správním soudnictví (usnesení Městského soudu v Praze ze dne 13. 3. 2018, č. j. 14 Ad 5/2018 - 17, č. 3761/2018 Sb. NSS), a jsou to proto opět především zdravotní pojišťovny, které v nich prostřednictvím výběrových komisí rozhodují o výběru toho či onoho poskytovatele zdravotních služeb. Od 1. 10. 2026 se má v souladu s novou právní úpravou (viz novela provedená zákonem č. 289/2025 Sb.) výběrové řízení konat dokonce v užším počtu případů, a to pouze u jednodenní a lůžkové péče. Zdravotní pojišťovny tak budou mít ve více případech možnost uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb bez dalšího omezení.

[23] Od roku 2026 je nadto pojišťovnám nově uložena povinnost zveřejnit *pravidla postupu před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb a případné další podmínky pro uzavření smlouvy, které jsou dodržovány při hodnocení poskytovatelů zdravotních služeb nabízejících uzavření smlouvy* (§ 52a odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění od 1. 1. 2026) v rámci tzv. zprávy o síti. Důvodová zpráva k novele k tomu uvádí, že například „[v] místech, kde je ale síť saturována, by zdravotní pojišťovna vždy měla být schopna vysvětlit, z jakého důvodu je smlouva uzavírána a prokázat, že tento krok je v souladu s její povinností zajištění rovnoměrného zajištění dostupnosti hrazené zdravotní péče a zároveň splňuje kritéria hospodárnosti, účelnosti a efektivity.“ Zdá se proto rozumné, aby alespoň dodržování tohoto stanoveného postupu bylo možné jiným orgánem zhodnotit. To důvodová zpráva doplňuje tím, že „[j]e na zdravotní pojišťovně, aby tato pravidla byla dostatečně srozumitelná a transparentně formulovaná a nezaváděla pochybnosti o různém přístupu k jednotlivým poskytovatelům. Zdravotní pojišťovna musí být vždy připravena svůj postup obhájit před dozorovými orgány.“

[24] Na druhou stranu, jak správně uvedl krajský soud, vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb má soukromoprávní povahu. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče upravuje „*soukromoprávní vztah, v jehož rámci dochází k omezení smluvní volnosti obou stran na základě přesně vymezené míry dané zákonem* [o veřejném zdravotním pojištění], *jedná se tedy o zvláštní smluvní typ s prvky veřejnoprávního charakteru (týká se zabezpečování zdravotní péče, tedy veřejných potřeb) odlišný od typů smluv upravených občanským či obchodním zákoníkem, a že smluvní strany tohoto vztahu musí respektovat právní úpravu obsaženou v právních předpisech upravujících všeobecné zdravotní pojištění*“ (rozsudek NS ze dne 13. 7. 2015, sp. zn. 32 Cdo 2051/2013, C 15121 Sb. NS). K tomuto závěru dospěl již dříve také Ústavní soud (usnesení ze dne 27. 1. 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98, U 6/13 SbNU 393.).

[25] Zákon o veřejném zdravotním pojištění tak dává zdravotní pojišťovně relativní autonomii v tom, jak bude naplňovat svou povinnost zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti (§ 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Zdravotní pojišťovna nemá kontraktační povinnost a poskytovatel zdravotních služeb nemá právní nárok na uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb ani přes úspěch ve výběrovém řízení (§ 52 odst. 2 věta druhá tamtéž) – ačkoli ani smluvní přímus by sám o sobě nemusel činit věc veřejnoprávní (srov. usnesení zvláštního senátu zřízeného podle zákona č. 131/2002 Sb. ze dne 30. 11. 2021, č. j. Konf 17/2020-15, č. 4293/2022 Sb. NSS, bod 20).

[26] Zákonodárce zvolil regulaci formou smlouvy uzavírané mezi formálně rovnými subjekty, tedy typickým soukromoprávním nástrojem, nikoli rozhodnutím vydávaným orgánem veřejné správy nadaným vrchnostenskou pravomocí, jímž by zakládal, měnil, rušil nebo závazně určoval práva a povinnosti. Žalovaná v nynějším případě nevystupuje ve vrchnostenském postavení vůči stěžovateli, nýbrž se stává jednou ze stran smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Obsah této smlouvy je přitom ponechán na vůli stran. Zákonodárce nijak specificky neupravil ani proces uzavírání smlouvy. Tím se tento případ liší například od smlouvy umožňující poskytnutí služeb uzavřené mezi provozovatelem zařízení služeb a dopravcem podle § 23d

zákona č. 266/1994 Sb., o dráhách. Ač ta má rovněž soukromoprávní povahu, je Úřad pro ochranu hospodářské soutěže oprávněn provozovateli zařízení služeb uložit povinnost s dopravcem výše uvedenou smlouvu uzavřít (§ 23d odst. 4 zákona o drahách) a toto rozhodnutí je dále přezkoumatelné ve správním soudnictví (rozsudek Krajského soudu v Brně ze dne 25. 11. 2025, č. j. 31 A 87/2024 - 211, č. 4731/2026 Sb. NSS, bod 56).

[27] Na tom nic nemůže změnit ani namítaný zásah do ústavně zaručených práv stěžovatelky. Jen ze skutečnosti, že by dle stěžovatelky mohlo jít o zásah do práva na podnikání podle čl. 26 Listiny základních práv a svobod, nelze dovodit pravomoc správních soudů. Platí, že základní práva a svobody jsou pod ochranou moci soudní (čl. 4 Ústavy). Tu však tvoří nejen soudy správní, ale mimo jiné i civilní. Z výše uvedeného plyne pouze to, že tuto ochranu neposkytují správní soudy.

[28] Lze si jistě představit, že by zákonodárce mohl zvolit jiný postup, jak poskytovatelé zdravotních služeb získávají přístup do systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění. Pouhá existence alternativního způsobu uspořádání systému však nepostačuje k tomu, aby Nejvyšší správní soud argumentaci stěžovatelky přisvědčil a navzdory koncepci zvolené zákonodárcem připustil ochranu stěžovatelčiných práv v řízení před správními soudy. Jak smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb, tak proces jejího uzavírání, mají soukromoprávní povahu, a náleží proto do pravomoci civilních soudů.

IV. Závěr a náklady řízení

[29] Nejvyšší správní soud tak uzavírá, že postup, jímž zdravotní pojišťovna odmítne uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb s poskytovatelem zdravotních služeb, nelze přezkoumat ve správním soudnictví.

[30] Nejvyšší správní soud kasačním námitkám nepřisvědčil a neshledal ani vadu, ke které by musel přihlídnout z úřední povinnosti. Kasační stížnost proto zamítl podle § 110 odst. 1 poslední věty s. ř. s.

[31] O náhradě nákladů řízení rozhodl kasační soud v souladu s § 60 odst. 1 ve spojení s § 120 s. ř. s. Stěžovatelka ve věci neměla úspěch, a proto nemá právo na náhradu nákladů řízení o kasační stížnosti. Žalované v souvislosti s tímto řízením nevznikly žádné náklady nad rámec běžné úřední činnosti. Soud jí tedy náhradu nákladů řízení nepřiznal.

P o u č e n í : Proti tomuto rozsudku **n e j s o u** opravné prostředky přípustné.

V Brně dne 4. června 2026

L. S.

Ivo Pospíšil v. r.
předseda senátu