



Metodické stanovisko k platbám pacientů v rámci poskytování zdravotních služeb – obecná část

Ministerstvo zdravotnictví vydává toto metodické stanovisko k aplikaci ustanovení § 48 odst. 6 zákona o zdravotních službách,¹ ve znění zákona č. 290/2025 Sb., které s účinností od 1. ledna 2026 výslovně vymezuje, kdy je požadování plateb od pacientů ze strany poskytovatelů zdravotních služeb neoprávněné, na což navazují též odpovídající skutkové podstaty přestupků.

Materiál je určen především příslušným správním orgánům, tj. zejména krajským úřadům a Magistrátu hlavního města Prahy, které jsou povoleny ke kontrole a projednávání přestupků poskytovatelů zdravotních služeb. Podpůrně dokument slouží rovněž k posílení právní jistoty pacientů, resp. pojištěnců.

Metodické stanovisko sestává ze dvou částí: z části obecné, která níže shrnuje základní materiální i procesní rámec; a z části kazuistické, která se formou jednotlivých samostatně publikovaných stanovisek (kazuistik) přímo vyjadřuje k nejčastějším typovým druhům plateb pacientů.

Obsah obecné části

1	Zákaz požadovat úhradu v rozsahu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění	2
1.1	Zdravotní služby poskytované smluvními poskytovateli	3
1.1.1	Rozsah hrazených zdravotních služeb	3
1.1.2	Částečně hrazené zdravotní služby	4
1.1.3	Nehrazené zdravotní služby	5
1.2	Zdravotní služby poskytované nesmluvními poskytovateli	5
2	Ceník a informování pacienta o ceně	5
3	Zákaz podmínění péče platbou nebo nákupem jiného zboží či služeb	7
3.1	Zákaz podmínění péče smluvním poskytovatelem	7
3.2	Zákaz podmínění péče nesmluvním poskytovatelem	8
4	Možnosti pacienta při neoprávněném postupu poskytovatele	8
4.1	Krajský úřad	8
4.2	Zdravotní pojišťovna	9
5	Doporučený procesní postup příslušných správních orgánů	10

¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“).



1 Zákaz požadovat úhradu v rozsahu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění

Podle § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách platí, že „[n]estanoví-li jiný právní předpis jinak, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nemůže [...] požadovat úhradu za poskytnutí zdravotních služeb nebo služeb souvisejících v rozsahu, ve kterém jsou tyto služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.“

Toto ustanovení obsahově navazuje na § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění,² podle něhož má pojištěnec právo na „poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem a zákonem o kategorizaci zdravotnických prostředků, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.“

Skutková podstata příslušného přestupku je obsažena v § 117 odst. 2 písm. r) zákona o zdravotních službách, podle něhož se poskytovatel zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) dopustí přestupku tím, že „požaduje úhradu za poskytnutí zdravotních služeb nebo služeb souvisejících v rozsahu, v jakém jsou tyto služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.“

Z citovaného zákazu požadovat úhradu (tzv. přímou úhradu, platbu či poplatek³) za poskytnutí zdravotních služeb nebo služeb souvisejících **v rozsahu, v němž jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění** (nestanoví-li jiný právní předpis jinak), vyplývá, že za plně hrazenou službu poskytovatel nesmí požadovat platbu vůbec, a za částečně hrazenou službu může požadovat pouze doplatek v rozsahu nehrazeném z veřejného zdravotního pojištění (podrobně viz část 1.1.2). Předmětný zákaz platí nezávisle na tom, zda tuto platbu poskytovatel požaduje od pacienta (resp. pojištěnce), od jeho zákonného zástupce nebo od jiné osoby.

Z dikce zákona o zdravotních službách je patrné, že se tento zákaz vztahuje již na samotné **požádání úhrady** poskytovatelem, nezávisle na tom, zda ji poskytovatel od pacienta nebo jiné osoby následně skutečně přijme (vybere), či nikoliv.

Zákaz se vztahuje převážně na tzv. **smluvní poskytovatele**, tedy na poskytovatele, kteří mají uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb⁴ (dále jen „smlouva“) se zdravotní pojišťovnou, u které je daný pacient pojištěn (dále jen „příslušná zdravotní pojišťovna“); a v některých případech také na tzv. **nesmluvní poskytovatele**, tedy na poskytovatele, kteří smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou uzavřenu nemají, zejména jedná-li se o poskytnutí neodkladné péče (podrobně viz část 1.2).

Zda se jedná o smluvního nebo nesmluvního poskytovatele, je vždy zapotřebí posuzovat **ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi a příslušné zdravotní pojišťovně**, neboť někteří poskytovatelé mají uzavřenu smlouvu pouze s některými zdravotními pojišťovnami, tudíž vůči některým pacientům vystupují jako smluvní poskytovatelé, zatímco vůči jiným jako nesmluvní.

Pokud příslušný správní orgán nemůže na základě dostupných podkladů s jistotou určit, zda je pacient účasten na veřejném zdravotním pojištění, nebo identifikovat příslušnou zdravotní pojišťovnu, vyžádá

² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“).

³ Ačkoliv se v právní terminologii „*poplatek*“ formálně vzato rozumí veřejnoprávní platba (srov. např. nálezy Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, bod 61), v tomto metodickém stanovisku je výraz „*poplatek*“ příležitostně užíván také pro označení platby v rámci soukromoprávního vztahu mezi pacientem a poskytovatelem, a ohledem na rozšířené hovorové užití výrazu „*poplatek*“ také v tomto významu.

⁴ § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.



si **vyjádření správce centrálního registru pojištěnců**, tj. Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen „VZP ČR“), která je povinna mu jej poskytnout.⁵

Zdravotní pojišťovny na svých internetových stránkách povinně zveřejňují jak **seznam svých smluvních poskytovatelů**,⁶ tak smlouvy uzavřené s jednotlivými smluvními poskytovateli, včetně jejich příloh.⁷ Orientační informace o tom, zda a se kterou zdravotní pojišťovnou má konkrétní poskytovatel uzavřenou smlouvu, je nadto veřejně dostupný i v **Národním registru poskytovatelů zdravotních služeb**.⁸

1.1 Zdravotní služby poskytované smluvními poskytovateli

1.1.1 Rozsah hrazených zdravotních služeb

Smluvní poskytovatelé pacientům poskytují především zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „hrazené služby“). **Rozsah hrazených služeb (nárok pojištěnce) vymezuje zákon o veřejném zdravotním pojištění**, zejména jeho část pátá. Vyzdvihnout lze ustanovení § 13, které obsahuje „generální klauzuli“ hrazených služeb⁹, a dále § 22 až 39, vymezující např. rozsah hrazené domácí péče, dispenzární péče, preventivní péče nebo léčebně rehabilitační péče.

Většina zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je hrazena plně. Vymezené služby jsou však hrazené jen **za určitých podmínek**, nebo pouze **částečně** (viz část 1.1.2 níže) či zcela **nehrazené** (viz část 1.1.3 níže); tyto služby vymezuje zejména § 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve spojení s přílohou č. 1 k témuž zákonu.

Podpůrně **obsah a rozsah jednotlivých hrazených zdravotních výkonů** vychází zejména z **vyhlášky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů**¹⁰, jež obsahuje mj. popis jednotlivých výkonů. Podrobnější doplňující informace o obsahu a rozsahu hrazených zdravotních výkonů, zejména jednotlivé úkony, které jsou jejich součástí, lze dále nalézt v **databázi registračních listů zdravotních výkonů**, dostupné online na: <https://szv.mzcr.cz/>.

Současně mohou zdravotní pojišťovny vytvářet své vlastní smluvní zdravotní výkony (v rámci svých číselníků), které jsou též hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Konkrétní **rozsah** hrazených služeb poskytovaných **jednotlivými smluvními poskytovateli** vyplývá zpravidla z **přílohy č. 2 ke smlouvě**, která obsahuje seznam zdravotních výkonů, jež má daný smluvní poskytovatel se zdravotní pojišťovnou smluvně zajištěny a poskytuje je jako hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Kupříkladu, poskytovatel může mít smlouvu uzavřenu pouze v rozsahu některých oborů (resp. v tomto kontextu odborností) či zdravotních výkonů, zatímco ostatní zdravotní služby, pro jejichž poskytování má oprávnění,¹¹ poskytuje jako nehrazené z veřejného zdravotního pojištění.

⁵ § 75 odst. 2 zákona č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „přestupkový zákon“), ve spojení s § 27 odst. 1 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojistném“).

⁶ § 40 odst. 6 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁷ § 17 odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁸ Dostupný online na: <https://nrpzs.uzis.cz>.

⁹ „Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné; jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy; a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

¹⁰ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, vydávaná na základě § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹¹ Podrobně srov. § 11 a část třetí zákona o zdravotních službách.



Smlouvy s jednotlivými poskytovateli, včetně jejich příloh, **všechny zdravotní pojišťovny** povinně **zveřejňují na svých internetových stránkách**.¹²

Z hlediska obsahu a rozsahu hrazených zdravotních výkonů v oboru **zubní lékařství** lze podpůrně vycházet též z publikace České stomatologické komory *Stomatologické výkony* pro příslušný kalendářní rok.¹³

Rozsah hrazených služeb nicméně vyplývá především ze zákona o veřejném zdravotním pojištění, z něhož je zapotřebí vycházet též v rámci odůvodnění případného rozhodnutí o přestupku.

Pokud příslušný správní orgán nemůže s jistotou posoudit, zda je určitá zdravotní služba u daného poskytovatele hrazena z veřejného zdravotního pojištění, případně za jakých podmínek či v jakém rozsahu, vyžádá si **vyjádření příslušné zdravotní pojišťovny**, která je povinna mu jej poskytnout.¹⁴

1.1.2 Částečně hrazené zdravotní služby

Některé zdravotní služby poskytované smluvními poskytovateli nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny plně, nýbrž pouze částečně. Za poskytnutí částečně hrazené zdravotní služby může poskytovatel po pojištenci požadovat platbu (doplatek, spoluúčast) ve výši, o kterou cena výkonu převyšuje výši úhrady ze zdravotního pojištění (k pravidlům tvorby cen podrobně viz část 2 níže).

Částečně hrazeny jsou zejména zdravotní služby v oboru **zubní lékařství**, jejichž rozsah vychází z [přílohy č. 1 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění](#), přičemž výši úhrady stanoví [příloha č. 11 k tzv. úhradové vyhlášce](#).¹⁵

Další skupinou služeb, které mohou být při poskytování ambulantní zdravotní péče hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pouze částečně, a tudíž za ně pacient hradí **doplatek**¹⁶, jsou **léčivé přípravky, potraviny pro zvláštní lékařské účely**, zdravotnické prostředky a stomatologické výrobky.

Za částečně hrazenou zdravotní službu lze označit také **příspěvkovou lázeňskou léčebně rehabilitační péči**, v rámci níž jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazena pouze vyšetření a léčení pojištěnce,¹⁷ zatímco ubytování a stravu si hradí sám pojištěnec (na rozdíl od komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, která je z veřejného zdravotního pojištění hrazena plně, včetně ubytování a stravy). Zda se jedná o lázeňskou péči komplexní nebo příspěvkovou vyplývá z rozhodnutí příslušné zdravotní pojišťovny o jejím schválení;¹⁸ resp. již z návrhu na poskytnutí lůžkové lázeňské rehabilitační péče jako hrazené, o kterém zdravotní pojišťovna rozhoduje (způsob poskytnutí vymezuje navrhovatel).

¹² U některých poskytovatelů však smluvní dokumentace může být velmi rozsáhlá a čítat řadu pracovišť a odborností, a tudíž být pro příslušný správní orgán obtížně srozumitelná.

¹³ Pro rok 2026 HOUBA, Robert a kol. Stomatologické výkony v roce 2026: *Pravidla a podmínky pro vykazování a úhradu ambulantních stomatologických služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2026* [online]. Praha: Česká stomatologická komora, 2025. 292 s. ISBN 978-80-909493-2-4, dostupné online na: <https://www.dent.cz/stomatologicke-vykony-2026>.

¹⁴ § 75 odst. 2 přestupkového zákona.

¹⁵ Pro rok 2026 se jedná o vyhlášku č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026.

¹⁶ Maximální výše doplateků na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely lze nalézt v databázi vedené Státním ústavem pro kontrolu léčiv, dostupné online na: <https://mzd.gov.cz/lekky.aspx>.

¹⁷ § 33 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹⁸ § 19 odst. 1 písm. c) ve spojení s § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění.



1.1.3 Nehrazené zdravotní služby

Z veřejného zdravotního pojištění naopak zpravidla nejsou hrazeny (a to ani v případě jejich poskytnutí smluvním poskytovatelem) **zdravotní služby, které jsou prováděny v osobním zájmu a na žádost pacienta nebo jiné fyzické či právnické osoby** (např. školy či zaměstnavatele) a jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pacienta¹⁹ a další zdravotní služby výslovně vymezené v § 15 a příloze č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Za uvedené služby tudíž poskytovatel zpravidla může od pacienta požadovat platbu.

V praxi se jedná typicky o služby **estetické medicíny, lázeňskou léčebně rehabilitační péči mimo příslušné indikace**²⁰ nebo **posouzení zdravotní způsobilosti** (vystavení lékařského posudku), například k řízení motorových vozidel²¹ či pro zbrojní oprávnění.²²

1.2 Zdravotní služby poskytované nesmluvními poskytovateli

Pokud poskytovatel nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou daného pacienta (tedy se vůči danému pacientovi jedná o poskytovatele nesmluvního), jím poskytované zdravotní služby až na výjimky nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, tudíž za ně po pacientovi může požadovat úhradu.²³

Zdravotní služby poskytované nesmluvními poskytovateli jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění pouze v zákonem taxativně vymezených situacích, zejména jedná-li se o **neodkladnou péči**²⁴ nebo o zdravotní služby poskytované v rámci výkonu trestní sankce.²⁵ V takových případech nesmluvní poskytovatel po pacientovi požadovat úhradu nesmí.

2 Ceník a informování pacienta o ceně

Pokud poskytovatel (smluvní či nesmluvní) nabízí **služby nehrazené nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění** (ať již se jedná o zdravotní služby nebo jiné služby s nimi související), je povinen pacienta výslovně **informovat o jejich ceně**, a to **před poskytnutím dané služby**.²⁶

Není-li před poskytnutím zdravotní služby možné s jistotou určit přesný rozsah jednotlivých zdravotních výkonů, resp. zda bude služba z veřejného zdravotního pojištění hrazena v plném rozsahu, částečně, nebo vůbec, musí poskytovatel pacienta předem informovat alespoň o **rozhodných podmínkách úhrady** a o **ceně jednotlivých možných variant**, popřípadě o **způsobu výpočtu ceny** (např. není-li známo, po jak dlouhou dobu bude nutná hospitalizace, avšak je známa cena za jeden den hospitalizace). Jakmile se v průběhu poskytování zdravotních služeb tato nejistota odstraní

¹⁹ § 15 odst. 19 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

²⁰ Srov. § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve spojení s přílohou č. 5 k témuž zákonu a vyhláškou č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

²¹ § 84 až § 86 (srov. zejména § 85 odst. 1 *in fine*) zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů.

²² § 15 až § 17 zákona č. 90/2024 Sb., o zbraních a střelivu, ve znění pozdějších předpisů.

²³ *A contrario* § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách a § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

²⁴ Srov. § 5 odst. 1 písm. a) zákona o zdravotních službách, podle něhož se neodkladnou péčí rozumí zdravotní péče, „*jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí.*“

²⁵ § 17 odst. 1 *in fine* písm. a) až d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.

²⁶ § 45 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.



(např. po provedení prvotních vyšetření) nebo vznikne potřeba další nehrazené či částečně hrazené služby, musí být pacient **o konkrétní ceně informován v dalším průběhu péče** před poskytnutím dané služby, je-li to s ohledem na jeho zdravotní stav možné.²⁷

Poskytovatel (smluvní i nesmluvní) je rovněž povinen zpracovat **seznam cen (ceník)** veškerých jím nabízených služeb nehrazených a částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění. V ceníku by mělo být srozumitelně pro konkrétní položky rozlišeno, zda se požadovaná výše platby pacienta týká také pojištěnců smluvních zdravotních pojišťoven (zejména platby za obecně nehrazené nebo částečně hrazené zdravotní služby), nebo pouze osob bez nároku na úhradu služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění (tj. pojištěnců nesmluvních zdravotních pojišťoven nebo nepojištěnců).

Ceník je poskytovatel povinen umístit tak, aby byl **přístupný pacientům**,²⁸ tedy na viditelném či dostupném místě, zejména v prostorách zdravotnického zařízení (např. v čekárně či na chodbě); současně je vhodné zpřístupnit jej také na internetových stránkách poskytovatele, pokud je má zřízeny.

Podle § 48 odst. 6 písm. b) zákona o zdravotních službách platí, že „[n]estanoví-li jiný právní předpis jinak, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nemůže [...] požadovat úhradu poskytnutých zdravotních služeb nebo služeb souvisejících s poskytovanými zdravotními službami nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, jež nejsou v době informování pacienta o jejich ceně uvedeny v seznamu cen zpracovaném podle § 45 odst. 2 písm. b).“

Z citovaného ustanovení vyplývá, že pokud v době informování pacienta o ceně není daná služba uvedena v ceníku, nesmí za ni poskytovatel požadovat úhradu; jinými slovy, **ceník je pro poskytovatele závazný**.²⁹ Pokud poskytovatel přesto požaduje platbu za službu, která není uvedena v jeho ceníku, je pacient oprávněn platbu odmítnout.

Podmínkou poskytnutí služby nehrazené nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění je vedle jejího uvedení v ceníku především **souhlas pacienta** s poskytnutím dané služby.³⁰

Pokud pacient zpoplatněnou službu odmítne, nesmí to u smluvního ani nesmluvního poskytovatele **vést k odmítnutí poskytnutí neodkladné péče**; u smluvního poskytovatele dále čerpání zpoplatněné služby nesmí být podmínkou poskytnutí jakýchkoliv hrazených služeb (s výjimkou situací, kdy je poskytnutí zpoplatněné služby pro ošetření zcela nezbytné).³¹

Poskytovatel je povinen za zaplacenou službu či služby pacientovi vystavit **účet**,³² z něhož by mělo být zřejmé, jaké **konkrétní služby** (zdravotní nebo související) byly pacientovi poskytnuty a jejich **ceny**.

Při **tvorbě cen** nehrazených nebo částečně hrazených zdravotních služeb je poskytovatel povinen postupovat podle cenového výměru Ministerstva zdravotnictví³³ pro příslušný kalendářní rok,³⁴ který tyto ceny reguluje zpravidla formou věcného usměrnění.³⁵ Podle stanoveného vzorce může poskytovatel do ceny zdravotní služby promítnout pouze **ekonomicky oprávněné náklady** (např. mzdy, pojištění,

²⁷ Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30. září 2025, sp. zn. 23 Cdo 1483/2024, bod 33.

²⁸ § 45 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách.

²⁹ § 48 odst. 6 písm. b) zákona o zdravotních službách.

³⁰ § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

³¹ § 48 odst. 6 písm. c) zákona o zdravotních službách.

³² § 45 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách.

³³ § 3 odst. 3 ve spojení s § 3 odst. 2 písm. a) a d) a § 18d odst. 1 ve spojení s § 10 odst. 1 písm. b) zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o cenách“).

³⁴ Pro rok 2026 se jedná o oddíl D části III. Cenového výměru Ministerstva zdravotnictví 1/2026/CAU ze dne 13. listopadu 2025, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 19/2025, ve znění Cenového výměru Ministerstva zdravotnictví 2/2026 CAU ze dne 11. března 2026, zveřejněného ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 3/2026 (dále jen „cenový výměr pro rok 2026“), dostupného online na: <https://mzd.gov.cz/cenovy-vymer-1-2026-cau/>.

³⁵ § 4 odst. 1 písm. b) zákona o cenách.



materiál) a **přiměřený zisk**, k němuž se případně dále přičítá cena **spotřebovaných zvlášť účtovaných položek** (např. zdravotnických prostředků či stomatologických výrobků).³⁶

Cenovou kontrolu v této oblasti vykonává **Specializovaný finanční úřad**,³⁷ který je tudíž příslušný k přijímání podnětů (příslušných správních orgánů i pacientů) v případě podezření, že poskytovatel stanovil cenu v rozporu s cenovým výměrem Ministerstva zdravotnictví.

3 Zákaz podmínění péče platbou nebo nákupem jiného zboží či služeb

Podle § 48 odst. 6 písm. c) zákona o zdravotních službách platí, že „[n]estanoví-li jiný právní předpis jinak, poskytovatel, kterého si pacient zvolil, nemůže [...] podmínit přijetí tohoto pacienta do péče ani pokračování v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi poskytnutím platby nebo jiného prospěchu ani nákupem jiného zboží či služeb, které nejsou nezbytné pro poskytnutí zdravotních služeb; to neplatí, jde-li o pacienta podle odstavce 1 písm. c), nevyžaduje-li zdravotní stav tohoto pacienta poskytnutí zdravotních služeb podle odstavce 3.“

3.1 Zákaz podmínění péče smluvním poskytovatelem

Citované ustanovení se vztahuje zejména na smluvní poskytovatele, kteří na jeho základě nesmějí přijetí pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb podmínit platbou či jiným prospěchem nebo nákupem zboží či služeb, které nejsou nezbytné pro poskytnutí zdravotních služeb, **a to i v případě, že by tato platba sloužila k úhradě služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění.**

Vedle pojištěnců českých zdravotních pojišťoven, s nimiž má daný poskytovatel uzavřenu smlouvu, se zákaz podmínění péče (a potažmo i jejího odmítnutí) vztahuje také na **zahraniční pojištěnce** z vymezených států (zejména z členských států Evropské unie).³⁸

Nad rámec zákazu požadovat úhradu v rozsahu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění, který je zakotven v § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách, zákaz podmínění péče ve smyslu § 48 odst. 6 písm. c) téhož zákona zapovídá především postup, kdy smluvní poskytovatel podmiňuje poskytnutí hrazených služeb samoúčelnou platbou, tj. např. **registračním poplatkem** či **povinným „darem“**; nebo **čerpáním jiného zboží či služeb** (označovaných např. jako doplňkové, nadstandardní či komfortní služby), které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Zákazem podmínění péče platbou nebo jiným prospěchem není dotčeno právo pacienta poskytnout poskytovateli **dar** nebo **sponzorský příspěvek**, avšak musí se jednat o **dobrovolné** rozhodnutí pacienta, nikoliv o podmínku přijetí pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb.

Předmětný zákaz se dále výslovně **nevztahuje** na případy, kdy poskytovatel po pacientovi žádá **platbu za zboží či služby**, které jsou **nezbytné pro poskytnutí zdravotních služeb**, avšak nejsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění nebo jsou hrazené jen částečně (např. podmínění pokračování

³⁶ Bod 4 oddílu D části II. cenového výměru pro rok 2026.

³⁷ § 18c zákona o cenách; srov. např. Zprávu o činnosti cenových orgánů za rok 2025 (zejména s. 71 až 72), dostupnou online na: https://mf.gov.cz/assets/attachments/2026-04-30_Zprava-o-cinnosti-cenovych-organu-za-2025.pdf.

³⁸ Ve smyslu § 48 odst. 1 písm. c) *in fine* zákona o zdravotních službách, tj. o pojištěnce z jiných států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.



v poskytování zdravotní péče v oboru ortodoncie úhradou fixního aparátu, nebo v oboru zubní lékařství úhradou zubní náhrady zhotovené zubním technikem).

Rovněž zákazem podmínění péče nákupem zboží či služeb není dotčena možnost pacienta čerpat u smluvního poskytovatele **zboží či služby nehrazené nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění** (označované např. jako doplňkové, nadstandardní či komfortní), avšak pacient tak opět musí činit na základě své **dobrovolné** volby, tzn. **nesmí se jednat o podmínku** přijetí pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb.

Pacient, který čerpá zpoplatněné nezbytné nebo doplňkové zboží či služby, zároveň ovšem musí být poskytovatelem předem informován o jejich ceně, která odpovídá zveřejněnému ceníku.³⁹

3.2 Zákaz podmínění péče nesmluvním poskytovatelem

Na poskytovatele, který nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou daného pacienta, se **zákaz podmínit** přijetí pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb ve smyslu § 48 odst. 6 písm. c) zákona o zdravotních službách **vztahuje** zejména v případě, že zdravotní stav pacienta vyžaduje poskytnutí **neodkladné péče** a v dalších zákonem taxativně vymezených situacích (porod; zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví nebo ochrany zdraví při práci; krizové situace; výkon ochranného léčení).⁴⁰

Závěrem lze shrnout, že pokud pacient odmítne čerpat zpoplatněné zboží či služby nebo poskytnout poskytovateli platbu či jiný prospěch, nesmluvní poskytovatel jej může odmítnout ošetřit (až na výjimky uvedené v § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách), zatímco smluvní poskytovatel pacienta na tomto základě zpravidla odmítnout ošetřit nemůže, jelikož péči nesmí podmínit nákupem zboží či služeb (nejsou-li nezbytné), ani poskytnutím platby či jiného prospěchu.

4 Možnosti pacienta při neoprávněném postupu poskytovatele

4.1 Krajský úřad

Pokud pacient požadovanou platbu uhradit odmítne a poskytovatel jej na tomto základě odmítne přijmout do péče nebo péči o pacienta ukončí, je poskytovatel povinen pacientovi vydat **písemnou zprávu** (potvrzení, doklad), v níž uvede důvod odmítnutí nebo ukončení péče.⁴¹

Neoprávněné požadování úhrady,⁴² odmítnutí či ukončení péče⁴³ nebo nevystavení výše zmíněné písemné zprávy⁴⁴ se řadí mezi **přestupky poskytovatele**, které projednává **příslušný správní orgán**, tedy zpravidla **krajský úřad nebo Magistrát hlavního města Prahy** (dále souhrnně jen „krajský úřad“), v jehož správním obvodu se nachází příslušné zdravotnické zařízení.⁴⁵ Má-li pacient za to, že

³⁹ § 45 odst. 2 písm. a) a b) ve spojení s § 48 odst. 6 písm. b) zákona o zdravotních službách.

⁴⁰ § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách.

⁴¹ § 48 odst. 5 zákona o zdravotních službách.

⁴² § 117 odst. 2 písm. r) a s) zákona o zdravotních službách.

⁴³ § 117 odst. 3 písm. a) a b) zákona o zdravotních službách.

⁴⁴ § 117 odst. 3 písm. c) zákona o zdravotních službách.

⁴⁵ § 118 písm. b) ve spojení s § 15 odst. 1 zákona o zdravotních službách; v zákonem stanovených případech jsou příslušnými správními orgány také Ministerstvo obrany, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo vnitra.



poskytovatel požaduje platbu v rozporu s právními předpisy, může tomuto orgánu podat **podnět** k prošetření přestupku.⁴⁶

Pacient má rovněž právo proti postupu poskytovatele podat **stížnost** podle zákona o zdravotních službách.⁴⁷

Stížnost se podává přímo **poskytovateli**, proti kterému směřuje. Pokud stěžovatel s vyřízením své stížnosti nesouhlasí, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, tedy zpravidla místně příslušnému **krajskému úřadu**, a to do 60 dnů ode dne doručení vyřízení stížnosti poskytovatelem.⁴⁸

Právo podat stížnost podle zákona o zdravotních službách se vztahuje také obecně na situace, kdy má pacient podezření, že mu nejsou poskytovány hrazené služby v souladu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění.⁴⁹

4.2 Zdravotní pojišťovna

Jedná-li se o smluvního poskytovatele, může si pacient na neoprávněné požadování poplatku stěžovat také své **zdravotní pojišťovně**. Ta je **povinna pacientovi zajistit poskytovatele, který mu hrazené služby poskytne bezplatně**.⁵⁰

Zdravotní pojišťovna může sama daný případ prošetřit, zejména ověřit, zda s ní dotčený poskytovatel měl poskytnuté zdravotní služby smluvně zajištěny, a případně jeho postup prověřit v rámci smluvního vztahu s poskytovatelem prostřednictvím své kontrolní činnosti.⁵¹

Nicméně, zdravotní pojišťovna na rozdíl od krajského úřadu vůči poskytovateli nevystupuje z pozice vykonavatele státní moci (vrchnostensky), její případný vztah k poskytovateli je toliko smluvního (soukromoprávního) charakteru. Jakkoliv smlouva může obsahovat sankční ujednání za neplnění smluvních povinností, zdravotní pojišťovna je nemůže sama jednostranně vymáhat (případný spor musí rozhodnout soud); a zároveň právní předpisy nezakládají pojištěnci právo domáhat se, aby smluvní sankce pojišťovna vůči poskytovateli uplatnila.⁵² Na základě skutečností zjištěných od pojištěnce a ze strany poskytovatele však **zdravotní pojišťovna může sama podat místně příslušnému krajskému úřadu podnět k projednání přestupku**.

Závěr o spáchání přestupku potažmo může vést ke zjištění, že poskytovatel porušil smlouvu se zdravotní pojišťovnou, na základě čehož zdravotní pojišťovna může učinit další kroky v rámci své smluvní politiky (např. s poskytovatelem rozvázat smlouvu).

⁴⁶ § 42 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů.

⁴⁷ § 93 a násl. zákona o zdravotních službách.

⁴⁸ Podrobně srov. Stanovisko Ministerstva zdravotnictví k aplikaci ustanovení § 93 odst. 2 zákona o zdravotních službách ve znění účinném od 1. ledna 2026, dostupné online na: <https://mzd.gov.cz/stanovisko-ministerstva-zdravotnictvi-k-aplikaci-ustanoveni-%c2%a7-93-odst-2-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-ve-zneni-ucinnem-od-1-ledna-2026/>.

⁴⁹ § 11 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁵⁰ § 46 odst. 1 ve spojení s § 40 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁵¹ § 42 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁵² Podrobně srov. Zprávu Veřejného ochránce práv o šetření ve věci zajištění časové a místní dostupnosti zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění ze dne 6. srpna 2026, sp. zn. 6151/2025/VOP/ZK, č. j. KVOP-38839/2026, dostupnou online na: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/15030>.



5 Doporučený procesní postup příslušných správních orgánů

S ohledem na výše uvedené Ministerstvo zdravotnictví příslušným správním orgánům, tj. krajským úřadům, v rámci šetření přestupků poskytovatele spočívajících v požadování úhrady nebo podmínění péče⁵³ v návaznosti na § 48 odst. 6 zákona o zdravotních službách doporučuje postupovat následovně:

1. příslušný správní orgán **identifikuje**:

- **pacienta**, kterému měly být / byly poskytnuty služby, za které poskytovatel požadoval úhradu, nebo péči o něhož poskytovatel podmínil:
 - zejména zda je pacient účasten na veřejném zdravotním pojištění a příslušnou **zdravotní pojišťovnu** tohoto pacienta,
 - typicky dle sdělení pacienta (např. předložením průkazu pojištěnce),
 - pokud příslušný správní orgán nemůže na základě dostupných podkladů s jistotou určit, zda je pacient účasten na veřejném zdravotním pojištění, nebo identifikovat příslušnou zdravotní pojišťovnu, vyžádá si vyjádření správce centrálního registru pojištěnců, tj. VZP ČR, která je povinna mu jej poskytnout;⁵⁴
- **poskytovatele**, který požadoval úhradu nebo podmínil péči, včetně **místa poskytování zdravotních služeb**, tj. pracoviště (IČP) – zejména identifikovat, zda se jedná o **smluvního** nebo **nesmluvního** poskytovatele (posuzuje se vždy ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi a příslušné zdravotní pojišťovně);
- **jednání poskytovatele** – např. za jaké konkrétní zdravotní služby nebo služby související poskytovatel požadoval úhradu (pokud možno konkrétní vymezení výkonů, nejlépe jejich číselná identifikace podle seznamu zdravotních výkonů); nebo zda podmínil platbou samotné přijetí do péče (např. registrační poplatek).

A. Jedná-li se o smluvního poskytovatele:

2.A příslušný správní orgán zjistí, zda má poskytovatel konkrétní službu/služby, za které/ktou požadoval úhradu, **smluvně zajištěnu/zajištěny s příslušnou zdravotní pojišťovnou** (podle přílohy č. 2 ke smlouvě) [§ 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách]:

- → pokud ANO → příslušný správní orgán dále zjistí, zda je daná služba **hrazena z veřejného zdravotního pojištění plně nebo částečně**:
 - plně → postup poskytovatele je v rozporu s § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách;
 - částečně → postup poskytovatele je v rozporu s § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách v případě, že úhradu požadoval v rozsahu hrazeném z veřejného zdravotního pojištění; příslušný správní orgán dále postupuje podle bodu 4;
- → pokud NE → poskytovatel postupoval v souladu s § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách → příslušný správní orgán dále postupuje podle bodu 4;
- pokud příslušný správní orgán nemůže s jistotou posoudit, zda je určitá zdravotní služba u daného poskytovatele hrazena z veřejného zdravotního pojištění, případně

⁵³ § 117 odst. 2 písm. r) a s) a § 117 odst. 3 písm. a) a b) zákona o zdravotních službách.

⁵⁴ § 75 odst. 2 přestupkového zákona ve spojení s § 27 odst. 1 zákona o pojistném.



za jakých podmínek či v jakém rozsahu, vyžádá si vyjádření příslušné zdravotní pojišťovny, která je povinna mu jej poskytnout.⁵⁵

- 3.A příslušný správní orgán posoudí, zda smluvní poskytovatel **podmínil** přijetí pacienta do péče nebo pokračování v poskytování zdravotních služeb tomuto pacientovi v rozporu s § 48 odst. 6 písm. c) zákona o zdravotních službách – v případě podmínění **není rozhodné**, zda tak smluvní poskytovatel učinil v souvislosti s poskytnutím služby **hrazené nebo nehrazené** z veřejného zdravotního pojištění.

B. Jedná-li se o nesmluvního poskytovatele:

- 2.B příslušný správní orgán posoudí, zda nesmluvní poskytovatel **požadoval úhradu** za poskytnutí **neodkladné péče** nebo za jiné hrazené služby (zejména zdravotní služby poskytované v rámci výkonu trestní sankce)⁵⁶ → pokud ANO: postup poskytovatele je v rozporu s § 48 odst. 6 písm. a) zákona o zdravotních službách.
- 3.B příslušný správní orgán posoudí, zda nesmluvní poskytovatel **podmínil péči** o pacienta, jehož zdravotní stav vyžadoval poskytnutí **neodkladné péče** nebo jiných zdravotních služeb vymezených v § 48 odst. 3 zákona o zdravotních službách → pokud ANO: postup poskytovatele je v rozporu s § 48 odst. 6 písm. c) zákona o zdravotních službách.

Nezávisle na tom, zda se jedná o smluvního či nesmluvního poskytovatele:

4. pokud poskytovatel požaduje **úhradu za službu nehrazenou nebo částečně hrazenou** z veřejného zdravotního pojištění, příslušný správní orgán zejména posoudí, zda:
- i. poskytovatel informoval pacienta o ceně služby nehrazené nebo částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění [§ 45 odst. 2 písm. a) zákona o zdravotních službách];
 - ii. poskytovatel zpracoval seznam cen (ceník) a umístil jej na přístupném místě [§ 45 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách];
 - v případě podezření, že poskytovatel stanovil cenu v rozporu s cenovým výměrem Ministerstva zdravotnictví → příslušný správní orgán podá podnět Specializovanému finančnímu úřadu;
 - iii. informace o ceně ad i. odpovídá ceníku ad ii. [§ 48 odst. 6 písm. b) zákona o zdravotních službách].

PhDr. Mgr. Adam Ander, MHA

ředitel odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

podepsáno elektronicky

PhDr. Mgr. Adam Ander, MHA
Ministerstvo zdravotnictví ČR
06.10.2026 13:47:26
I.CA EU Qualified CA2/RSA 06/2022

Metodické stanovisko Ministerstva zdravotnictví č. j. MZDR 25582/2026-1/DZP vychází z právní úpravy účinné ke dni 1. ledna 2026.

⁵⁵ § 75 odst. 2 přestupkového zákona.

⁵⁶ § 17 odst. 1 *in fine* písm. a) až d) zákona o veřejném zdravotním pojištění.