

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta právnická

Diplomová práce

na téma:

Postupy veřejné správy dle zákona č. 48/1997 Sb.,
o veřejném zdravotním pojištění

Šárka Balounová

Plzeň 2024

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta právnická

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **MUDr. Šárka BALOUNOVÁ**
Osobní číslo: **R19M0007P**
Studijní program: **M0421A220004 Právo a právní věda**
Téma práce: **Postupy veřejné správy dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**
Zadávací katedra: **Katedra správního práva**

Zásady pro vypracování

Úvod

- Vývoj úhrady zdravotních služeb z veřejných prostředků po roce 1990 v kontextu správního práva
- Změny v rozhodování zdravotních pojišťoven o úhradě zdravotní služby zavedené novelou zákonem č.371/2021 Sb.
- Specifika jednotlivých oblastí správního rozhodování zdravotních pojišťoven se zaměřením na rozhodování dle § 16 z. 48/1997 Sb.
- Zhodnocení

Závěr

Rozsah diplomové práce: **50**
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

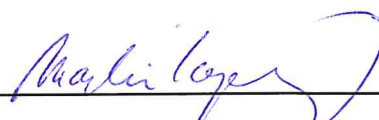
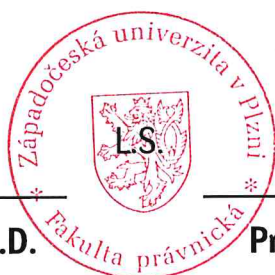
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Michal Koščík, Jaroslav Blatný, Jakub Král, Filip Křepelka, Jaroslav Stránský, Zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.). Komentář, Wolters Kluwer 2020, ISBN 978-80-7598-810-2
- Sněmovní tisk č. 992/0 (PS 2017-2021), Důvodová zpráva
- Petr Šustek, Tomáš Holčápek a kolektiv, Zdravotnické právo, Wolters Kluwer 2017, ISBN 978-80-7552-321-1
- Martin Kopecký, Josef Staša, Jana Balounová, Jan Malast, Olga Pouperová, Pavel Kopecký, Zuzana Adamusová, Správní řád. (č. 500/2004 Sb.). Komentář, Wolters Kluwer 2022, ISBN 978-80-7676-422-4
- Judikatura Ústavního soudu ČR
 1. Nález Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp.zn. Pl. ÚS 1/12
 2. Nález Ústavního soudu ze dne 30.5.2017, sp.zn. Pl. ÚS 3/15
 3. Nález Ústavního soudu ze dne 29.1.2019, sp.zn. IV. ÚS 3892/18
- Judikatura Nejvyššího správního soudu
 1. 4 Ads 134/2012 – 50, rozsudek ze dne 30.9.2013
 2. 9 Ads 214/2018, rozsudek ze dne 12.12.2019
 3. 6 Ads 58/2020, rozsudek ze dne 14.5.2020
- Judikatura Městského soudu v Praze
 1. Rozsudek č.j. 10 Ad 4/2018 ze dne 22. května 2018
 2. Rozsudek č.j. 10 Ad 19/2017 ze dne 10. ledna 2018
 3. Rozsudek č.j. 14 Ad 13/2017 ze dne 21. června 2018

Vedoucí diplomové práce: **JUDr. Zdeněk Horáček, Ph.D.**
Katedra správního práva

Datum zadání diplomové práce: **8. února 2023**
Termín odevzdání diplomové práce: **31. března 2024**



JUDr. et PhDr. Stanislav Balík, Ph.D.
děkan



Prof. JUDr. Martin Kopecký, CSc.
vedoucí katedry

Čestné prohlášení:

Čestně prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala výhradně sama a že jsem vyznačila veškeré prameny, z nichž jsem čerpala, a to způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Plzni dne 29. 3. 2024

Šárka Balounová

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucímu své práce JUDr. Zdeňkovi Horáčkovi, Ph.D. za odborné vedení, a cenné rady. Velké díky patří i mé rodině za podporu, toleranci a trvalou inspiraci.

Obsah

Úvod.....	1
1 Historie veřejného zdravotního pojištění.....	4
1.1 Vývoj zdravotního pojištění v Československu do r.1990.....	4
1.2 Vývoj úhrady zdravotních služeb z veřejných prostředků po roce 1990 v kontextu správního práva.....	5
1.2.1 Zákon č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.....	6
1.2.2 Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.....	8
1.2.3 Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.....	8
1.3 Ústavní rozměr veřejného zdravotního pojištění.....	10
2 Současná právní úprava veřejného zdravotního pojištění.....	12
2.1 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.....	12
2.2 Struktura zákona o veřejném zdravotním pojištění.....	12
2.3 Přílohová část zákona o veřejném zdravotním pojištění.....	17
3 Přestupky fyzických osob dle ZVZP.....	19
4 Změny v rozhodování zdravotních pojišťoven o úhradě zdravotní služby zavedené zákonem č. 371/2021 Sb.....	21
4.1 Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. září 2013, č.j. 4 Ads 134/2012-50 Sb.....	21
4.2 Pozdější judikatura.....	23
4.3 Reálná praxe zdravotních pojišťoven v reakci na výše uvedené judikáty.....	25
4.4 Konkrétní změny v rozhodování zdravotních pojišťoven zavedené novelou zákona č. 371/2021 Sb. v souvislosti s rozhodováním o nároku pojištěnce.....	26
4.4.1 Rozhodování o poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených ze zdravotního pojištění.....	27
4.4.2 Revizní komise.....	31
5 Specifika jednotlivých oblastí správního rozhodování zdravotních pojišťoven se zaměřením na rozhodování podle § 16 ZVZP.....	34
5.1 Mimořádná úhrada zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené.....	34
5.1.1 Zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené.....	36
5.1.2 Jediná možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.....	40
5.1.3 Výjimečný případ.....	43
5.1.4 Podmínky § 16 ZVZP – polemika.....	45
5.1.5 Mimořádná úhrada – shrnutí z hlediska praxe.....	46
5.2 Ostatní body posuzované před poskytnutím zdravotní služby dle nových procesních postupů.....	47
5.2.1 Pobyť průvodce pojištěnce staršího 6 let.....	48
5.2.2 Stanovené případy lůžkové léčebně rehabilitační péče.....	49
5.2.3 Zdravotní péče poskytovaná v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.....	50
5.2.4 Nezbytná letecká doprava.....	51
5.2.5 Léčivé přípravky, u kterých byla podmínka úhrady stanovena v řízení podle části šesté.....	51
5.2.6 Vyjmenované zdravotní výkony podle přílohy č. 1 k tomuto zákonu.....	53
5.2.7 Vyjmenované zdravotnické prostředky předepisované na poukaz podle přílohy č. 3 k tomuto zákonu.....	53

5.2.8 Vyjmenované stomatologické výrobky podle přílohy č. 4 k tomuto zákonu.....	54
5.2.9 Léčivé přípravky s obsahem léčebného konopí, pokud je překročen limit.....	54
6 Zhodnocení přínosu procesních změn.....	55
6.1 Pozitiva Novely.....	55
6.2 Problematická místa.....	56
6.3 Praktická zkušenost.....	57
6.4 Návrh podaný pojištěncem.....	58
6.5 Nedostatky Novely.....	59
Závěr.....	60
Seznam použitých zkratk.....	62
Zdroje.....	63
Tištěné publikace.....	63
Elektronické publikace.....	63
Právní předpisy.....	64
Důvodové zprávy.....	65
Judikatura.....	66
Resumé.....	68

Úvod

Pojem veřejná správa nemá legální definici, nauka ji vnímá jako „cíleně zaměřenou činnost k obstarávání nejrůznějších záležitostí“¹. Základním posláním veřejné správy je služba veřejnosti², což by se mělo projevit ve vztazích státní správy jak vůči vnějším adresátům, tak mezi jednotlivými správními orgány, a to při ochraně práv a oprávněných zájmů jednotlivců, i při ochraně zájmů obecných, které mohou být se zájmy jednotlivců mnohdy v rozporu³.

Tato práce se věnuje postupům v jednom segmentu veřejné správy – v systému veřejného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění, jak jej koncipuje platný právní rámec (viz následující text), je službou státu svým občanům, tato služba je poskytována podle výslovného ustanovení zákona a nejde o podnikání. Veřejné zdravotní pojištění je svěřeno zdravotním pojišťovnám, které jsou pro toto nadány určitou pravomocí a působností a „jako vrchnostenské orgány vykonávají tuto službu jako veřejnou správu“⁴. V rámci realizace svých zákonných povinností využívají zdravotní pojišťovny nástroje veřejného i soukromého práva.

Z právní úpravy veřejného zdravotního pojištění (viz následující kapitoly) vyplývají fyzickým osobám – pojištěncům (viz dále) veřejnoprávní povinnosti (především placení pojistného a oznamovací povinnost). Platná legislativa ale pojištěncům zaručuje i práva⁵. Z kategorie veřejných subjektivních práv⁶ je často diskutováno zajištění dostupné zdravotní péče v místě a čase nebo nárok na úhradu zdravotní služby v rozsahu stanoveném zákonem⁷.

V některých případech podmiňuje zákon úhradu zdravotní služby pro individuální osobu (pojištěnce, jak bude uvedeno dále) rozhodnutím zdravotní pojišťovny. Toto rozhodnutí má nepochybně charakter rozhodnutí

¹KOPECKÝ, Martin. *Správní právo: obecná část*. 3. vydání. Beckovy právnické učebnice. V Praze: C.H. Beck, 2023, str. 6.

²Ustanovení § 4 odstavec 1 správního řádu

³Blíže viz Kopecký, M. in KOPECKÝ, Martin. *Správní řád: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2022, str. 24.

⁴ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, str. 55

⁵Subjektivní právo ve smyslu oprávnění, blíže viz GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 6., aktualiz. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, str. 22.

⁶Blíže viz KOPECKÝ, Martin. *Správní právo: obecná část*. 3. vydání. Beckovy právnické učebnice. V Praze: C.H. Beck, 2023, str. 45.

⁷Blíže viz ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s 56.

vrchnostenského a je činěno vůči adresátům mimo veřejnou správu. Právní úprava postupů, kterými je rozhodováno o případné úhradě zdravotní služby, u níž zákon vyžaduje souhlas zdravotní pojišťovny, doznala v nedávné době změn. Tedy změnila se pravidla, podle kterých je posuzován individuální návrh na úhradu zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Změny v této právní úpravě se mohou dotýkat veřejných subjektivních práv každého občana. Popis a analýza těchto legislativních úprav bude předmětem této práce.

V první kapitole je představen vývoj veřejného zdravotního pojištění v Československu. Historie před rokem 1990 je představena v krátkém přehledu pro porozumění kontinuitě systému, který byl později tvořen od počátku devadesátých let minulého století až do současnosti. Součástí této kapitoly je i stručný výčet zákonné úpravy se vztahem k procesním postupům zdravotních pojišťoven. V závěru kapitoly je prezentován Nález Ústavního soudu, ve kterém byl konkretizován ústavní rozměr veřejného zdravotního pojištění a požadavek na zákonnou úpravu vztahující se k financování zdravotní péče.

Druhá kapitola prezentuje v současnosti platný zákon o veřejném zdravotním pojištění a popisuje po jednotlivých částech jeho strukturu. Tato kapitola také upozorňuje na části zákona, v níž jsou sice vymezeny postupy veřejné správy, které ale nejsou tématem práce, neboť v těchto řízeních účastníkem nemůže být individuální osoba – pojištěnec a tyto procesní postupy ani nebyly v zásadních pasážích novelizovány, tedy jsou podrobně vysvětleny v komentářové literatuře.

Třetí kapitola se již věnuje novince zavedené novelou zákona č. 371/2021 Sb. Jde o nově formulovaný přestupek, kterého se může dopustit fyzická osoba při čerpání hrazené zdravotní služby. Přestupková agenda je sice okrajovým tématem práce, ale jde o zcela nový přestupek, kterého se může dopustit za určených okolností prakticky každý pojištěnec. Tedy pro komplexnost popisu změn zavedených jmenovanou novelou je i tato úprava stručně komentována.

Čtvrtá kapitola představuje změny zavedené novelou zákona č. 371/2021 Sb. ve způsobu posuzování návrhu na úhradu zdravotní služby jako hrazené. Poměrně podrobně popisuje cestu skrze soudní rozhodnutí, která nakonec vedla ke změně zákona. Dále pak vysvětluje nová procesní ustanovení § 19 a § 20 zákona o

veřejném zdravotním pojištění a rozebírá jednotlivé odstavce procesních ustanovení s přihlédnutím k reálné praxi.

Pátá kapitola se zaměřuje na jednotlivá specifika oblastí, u kterých zdravotní pojišťovny rozhodují o úhradě před vlastním poskytnutím zdravotní služby. Významná část kapitoly se věnuje podrobnému vysvětlení podmínek ustanovení § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Toto ustanovení je poměrně často předmětem zájmu odborné i laické veřejnosti, a proto si nepochybně zaslouží vysvětlení ve světle starší i aktuální judikatury. Záměrem takto podrobného popisu je především odůvodnit požadavky na podkladovou dokumentaci při podávání návrhů na úhradu v souladu s novými procesními postupy. Další oblasti posuzované podle nových legislativních pravidel jsou komentovány spíše v rámci výčtu, neboť zásadní výkladové otázky nevyvolávají.

V šesté kapitole jsou shrnuty postřehy a poznámky autorky k představené novele. Autorka pracuje jako řadová revizní lékařka ve zdravotní pojišťovně, v reálné praxi poznala systém posuzování žádostí před nastavením procesních změn a byla přítomna implementaci představených legislativních novinek do každodenní činnosti zdravotní pojišťovny dominantně v oblasti posuzování nároku na úhradu zdravotní péče jako hrazené. Motivací k napsání práce byla snaha zaznamenat jednotlivé procesní změny postupu hodnocení, které doposud nejsou uceleně zpracovány (Komentář⁸ k zákonu o veřejném zdravotním pojištění byl vydán v r. 2020 a tyto změny ještě nereflektuje).

Názory prezentované v práci vychází z osobní zkušenosti autorky, nejedná se o oficiální stanovisko či výklad zdravotní pojišťovny.

⁸KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020.

1 Historie veřejného zdravotního pojištění

1.1 Vývoj zdravotního pojištění v Československu do r.1990

První Československá republika převzala v roce 1918 při svém vzniku tzv. bismarckovský model nemocenského a úrazového pojištění⁹, který fungoval v Rakousko-Uhersku již od konce osmdesátých let 19. století. Tento systém veřejného zdravotního pojištění se týkal pouze živnostníků a zaměstnanců¹⁰ a organizačně byl značně roztržštěný, neboť se na něm podílelo téměř 1500 nemocničních pokladen¹¹. Nemocenské pojišťovny byly právníckými osobami, mohly svým jménem nabývat práv a zavazovat se, také mohly žalovat nebo být žalovány¹², šlo o instituce veřejného práva, ne však o státní úřady, ale zájmová sdružení zaměstnavatelů a pojištěných zaměstnanců, koordinační a dozorní úlohu měla pak Ústřední sociální pojišťovna¹³. Ústřední sociální pojišťovna podléhala doзору státní správy, kterou vykonával ministr hospodářství a práce¹⁴.

Koncepční změna nemocenského pojištění přišla až po druhé světové válce, kdy byl rozpracováván plán národního pojištění¹⁵, jeho cílem bylo zajistit všem občanům efektivní preventivní a lékařskou péči. Ústřední správa tohoto systému byla svěřena v roce 1948 ještě Ústřední národní pojišťovně. Ale již počátkem padesátých let 20. století, došlo ke zrušení národního pojištění¹⁶ a veškerá zodpovědnost v souvislosti s poskytováním zdravotní péče byla převedena na stát, potažmo ministerstvo zdravotnictví a národní výbory.

⁹Podstatou tohoto modelu jsou povinné příspěvky každého občana do fondu zdravotních pojišťoven (veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru) bez ohledu na budoucí spotřebu (princip solidarity). Pojišťovny následně a na základě smluv proplácují poskytnutou péči lékařům a nemocnicím. Blíže viz JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, str. 90 a násl.

¹⁰Po dílčích novelách recipovaných říšských zákonů následoval zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, s účinností od 1. 7. 1926, pro státní zaměstnance pak zákon č. 221/1925 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, s účinností od 1. 5. 1926

¹¹JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, str.120.

¹²Ustanovení § 23 zákona č. 221/1924 Sb.

¹³Ustanovení § 74 a další zákona č. 221/1924 Sb.

¹⁴Ustanovení § 89 a další zákona č. 221/1924 Sb.

¹⁵Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, s účinností od 1. 10. 1948, který řešil společně otázku nemocenského i důchodového pojištění.

¹⁶Zákonem č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění, se rozdělilo národní pojištění nemocenské a národní pojištění důchodové. Zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné léčebně preventivní péči, s účinností od 1. 1. 1952, pak upravoval pojištění nemocenské. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena k 31. 12. 1953, nicméně její majetek přešel bez náhrady do vlastnictví státu již od 1. 1. 1952.

Koncepce socialistického zdravotnictví byla finálně nastavena v letech 1951-1952. Systém jednotné zdravotní péče následně převzal později i zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Nemocenské pojištění bylo spravováno pracujícími sdruženými v Revolučním odborovém hnutí, vrcholným orgánem byla Ústřední rada odborů¹⁷.

1.2 Vývoj úhrady zdravotních služeb z veřejných prostředků po roce 1990 v kontextu správního práva

Na konci roku 1989 byla v Československu všechna zdravotnická zařízení státní a prakticky veškerá zdravotnická péče byla financována státem ze všeobecných daní, kdy Ministerstvo zdravotnictví převádělo finanční prostředky na krajské a okresní národní výbory, ty dále odpovídající částky rozdělovaly ústavům národního zdraví. Metodické řízení zajišťovalo Ministerstvo zdravotnictví přes hlavní, krajské a okresní odborníky pro jednotlivé medicínské obory¹⁸.

Již v osmdesátých letech 20. století byla zřetelná neudržitelnost tohoto systému, a tak s příchodem společenských změn po roce 1989 byla v tehdejší Československu zahájena poměrně záhy i reforma zdravotnictví. Cílem reformy byla „*především liberalizace celé zdravotnické soustavy, znovu zavedení systému veřejného zdravotního pojištění, odstátnění zdravotnických zařízení a vytvoření prostoru pro pluralitu vlastnických forem.*“¹⁹

V průběhu roku 1990 byl vypracován a před koncem roku i vládou schválen návrh Nového systému zdravotní péče, jehož nezbytnou součástí mělo být s ohledem na tradici veřejné zdravotní pojištění. Název „zdravotní pojištění“ byl zvolen pro pojištění určené k úhradě zdravotní péče a jeho řešení bylo dáno do gesce Ministerstva zdravotnictví²⁰. Ministrovi zdravotnictví bylo vládou uloženo, aby předložil návrh na zřízení Všeobecné zdravotní pojišťovny tak, aby od

¹⁷Primárně dle Vyhlášky předsedy vlády č. 100/1953 Sb., ze dne 30. prosince 1953, zákonná úprava až následně v ustanoveních § 52-54 zákona č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, s účinností od 1. 1. 1957.

¹⁸DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. Online. Kapitola 3.1, str. 28 [citováno 2024-03-15]

¹⁹JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, str.122.

²⁰Naproti tomu „nemocenské pojištění“ bylo určeno pro výplatu dávek v nemoci a bylo v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí.

1. 1. 1992 zahájila svou činnost, v této souvislosti byla i přislíbena změna daňového systému. Součástí úkolu bylo zpracovat koncepci povinného zdravotního pojištění a vícezdrojový systém financování zdravotnictví.²¹

Od 1.1.1992 nabyl účinnosti zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. S účinností od 1. 7. 1992 byl následně přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (viz dále). V návaznosti na přijetí této legislativy vzniklo až 27 zdravotních pojišťoven (v r.1992), některé se vzhledem k chybějící kontrole ze strany státu ocitly ve finančních problémech, které pak vedly k jejich krachu nebo sloučení s jinými pojišťovnami²². Postupně se počet zdravotních pojišťoven snížil až na současných sedm²³.

1.2.1 Zákon č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Listina základních práv a svobod (dále též Listina), jako součást ústavního pořádku České republiky, ve svém Článku 31 zaručuje každému občanovi na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon²⁴.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 550/1991 Sb. měl být po roce 1990 oním zákonným nástrojem, který stanovoval podmínky predikované Listinou. Zákon upravoval práva a povinnosti pacientů – pojištěnců, smluvních zdravotnických zařízení i rozsah „potřebné zdravotní péče“. Bližší podmínky, za kterých měla být práva a povinnosti realizovány, ponechal tento zákon Zdravotnímu řádu²⁵ jako základnímu prováděcímu předpisu, jehož garantem mělo

²¹Blíže viz Důvodová zpráva k zákonu č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 476, vládní návrh zákona o všeobecném zdravotním pojištění. [online]. Obecná část.

²²DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. Online. Kapitola 3.1, str. 29. [citováno 2024-03-15]

²³Aktuální seznam př. viz Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdravotní pojišťovny*. Online. [citováno 2024-03-15]

²⁴Listina Článek 31: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ [citováno 2023-09-12]

²⁵Dle prvního schváleného znění měla Zdravotní řád vydávat vláda ČR nařízením po dohodovacím řízení se zástupci Ministerstva financí, Všeobecné zdravotní pojišťovny, ostatních zdravotních pojišťoven, smluvních zdravotnických zařízení, profesních organizací zřízených zákonem a odborných vědeckých společností. Dohodovací řízení mělo svolávat ministerstvo zdravotnictví minimálně jedenkrát ročně.

být Ministerstvo zdravotnictví ČR. V rámci všeobecného zdravotního pojištění měla být úroveň poskytované zdravotní péče pro všechny občany shodná, původní termín „potřebná zdravotní péče“ byl pozdějšími novelami změněn a zákon začal užívat pojem „plně a částečně hrazená péče“ bez definice či vzájemného odlišení těchto pojmů, jejich obsahovou specifikaci ponechával nadále v kompetenci Zdravotního řádu²⁶.

Zákon předpokládal, že systém veřejného zdravotního pojištění bude tvořen vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny ještě zdravotními pojišťovnami resortními, oborovými, podnikovými a dalšími tak, aby bylo možné zohlednit zvláštnosti určitých povolání, ty nebudou na rozdíl od Všeobecné zdravotní pojišťovny zřizovány zákonem zvláštním ale obecným.

Zdravotní pojišťovny měly být institucemi finančními s právem kontroly poskytování plně či částečně zdravotním pojištěním hrazené zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny vzhledem ke specifičnosti charakteru své činnosti nebylo možné zařadit mezi žádnou ze stanovených hospodářských forem organizací. Kontrolu nad pojišťovnami vykonával stát prostřednictvím svých orgánů i pojištěnci těchto pojišťoven.

Stran procesních postupů užívaných při rozhodování specifikoval tento zákon v ustanovení § 18 odstavec 1, že na věci, týkající se přirážek k pojistnému a pokut a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vracení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné, se vztahují obecné předpisy o správním řízení. Zdravotní pojišťovny dle zákona rozhodovaly platebními výměry vykonatelnými podle předpisů o řízeních ve věcech občanskoprávních. O odvolání měl rozhodovat rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny, jeho složení a kompetence konkretizoval odstavec 2-4 § 18 tohoto zákona²⁷. Pravomocná

²⁶Tuto tezi o podzákoném konkretizování pojmů „plně a částečně hrazená zdravotní péče“ reflektoval i zákon č. 20/1966, o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 548/1991 Sb., v ustanovení § 11: „Zdravotní péči za plnou nebo částečnou úhradu, popřípadě i její výši, blíže vymezí ministerstvo zdravotnictví v dohodě s ministerstvem financí České republiky vyhláškou vydanou po projednání se zdravotnickými pojišťovnami, se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, zástupci smluvních zdravotnických zařízení a profesními organizacemi zřízenými zvláštním zákonem. 3) Zdravotnické zařízení, které takovou péči poskytne, je povinno vystavit fyzické nebo právnické osobě doklad, v němž uvede, jaká péče byla poskytnuta, a výši finanční úhrady.“

²⁷§ 18 **Odst. 2:** „Rozhodčí orgán se skládá z jednoho zástupce zdravotní pojišťovny, jednoho zástupce ministerstva zdravotnictví České republiky, jednoho zástupce ministerstva financí České republiky, tří zástupců, které určí ze svých členů Správní rada zdravotní pojišťovny, a tří zástupců, které určí ze svých členů Dozorčí rada zdravotní pojišťovny. Rozhodčí orgán je schopen se usnášet, je-li přítomno více jak dvě třetiny členů. K platnosti rozhodnutí je třeba nadpoloviční

rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle odstavce prvního měla být přezkoumatelná soudem.

1.2.2 Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

S účinností od 1. 1. 1992 byl přijat také zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, kterým byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále také VZP) se sídlem v Praze. Již v úvodu Důvodové zprávy²⁸ k návrhu tohoto zákona bylo uvedeno, že jde v podstatě o navázání na systém nemocenského pojištění, který byl založen zákonem č. 221/1924 Sb. a jeho realizace byla přerušena přijetím zákona o národním pojištění č. 99/1948 Sb. Všeobecná zdravotní pojišťovna měla být institucí, která funkci tohoto systému zabezpečí.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR byla zákonem zřízena jako právnická osoba, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost, která z takových vztahů vyplývá. Úkolem VZP má být dle tohoto zákona zabezpečování financování potřebné zdravotní péče pro všechny osoby, na které se vztahuje všeobecné zdravotní pojištění. VZP má institucionálně zabezpečovat provádění všeobecného zdravotního pojištění.

Zákon také upravuje pravidla hospodaření VZP, stanovuje, že její činnost kontroluje Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zákon dále definuje organizační strukturu VZP, kterou tvoří Ústředí, regionální pobočky a klientská pracoviště jako organizační složky VZP. Statutárním orgánem VZP je její ředitel. Orgány pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada, jejichž prostřednictvím je zajištěna účast pojištěnců a státu na řízení a kontrole VZP.

1.2.3 Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Zákon měl navázat opět na tradici nemocenského pojištění před rokem 1948 a na pozitivní zkušenosti ze zahraničí. Možnost zřizovat zaměstnanecké

většiny přítomných členů. K prvnímu jednání svolá členy rozhodčího orgánu ředitel zdravotní pojišťovny. Na tomto prvním jednání si členové rozhodčího orgánu zvolí ze svého středu předsedu, který nadále svolává a řídí jednání rozhodčího orgánu.“ Odst. 3: „Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty nebo vyměření penále nebo přirážky k pojistnému. Proti rozhodnutí o odstranění tvrdosti není přípustný opravný prostředek.“ Odst.4: „Rozhoduje-li rozhodčí orgán v prvním stupni, použijí se obdobně ustanovení správního řádu o rozkladu.“

²⁸Důvodová zpráva k zákonu č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 477 Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. [online].

a obdobné zdravotní pojišťovny jako nositele veřejného zdravotního pojištění byla dána § 12 zákona č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Dle Důvodové zprávy²⁹ bylo navrhováno, aby dle tohoto zákona vzniklá zaměstnanecká pojišťovna oproti VZP byla oprávněna hradit kromě potřebné zdravotní péče i výkony v rámci preventivní a specifické zdravotní péče (vstupní, mimořádné a periodické prohlídky, rekondiční pobyty, rehabilitace...) dle potřeb dané profese. Předkladatelé návrhu zákona počítali v neposlední řadě i s pozitivním efektem konkurenčního prostředí mezi pojišťovnami, které by se mělo odrazit v hospodárnosti provozu všech pojišťoven. Mezi dalšími argumenty v obecné části Důvodové zprávy k tomuto zákonu jsou uvedeny i ekonomické přínosy možného sloučení nemocenského a zdravotního pojištění u pojištěnců zaměstnaneckých pojišťoven, jež by přineslo vedle zjednodušení i finanční úsporu³⁰.

Zákon definuje rozdíly mezi resortními, oborovými, podnikovými a dalšími zdravotními pojišťovnami navzájem. Tyto pojišťovny provádí zdravotní pojištění na základě povolení³¹, které uděluje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Povolení je uděleno na dobu neurčitou a není převoditelné na jinou osobu. Pozdější novela³² zavedla povinnost složení kauce ještě před podáním žádosti o povolení. Zaměstnanecké pojišťovny jsou nositelkami veřejného zdravotního pojištění pro své pojištěnce, jsou organizacemi sui generis a z důvodu deklarace jejich existence jsou zapisovány do obchodního rejstříku.

Rozsah činnosti zaměstnaneckých pojišťoven v původním schváleném znění byl odlišný od znění současného. Podle původního schváleného znění mohly zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytovat „vedle všeobecného zdravotního pojištění i další smluvní zdravotní pojištění a připojištění přesahující rámec potřebné zdravotní péče pro okruh pojištěnců předem určený v pojistném plánu“ a mohly také zprostředkovávat úhrady závodní preventivní péče a dle charakteru zaměstnání úhradu specifické zdravotní péče³³. Toto ustanovení § 8

²⁹Důvodová zpráva k zákonu č.280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 654 Návrh zákona o podnikových a dalších zdrav. pojišťovnách [online].

³⁰Pozn.: k tomuto sloučení doposud nedošlo

³¹Parametry žádosti viz ustanovení § 4 tohoto zákona

³²Zákonem č. 60/1995 Sb., byl vložen § 4a

³³Ustanovení § 8 zákona č. 280/1992 Sb., vyhlášené dne 15. 6. 1992

doznalo v čase změn a v současné době konstatuje odstavec první pouze: „Zaměstnanecká pojišťovna provádí veřejné zdravotní pojištění.“ a odstavec druhý připouští specifickou výjimku pouze pro Vojenskou zdravotní pojišťovnu, která „zprostředkovává úhradu zdravotních služeb hrazených Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu.“³⁴

Organizační struktura zaměstnaneckých pojišťoven je upravena Statutem schvalovaným Ministerstvem zdravotnictví. Zákon neupravuje vzhledem ke specifickým vyplývajícím z podstaty zaměstnaneckých pojišťoven jejich členění, velikost ani územní působnost. Statutárním orgánem zaměstnanecké pojišťovny je ředitel. Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou její ředitel, Správní rada a Dozorčí rada.

1.3 Ústavní rozměr veřejného zdravotního pojištění

Na základě návrhu skupiny poslanců se v roce 1996 zabýval Ústavní soud ústavním rozměrem veřejného zdravotního pojištění. Ústavní soud konstatoval ve svém Nálezu ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95, že práva uvedená v hlavě čtvrté Listiny (Hospodářská, sociální a kulturní práva), kam patří Článek 31, „jsou konkretizována výslovně až příslušným zákonem a na jeho základě (v jeho mezích) je možné se těchto práv a svobod domáhat (čl. 41 odst. 1 Listiny).“ Konkrétně v čl. 31 Listiny je právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky zúženo na rozsah veřejného pojištění a „je tedy odkázáno na retribuci pojistných částek. Celá tato hlava čtvrtá ve svém souhrnu je závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu a s tím spojené výši životní úrovně. ...“ „Normativní obsah ústavní normy čl. 31 Listiny je dále omezen článkem 41 odst. 1 Listiny, protože se ho jako práva lze dovolat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.“ Z tohoto dále Ústavní soud vyvodil, že „...právo na bezplatnou zdravotní péči na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek, blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou

³⁴Ustanovení § 8 zákona č. 280/1992Sb., ve znění pozdějších předpisů [citováno 2023-09-12]

úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“ V dalším textu Ústavní soud zdůraznil chybu, že zákon č. 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, přesně nedefinoval meze pojmů „péče plně či částečně hrazené zdravotním pojištěním“, pouze odkázal na podzákonné předpisy. Ústavní soud tedy k 1. 4. 1997 zrušil příslušná ustanovení zákonů, která zmocňovala orgány moci výkonné k vydání podzákonných předpisů v systému veřejného zdravotního pojištění³⁵, a i tyto podzákonné předpisy³⁶.

³⁵Ustanovení § 11 odst. 4 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona České národní rady č. 548/1991 Sb., ustanovení § 1, § 2 odst. 2 a 3 a § 13 odst. 3 a 5 zákona České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění zákonů č. 161/1993 Sb. a č. 59/1995 Sb.

³⁶Zdravotní řád vydaný nařízením vlády České republiky č. 216/1992 Sb., ve znění nařízení č. 50/1993 Sb. a č. 149/1994 Sb.; vyhláška č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, ve znění vyhlášky č. 155/1993 Sb., a vyhláška č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve znění vyhlášky č. 150/1994 Sb.

2 Současná právní úprava veřejného zdravotního pojištění

2.1 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

V důsledku výše uvedeného nálezu Ústavního soudu bylo riziko, že po 1. dubnu 1997 nebudou vztahy v rámci veřejného zdravotního pojištění řádně upraveny, a tak byl přijat v relativně krátké době zákon, který se spíše formálně vypořádal s požadavky Ústavního soudu na zákonnou úpravu oblasti veřejného zdravotního pojištění. Již samotná Důvodová zpráva k tomuto zákonu uváděla, že nový zákon nemá ambici přinášet převratná koncepční řešení v rámci systému všeobecného zdravotního pojištění, jednak nepanuje širší celospolečenský konsensus na koncepčních změnách, a ani finanční možnosti dosavadního systému se ještě nevyčerpaly. Zároveň ale předkladatel návrhu připouštěl, že je zřejmé, že k základní revizi celého systému bude nezbytné sáhnout³⁷. O tom, že mělo jít o zákonné „provizorium“, svědčí fakt, že byl tento zákon přijat na jeden rok, dle ustanovení § 61 primárně přijatého znění měl zákon pozbyt účinnosti k 30. červnu roku 1998. Účinnost zákona byla však dalšími novelizacemi prodlužována vždy o jeden rok, až v roce 2001 byla novelou zákona č. 459/2000 Sb. definitivně odstraněna věta o datu pozbytí účinnosti. Dodnes jsou realizovány pouze dílčí novely jednotlivých kapitol tohoto zákona.

2.2 Struktura zákona o veřejném zdravotním pojištění

Zákon o veřejném zdravotním pojištění (dále také ZVZP) ve svém prvním paragrafu v primárně přijatém znění konstatoval, že upravuje veřejné zdravotní pojištění spolu s rozsahem a podmínkami, za kterých bude zdravotní péče v rozsahu tohoto zákona poskytována. V současném znění³⁸ je v úvodním ustanovení odkazováno na přímo použitelné předpisy Evropské unie, v jejichž kontextu je upraveno veřejné zdravotní pojištění (dále „zdravotní pojištění“), rozsah a podmínky úhrady „hrazených služeb“, způsob a stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a zdravotnických prostředků³⁹. Chybí zde však výslovný odkaz

³⁷Viz Důvodová zpráva k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 1996 – 1998, Sněmovní tisk 98/0 Vládní návrh zákona o všeobecném zdravotním pojištění [online]. Obecná část.

³⁸Ve znění zákona č. 282/2018 Sb.

³⁹Ustanovení § 1 ZVZP

na článek 31 Listiny⁴⁰. V první části je dále ještě vymezen osobní rozsah zdravotního pojištění, tedy to, kdo je dle zákona „pojištěncem“⁴¹ a za jakých okolností zdravotní pojištění vzniká a zaniká⁴².

V druhé části ZVZP jsou specifikováni plátcí pojistného, podle jednotlivých kategorií pojištěnců (kategorie slouží pro vymezení úhrady pojistného, nikoliv pro následnou úhradu hrazených zdravotních služeb konkrétnímu pojištěnci) a je stanoveno, komu a kdy je uložena povinnost platit pojistné⁴³. V části třetí ZVZP jsou vymezena práva a povinnosti plátců pojistného.

Práva pojištěnců, která jim plynou z veřejného zdravotního pojištění, jsou upravena v části čtvrté, konkrétně v ustanovení § 11 ZVZP, z pohledu pojištěnců jde o podstatu a základní účel zdravotního pojištění. Jedním ze zde vyjmenovaných práv je právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem⁴⁴, tímto ustanovením je zrcadleno ústavní právo na bezplatnou zdravotní péči garantované Článkem 31 Listiny. Výčet práv specifikovaných tímto ustanovením není kompletní a nepůsobí zcela systematicky, neboť shrnuje jak práva charakteru veřejně subjektivního, tak charakteru soukromoprávního⁴⁵. Podobně nesourodě jsou v následujícím ustanovení § 12 ZVZP uvedeny i veřejnoprávní povinnosti pojištěnce, které plynou z podstaty účasti na veřejném zdravotním pojištění⁴⁶.

Na počátku následující části páté najdeme „materiální jádro“ celého ZVZP. V ustanovení § 13 ZVZP je specifikováno, co je považováno za péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. V prvním odstavci jsou vyjmenovány obecné parametry této zdravotní služby, v druhém odstavci je pak pozitivně taxativně vypočteno, jaké zdravotní služby se ze zdravotního pojištění hradí⁴⁷. Aby mohla

⁴⁰Srov. Koščík, M. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář. Komentáře* (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 3.

⁴¹Ustanovení § 2 ZVZP: „*Pojištěncem podle tohoto zákona je osoba, která a) má trvalý pobyt na území České republiky, nebo b) nemá trvalý pobyt na území České republiky, pokud...*“ splní jednu z jedenácti zde uvedených podmínek, [citováno 2024-03-17]

⁴²Ustanovení § 3 ZVZP

⁴³Ustanovení § 4 - § 9 ZVZP

⁴⁴Odst. 1 písm. d) § 11 ZVZP

⁴⁵Srov. Stránský, J. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář. Komentáře* (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str.65 - 68

⁴⁶Tamtéž, str.73 - 75

⁴⁷Jde o poměrně jasnou definici, jejíž praktické naplnění je pro poskytovatele vyřešeno Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování, ten stanovuje každoročně Ministerstvo Zdravotnictví ČR vyhláškou. Blíže viz SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví. Právní praxe*. V Praze: C.H. Beck, 2021, str. 80

být zdravotní služba označena jako hrazená, musí kumulativně naplnit čtyři podmínky, vyplývající z ustanovení § 13 ZVZP – musí být jejím příjemcem pojištěnec, jehož zdravotní stav tuto službu vyžaduje, takováto služba je obecně hrazena a na okolnosti se nevztahují žádná další omezení⁴⁸. Na § 13 úzce navazuje § 15 se specifikací, která zdravotní služba hrazena není nebo je hrazena jen za určitých podmínek, a § 16, díky kterému je umožněna mimořádná úhrada zdravotní péče jinak ze zdravotního pojištění nehrazené při splnění zákonem specifikovaných podmínek (viz dále). V ustanovení § 17 ZVZP je vymezeno, že zdravotní péči hradí zdravotní pojišťovny poskytovatelům zdravotnických služeb na základě smluv a dále upřesňuje, za jakých okolností nejsou smlouvy pro úhradu zdravotní služby vyžadovány. Podmínky poskytování zdravotních služeb jsou upraveny v § 18 ZVZP. Následující dvě ustanovení § 19 a § 20 ZVZP byly nově vloženy novelou zákona č. 371/2021 Sb., obsahují procesní úpravu postupu rozhodování o poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených a budou podrobně rozebrány v následujícím textu. Zbývající ustanovení části páté ZVZP (od § 22 do § 39) jsou konkretizací hrazeného rozsahu jednotlivých typů zdravotních služeb.

V části šesté ZVZP je definován způsob regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Rozhodnutí o stanovení cen léčivých přípravků provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv⁴⁹ (dále též SUKL) v rámci správního řízení, dle obecných předpisů upravujících tento postup. Současná podoba právní úpravy při stanovení trvalé ceny léčivého přípravku⁵⁰ je reakcí na nálezy Ústavního soudu⁵¹, kterým byly vymezeny základní požadavky na ústavnost mechanismů cenové regulace z pohledu držitele registrace v tom smyslu, že rozhodování o žádosti musí být založeno na objektivních a ověřitelných kritériích, musí být soudně přezkoumatelné a vydáno bez zbytečného odkladu ve správním řízení, nikoliv v rámci normotvorného procesu⁵². Účastníkem tohoto řízení nemůže být pojištěnec jako jednotlivec, bližší popis

⁴⁸Koščík, M. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 79

⁴⁹ „Státní ústav pro kontrolu léčiv se sídlem v Praze (dále jen „Ústav“) je správním úřadem s celostátní působností podřízeným Ministerstvu zdravotnictví. V čele Ústavu stojí ředitel; jeho výběr, jmenování a odvolání se řídí zákonem o státní službě.“ § 13 odst. 1 zákona o léčivech [citováno 2024-03-17]

⁵⁰Ve znění zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, účinností od 1. 1. 2008

⁵¹Nález Ústavního soudu ze dne 16. ledna 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05

⁵²Viz tamtéž, bod 41

postupů SUKLu jako správního orgánu tak přesahuje rámec této práce, nicméně rámcově bude představen v kapitole 5.2.5.

Část sedmá ZVZP navazuje na ustanovení § 15 odstavec 13 písmeno a) ZVZP a podrobně specifikuje postup kategorizace zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz a také jejich cenovou a úhradovou regulaci. Tato část ZVZP byla do zákona vložena novelou zákona č. 282/2018 Sb., v reakci na nález Ústavního soudu⁵³, který požadoval transparentní a předvídatelný proces režimu úhradové regulace zdravotnických prostředků. S účinností od 1. 1. 2019 tak došlo k rozšíření kompetencí SUKLu na oblast zdravotnických prostředků⁵⁴ a začlenění zdravotnických prostředků do konkrétních úhradových skupin. Úhrada zdravotnických prostředků se tedy začala posuzovat dle „komplexní a převážně procesní úpravy“⁵⁵ v části sedmé ZVZP, která je založena na „ohlašovacím principu“⁵⁶, ve formalizovaném správním řízení mají být řešeny pouze excesy, na které upozorní zdravotní pojišťovny, konkurence nebo sám SUKL. Prvostupňovým správním orgánem je SUKL, odvolacím orgánem je pak Ministerstvo zdravotnictví ČR. Stejně jako v řízeních dle části šesté ZVZP ani v řízeních dle části sedmé ZVZP nemůže být účastníkem pojištěnec jako jednotlivec, tedy bližší zhodnocení procesních postupů nebude v této práci provedeno.

V osmé části jsou konkretizovány zdravotní pojišťovny, které provádějí zdravotní pojištění, je jim zde dána povinnost hradit za hrazenou zdravotní službu smluvním poskytovatelům, stejně tak ale i za neodkladně poskytnutou hrazenou péči poskytovatelům nesmluvním. Dále je upraveno rozhodování pojišťoven ve věcech koordinačního nařízení, časové a místní dostupnosti hrazených služeb nebo parametrů průkazu pojištěnce. Zákonem je dále stanovena povinnost pojišťovny vést a zveřejňovat seznam smluvních poskytovatelů, stejně jako povinnost poskytovatelů aktualizovat zdravotní pojišťovně seznam zdravotnických pracovníků poskytujících hrazené zdravotní služby. ZVZP dále

⁵³Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15

⁵⁴Tyto kompetence jsou taxativně vyjmenovány v odstavci 14 § 15 ZVZP

⁵⁵Důvodová zpráva k zákonu č. 282/2018 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 199/0. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění - RJ [online].

⁵⁶Ohlášení je podáním ve smyslu § 37 správního řádu, nejde ale žádost ve smyslu § 45 správního řádu.

upravuje zpracování osobních údajů pojišťovnou, použití základních registrů, ale i činnost kontrolní, kterou je zdravotní pojišťovna, prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů, povinna konat.

Část devátá je věnována přestupkům a kompetencím k projednávání jednotlivých přestupků. Novelou zákona č. 371/2021 Sb. doznala tato část změn, v rámci ZVZP došlo ke sjednocení úpravy přestupků. Přestupky, které se týkají pojištěnců, budou blíže komentovány v následující kapitole.

Část desátá rozvíjí povinnost pojišťovny zajistit pro své pojištěnce poskytnutí hrazených služeb a uvádí postupy a nástroje, které k tomuto zdravotní pojišťovna používá. Novelou zákona č. 371/2021 Sb. nebyla tato část dotčena.

V části jedenácté jsou uvedena „společná ustanovení“. V ustanovení § 53 ZVZP jsou v odstavci prvním vyjmenovány všechny oblasti, ve kterých zdravotní pojišťovna rozhoduje. Novelou zákona č. 371/2021 Sb. bylo znění tohoto ustanovení změněno. Nově je najisto postaveno, ve kterých oblastech zdravotní pojišťovna rozhoduje, tedy není nutno tuto kompetenci zdravotní pojišťovny nadále dovozovat z textu ZVZP. Na všechna uvedená řízení je použita procesní úprava obsažená ve správním řádu. Dle Důvodové zprávy je vypuštěn doslovný odkaz na tuto právní úpravu pro nadbytečnost, *„neboť zdravotní pojišťovna v těchto řízeních vystupuje jako orgán veřejné moci rozhodující o právech a povinnostech fyzických a právnických osob“*⁵⁷. Naopak je výslovně uvedeno, kdy se úprava podle správního řádu nepoužije (př. § 19 odstavec 4 ZVZP, viz dále). Dále je novelou zákona č. 371/2021 Sb. zjednodušen proces vydávání výkazu nedoplatků a nově je také stanovena lhůta, ve které může zdravotní pojišťovna tento výkaz změnit nebo zrušit z vlastního podnětu. V souvislosti se zřízením revizní komise (§ 20 ZVZP) je upravena působnost rozhodčího orgánu⁵⁸. Novelou zákona č. 371/2021 Sb. došlo dále k úpravě hranice a procesních parametrů v rámci rozhodování o odstranění tvrdosti a zpřesnění pravidel pro doručování. Nově byla dána zdravotní pojišťovně možnost zřídit rozhodnutím zástavní právo k majetku dlužníka, který má dluh na pojistném nebo penále⁵⁹. V ustanovení § 55

⁵⁷Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část. K novelizovanému bodu 170

⁵⁸Viz ustanovení § 53 odst. 9 ZVZP

⁵⁹Ustanovení § 53d ZVZP

ZVZP je zakotveno právo zdravotní pojišťovny na náhradu nákladů za léčení, které vzniklo v důsledku působení třetí osoby. Jde o zvláštní úpravu k obecné úpravě náhrady újmy podle občanského zákoníku. Novelou zákona č. 371/2021 Sb. byla přidána oznamovací povinnost i obcím úřadům nebo zvláštním orgánům obcí projednávajícím přestupky podle zvláštní právní úpravy. Doposud tuto oznamovací povinnost měli pouze poskytovatelé zdravotních služeb, orgány Policie ČR, státní zastupitelství a soudy.

2.3 Přílohová část zákona o veřejném zdravotním pojištění

Přílohová část zákona navazuje především na ustanovení § 13 a § 15 ZVZP. V samostatných přílohách jsou konkretizovány jednotlivé skupiny, u kterých je individuálně uvedeno, zda a za jakých podmínek je možná jejich úhrada z veřejného zdravotního pojištění. Jde o pět samostatných příloh s odlišnou systematikou, každá příloha byla přijata v jiné době, většinou šlo o reakci na aktuální judikaturu Ústavního soudu, ze které vyplýval apel na „politickou“ konkretizaci nároku na hrazené služby.

Příloha č. 1 je extenzí § 15 ZVZP, specifikuje u jednotlivých zdravotních výkonů, zda jsou nehrazené nebo hrazené částečně či za určitých podmínek a zda je nutné pro jejich úhradu předchozí posouzení zdravotní pojišťovnou; v této příloze není výčet konečný, některá další omezení jsou specifikována v § 22 a § 39 ZVZP⁶⁰.

Příloha č. 2 je provázána s ustanovením § 15 odst. 5 a § 39c odst. 5 ZVZP a vymezuje 195 skupin léčiv, pro každou z nich má Státní ústav pro kontrolu léčiv v rámci své zákonné povinnosti cenové regulace určit minimálně jeden plně hrazený léčivý přípravek⁶¹.

Příloha č. 3 v aktuální podobě byla připojena novelou zákona č. 282/2018 Sb.⁶², reflektuje ustanovení § 15, § 32a, § 39r - 39v ZVZP, jde o velmi podrobnou technickou úpravu, charakterem odpovídá spíše podzákonnému

⁶⁰Viz Koščík, M. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář. Komentáře* (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str.417

⁶¹Tamtéž, str.424

⁶² Obsah byl v mezidobí již částečně novelizován zákonem č. 371/2021 Sb.

předpisu. Mgr. Koščík vyslovuje v Komentáři k ZVZP názor, že zákonodárce pojal požadavek Ústavního soudu⁶³ na komplexní úpravu příliš doslovně⁶⁴.

Příloha č. 4 obsahuje taxativní výčet hrazených stomatologických prostředků, navazuje na § 15 odstavec 14 ZVZP, novelou zákona č. 371/2021 Sb., byla tato příloha aktualizována, byly vyřazeny obsolentní výrobky a zavedeny tři kategorie stomatologických výrobků – výrobky s plnou úhradou, s částečnou úhradou (výše úhrady je u příslušného výrobku v příloze uvedena) a výrobky plně hrazené jen za určitých podmínek po schválení revizním lékařem.

Příloha č. 5 je znovu velmi podrobnou technickou přílohou v reakci na požadavek Ústavního soudu konkretizace úhrady lázeňské péče zákonem, souvisí s § 33 ZVZP⁶⁵.

⁶³Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15

⁶⁴Viz Koščík, M. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str.552

⁶⁵Tamtéž, str. 587

3 Přestupky fyzických osob dle ZVZP

Dle ustanovení § 5 zákona o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich je „*přestupkem společensky škodlivý protiprávní čin, který je v zákoně za přestupek výslovně označen a který vykazuje znaky stanovené zákonem, nejde-li o trestný čin.*“⁶⁶ ZVZP do nabytí účinnosti novely zákona č. 371/2021 Sb. termín přestupek v souvislosti s porušením povinnosti fyzickou osobou neznal, byť za určité porušení povinnosti (v zákoně popsané) mohla zdravotní pojišťovna udělit fyzické osobě – svému pojištěnci pokutu. V rámci sjednocení přestupkové agendy bylo uvedenou novelou jedno porušení povinnosti fyzickou osobou zákonem za přestupek označeno: „*Fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že se při poskytování hrazených služeb prokáže průkazem pojištěnce zdravotní pojišťovny, přestože v té době jejím pojištěncem nebyla*“⁶⁷. Jako přestupek může být označeno takovéto jednání, kterého se dopustila fyzická osoba po 1. 1. 2022. K projednání tohoto přestupku je příslušná „*zdravotní pojišťovna, jejímž průkazem pojištěnce se fyzická osoba prokázala*“⁶⁸ Za přestupek může zdravotní pojišťovna uložit pokutu do výše 5.000 Kč⁶⁹ a pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila“⁷⁰. Přestupek je promlčen po uplynutí jednoho roku od jeho spáchání.

Zákon připouští, že „*zdravotní pojišťovna, aniž zahájí řízení, věc usnesením odloží též tehdy, jestliže již samotné zjištění skutku a upozornění osoby podezřelé ze spáchání přestupku postačí k její nápravě, nebo je-li ze zjištěných skutečností zjevné, že škodlivý následek způsobený činem byl osobou podezřelou ze spáchání přestupku v mezidobí již napraven a samo odstranění tohoto následku vedlo k nápravě této osoby.*“⁷¹ Toto ustanovení lze typicky aplikovat na situace, kdy si pojištěnec neuvědomí, že již nastal den, kdy se na vlastní žádost stal pojištěncem jiné zdravotní pojišťovny a „ze zvyku“ předložil průkaz zdravotní pojišťovny, u které byl pojištěn před touto změnou⁷². Tuto skutečnost obvykle

⁶⁶Zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, ve znění pozdějších předpisů [citováno 2024-03-15]

⁶⁷Ustanovení § 44 odstavec 5 ZVZP

⁶⁸Ustanovení § 44a odst. 1 písm. c) ZVZP

⁶⁹Ustanovení § 44a odstavec 7 písm. a) ZVZP

⁷⁰Ustanovení § 44b odst. 5 ZVZP

⁷¹Ustanovení § 44a odst. 3 ZVZP

⁷²Zdravotní pojišťovnu lze dle § 11a ZVZP změnit jednou za 12 měsíců, a to k prvnímu dni kalendářního pololetí.

pojištěnec sám od sebe poskytovateli zdravotních služeb, kterého uvedl takto v omyl, oznámí.

V ostatních případech je povinností zdravotní pojišťovny přestupkové řízení zahájit. Je však otázkou, především vzhledem k maximální výši možné pokuty, zda je účelné vést řízení i v případech, kdy je pohledávka zjevně nevyhmatelnou a náklady zdravotní pojišťovny spojené s tímto řízením budou maximální možnou výši pokuty převyšovat.

K maximální výši pokuty lze ještě uvést, že právní úprava platná od r.1997 do 31. 12. 2021 umožňovala za porušení povinnosti⁷³, které je v současné úpravě označeno za přestupek, uložit pokutu stejné výše, tedy maximálně 5.000 Kč. Lze tedy u této agendy, která má nepochybně administrativní náročnost, očekávat do budoucna minimálně diskuzi vzhledem k efektivitě vynaloženého úsilí.

⁷³Viz § 44 odst. 4 ZVZP ve znění účinném od vyhlášení do 31. 12. 2021

4 Změny v rozhodování zdravotních pojišťoven o úhradě zdravotní služby zavedené zákonem č. 371/2021 Sb.

ZVZP až do roku 2021 neobsahoval žádná procesní pravidla postupů zpracování žádosti o úhradu zdravotní služby. Postupy jednotlivých zdravotních pojišťoven se tedy mohly odlišovat, což v praxi mohlo znamenat nerovný přístup pojištěnců různých zdravotních pojišťoven k úhradě zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění. Cílem novely zákona č. 371/2021 Sb. (dále též Novela) tedy bylo sjednotit procesní postupy tak, aby rozhodovací procesy o nároku pojištěnce na úhradu zdravotní služby byly s určitými zákonem definovanými odchylkami předmětem správního řízení. Dle Důvodové zprávy⁷⁴ vycházel zákonodárce při formování těchto parametrů především z rozsudku Nejvyššího správního soudu ze dne 30. září 2013, č. j. 4 Ads 134/2012-50 Sb. i přes to, že si byl vědom, že pozdější judikatura Nejvyššího správního soudu nebyla vždy s tímto pohledem souladná.

4.1 Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. září 2013, č.j. 4 Ads 134/2012-50 Sb.

Pojištěnec Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, podal žádost o úhradu komplexní lázeňské komplexně rehabilitační péče. Zdravotní pojišťovnou mu byla však schválena pouze péče příspěvková⁷⁵. Pojištěnec se proti tomuto rozhodnutí odvolal, zdravotní pojišťovna jeho odvolání zamítla a potvrdila usnesení prvostupňového orgánu. Pojištěnec – žalobce podal proti tomuto rozhodnutí žalobu u Krajského soudu v Ostravě. Krajský soud v Ostravě usnesením ze dne 29. 11. 2012, č. j. 78 Ad 43/2012 – 18 žalobu odmítl jako nepřijatelnou podle § 46 odst. 1 písm. d) s.ř.s. s tím, že způsob poskytnutí lázeňské péče je záležitostí medicínskou a nejedná se tak o rozhodnutí ve smyslu ustanovení § 65 odst. 1 s.ř.s. Dle vyjádření Krajského soudu v Ostravě šlo ve sporu o rozhodování o způsobu nebo druhu poskytnuté léčby, kterým nedošlo

⁷⁴Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online].

⁷⁵V rámci komplexní lázeňské péče, obecně definované v § 33 odst. 4 ZVZP je z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeno léčení, ubytování i strava. V rámci příspěvkové péče, obecná definice viz § 33 odstavec 5 ZVZP, jsou hrazeny pouze náklady související s vlastní léčbou, ubytování a stravu si pojištěnec musí hradit z vlastních zdrojů. Oba typy péče se liší i délkou pobytu a možností opakování takto hrazené zdravotní služby (blíže viz příloha č. 5 ZVZP).

k zásahu do osobnostních práv pacienta. Proti tomuto rozhodnutí podal žalobce – stěžovatel kasační stížnost. Stěžovatel se domníval, že rozhodnutí o přiznání komplexní lázeňské léčby je rozhodnutím správního orgánu ve veřejnoprávní věci, a proto podléhá soudnímu přezkumu.

Čtvrtý senát Nejvyššího správního soudu hodnotil, zda krajský soud správně posoudil podmínky odmítnutí žaloby, důvodností žaloby se nezabýval, a *Napadené rozhodnutí je individuálním právním aktem, neboť se týká konkrétního subjektu (stěžovatele) a konkrétní věci (otázky poskytnutí komplexní léčebně rehabilitační péče), který byl vydán orgánem veřejné moci z pozice jeho vrchnostenského postavení. Zdravotní pojišťovna totiž v případě rozhodování podle zákona o veřejném zdravotním pojištění ohledně poskytnutí komplexní léčebně rehabilitační péče zcela zjevně nevystupuje v rovném postavení s pojištěncem, předmětná právní úprava je veřejnoprávní a náleží do oblasti práva sociálního zabezpečení, přičemž žalovanou bylo rozhodováno o tom, jestli bude stěžovateli poskytnuto plnění ze sociálního zabezpečení v oblasti zdravotního pojištění nebo nikoli.*⁷⁶ Výlukou dle § 70 písm. d) s.ř.s. nelze aplikovat, byť se v posuzovaném případě o „navýsost medicínskou otázku“ jedná, „*přímo se dotýká základních práv stěžovatele zaručených Listinou základních práv a svobod.*“⁷⁷ Nejvyšší správní soud tedy napadené rozhodnutí označil za rozhodnutí ve smyslu § 65 odstavec 1 s.ř.s., na které není možné aplikovat výlukou podle ustanovení § 70 písmeno d) s.ř.s., a postup Krajského soudu v Ostravě označil v tomto případě jako nezákonný, pokud žalobu odmítl.

Čtvrtý senát NSS tedy jako hodnotící kritérium považoval materiální stránku individuálního právního aktu vydaného orgánem veřejné moci, procesní otázky ponechal zcela stranou.

4.2 Pozdější judikatura

Pro širší kontext si lze uvést Usnesení NSS ze dne 22. října 2019, č.j. 3 Ads 166/2018-68, ve kterém třetí senát Nejvyššího správního soudu v rámci kasační stížnosti ohledně zamítnutí úhrady zdravotní služby dle § 16 ZVZP (podrobně viz kapitola 6.1.) nesouhlasil s právním názorem uvedeným ve výše

⁷⁶Rozsudek NSS ze dne 30. září 2013, č.j. 4 Ads 134/2012-50, bod 16

⁷⁷Tamtéž, bod 22

popsaném rozhodnutí a záležitost předložil k posouzení rozšířenému senátu⁷⁸. Třetí senát se domníval, že ani v aktuálním a ani v případě posuzovaném čtvrtým senátem se nejednalo o rozhodování o právech ve smyslu § 65 odst. 1 s.ř.s., protože nebyly splněny ani formální ani materiální znaky rozhodnutí, navíc nebyla ani zvážena otázka výluky dle § 70 písm. d) s.ř.s., tedy zda nejde o úkon správního orgánu, který závisí výlučně na posouzení zdravotního stavu osoby. Navíc podle třetího senátu se nejednalo ani o rozhodnutí ve smyslu předpisů upravujících řízení před správními orgány, protože veřejným zdravotním pojišťovněm k němu není dána pravomoc. Rozhodnutí o úhradě tak považuje za nicotné⁷⁹. Než ale byla záležitost rozšířeným senátem projednána, stěžovatel zemřel a vzhledem k tomu, že šlo o výlučně osobní nárok, nastal neodstranitelný nedostatek procesní podmínky⁸⁰ a kasační stížnost byla v tomto případě odmítnuta, otázky třetího senátu nezodpovězeny a právní názory NSS zůstaly na dosavadním stavu judikatury.

Krátce po výše uvedeném usnesení třetího senátu NSS, vydal dne 12. prosince 2019 rozsudek devátý senát NSS, č.j. 9 Ads 214/218-66. Šlo o kasační stížnost, kterou podala VZP v procesním postavení stěžovatelky proti rozsudku Městského soudu v Praze, který zrušil její rozhodnutí stran úhrady léčiva dle § 16 ZVZP. Devátý senát, na rozdíl od třetího senátu, neshledal důvody pro předložení otázky rozšířenému senátu a vyložil povahu aktu, kterým zdravotní pojišťovna rozhodla, v souladu s předchozí judikaturou NSS. Konstatoval, že rozhodnutí pojišťovny podle § 16 ZVZP naplňuje materiální znak rozhodnutí ve smyslu § 65 odst. 1 s.ř.s., neboť se jedná o zásah do právní sféry pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči garantovanou Čl. 31 Listiny⁸¹. Dále pak našel i všechny formální znaky rozhodnutí dle § 65 odst. 1 s.ř.s. – jde o dokument v písemné formě obsahující nadpis „rozhodnutí“, výrok, odůvodnění, poučení, byla vedena spisová dokumentace a rozhodnutí bylo oznámeno pojištěnci. *„Jedná se o individuální právní akt, určený konkrétnímu subjektu v konkrétní věci, přičemž stěžovatelka autoritativně vydala konečné rozhodnutí o veřejném subjektivním právu žalobce, tedy konala jako orgán veřejné moci ve*

⁷⁸Ustanovení § 17 odst. 1 s.ř.s.

⁷⁹Usnesení NSS ze dne 22. října 2019, č.j. 3 Ads 166/2018-68, body 7-11

⁸⁰Ustanovení § 46 odst. 1 písm.a) s.ř.s.

⁸¹Rozsudek NSS ze dne 12. prosince 2019, č.j. 9 Ads 214/2018-66, bod 27

vrchnostenském postavení.“⁸² Dále devátý senát konstatoval, že VZP rozhodovala v rámci formalizovaného postupu, ve kterém byly respektovány základní zásady činnosti správních orgánů dle § 2-8 správního řádu. „*Napadený správní akt dostal rovněž formálním požadavkům kladeným na správním rozhodnutí... Z hlediska formálního mu nelze nic vytknout.*“⁸³ Dále devátý senát NSS jednoznačně uvedl, že zdravotní pojišťovna má pravomoc takové rozhodnutí vydat, ZVZP nepředpokládá postup podle obecných předpisů o správním řízení a nestanovuje žádný opravný prostředek. Postup zdravotní pojišťovny, která v rámci poučení umožnila podat proti rozhodnutí do 15 dnů odvolání, označil NSS za nesprávný, ale zároveň uvedl, že nesmí být k tíži pojištěnce při počítání běhu lhůt pro podání správní žaloby.⁸⁴ Tedy připustil možnost obrany proti takovému rozhodnutí žalobou proti rozhodnutí správního orgánu.⁸⁵

Za další pro kontext zajímavý judikát lze považovat Rozsudek NSS ze dne 14. května 2020, č.j. 6 Ads 58/2020-47, ve kterém se šestý senát NSS vyjadřoval k procesním postupům při posuzování žádosti o úhradu zdravotní služby dle § 16 ZVZP. Rozsudku NSS předcházel rozsudek Městského soudu v Praze, který v rozporu s ustálenou judikaturou (všech soudů včetně Ústavního) označil rozhodnutí zdravotní pojišťovny za nicotné „*z důvodu absolutního nedostatku věcné příslušnosti správního orgánu rozhodující o opravném prostředku*“, dle Městského soudu v Praze jím má být Ministerstvo zdravotnictví⁸⁶. NSS označil tento právní názor za chybný, upozornil, že ZVZP procesní postupy posuzování žádosti dle § 16 neupravuje a subsidiaritu správního řádu taxativně vymezuje v prvním odstavci § 53 ZVZP⁸⁷, tedy pro rozhodování dle § 16 ZVZP není

⁸²Rozsudek NSS ze dne 12. prosince 2019, č.j. 9 Ads 214/2018-66, bod 28

⁸³Tamtéž

⁸⁴Tamtéž, bod 29

⁸⁵Tamtéž, bod 30

⁸⁶Dle § 178 odst. 2 správního řádu: „...*Nadřízeným správním orgánem jiné veřejnoprávní korporace se rozumí správní orgán pověřený výkonem dozoru a nadřízeným správním orgánem právnické nebo fyzické osoby pověřené výkonem veřejné správy se rozumí orgán, který podle zvláštního zákona rozhoduje o odvolání; není-li takový orgán stanoven, je tímto orgánem orgán, který tyto osoby výkonem veřejné správy na základě zákona pověřil.* ...“[citováno 2024-03-15]

⁸⁷Ustanovení § 53 odst. 1 ZVZP ve znění platném k 5. 2. 2020 (vydání rozsudku Městského soudu v Praze) – dle zákona č. 200/2015 Sb.: „*Na rozhodování zdravotních pojišťoven ve věcech týkajících se udělení předchozího souhlasu podle § 14b, vydání povolení podle koordinačních nařízení, náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4, přírůžek k pojistnému, pokut a pravděpodobné výše pojistného a ve sporných případech ve věcech placení pojistného, penále, vrácení přeplatku na pojistném a snížení záloh na pojistné se vztahují obecné předpisy o správním řízení, nestanoví-li tento zákon jinak. Ve správním řízení zahajovaném na návrh pojištěnce se rozhoduje též ve sporných případech o hrazení částek podle § 16b; k návrhu pojištěnce přiloží doklady o zaplacení doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se*

subsidiárně použitelný správní řád a odvolací orgán tak nelze určovat dle § 178 odst. 2 správního řádu. NSS jednoznačně konstatoval, že zdravotní pojišťovna je k vydání rozhodnutí věcně příslušná a uvnitř své struktury si sama určí, která její funkční složka bude (eventuálně i instančně) příslušná vydat rozhodnutí. Dále potvrdil kontinuitu s předchozím rozhodnutím čtvrtého senátu (viz výše) a rozhodování dle § 16 ZVZP označil za rozhodnutí dle § 65 odst. 1 s.ř.s.

4.3 Reálná praxe zdravotních pojišťoven v reakci na výše uvedené judikáty

Vzhledem k chybějící zákonné úpravě byly zdravotní pojišťovny nuceny reagovat na judikaturu především NSS úpravou vlastních interních postupů, což realizovaly převážně neformálně a zpočátku poměrně rozdílně. Jak uvádí Komentář ZVZP⁸⁸ zdravotní pojišťovny začaly žádosti pojištěnců posuzovat v režimu, který jednoznačně označovaly jako správní řízení, kdy pojištěnec měl možnost seznámit se v rámci případného odmítnutí s důvody a dále měl možnost domáhat se změny zamítavého rozhodnutí před odvolacím orgánem, případně v rámci správního soudnictví. Procesní postupy vycházely z obecné procesní úpravy správního řádu, která nemohla reflektovat specifickou prostředí veřejného zdravotního pojištění, otázky budila příkladně role ošetřujícího lékaře, který schválení úhrady konkrétní zdravotní služby navrhoval. Za účastníka řízení považovaly zdravotní pojišťovny převážně pojištěnce a jeho ošetřujícího lékaře pak za jeho zástupce. Takový přístup přinášel ale další nejasnosti příkladně stran doručování, podávání odvolání, počítání lhůt, nebyla také vyřešena otázka odpovědnosti lékaře, potažmo poskytovatele zdravotních služeb, za porušení povinností při obstarávání záležitostí pojištěnce při komunikaci s jeho zdravotní pojišťovnou. Nebylo ani jednoznačně specifikováno, kdo je správním orgánem prvního a kdo správním orgánem druhého stupně, neboť ZVZP ve znění platném do 31. 12. 2021 hovořil pouze o schválení či souhlasu revizního lékaře, bez bližšího určení, že jde o orgán prvního stupně, o odvolacím orgánu se v ZVZP nehovořilo vůbec.

započítávají do limitu podle § 16b, ze kterých vyplývá, že limit podle § 16b byl překročen. Zdravotní pojišťovny rozhodují ve věcech přírůžek k pojistnému, pokud a ve sporných případech ve věcech placení pojistného a penále platebními výměry. Odvolání proti platebnímu výměru ve věcech dlužného pojistného nemá odkladný účinek.“

⁸⁸Blatný, J. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 125-127

Odvolací orgán, tedy to, kdo jím má být, vyvolávalo četné diskuze. ZVZP hovořil o odvolání proti rozhodnutí pojišťovny v odstavci 10 § 53 ZVZP (ve znění do 31. 12. 2021), kdy o tomto odvolání měl rozhodovat rozhodčí orgán, jeho složení bylo v zákoně specifikováno, nicméně jeho pravomoc rozhodovat byla limitována na rozhodování pouze na oblasti vymezené v odstavci 1 § 53 ZVZP ve znění do 31. 12. 2021. Tento způsob úpravy je v Komentáři ZVZP⁸⁹ označen jako nesystematický, neboť rozhodčí orgán byl definován v ZVZP a ostatní orgány byly upraveny ve zvláštní právní úpravě⁹⁰, což přinášelo otázku, zda se jednalo o orgán pojišťovny nebo samostatný správní orgán, čemuž by nasvědčovala skutečnost, že § 53a ZVZP⁹¹ rozlišoval mezi „zdravotní pojišťovnou“ a „rozhodčím orgánem“, neboť jejich věcnou působnost odděloval. Rozhodčí orgán mohl vystupovat i jako prvostupňový v případě odstraňování tvrdosti.

4.4 Konkrétní změny v rozhodování zdravotních pojišťoven zavedené novelou zákona č. 371/2021 Sb. v souvislosti s rozhodováním o nároku pojištěnce

Předkladatel návrhu v Důvodové zprávě vysvětlil, že cílem Novely ZVZP je jednak upravit rozsah situací, které jsou předmětem přezkoumávání naplnění podmínek pro úhradu zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění ve smyslu nároku pojištěnce a také zakotvit vhodnou speciální úpravu vůči obecným pravidlům správního řádu tak, aby byla zohledněna specifičnost celého postupu a celý postup vydávání rozhodnutí byl zjednodušen⁹². Tyto úpravy jsou obsaženy v nově přidaném ustanovení § 19 a § 20 ZVZP, jde o zvláštní procesní pravidla, která mají přednost před obecnými pravidly správního řízení uvedenými ve správním řádu. V další části kapitoly budou tato procesní pravidla podrobně popsána.

⁸⁹Koščík, M. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 392-393

⁹⁰Tím byl myšlen zákon č. 551/1990 Sb., a zákon č. 280/1992 Sb.

⁹¹§ 53a ZVZP ve znění účinném do 31. 12. 2021: odst. 1: „Zdravotní pojišťovna může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při předepsání penále, jehož výše nepřesahuje 20 000 Kč ke dni doručení žádosti o odstranění tvrdosti.“ Odst. 2: „Rozhodčí orgán může odstraňovat tvrdosti, které by se vyskytly při uložení pokuty, vyměření přírážky k pojistnému nebo předepsání penále, jehož výše přesahuje 20 000 Kč.“ (Novelou z. č. 371/2021 Sb. došlo k navýšení částky na 30 000 Kč a z druhého odstavce byla vypuštěna „uložení pokuty“).

⁹²Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Obecná část

4.4.1 Rozhodování o poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených ze zdravotního pojištění

Dle § 19 odstavce 1 ZVZP „Zdravotní pojišťovna posuzuje před poskytnutím zdravotních služeb naplnění podmínek nároku pojištěnce na jejich poskytnutí jako hrazených v případě...“ následuje taxativní výčet bodů a) -j). Tento odstavec přináší terminologickou změnu pro celý ZVZP, neboť o nároku již nerozhoduje revizní lékař, ale zdravotní pojišťovna. Motivem pro změnu dle Důvodové zprávy bylo, že „odpovědnost za schválení/neschválení návrhu na úhradu zdravotní péče směřuje ke zdravotní pojišťovně, bude rovněž uvedena jako orgán, který v této oblasti rozhoduje“⁹³

Pod písmeny a) až j) odstavce prvního jsou konkretizovány oblasti, u kterých zdravotní pojišťovna posuzuje naplnění nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb. Je potřebné zdůraznit, že zdravotní pojišťovna se v těchto uvedených případech vyjadřuje pouze k tomu, zda jsou naplněny podmínky k poskytnutí takových služeb jako „hrazených“, eventuálně „částečně hrazených“, nerozhoduje o samotném poskytnutí zdravotní služby. V případě, že jde o péči odkladnou, tedy z pohledu zdravotního stavu se nejedná o péči neodkladnou, je nezbytné posouzení ze strany zdravotní pojišťovny před samotným poskytnutím takové zdravotní služby. Jednotlivé body, ke kterým se zdravotní pojišťovna vyjadřuje, budou podrobněji vysvětleny v následující kapitole.

Odstavec 2 § 19 ZVZP upřesňuje postup v případech péče neodkladné ve smyslu § 5 odstavec 1 písmeno a) zákona o zdravotních službách⁹⁴. „Zdravotní služby podle odstavce 1 písm. a) a f) poskytne poskytovatel i bez předchozího posouzení zdravotní pojišťovnou v případě, kdy se jedná o neodkladnou péči. O této skutečnosti poskytovatel bezodkladně informuje příslušnou zdravotní pojišťovnu. Zdravotní pojišťovna takto poskytnuté zdravotní služby uhradí poskytovateli, pokud byly splněny podmínky stanovené pro jejich úhradu s výjimkou předchozího posouzení zdravotní pojišťovnou.“ Neodkladnost

⁹³Důvodová zpráva k zákonu č.371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část, K novelizačnímu bodu 34

⁹⁴Neodkladnou péčí je ta 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.“ § 5 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb. [citováno 2024 -02-06]

poskytnutí dané zdravotní služby (podání léčivého přípravku), má být ze strany ošetřujícího lékaře vyhodnocována prakticky nepřetržitě, tedy může nastat i v průběhu již započatého řízení o nároku pojištěnce. Správnost takového postupu pak zdravotní pojišťovna ověří postupem podle § 42 ZVZP v rámci své kontrolní činnosti. V tomto případě Novela nezavádí žádnou novinku, v právní úpravě platné do 31. 12. 2021 byla tato možnost poskytovatele uvedena v § 16 odstavci druhém ZVZP (viz dále).

Odstavec 3 § 19 ZVZP specifikuje osobu oprávněnou návrh na posouzení nároku podat. *„Nestanoví-li tento zákon jinak, podává návrh na posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce na poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených (dále jen „návrh na posouzení nároku“) k tomu příslušný poskytovatel, nebo pojištěnec, jehož nárok má být posuzován.“* ZVZP reflektuje dosavadní praxi, kdy takovýto návrh zpracuje ošetřující lékař patřičné odbornosti, který jedná za poskytovatele, protože na jeho indikaci závisí samotné schválení zdravotní služby jako hrazené, a zašle jej příslušné zdravotní pojišťovně k posouzení. Dále je umožněno podat návrh na posouzení nároku samotnému pojištěnci, jak uvádí Důvodová zpráva, je to umožněno z toho důvodu, že jeho lékař nemusí být ochoten návrh podat⁹⁵.

Odstavec 4 § 19 ZVZP upravuje stav, kdy zdravotní pojišťovna návrhu bezodkladně zcela vyhoví. *„Vyhoví-li zdravotní pojišťovna plně návrhu na posouzení nároku, vydá bezodkladně souhlas s poskytnutím zdravotních služeb jako hrazených a oznámí jej tomu, kdo návrh podal. Zdravotní služby lze poskytnout jako hrazené dnem vydání souhlasu. Souhlas není správním rozhodnutím.“* Jak vyplývá z Důvodové zprávy, předkladatel novely si byl vědom, že významné většině návrhů je ze strany zdravotní pojišťovny vyhověno. Zdravotní pojišťovna v takovém případě může vydat prostý „souhlas“, který není správním rozhodnutím, a zašle jej pouze tomu, kdo návrh podal, tedy poskytovateli, potažmo ošetřujícímu lékaři. „Vykonatelnost“ tohoto „souhlasu“ stanovuje Novela ke dni jeho vydání. V praxi pak takový „souhlas“ obsahuje kromě identifikačních údajů především technické informace nezbytné pro

⁹⁵Důvodová zpráva k zákonu č.371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část, K novelizačnímu bodu 34

následné vykázaní povolené zdravotní služby k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Odstavec 5 § 19 ZVZP upravuje postup pro případ, že souhlas bezodkladně vydat nelze. „*Nevyhoví-li zdravotní pojišťovna návrhu na posouzení nároku postupem podle odstavce 4 nebo nevydá-li souhlas do 15 dnů ode dne doručení návrhu na posouzení nároku, rozhodne ve správním řízení. Tuto skutečnost oznámí zdravotní pojišťovna pojištěnci a tomu, kdo návrh podal. Řízení se považuje za zahájené dnem podání návrhu na posouzení nároku.*“ Tedy v případě, že návrhu pojištěnce nebude ze strany zdravotní pojišťovny vyhověno nebo mu bude vyhověno až příkladně po doložení dalších skutečností, postupuje zdravotní pojišťovna podle obecných postupů správního řízení, kdy je za první den správního řízení „zpětně“ označen den doručení návrhu zdravotní pojišťovně. Vzhledem k organizační struktuře pojišťoven, může pojištěnec či poskytovatel, doručit návrh na jakoukoliv pobočku příslušné zdravotní pojišťovny či doručit zdravotní pojišťovně elektronicky v souladu s obecnými zásadami podání⁹⁶.

Odstavec 6 § 19 ZVZP určuje za jediného účastníka řízení pojištěnce. „*Účastníkem řízení je pojištěnec, o jehož nároku se rozhoduje. Poskytovatel, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby, je povinen pojištěnci a zdravotní pojišťovně poskytnout součinnost za účelem vedení řízení.*“ Toto pravidlo je užito pouze v případě, že není bezodkladně možné vydat souhlasné stanovisko s návrhem dle odstavce 4, tedy za situace, kdy je nezbytné zahájit správní řízení dle odstavce 5. V takovém případě, pokud není pojištěnec v řízení zastoupen, má práva účastníka řízení pouze pojištěnec. Poskytovatel, který pojištěnci poskytuje zdravotní služby, má povinnost „pouze“ poskytnout součinnost. Toto jednoznačné vymezení účastníka řízení, které bylo zavedeno Novelou, je v rámci řízení o návrhu na posouzení nároku citelnou změnou zavedené praxe. Poskytovatel, potažmo ošetřující lékař, není účastníkem, nemá tedy příkladně možnost, bez písemně ztvrzeného souhlasu pojištěnce, podat sám odvolání (což byla do 31. 12. 2021 reálná rutinní praxe, viz dále).

Odstavec 7 § 19 ZVZP zavazuje pojišťovnu informovat poskytovatele, který návrh podal, o udělení souhlasu s úhradou zdravotní služby i v případě, že byl návrh posuzován ve správním řízení, kdy je účastníkem pouze pojištěnec,

⁹⁶Blíže viz § 37 správního řádu

a bylo návrhu plně vyhověno. „Rozhodnutí oznamuje zdravotní pojišťovna rovněž poskytovateli, který návrh podal. Proti rozhodnutí, kterým zdravotní pojišťovna plně vyhověla návrhu na posouzení nároku, nejsou přípustné odvolání, obnova řízení ani přezkumné řízení.“ Zároveň vylučuje možnost podat proti rozhodnutí, kterým bylo návrhu plně vyhověno ve lhůtě delší než 15 dní od podání návrhu, specifikované opravné prostředky. Záměrem této úpravy bylo dle Důvodové zprávy urychlené nabytí právní moci a vykonatelnost takového rozhodnutí⁹⁷. V případě, že je pojištěnci rozhodnutím plně vyhověno, nemusí rozhodnutí obsahovat odůvodnění⁹⁸.

Odstavec 8 § 19 ZVZP upřesňuje, že mezi náležitosti, které musí mít stanovisko zdravotní pojišťovny v případě kladného vyřízení návrhu, patří i stanovisko k případné opakované preskripci, pokud by měla být vzhledem ke zdravotnímu stavu indikována. „Zdravotní pojišťovna v rámci vydaného souhlasu podle odstavce 4 nebo výroku rozhodnutí podle odstavce 5 stanoví, že se vztahuje i na případy opakované potřeby poskytnutí zdravotních služeb jako hrazených, jsou-li pro to v návrhu na posouzení nároku uvedeny důvody, nebo prokáží-li se tyto důvody v řízení. Spolu s tím zdravotní pojišťovna stanoví dobu, po kterou mohou být zdravotní služby opakovaně poskytovány jako hrazené.“ Reálně tedy příkladně u souhlasu s úhradou léčiva zdravotní pojišťovna připojí vyjádření, že „úhrada je povolena na nejbližší 3 měsíce a další povolení úhrady bude možné po doložení efektu terapie lékařskou zprávou“, či uvede, že „terapie je hrazena do progresu onemocnění“, což pro lékaře znamená „pouze“ precizní zaznamenávání výsledků kontrol do zdravotnické dokumentace, aby mohl případné kontrole doložit, že k progresi nemoci při užívané medikaci nedošlo. Tento postup byl běžnou praxí i před legislativním zakotvením této povinnosti, neboť i zdravotní pojišťovna má zájem minimalizovat zbytnou administrativu. Důvodová zpráva navíc k tomuto bodu upozorňuje, že v rámci zdravotnických prostředků předepisovaných na poukaz i takto povolené čerpání musí být v souladu s množstevními a frekvenčními limity pro stanovené časové období⁹⁹.

⁹⁷Viz ustanovení § 73 správního řádu

⁹⁸Viz ustanovení § 68 správního řádu

⁹⁹Důvodová zpráva k zákonu č.371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část, K novelizačnímu bodu 34

4.4.2 Revizní komise

Zatímco se první nové procesní ustanovení - § 19 ZVZP - věnovalo z většiny postupu prvostupňového orgánu v rámci posuzování nároku na úhradu, druhé nově přidané procesní ustanovení - § 20 ZVZP - konstituuje v rámci tohoto procesu hodnocení druhostupňový orgán, vymezuje jeho kompetence a upravuje odlišnosti jednání od obecné úpravy.

Odstavcem 1 § 20 ZVZP je ustaven kolegiální orgán¹⁰⁰ zdravotní pojišťovny a je definován počet a odborná erudice jeho členů. „Zdravotní pojišťovna zřizuje alespoň jednu revizní komisi. Revizní komise má 4 členy jmenované ředitelem příslušné zdravotní pojišťovny a 1 člena jmenovaného ministrem zdravotnictví. Nejvíce 2 členové revizní komise mohou být zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny v pracovním poměru. Člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu právo a právní věda nebo musí mít způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle jiného právního předpisu¹⁰¹. Alespoň jeden člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu všeobecné lékařství a alespoň jeden člen revizní komise musí být absolventem magisterského studijního programu právo a právní věda“. Záměrem pro jmenování jednoho zástupce Ministerstva zdravotnictví bylo především sjednocení rozhodovací praxe napříč pojišťovnami. Pro zefektivnění a zrychlení odvolacího řízení mohou zdravotní pojišťovny zřídit více než jednu revizní komisi. Příkladně VZP zřídila revizní komise dvě¹⁰².

V odstavci 2 § 20 ZVZP jsou taxativně vyjmenována řízení, v nichž je revizní komise příslušným orgánem. „Revizní komise rozhoduje o odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny ve věci týkající se

- a) udělení předchozího souhlasu podle § 14b,
- b) vydání povolení podle koordinačních nařízení,
- c) náhrady nákladů podle koordinačních nařízení,

¹⁰⁰Postup řízení dle § 134 správního řádu

¹⁰¹Zákon 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. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰²Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Revizní komise. Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/organizacni-struktura/revizni-komise>

d) náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4,

e) návrhu na posouzení nároku podle § 19“.

Jde tedy nejen o řízení vedená podle předcházejícího procesního ustanovení § 19, ale také řízení o náhradě nákladů vynaložených na neodkladnou péči v zahraničí¹⁰³, na náklady spojené s hrazenými přeshraničními službami¹⁰⁴, dále pak zdravotní služby hrazené dle koordinačních nařízení a hrazené přeshraniční služby, jejichž úhrada je možná pouze na základě předchozího souhlasu uděleného zdravotní pojišťovnou¹⁰⁵.

Odstavec 3 § 20 ZVZP „Revizní komise volí předsedu, který vede řízení, není-li dále stanoveno jinak,“ určuje, že předsedu komise zvolí její členové ze svého středu, ten pak vede řízení – v souladu s ustanovením § 15 správního řádu činí jednotlivé úkony, pokud není v ZVZP stanoveno jinak.

Odchylný princip od postupu kolegiálního orgánu dle správního řádu přináší odstavec 4 § 20 ZVZP „Usnesení, s výjimkou usnesení o zastavení řízení, jakož i úkon, který není rozhodnutím, může předseda, případně předsedou pověřený člen revizní komise, vydat nebo provést samostatně.“ Tedy z důvodu zrychlení odvolacího řízení je umožněno předsedovi nebo jím pověřenému členovi jednat samostatně.

Odstavec 5 § 20 ZVZP pak stanovuje podmínky pro přijetí rozhodnutí revizní komise „K přijetí rozhodnutí revizní komise je třeba souhlasu nadpoloviční většiny všech jejích členů. Souhlas či nesouhlas s návrhem rozhodnutí vyjadřuje člen revizní komise do protokolu o hlasování, do něž je při nahlížení do spisu vyloučeno nahlížet.“ Předkladatel, dle Důvodové zprávy¹⁰⁶, měl za žádoucí, aby jednání komise bylo co nejflexibilnější, z tohoto důvodu nepovažoval za vhodné zcela převzít úpravu rozhodování kolegiálního orgánu. Příkladově uvádí, že jako vhodnější než organizace společného jednání se jeví používání prostředků elektronické komunikace.

¹⁰³Dle ustanovení § 14 odstavec 2 ZVZP

¹⁰⁴Dle ustanovení § 14 odstavec 3 ZVZP

¹⁰⁵Blíže viz ustanovení § 14b ZVZP

¹⁰⁶Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část, K novelizačnímu bodu 34

Činnost revizních komisí se dle odstavce 6 § 20 ZVZP správním řádem řídí - „*Pro činnost revizní komise se použije § 134 odst. 4 a 5 správního řádu*“. Tedy o námitce proti členovi revizní komise bude rozhodovat tato komise jako celek, ten člen, proti kterému je námitka podána, je z hlasování o námitce vyloučen. Revizní komise si podrobně upraví pravidla pro své jednání v jednacím řádu, který je vnitřním předpisem, „*zákonnou úpravu může pouze doplnit, nemůže zakotvit pravidla v rozporu se zákonem a tím změnit či vyloučit použití zákonných pravidel*“¹⁰⁷.

Aby bylo možné zajistit do revizní komise patřičně erudované osoby, tedy odborníky s optimálním vzděláním, umožňuje odstavec 7 § 20 ZVZP přiznat členovi komise odměnu. „*Za výkon funkce může být členu revizní komise poskytnuta odměna, o které rozhoduje Správní rada zdravotní pojišťovny.*“ Správní rada pak bude rozhodovat o odměně příkladně na základě počtu řešených případů.

¹⁰⁷Pouperová, O in KOPECKÝ, Martin. *Správní řád: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2022, str. 660

5 Specifika jednotlivých oblastí správního rozhodování zdravotních pojišťoven se zaměřením na rozhodování podle § 16 ZVZP

V této kapitole budou podrobněji rozebrány jednotlivé body, o kterých je rozhodováno jako o hrazených dle ustanovení § 19 odstavec 1 ZVZP v kontextu reálné praxe revizního lékaře. S nabytím účinnosti novely zákona č. 371/2021 Sb. rozhodnutí činí zdravotní pojišťovna, předchozí právní úpravy toto právo rozhodovat přenechávaly revizním lékařům. Revizní lékaři se nicméně z podstaty věci na rozhodování nadále podílí.

Pro všechny body uvedené v následující části platí, že je-li úhrada ze zdravotního pojištění přiznána, je následně realizována z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud zdravotní pojišťovna úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění nepřizná, není její realizace automaticky vyloučena, jak je často mylně uváděno, jen je potřeba, pokud nadále trvá medicínská indikace, úhradu takové zdravotní služby zajistit z jiných zdrojů (mimo prostředky veřejného zdravotního pojištění). Zdravotní pojišťovna nerozhoduje o vlastním provedení zdravotní služby (k takovému rozhodnutí není ze zákona oprávněna), vyjadřuje se „pouze“ k její úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

5.1 Mimořádná úhrada zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené

Na prvním místě je v ustanovení § 19 ZVZP v odstavci prvním pod písmenem a), tedy první položkou na seznamu zdravotních služeb, o jejichž úhradě rozhoduje zdravotní pojišťovna před poskytnutím, uvedena oblast týkající se výjimečné úhrady podle § 16 ZVZP. Samotné ustanovení § 16 je součástí ZVZP od jeho vyhlášení v r. 1997 a doznalo v čase pouze drobných terminologických úprav. Znění účinné ode dne 1. 4. 1997: „*Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.*“ Až do 31. 12. 2021 šlo o odstavec první § 16 ZVZP. Současné znění, po Novele zní takto: „*Příslušná zdravotní pojišťovna hradí postupem podle § 19 odst. 1 písm. a) ve výjimečných případech zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, je-li poskytnutí*

takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.“ a je odstavcem jediným.

Původní druhý odstavec § 16 ZVZP „*S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře“*, který od vyhlášení až do nabytí účinnosti Novely nezměnil svou podobu, byl pouze přesunut (s úpravou formulační nikoli obsahovou) do nově přidaných ustanovení procesních postupů v § 19 ZVZP, konkrétně do odstavce druhého (viz výše).

Vlastní text ustanovení § 16 ZVZP je i v dnešní podobě poměrně stručný. Pro jednoznačnost odkazuje nejprve na procesní postup, jakým má být jeho naplnění hodnoceno. V minulosti vyvolával procesní postup hodnocení tohoto ustanovení četné otázky (viz příkladově uvedené judikáty v předchozí části práce), což pravděpodobně motivovalo zákonodárce odkaz na procesní postup vtělit do textu tohoto ustanovení, byť je dle znění § 19 odstavec 1 písmeno a) jednoznačné, jakým postupem bude naplnění tohoto ustanovení posuzováno. Po specifikaci procesního postupu hodnocení konkretizuje tento paragraf tři parametry, které musí být pro přiznání výjimečné úhrady splněny, a to kumulativně (jak dovodila judikatura, viz dále). Tedy zdravotní pojišťovna ze zákona mimořádně hradí i zdravotní službu ze zdravotního pojištění jinak nehrazenou, pokud zároveň jde o jedinou možnost léčby a případ je svou podstatou výjimečný.

Jak bylo již uvedeno, hrazená zdravotní služba je specifikována v ustanovení § 13 ZVZP. Pro případy, kdy je ale zdravotní stav pojištěnce závislý na poskytnutí služby jinak nehrazené, normoval zákonodárce „pojistku“ pro možnost úhrady takové zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Rozhodnutí o tom, zda jsou podmínky pro tuto výjimečnou úhradu splněny, je plně v kompetenci zdravotní pojišťovny¹⁰⁸. Zákonodárce tuto kompetenci zdravotní pojišťovny již jednoznačně v novele zákonem č. 371/2021 Sb. zařadil do výčtu bodů, které zdravotní pojišťovna posuzuje před poskytnutím zdravotních služeb (§ 19 odstavec 1 ZVZP).

Předchozí právní úprava nebyla takto jednoznačná a soudy musely ustanovení vykládat v širším kontextu. „*Dle Nejvyššího správního soudu je třeba na úhradu dle § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění nahlížet jako*

¹⁰⁸Ustanovení § 53 odst. 1 písm. g) ZVZP, ve znění zákona č. 371/2021 Sb.

na nárok pojištěnce, neboť při splnění podmínek uvedeného ustanovení, tj. že se jedná o výjimečný případ, u kterého představuje poskytnutí jinak nehrazené zdravotní služby jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, vzniká povinnost pojišťovny tyto zdravotní služby hradit. Zákon totiž výslovně stanoví, že pojišťovna takové zdravotní služby „hradí“. V předmětném ustanovení tedy není dán žádný prostor k vlastní úvaze zdravotní pojišťovny, zda tyto služby uhradí či nikoliv. V případě, že pojišťovna svým postupem nárok pojištěnce popře, tzn. rozhodne o tom, že dané zdravotní služby nebudou hrazeny, zasáhne negativně do práv pojištěnce zakotvených v § 11 odst. 1 písm. d) a e) zákona o veřejném zdravotním pojištění.“¹⁰⁹

Rozhodnutí, zda došlo ke splnění všech tří vyjmenovaných podmínek, není vždy zcela jednoduché, neboť všechna zákonná kritéria nelze jednoznačně definovat, dvě podmínky jsou tzv. neurčitými právními pojmy¹¹⁰. Takovéto pojmy musí správní orgán, zde zdravotní pojišťovna, nejprve vyložit, tedy specifikovat pojmové znaky, a teprve potom lze hodnotit, v jakých skutkových okolnostech případu lze spatřovat jejich naplnění či nenaplnění.¹¹¹

Vymezení každého jednotlivého pojmu je nezbytné u každého posuzovaného případu individuálně. Zdravotní pojišťovna v rámci svého rozhodování musí respektovat také vyvíjející se judikaturu správních soudů i soudu Ústavního, která je v tomto tématu velmi pestrá a hojná. V následujícím textu budou jednotlivé podmínky ustanovení § 16 ZVZP přiblíženy v kontextu judikatury a správní praxe.

5.1.1 Zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené

Na první pohled se zdá, že posouzení této podmínky je nejjednodušší. Ale i tento parametr umí vyvolat mnohé otázky. V předchozí části textu bylo

¹⁰⁹Rozsudek NSS ze dne 12. prosince 2019, č.j. 9 Ads 214/2018-66, bod 26

¹¹⁰„Neurčité právní pojmy zahrnují jevy, nebo skutečnosti, které nelze úspěšně zcela přesně právně definovat; jejich obsah a rozsah se může měnit, často bývá podmíněn časem a místem aplikace normy. Při interpretaci neurčitého právního pojmu se správní orgán musí zabývat konkrétní skutkovou podstatou, jakož i ostatními okolnostmi případu, přičemž sám musí alespoň rámcově obsah a význam užitého neurčitého pojmu objasnit, a to z toho hlediska, zda posuzovanou věc lze do rámce vytvořeného rozsahem neurčitého pojmu zařadit. ... Zákonodárce užitím neurčitých pojmů dává orgánu aplikujícímu právní předpis prostor, aby posoudil, zda konkrétní situace patří do rozsahu neurčitého pojmu či nikoli. Současně však dbá na to, aby v zákoně byly uvedeny alespoň některé charakteristické znaky, popř. umožňuje tak učinit v prováděcím předpise.“
Rozsudek NSS ze dne 28. července 2005, č.j. 5 Afs 151/2004-73

¹¹¹Srov. Rozsudek NSS ze dne 31. července 2008, č.j. 4 As 45/2007-139 a Rozsudek NSS ze dne 31. května 2006, č.j. zn. 6 Ads 43/2005-51

opakovaně konstatováno, že hrazená péče je definována v ustanovení § 13 ZVZP, jehož obsah je př. v Komentáři k ZVZP¹¹² označován za „generální klauzuli“. Při hodnocení naplnění jednotlivých podmínek § 16 ZVZP vyvstává logická otázka, zda za služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené lze považovat všechny v daném čase nehrazené zdravotní služby včetně těch, které nesplňují parametry dané § 13 ZVZP (typicky léčba experimentální), nebo pouze ty, které nemají z nějakého důvodu úhradu přiznánu, byť svou podstatou požadavkům § 13 ZVZP vyhoví. Primární otázkou tedy je, zda zdravotní služby, jejichž úhrada má být zdravotní pojišťovnou schválena, musí správní orgán hodnotit v kontextu ustanovení § 13 ZVZP.

Touto otázkou se zabýval i Městský soud v Praze a upozornil, že § 13 ZVZP nestanovuje rozsah hrazené zdravotní péče, ale její vlastnosti. *„Zmíněné ustanovení vymezuje základní kvalitativní parametry zdravotnických služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Hrazená péče musí směřovat tedy ke zlepšení nebo zachování zdravotního stavu pojištěnce nebo ke zmírnění jeho utrpení, musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce, být přiměřeně bezpečná, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a účinná. Z ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění však nelze vyvodit, že by ze systému veřejného zdravotního pojištění měly být hrazeny jakékoliv zdravotní služby, jež tuto definici splňují. Pokud by tomu tak mělo být, postrádala by smyslu ostatní ustanovení obsažená v části páté zákona o veřejném zdravotním pojištění, jež teprve zákonný rozsah hrazených zdravotních služeb vymezují. Zároveň by takový výklad citovaného ustanovení popřel Ústavním soudem aprobovaný legitimní cíl zákonné úpravy veřejného zdravotního pojištění, a to limitaci poskytovaných zdravotních služeb z hlediska jejich nákladů. Pokud by měl totiž § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění znamenat, že je z veřejného zdravotního pojištění třeba hradit jakékoliv služby, jež splňují znaky v tomto ustanovení vymezené, chyběl by jakýkoliv prostor pro úvahu nad náklady takových služeb. V konečném důsledku by to znamenalo naprostou rezignaci na hledisko finanční udržitelnosti systému zdravotního pojištění.“*¹¹³

¹¹²Koščík, M. i Blatný, J. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář. Komentáře* (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 78 i str.116.

¹¹³Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

Na tento rozsudek navázal jiný senát stejného soudu a upřesnil, že „podmínky stanovené v § 16 ZVZP je třeba vykládat v kontextu § 13 odst. 1 ZVZP, tedy, že přistoupit k úhradě léčivého přípravku dle výjimky stanovené § 16 ZVZP lze pouze za předpokladu, že požadovaný přípravek je léčivým přípravkem, u kterého existují v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy důkazy o jeho účinnosti na onemocnění žadatele.“¹¹⁴

Oba uvedené rozsudky Městského soudu v Praze byly správní praxí akceptovány a v jejich duchu bylo na výklad hrazené či jinak nehrazené péče nahlíženo. Později ale NSS dospěl k opačnému přístupu a konstatoval, že lze „§ 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění vyložit tak, že dopadá na jiné zdravotní služby než ty, jichž se týká § 13 téhož zákona, tedy právě na zdravotní služby „jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené“. Jeho předmětem je úprava úhrady právě těch zdravotních služeb, které nesplňují kritéria předpokládaná posledně uvedeným ustanovením. Opačný výklad, zastávaný stěžovatelkou, by zakládal úplnou nadbytečnost § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jeho praktické použití by bylo zcela vyloučeno, mělo-li by být předpokladem úhrady jinak nehrazených zdravotních služeb i naplnění podmínek, které jsou stanoveny pro služby vždy zdravotní pojišťovnou hrazené podle § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní služby „jinak nehrazené“ z povahy věci nemohou naplňovat kritéria vyplývající z § 13 odst. 1 citovaného zákona.“¹¹⁵

Citovaný závěr NSS však neodráží reálnou situaci, JUDr. Blatný v Komentáři k ZVZP v reakci na toto stanovisko NSS reagoval jednoznačně: „Nejvyšší správní soud se mylí, ... Existuje množství zdravotních služeb, které mohou projít obecným testem generální klauzule, přesto jsou však nehrazenými.“¹¹⁶ Typickým příkladem jsou léčiva, u kterých nebyla doposud stanovena úhrada ze strany SUKLu (z jakéhokoli důvodu) nebo naopak úhradu ztratily, byť trvale splňují všechny požadavky § 13 ZVZP. Citovaný závěr NSS by bylo možné akceptovat za situace, že všechny zdravotní služby, které naplňují parametry § 13 ZVZP jsou službami bezzbytku hrazenými. Jak bylo ale již v předchozím textu vysvětleno, všechny zdravotní služby splňující požadavky

¹¹⁴Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 15. listopadu 2019, č.j. 5 Ad 12/2019-63, bod 45

¹¹⁵Rozsudek NSS ze dne 3. března 2020, č.j. 4 Ads 458/2019-72, bod 38

¹¹⁶Blatný.J, in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str.116.

ustanovení § 13 ZVZP nejsou hrazenými službami, ale všechny hrazené služby respektují § 13 ZVZP.

Další argument pro podporu výkladu v souladu s citovanými judikáty Městského soudu v Praze je ten, že v případě přiznání úhrady ze strany zdravotní pojišťovny v konkrétním případě stává se tato zdravotní služba pro konkrétního pojištěnce službou hrazenou a v takovém případě musí být v souladu s ustanovením § 13 ZVZP. Pojištěnci tedy nelze přiznat úhradu takové služby, která by neodpovídala jeho zdravotnímu stavu, nebyla pro něj přiměřeně bezpečnou, nebyla v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy (tedy šlo by o postup *non lege artis*¹¹⁷) a neexistovaly by důkazy o účinnosti vzhledem k účelu poskytnutí.

Další otázkou je to, zda službou jinak ze zdravotního pojištění nehrazenou je pouze ta, která je zcela nehrazená nebo i ta, která je hrazená s nějakým omezením. ZVZP obsahuje řadu omezení limitujících možnost úhrady konkrétní zdravotní služby, ať už jde o věk, časové omezení, množstevní limity, charakter zdravotního stavu atd. Již v ustanovení § 1 odstavec 1 písm. b) ZVZP je konstatováno, že ZVZP upravuje „*rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby*“ a pro ně používá legislativní zkratku „*hrazené služby*“. Lze tedy dovodit, že existují zdravotní služby, které jsou v individuálním případě pojištěnce hrazeny zcela či částečně v rámci zákonných omezení a jsou zákonem označeny jako hrazené.

Na závěr lze tedy shrnout, že zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění nahrazené jsou ty, které jsou jako nehrazené označeny v zákoně, eventuálně ty, jejichž úhrada se bude odvíjet od konkrétní situace pojištěnce (příkladně indikační omezení úhrady definuje okruh osob, pro které je dané léčivo hrazeno, čímž současně negativně vymezuje skupinu, která na úhradu nedosáhne), úhrada těchto zdravotních služeb by pak byla realizována v kontextu § 16 ZVZP¹¹⁸.

¹¹⁷Pojem *lege artis* je tradičně vykládán jako postup „*v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy*.“ MACH, Jan. *Medicína a právo*. Beckova edice ABC. V Praze: C.H. Beck, 2006, str. 54. Novější právní úprava dává pacientovi právo v § 28 zákona č. 372/2011 Sb., „*na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni*.“, kdy dle § 4 odst. 5 téhož zákona „*Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti*.“ [citováno 2024-02-06]

¹¹⁸Blíže viz Blatný, J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 117-118.

5.1.2 Jediná možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce

Toto kritérium má velmi blízko k následujícímu kritériu výjimečnosti, ale „zaměřuje se především na hodnocení zdravotního stavu pojištěnce a možnosti jeho další léčby.“¹¹⁹ Jedná se o neurčitý pojem, při jehož specifikaci se střetávají dvě možnosti výkladu.

Prvou možností je výklad čistě jazykový. Ten lze specifikovat tak, že „existuje-li hrazená varianta zdravotní služby aplikovatelná na situaci konkrétního pojištěnce, nelze z veřejného zdravotního pojištění uhradit nehrazenou variantu, o níž pojištěnec žádá.“¹²⁰ K tomuto výkladu se přiklonilo Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém stanovisku uvedeném ve Věstníku, kdy v rámci posouzení doporučuje doložit mimo jiné to, „že neexistuje jiná odpovídající hrazená alternativa péče, kterou by bylo možné s ohledem na zdravotní stav této osoby použít.“¹²¹

V tomto kontextu prostého jazykového výkladu je vhodné připomenout názor Ústavního soudu ze dne 17. prosince 1997, sp. zn. Pl. ÚS 33/97: „Jazykový výklad představuje pouze prvotní přiblížení se k aplikované právní normě. Je pouze východiskem pro objasnění a ujasnění si jejího smyslu a účelu (k čemuž slouží i řada dalších postupů, jako logický a systematický výklad, výklad *e ratione legis* atd.). Mechanická aplikace abstrahující, resp. neuvědomující si, a to buď úmyslně nebo v důsledku nevzdělanosti, smysl a účel právní normy, činí z práva nástroj odcizení a absurdity.“

K prostému jazykovému výkladu pojmu jediná možnost vzhledem ke zdravotnímu stavu se poměrně jednoznačně vyjádřil Městský soud v Praze v tom smyslu, že by „ve svém důsledku při současném stavu medicínského poznání způsobil faktickou nevyužitelnost institutu výjimečně hrazené péče, neboť pravděpodobnost neexistence hrazené farmakoterapie na rozpoznaná a léčitelná onemocnění, či nemožnosti její aplikace z důvodu nesnášenlivosti, je velice nepatrná. Tím by byl popřen smysl § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, který je součástí zákonného provedení ústavně zakotveného práva na ochranu

¹¹⁹Rozsudek NSS ze dne 27. března 2020, č.j. 5 Ads 131/2018-53, bod 55

¹²⁰Blatný.J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 119.

¹²¹Stanovisko k § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Online. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990-2022, Věstník 7/2005, s. 71.

zdraví. Čistě jazykový výklad ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle kterého je a priori vyloučena možnost schválení léčivého přípravku zdravotní pojišťovnou jinak nehrazeného vždy za situace, kdy pro danou indikaci existuje hrazený léčivý přípravek, jenž naplňuje znaky uvedené v ust. § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, je proto třeba odmítnout.“¹²²

Druhým přístupem k pojmu „jediné možnosti“ je zohlednění individuálních okolností, neboť mezi existujícími variantami zdravotní služby mohou existovat významné rozdíly. Je tedy nezbytné posoudit, zda jde „o skutečně jedinou možnost odpovídající individuální situaci každého jednotlivého pojištěnce.“¹²³ Zároveň nelze zaměňovat „jedinou možnost“ za nejlepší možnost“. Ústavní soud připustil právo zákonodárce upřednostnit hrazení levnější varianty zdravotní služby před tou nejlepší možnou a upozornil na „omezený objem finančních zdrojů na úhradu zdravotní péče“, neboť „zákonný požadavek garance z celosvětového hlediska nejlepší úrovně poskytování zdravotní péče by proto místo skutečného zvýšení jejího standardu vedl s největší pravděpodobností k tomu, že by se tato úroveň stala v převážném množství případů nedosažitelnou a s ohledem na své náklady by přístup jednotlivce k zdravotní péči naopak fakticky omezovala.“¹²⁴

Ve stejném duchu se vyjádřil i Městský soud v Praze, který nepotvrdil, že „samotná existence léčivého přípravku vykazujícího vyšší terapeutický účinek by v dané indikaci měla být rozhodující pro naplnění kritéria „jediné možnosti z hlediska zdravotního stavu“. Takový výklad by eliminoval jakoukoliv úvahu o nákladové efektivitě terapie jako přípustného korektivu rozsahu hrazené péče, přičemž tento důsledek je podle názoru soudu z hlediska systematiky zákona nepřijatelný.“¹²⁵

Na tento přístup však zcela nenavázal NSS. Z pohledu NSS jde v rámci této kategorie o zdravotní služby odpovídající aktuálně dosažitelným možnostem lékařské vědy, tedy postupu lege artis (viz výše). Pojmem „jediné možnosti z hlediska zdravotního stavu“ v kontextu služeb poskytovaných na „náležité odborné úrovni“ se zabýval příkladně pátý senát NSS a uvedl, že „si lze jen těžko

¹²²Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

¹²³Blatný, J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 119.

¹²⁴Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, bod 353

¹²⁵Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

představit profesní standardy, které se odchýlí od aktuálně dosažitelných možností lékařské vědy. Náležitou odbornou úroveň proto vymezuje soulad s pravidly lékařské vědy, přičemž se musí jednat o pravidla aktuální (objektivně možná), což odpovídá dynamickému postupu *lege artis*. Otázka indikace léčby, přičemž je nutno mít na mysli léčbu účinnou, je věcí objektivně medicínskou, jinými slovy, pouze lékař může na základě zdravotního stavu pacienta a znalosti o metodách a prostředcích účinné léčby, rozhodnout.“¹²⁶ Na toto vymezení navázal stejný senát, když konstatoval, že je „neudržitelné, aby nebylo možné spatřovat jedinou možnost léčby v účinnější léčbě, pokud existuje jiná, byť méně účinná léčba hrazená zdravotní pojišťovnou.“¹²⁷ Příkladově uvedené postoje NSS staví pojem „jediné možnosti“ na principu superiority, který přiznává pojištěncům „rovný přístup k hrazeným službám odpovídajícím nejvyššímu stupni vědeckého poznání“.¹²⁸

Závěry NSS vyznívají poměrně jednoznačně, na první pohled logicky a z pohledu medicíny ideálně, vyžadují ale neomezené zdroje, kterými žádná zdravotní pojišťovna nedisponuje. NSS sám připouští limitaci pouze stabilitou systému zdravotního pojištění. „Obecně si lze představit odepření úhrady zdravotní služby požadované dle § 16 odst. 1 zákona o VZP ve výjimečných případech, kdy by cena za požadovanou zdravotní službu mohla reálně narušit stabilitu hrazení zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění. V takových případech by bylo nezbytné, aby zdravotní pojišťovna poměřila konkrétní náklady na požadovanou léčbu s náklady na léčbu standardně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a vzala v úvahu reálně očekávatelný benefit požadované léčby pro pojištěnce. Tyto okolnosti by bylo možno zohlednit v rámci výkladu a aplikace neurčitého právního pojmu jediná možnost z hlediska zdravotního stavu, popř. výjimečný případ. Je totiž třeba mít na paměti, že se jedná o poslední pojistku pro výjimečné případy, která ovšem nesmí sloužit k prolomení principů veřejného zdravotního pojištění vyplývajících z části páté zákona o veřejném zdravotním pojištění.“¹²⁹ K tomuto stanovisku NSS lze podotknout, že „reálně očekávaný benefit“ je parametr, který lze velmi těžko objektivizovat. V rámci

¹²⁶Rozsudek NSS ze dne 29. listopadu 2019, č.j. 5 Ads 28/2018-58, bod 27

¹²⁷Rozsudek NSS ze dne 21. ledna 2020, č.j. 5 Ads 228/2019-81, bod 60

¹²⁸Blatný, J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 120.

¹²⁹Rozsudek NSS ze dne 17. prosince 2019, č.j. 4 Ads 394/2019-110, bod 29

medicínského hodnocení lze porovnávat některé statistické parametry konkrétních zdravotních služeb, které ale nemohou zodpovědět, zda u jednotlivého pojištěnce bude nákladnější zdravotní služba opravdu efektivnější, navíc není zřejmé, jak takové služby poměřovat a kde stanovit hranici pro schválení či neschválení¹³⁰.

Prezentovaný postoj NSS není tedy zcela v harmonii s výše uvedeným přístupem Ústavního soudu, neboť preferuje zájem konkrétního pojištěnce a může být tedy označen za „propojištěnecký“ nebo „propacientský“¹³¹. Naproti tomu Ústavní soud váží individuální prospěch jednotlivé osoby a celého systému veřejného zdravotního pojištění, který musí být schopen garantovat dostupnost zdravotní péče v souladu s odbornými standardy pro všechny pojištěnce. Takovýto přístup se jeví při omezených zdrojích z dlouhodobého pohledu jako realističtější¹³².

V rámci hodnocení této podmínky lze tedy shrnout, že zdravotní pojišťovna musí pojem jediné možnosti nejprve náležitě vysvětlit ve světle recentní judikatury a zhodnotit, zda požadovaná zdravotní služba má alternativu v rámci lege artis postupu. Pokud existuje vedle požadovaného i „srovnatelně účinný“ lege artis postup s úhradou z veřejného zdravotního pojištění, není tato podmínka jediné možnosti vzhledem ke zdravotnímu stavu pojištěnce splněna¹³³ „Pokud hrazená léčebná alternativa nevykazuje srovnatelnou účinnost jako léčivý přípravek, jehož úhrady se stěžovatel domáhá, je namístě aktivovat § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.“¹³⁴

5.1.3 Výjimečný případ

Termín „výjimečný případ“ je opět neurčitý pojem, jehož rozměr se v čase vyvíjel. Za dnes již spíše překonaný pohled na tento pojem lze označit výklad Ministerstva zdravotnictví zveřejněný ve Věstníku¹³⁵, kde v rámci posuzování kritéria výjimečnosti mělo být požadováno kromě podkladů stvrzujících lege artis

¹³⁰Srov. Blatný, J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář. Komentáře* (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 121.

¹³¹Tamtéž, str. 119.

¹³²Tamtéž, str. 121.

¹³³Viz Rozsudek NSS ze dne 6. září 2023, č.j. 7 Ads 37/2023-38, bod 29

¹³⁴Rozsudek NSS ze dne 22. února 2023, č.j. 2 Ads 206/2022-66, bod 25

¹³⁵*Stanovisko k § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*. Online. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990-2022, Věstník 7/2005, s. 71.

postup v případě požadované zdravotní služby také doložení skutečnosti, „že zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění nevedla ke zlepšení zdravotního stavu, nebo způsobovala zdravotní komplikace, které zdravotní stav pacienta zhoršovaly“.

Z podstaty významu slova „výjimečnost“ by měl být přístup hodnocení naplnění této podmínky spíše restriktivní. „Při výkladu pojmu výjimečnost je nutné postupovat vždy zdrženlivě a chápat jej jako pojem, který ve zcela specifických případech umožní zdravotní pojišťovně postupovat odchylně od zavedených pravidel standardních úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění.“¹³⁶ Městský soud v Praze a NSS ale v rámci individuálního hodnocení připouští v rámci parametru výjimečnosti i okolnosti, které přesahují zdravotní stav pojištěnce. Pro příklad lze uvést rozsudek městského soudu v Praze, který konstatoval, že: „Výjimečnost případu soud spatřuje právě ve skutečnosti, že žalobkyně nemohla být léčena po dobu těhotenství stejně intenzivně jako jiné pacientky s totožnou diagnózou v totožné fázi onemocnění, neboť by došlo k vážnému ohrožení plodu dítěte. Soud těhotenství žalobkyně považuje za skutečnost, která postavení žalobkyně činila značně odlišným od standardní skupiny pacientů s touto diagnózou. Přitom je také relevantní, že ochrana dosud nenarozeného dítěte je ústavně chráněnou hodnotou (čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod).“¹³⁷ V tomto rozhodnutí vymezil Městský soud v Praze parametry pojmu výjimečnost jako „jedinečnost, specifická a nezaměnitelnost situace“.

Jiným příkladem vymezení pojmu výjimečnost je rozhodnutí, ve kterém Městský soud v Praze shledal výjimečnost v „okolnostech případu“, konkrétně v nízkém věku pojištěnky, ve kterém byla zařazena do klinické studie a užívala pět let léčivý přípravek, díky kterému mohla mít pestřejší jídelníček, „celý svůj vědomý život prožila ve standardu zajištěném účinkem léku, který jí umožňoval žít podobným způsobem, jako jiné děti jejího věku“, a nepodáváním léku by došlo k „zásadnímu zhoršení kvality jejího života“.¹³⁸ Stejný soud shledal výjimečným

¹³⁶Mach, Ondřej in KNOLL, Vilém, HABLŮVIČ, Jakub a VNENK Vladislav (eds.). *Naděje právní vědy 2021: Právní věda v praxi*. První vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2022.XVI, str. 471.

¹³⁷Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

¹³⁸Viz Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 6. března 2018, č.j. 8 Ad 20/2017-51, body 73 a 74

případ v situaci, kdy onemocnění bylo v daném čase v České republice diagnostikováno pouze u 7 pacientů, s tím, že „Výjimečnost případu žalobce pak spočívá již v samotné četnosti výskytu onemocnění.“¹³⁹ Krátce na to však stejný soud tento pohled korigoval - „vzácnost onemocnění nelze zaměňovat s výjimečností, a je tedy třeba hodnotit především individuální průběh a projevy tohoto onemocnění (resp. jeho odchylky od standardního průběhu a projevů) a jiné okolnosti, které by případ žadatele činily výjimečným ve srovnání s případy jiných pojištěnců se stejnou diagnózou.“¹⁴⁰

Zdravotní aspekty zakládající výjimečnost shledal NSS příkladně v situaci, kdy se v průběhu léčby měnily podmínky pro hrazený přístup k léčivým přípravkům z rozhodnutí SUKLu.¹⁴¹ NSS v těchto případech umožnil takovýto „deficit“ kompenzovat mimořádnou úhradou. Při užití tohoto přístupu v běžné praxi je ale nezbytné mít na paměti, že vývoj medicíny a lege artis postupů je velmi dynamický, a tím pádem lze očekávat i další změny ve stanovení indikačních omezení úhrady pro jednotlivá léčiva.¹⁴²

Při hodnocení naplnění podmínky výjimečnosti je tedy nezbytné velmi precizně vyložit standardní průběh onemocnění. „Byť platí teze, že každý pacient je do značné míry individuální, je nutné výjimečnost případu hodnotit z hlediska srovnání v rámci skupiny s obdobnou diagnózou. Je tedy třeba uvést, jak rychle onemocnění obvykle u pacientů progreduje, a v jakém směru se případ daného pacienta vymyká. Ve vztahu k případné aplikaci § 16 ZVZP je pak namísto zabývat se otázkou, zda je hrozba progresu dána v případě využití obou způsobů léčby, a především zda má léčba, jejíž úhrada je požadována, potenciál riziko progresu významně snížit či alespoň oddálit.“¹⁴³

5.1.4 Podmínky § 16 ZVZP – polemika

V předešlé části byly vymezeny jednotlivé podmínky ustanovení § 16 ZVZP především za pomoci judikatury. Pro možnost mimořádné úhrady musí být dle ustálené judikatury splněny všechny tři podmínky kumulativně. Takto opakovaně judikoval Městský soud v Praze i NSS, pro příklad „Ke schválení

¹³⁹Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 22. května 2018, č.j. 10 Ad 4/2018-95, bod 59

¹⁴⁰Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 15. listopadu 2019, č.j. 5 Ad 12/2019-63, bod 54

¹⁴¹Viz Rozsudek NSS ze dne 21. ledna 2020, č.j. 5 Ads 228/2019-81, body 58 a 59

¹⁴²Blíže viz Blatný, J in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 123.

¹⁴³Rozsudek NSS ze dne 6. září 2023, č.j. 7 Ads 37/2023-38, bod 40

*mimořádné úhrady jinak nehrazeného léčivého přípravku je tedy třeba současně splnit tři podmínky: (i) musí se jednat o léčivý přípravek zdravotní pojišťovnou jinak nehrazený, (ii) tento léčivý přípravek musí být jedinou možností léčby z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, a (iii) případ pojištěnce musí být výjimečný.*¹⁴⁴

V Komentáři ZVZP k tomuto ustanovení upozorňuje JUDr. Blatný na skutečnost, že zákonodárce nepostavil podmínku „výjimečnosti“ a „jediné možnosti“ vedle sebe naroveň a je tedy otázkou, zda se tak jedná o dvě samostatná kritéria. Ze znění tohoto ustanovení vyplývá pouze to, že „nárok na mimořádnou úhradu se aktivuje ve výjimečných případech, je-li poskytnutí určité zdravotní služby jedinou možností v situaci konkrétního pojištěnce.“ Tedy nabízí se otázka, zda pojem výjimečnosti není pouze interpretačním vodítkem, aby byla právní norma aplikována skutečně jen ve zvláštních situacích a nebyla nadužívána jako plošné řešení. Nelze tedy vyloučit, že v budoucnu bude Ústavním soudem pohled na podmínky ustanovení § 16 ZVZP modifikován. JUDr. Blatný zde upozorňuje, že „rozhodně nepůjde o zodpovězení pouhé teoretické otázky, ale o vymezení podmínek stanovení rozsahu nároku pojištěnce na přístup k jinak ze zdravotního pojištění nehrazeným (a mnohdy extrémně nákladným) zdravotním službám.“¹⁴⁵

5.1.5 Mimořádná úhrada – shrnutí z hlediska praxe

Z předešlých kapitol je zřejmé, že správní orgán musí být při hodnocení naplnění jednotlivých podmínek § 16 ZVZP seznámen s aktuální judikaturou. A to nejen, co se týče vymezení neurčitých právních pojmů, ale příkladně i stran hodnocení podkladů, které má k dispozici pro rozhodování. Obecně platí zásada volného hodnocení důkazů, která má oporu v § 50 odstavec 4 správního řádu, kdy správní orgán hodnotí dle svého přesvědčení a logicky a věcně odůvodňuje své závěry, které z jednotlivých důkazů dovozuje¹⁴⁶. Při posuzování naplnění podmínek § 16 ZVZP ale NSS akcentoval význam vyjádření ošetřujícího lékaře, ze kterého má zdravotní pojišťovna při hodnocení návrhu vycházet, „ledaže by z jí získaných a předložených podkladů jednoznačně vyplýval opak“¹⁴⁷. Tento přístup

¹⁴⁴Rozsudek NSS ze dne 6. září 2023, č.j. 7 Ads 37/2023-38, bod 25

¹⁴⁵Srov. Blatný, J. in KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020, str. 123-124.

¹⁴⁶Srov. Kopecký, M in KOPECKÝ, Martin. *Správní řád: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2022, str. 272.

¹⁴⁷Rozsudek NSS ze dne 21. ledna 2020, č.j. 5 Ads 228/2019-81, bod 62

NSS dovedl ze skutečnosti, že ošetřující lékař je nejlépe obeznámen s individuálními okolnostmi daného případu. V nedávné době NSS ale upřesnil, že nejde o preferenci automatickou, ale jen v případě, že je postoj ošetřujícího lékaře v žádosti náležitě vysvětlen. „Je pravdou, že judikatura obecně akcentuje význam stanoviska ošetřujícího lékaře a klade důraz na to, aby z něj zdravotní pojišťovna při hodnocení žádosti podle § 16 ZVZP vycházela primárně. Rozhodující vypovídací hodnotu však takové stanovisko nemá automaticky, ale pouze pokud ostatní shromážděné podklady jednoznačně nesvědčí o nesprávnosti jeho závěrů, respektive pokud jsou tyto závěry přesvědčivě zdůvodněny. Vyšší vypovídací hodnota je totiž stanovisku lékařů, kteří se na léčbě podílí, přiřknuta proto, že tito lékaři jsou důkladně obeznámeni s případem žadatele. Mohou tedy se znalostí věci konkrétně uvést, z jakých (zdravotních) důvodů je u žadatele vyloučena léčebná alternativa, respektive z jakých důvodů je pro něj nevhodná. Přínos takového stanoviska tedy spočívá především v tom, aby lékař odůvodnil, proč je v případě daného pacienta navrhovaná léčba jediná vhodná, a proč není možné použít léčbu standardně či dříve užívanou.“¹⁴⁸

Zároveň si zdravotní pojišťovna musí být při hodnocení každého jednotlivého případu vědoma „účelu veřejného zdravotního pojištění jako systému hrazení zdravotní péče. Podle něj standardem má být úhrada služeb všem pojištěncům ve stejné situaci, aby nedocházelo k nepřijatelné diskriminaci mezi osobami, které se úhrady nějaké nehrazené péče domohou skrze mimořádnou úhradu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a ostatními pojištěnci. Toto ustanovení by tedy mělo být aplikováno jen skutečně ve výjimečných případech, které jsou odůvodněny výjimečností situace konkrétního pacienta. Tím je zabezpečeno, že pacient bude v jiném, nesrovnatelném postavení vůči ostatním pacientům a mimořádnou úhradou tedy nedojde k diskriminaci ostatních pacientů.“¹⁴⁹

5.2 Ostatní body posuzované před poskytnutím zdravotní služby dle nových procesních postupů

V této kapitole budou představeny další zdravotní služby, u kterých je nově stanoven postup hodnocení dle § 19 odstavce prvního ZVZP. Jde o zdravotní

¹⁴⁸Rozsudek NSS ze dne 6. září 2023, č.j. 7 Ads 37/2023-38, bod 34

¹⁴⁹Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

služby vyjmenované pod písmeny b) – j) a při jejich používání většinou nenastávají, oproti § 16 ZVZP, výraznější interpretační potíže.

5.2.1 Pobyť průvodce pojištěnce staršího 6 let

Ustanovení § 25 ZVZP „Pobyť průvodce pojištěnce v lůžkové péči“ doznal Novelou v odstavci prvním určitých změn, kdy došlo k jeho formulačnímu zjednodušení „*Je-li při hospitalizaci pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče po celý den přítomen průvodce, je pobyt průvodce pojištěnce do dovršení šestého roku věku doprovázeného pojištěnce včetně hrazenou službou; pobyt průvodce pojištěnce staršího 6 let je hrazenou službou jen se souhlasem zdravotní pojišťovny.*“ Znění odstavce druhého se nezměnilo „*Pobyť průvodce hradí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn doprovázený pojištěnec.*“

Předchozí právní úprava specifikovala podmínky, za kterých je pobyt průvodce hrazenou zdravotní službou. Novelou byly tyto podmínky ze znění tohoto ustanovení vypuštěny. Při současně platné právní úpravě se tedy lze domnívat, že pobyt průvodce, aby mohl být hrazenou zdravotní službou, musí splňovat obecné podmínky dané § 13 ZVZP. V praxi jsou takovými situacemi především edukace průvodce stran terapie po propuštění (typicky při nově diagnostikovaném diabetu je potřeba několikadenní edukace rodiče), anebo je důvodem zajištění komunikace s pojištěncem se specifickými komunikačními potřebami (příkladně autistické dítě, neslyšící mentálně retardovaný atp.). Nad 6 let věku pojištěnce o úhradě této zdravotní služby rozhoduje zdravotní pojišťovna, u které je pojištěn hospitalizovaný pojištěnec. Návrh na úhradu pobytu průvodce jako hrazené zdravotní služby je podáván před přijetím k hospitalizaci.

V případě akutní lůžkové péče nečiní posouzení nároku obvykle významnější obtíže a pro doložení nároku obvykle lze považovat za dostačující krátkou lékařskou zprávu. Náročnější na doložené podklady bývá posouzení tohoto nároku „na doprovod“ v rámci péče neakutní, především při poskytování lázeňské rehabilitační péče dle § 33 ZVZP nebo při péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách dle § 34 ZVZP.

Zde je opět vhodné upozornit, že v situaci, kdy není úhrada za pobyt průvodce nad 6 let přiznána z prostředků veřejného zdravotního pojištění,

neznamená to, že by byl pobyt průvodce s dítětem v daném zařízení znemožněn, k takovému rozhodnutí není zdravotní pojišťovna oprávněna. Zamítavé rozhodnutí znamená pouze to, že případné náklady spojené s pobytem průvodce musí být hrazeny z jiných zdrojů.

5.2.2 Stanovené případy lůžkové léčebně rehabilitační péče

Ustanovení § 33 ZVZP má deset odstavců a věnuje se léčebně rehabilitační péči¹⁵⁰. Z procesního hlediska je podstatné upozornit na odlišnost v podávání návrhu, ke které novelizací došlo. Odlišnost vyplývá především ze změny provedené v odstavci prvním. Do 31. 12. 2021 byl první odstavec § 33 ZVZP tohoto znění: *„Hrazenou službou je dále léčebně rehabilitační péče, poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař a potvrdil revizní lékař. Návrh na léčebně rehabilitační péči podává na formuláři zdravotní pojišťovny lékař registrujícího poskytovatele nebo ošetřující lékař při hospitalizaci; jde-li o poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče, návrh obsahuje též určení stupně naléhavosti.“* Podle předchozí úpravy vyhotovoval návrh tedy pouze lékař registrujícího poskytovatele či ošetřující lékař při hospitalizaci a zákon výslovně vyžadoval podání na formuláři zdravotní pojišťovny.

Novinkou, kterou přinesla Novela, je rozšíření osob, které mohou podat návrh na poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako služby ze zdravotního pojištění hrazené. *„Hrazenou službou je léčebně rehabilitační péče, poskytovaná jako nezbytná součást léčebného procesu, jejíž poskytnutí doporučil ošetřující lékař a schválila zdravotní pojišťovna. Návrh na poskytnutí léčebně rehabilitační péče jako hrazené ze zdravotního pojištění podává lékař registrujícího poskytovatele, lékař ambulantního poskytovatele, který ji doporučil, nebo ošetřující lékař při hospitalizaci; jde-li o poskytnutí lázeňské léčebně rehabilitační péče, návrh obsahuje též určení pořadí naléhavosti. Schválení zdravotní pojišťovnou se nevyžaduje v případě ambulantní léčebně rehabilitační péče, akutní lůžkové léčebně rehabilitační péče a při přímém překladu z akutní lůžkové péče k poskytovateli lázeňské léčebně rehabilitační péče nebo poskytovateli následné léčebně rehabilitační péče.“*

¹⁵⁰Bliže viz § 5 odst. 2 písm. f) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění

Dle nové právní úpravy může tento návrh vystavit každý ošetřující lékař¹⁵¹, tedy i odborný specialista, který mohl dříve pouze sepsat doporučení k tomuto typu následné terapie¹⁵². Dle Důvodové zprávy bylo motivací zrychlení celého schvalovacího procesu, neboť ZVZP v Příloze č. 5 vymezuje lhůty k nástupu na lázeňskou péči. Dalším důvodem byla i skutečnost, že pojištěnec nemá povinnost mít registrujícího poskytovatele.¹⁵³

Další procesní změnou je to, že už není zákonem vyžadováno podání na formuláři zdravotní pojišťovny, návrh tak lze vypracovat příkladně i jako volný text, obsahové náležitosti vyplývají ze ZVZP a příslušné Vyhlášky¹⁵⁴. A třetí procesně významnou změnou je skutečnost, že není vyžadován souhlas zdravotní pojišťovny kromě ambulantní a akutní péče také při překladu z akutního lůžka do zdravotnického zařízení, kde bude dále poskytována lázeňské léčebně rehabilitační péče nebo následná léčebně rehabilitační péče, tedy typicky při překladu po chirurgickém výkonu k následné rehabilitační péči.

5.2.3 Zdravotní péče poskytovaná v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

Toto ustanovení § 34 ZVZP je věnováno úhradě zdravotní služby poskytované v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, jde již o poměrně úzký okruh pracovišť. Znění tohoto ustanovení nedoznalo v rámci Novely významnějších změn, pouze se terminologicky upravilo určení, že nezbytný souhlas vydává zdravotní pojišťovna namísto revizního lékaře jako v případě ostatních bodů. Dále nově návrh není potřeba předkládat na příslušném formuláři. Vystavit jej může stále pouze registrující praktický lékař, registrující praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař za hospitalizace, nemůže jej tedy vystavit odborný specialista, jak bylo umožněno v rámci ustanovení § 33 ZVZP.

¹⁵¹Pro účely zdravotního pojištění je pojem ošetřující lékař vymezen v ustanovení § 18 odstavec 2 ZVZP.

¹⁵²Konkrétní odbornost specialisty je uvedena u každé indikační skupiny samostatně, tedy liší se dle charakteru onemocnění, pro které je léčebně rehabilitační péče indikována, viz Vyhláška č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

¹⁵³Viz Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Zvláštní část, K novelizačnímu bodu 47.

¹⁵⁴Vyhláška č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče.

5.2.4 Nezbytná letecká doprava

V rámci vymezení úhrady přepravy je připuštěna dle § 36 odst. 3 písm. a) možnost letecké přepravy i v případě, kdy je to ekonomicky výhodnější. Novelou došlo v předmětném ustanovení pouze k formulačním změnám. Nově je určeno, že jde o nárok pojištěnce, o kterém se rozhoduje dle nově nastavených procesních postupů.

5.2.5 Léčivé přípravky, u kterých byla podmínka úhrady stanovena v řízení podle části šesté

Část šestá ZVZP upravuje způsob stanovení úhrady léčiv, postup stanovení úhrady je odlišen pro tři skupiny léčiv – léčiva s trvalou úhradou, léčiva s úhradou dočasnou a nově léčiva určená pro vzácná onemocnění. Postup stanovení úhrady je ve všech případech v kompetenci SUKLu. V rámci ustanovení § 39a – 39p je podrobně upraveno na základě jakých skutečností a jakým způsobem SUKL tento postup realizuje, řízení je zahajováno na žádost, aktivně legitimován k podání žádosti je držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, dovozce či tuzemský výrobce případně zdravotní pojišťovna¹⁵⁵. Standardním způsobem získání úhrady z veřejného zdravotního pojištění u hromadně vyráběných léčiv je získání trvalé nebo dočasné úhrady. Pojem „trvalá úhrada“ není v zákoně uveden, je užíván opis „úhrada stanovená rozhodnutím podle § 39h“ nebo „úhrada stanovená podle § 39g“. Pro získání trvalé úhrady musí být splněna účelná terapeutická intervence (prokázána nákladová efektivita a akceptovatelný finanční dopad do rozpočtu, který je ve veřejném zájmu). Postup stanovení tohoto typu úhrady Novelou nedoznal významnějších změn. Není zde prostor pro individuální žádost pojištěnce.

Léčivé přípravky, které nákladově efektivní nejsou, ale lze předpokládat, že v určitém časovém období efektivní budou, a které současně přinášejí nezpochybnitelnou inovaci léčby, zvyšují kvalitu života, jsou účinné a bezpečné, jsou označovány jako vysoce inovativní léčivé přípravky (zkratka VILP) a mohou získat úhradu dočasnou (čímž je získán čas pro průkaz nákladové efektivity). Úprava stanovení tohoto typu úhrady je specifikována v ustanovení § 39d a Novelou byla zpřesněna technická stránka řízení, upraveny některé lhůty a pro maximalizaci ochrany „rozléčeného“ pacienta byl nově konstruován zákonem

¹⁵⁵Bliže viz ustanovení § 39f odst. 2 ZVZP

postup pro „doléčení“ konkrétního jednotlivce v případě, že došlo u daného léčiva k odebrání statusu VILP a současně není k dispozici srovnatelně účinný a bezpečný léčivý přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění (konkrétnímu pojištěnci je léčivo poskytováno ze strany distributora zdarma nebo je úhrada za příslušné léčivo kompenzována zdravotní pojišťovně). Úhrada tohoto doléčení však cestou podávání individuální žádosti řešena není, tedy léčiv ze skupiny VILP se postup dle ustanovení § 19 netýká (úhrada je realizována na základě smlouvy mezi držitelem registrace a zdravotní pojišťovnou)¹⁵⁶.

Tato podmínka úhrady dle § 19 je stanovena ve specifických případech pro léčiva určená k léčbě vzácných onemocnění (onemocnění, jejichž prevalence je nižší než 5 osob z 10.000¹⁵⁷). Tato léčiva ve většině případů nejsou schopna splnit podmínky pro přiznání trvalé ani dočasné úhrady již z podstaty, neboť jsou určena pro velmi omezený okruh nemocných, byla tak do Novelu mimo systém hrazených léčiv. Pacienti se vzácným onemocněním se snažili zajistit si jejich úhradu individuálními žádostmi skrze institut úhrady mimořádné dle § 16 ZVZP, tento ale nemohli naplnit v podmínce výjimečnosti, jak bylo vysvětleno v předchozí kapitole – nelze zaměňovat výjimečnost případu a vzácnost onemocnění, neboť konkrétní nehrazené léčivo bylo často jedinou možností terapie pro všechny nemocné s příslušným vzácným onemocněním, byť by se v rámci České republiky jednalo o jednotky pacientů. Proto bylo Novelou zavedeno stanovení úhrady ze strany SUKLu, postup byl vymezen v ustanovení § 39da. Aktivně legitimován k podání žádosti je stejně jako u výše uvedených postupů držitel registrace či zdravotní pojišťovna. Nově je ale účastníkem tohoto typu řízení i příslušná odborná společnost a pacientská organizace¹⁵⁸. A další odlišností oproti již „tradičním“ řízením v řízení o stanovení úhrady léčiva je účast Ministerstva zdravotnictví, které vydává závazné stanovisko. V případě, že SUKL provede u konkrétního léčivého prostředku přehodnocení úhrady a úhradu u něj zruší, zavazuje ZVZP zdravotní pojišťovnu „zajistit úhradu nákladů na doléčení pojištěnce, kterému byl léčivý přípravek určený k léčbě vzácného

¹⁵⁶Blíže viz ustanovení § 39d a Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online], Zvláštní část, K novelizovanému bodu 73

¹⁵⁷Blíže viz př. NZIP. *Vzácná onemocnění*. Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/141-vzacna-onemocneni>

¹⁵⁸Viz ustanovení § 39da odst. 2 ZVZP

onemocnění poskytnut v době platnosti rozhodnutí o stanovení výše a podmínky úhrady...“¹⁵⁹ Pojišťovně je stanovena povinnost informovat poskytovatele „o zrušení úhrady tohoto léčivého přípravku a o možnostech posouzení naplnění podmínek nároku pojištěnce podle § 19.“¹⁶⁰ Tedy pouze pro případy, že je některému léčivu určenému pro léčení vzácných onemocnění původně přiznaná úhrada později zrušena, je další úhrada posuzována postupem dle § 19 ZVZP. Vzhledem ke krátké době od nabytí účinnosti příslušných ustanovení a počtu potencionálních žadatelů, není ještě s takovýmto postupem posuzování úhrady relevantní praktická zkušenost.

5.2.6 Vyjmenované zdravotní výkony podle přílohy č. 1 k tomuto zákonu

Příloha č. 1 ZVZP obsahuje v aktuálním znění 83 výkonů, posouzení úhrady ze strany zdravotní pojišťovny se týká výkonů označených symbolem „Z“ („zdravotní výkon plně hrazený zdravotní pojišťovnou jen za určitých podmínek a po schválení zdravotní pojišťovny“) případně symbolem „N“ („zdravotní výkon zásadně nehrazený ze zdravotního pojištění, výjimkou může být předchozí schválení zdravotní pojišťovny pro konkrétního pojištěnce, vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu“)¹⁶¹. Jde o tradiční agendu zdravotní pojišťovny, posuzování nepůsobí v praxi větší potíže.

5.2.7 Vyjmenované zdravotnické prostředky předepisované na poukaz podle přílohy č. 3 k tomuto zákonu

Příloha č. 3 ZVZP obsahuje celkem tři obsáhlé tabulky „rozkategorizovaných“ zdravotnických prostředků. U každé jednotlivé kategorie je v rámci preskripčního omezení spolu s určením konkrétní odbornosti lékaře, který může daný zdravotnický prostředek předepisovat, a zda je nezbytný souhlas zdravotní pojišťovny (či za jakých podmínek). Poslední významnou změnu této agendy přinesla novela zákona č. 282/2018 Sb., kdy byla významně upravena systematika této přílohy. Komentovaná Novela již zásadní koncepční změny v této oblasti nepřinesla, tedy v praxi zde nové otázky při hodnocení nenastávají.

¹⁵⁹Ustanovení § 39da odst. 12 ZVZP

¹⁶⁰Tamtéž.

¹⁶¹Viz Příloha č. 1 ZVZP

5.2.8 Vyjmenované stomatologické výrobky podle přílohy č. 4 k tomuto zákonu

V rámci této přílohy je několik stomatologických výrobků označených symbolem „Z“ („plná úhrada ze zdravotního pojištění jen za určitých podmínek po schválení revizním lékařem“), k jejichž úhradě je nezbytný souhlas revizního lékaře. Je zajímavostí, která není v důvodové zprávě blíže komentována, že v příloze č. 4 nebylo Novelou upraveno, že souhlas vydává zdravotní pojišťovna, jako ve většině ZVZP, ale nadále souhlas s úhradou některých stomatologických výrobků vyslovuje revizní lékař. Jde o úzkou agendu, která v praxi významné potíže nečiní.

5.2.9 Léčivé přípravky s obsahem léčebného konopí, pokud je překročen limit

Na základě individuální žádosti lze v odůvodněných případech nad měsíční limit 30 g konopí pro léčebné účely (uvedený v odstavci 1 § 32b ZVZP) povolit úhradu až 180 g usušené rostlinné drogy¹⁶². Novela v rámci posuzování tohoto návrhu nepřinesla žádné změny, jen určila procesní postup stanovení úhrady.

¹⁶²Blíže viz ustanovení § 79a-79b zákona č. 378/2007 Sb., a Vyhláška č. 236/2015 Sb.

6 Zhodnocení přínosu procesních změn

6.1 Pozitiva Novelty

Zřejmým přínosem Novelty je skutečnost, že najisto staví, kdo rozhoduje o nároku pojištěnce na úhradu zdravotní služby jako hrazené. Tou institucí je dle zákona zdravotní pojišťovna. Dalším pozitivním aspektem je to, že shodný procesní postup je definován pro všechny zdravotní pojišťovny. Řízení je zákonem konstruováno jako dvoustupňové, jsou specifikovány odchylky od obecné úpravy a je zřízen odvolací orgán. Tedy tyto záležitosti by již neměly (oproti nejasnostem před Novelou, viz příkladově v předchozích částech citovaná judikatura) v případě soudního přezkumu vyvolávat pochybnosti.

Z konkrétních procesních kroků, které byly popsány v předchozích částech, lze hodnotit jako pozitivní i to, že nadále je akceptován stav, kdy dominantně podává návrh na přiznání úhrady ošetřující lékař pojištěnce, což je minimálně praktické.

Dalším bodem, který lze hodnotit pozitivně, je ponechání možnosti ošetřujícímu lékaři (poskytovateli) poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu s jeho úhradou (před jeho vydáním) ze strany zdravotní pojišťovny. Ošetřující lékař by měl být schopen zhodnotit, jak dlouho může pojištěnec s ohledem na zdravotní stav vyčkávat na pravomocné rozhodnutí stran přiznání úhrady zdravotní služby. A pokud vyhodnotí, že jde o službu neodkladnou¹⁶³ (a k tomuto závěru může dospět i v průběhu již „běžícího“ řízení), má ze zákona možnost, pokud jde o léčiva (v jiných posuzovaných agendách zákon tuto možnost z logiky věci nepřipouští), takovouto službu realizovat i bez předem uděleného souhlasu zdravotní pojišťovnou. Podle ZVZP tak reálně nemůže nastat situace, kdy by, příkladně z důvodu časově náročnějšího řízení, došlo k poškození pojištěnce na zdraví. Jak bylo již uvedeno, takovýto postup byl dle ZVZP možný vždy, do Novelty dle ustanovení § 16 odstavec 2, Novelou došlo k přesunutí takové možnosti do procesního ustanovení § 19 odstavec 2 (viz předchozí část textu). Následnou úhradu takto poskytnuté zdravotní služby si poskytovatel a zdravotní

¹⁶³Definice viz kapitola 4.4.1, je ale nezbytné mít na paměti, že neodkladná péče je pojem širší, než termín „vitální indikace“, což je pojem běžně užívaný v medicínském prostředí v situacích, kdy je zřejmé, že bez dané zdravotní služby je minimální naděje na přežití. Blíže viz př. Kratochvíl, J in ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017, str. 78.

pojišťovna vykomunikují v rámci uzavřeného smluvního rámce a pravidel soukromého práva. Tato možnost ale reálně nebyla a není poskytovateli ve větší míře využívána. Lze se domnívat, že tomu tak bylo a je z obavy poskytovatelů, že takováto zdravotní služba by nebyla později (po detailním zhodnocení a zjištění nenaplnění podmínek mimořádné úhrady) ze strany zdravotní pojišťovny uhrazena a případný spor o úhradu by bylo nezbytné řešit v rámci civilního soudnictví. Tedy mnohem častěji vyvíjí poskytovatel „tlak“ na zdravotní pojišťovnu na urychlené vydání souhlasného stanoviska před termínem podání léčiva.

6.2 Problematická místa

Ne vše, co Novela přinesla, lze hodnotit pouze pozitivně. Prvním problematickým bodem je samotné doručení – podání jednotlivé žádosti zdravotní pojišťovně. Prakticky při žádném podání nelze predikovat, zda bude možné vydat souhlasné stanovisko s návrhem dle odstavce 4 § 19 ZVZP nebo bude nezbytné postupovat dle odstavce 5 § 19 ZVZP. Zdravotní pojišťovny musí tedy minimálně stran primární evidence přistupovat ke každému návrhu jako k potenciální žádosti posuzované ve správním řízení. Až po zhodnocení obsahu žádosti (ve většině případů) revizním lékařem zdravotní pojišťovny, lze získat alespoň předběžnou představu o tom, zda je možné vydat souhlasné stanovisko, které není správním rozhodnutím, do 15 dnů.

Za další minimálně neobvyklý konstrukt z pohledu standardního správního řízení lze považovat situaci, kdy zdravotní pojišťovna vydá souhlasné stanovisko s úhradou do 15 dnů a odesílá stvrzující dokument pouze poskytovateli, který žádost vyhotovil, pojištěnec od zdravotní pojišťovny informaci nedostane, neboť zákon stanovil, že se nejedná o správní rozhodnutí, přestože bylo rozhodováno o pojištěncových právech. Takto je administrována významná většina návrhů na úhradu zdravotní služby. Informování každého jednotlivého pojištěnce by bylo neúměrnou zátěží zdravotní pojišťovny, neboť většina pojištěnců nedisponuje soukromou datovou schránkou a informace by musela být doručena v listinné podobě, jednalo by se tak o velmi časově i ekonomicky náročnou záležitost. Tedy z tohoto aspektu je postup srozumitelný a pro zdravotní pojišťovnu nejjednodušší, pojištěnec o něm ale nemá jedinou informaci.

Za zcela specifický lze označit postup v situaci, kdy revizní lékař vyhodnotí, že k vydání souhlasu je potřebný větší časový prostor než oněch 15 dnů nebo nebude možné vydat souhlas s úhradou vůbec. Tímto se ocitá proces hodnocení v režimu správního řízení a zpětně se konstruuje, že správní řízení bylo zahájeno dnem podání návrhu na posouzení nároku (odstavec 5 § 19 ZVZP) a účastníkem je pouze pojištěnec. V mnoha případech se tedy pojištěnec dozvídá až 16. den (reálně později minimálně z důvodu délky doručení) od podání návrhu, že je o jeho návrhu rozhodováno ve správním řízení a že je účastníkem tohoto řízení (a může uplatňovat svá práva). Zdravotní pojišťovna pak může vydat rozhodnutí až v momentě, kdy má prokazatelně doloženo, že se pojištěnec dozvěděl o běžícím správním řízení a mohl tak svá práva uplatnit.

6.3 Praktická zkušenost

Existence nového výše popsaného procesního postupu se dostává do obecného povědomí všech občanů jen velmi pomalu, byť Novela nabyla účinnosti před více než dvěma roky, dne 1. 1. 2022. Před tímto datem bylo zvykem, že žádající lékař se žádostí „disponoval“, většinou po dohodě s daným pojištěncem, žádost doplňoval, stornoval, psal odvolání proti rozhodnutí o neschválení úhrady. Komunikace mezi poskytovatelem (ošetřujícím lékařem) a zdravotní pojišťovnou byla díky elektronické cestě a mnohdy čistě (medicínsky) odbornému obsahu poměrně rychlá. To, že lékař činil kroky ve shodě se svým pacientem (pojištěncem dané pojišťovny), bylo zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci. Tato praxe, z pohledu správního práva neformální a neformalizovaná, mnohdy založená na důvěře v rychlou reakci na „lince pacient – lékař – revizní lékař“, umožňovala často ve velmi krátkém čase podklady doplnit a záhy vydat stanovisko souhlasné. Pouze v případě nepřiznání úhrady nastal z pohledu správních postupů formální deficit předložených podkladů.

Od roku 2022 již předchozí praxe není možná, neboť účastníkem řízení je pojištěnec a jen on může činit úkony dle § 36 správního řádu. Léty zažitá praxe se ale v rutinním nastavení pracovních postupů jen velmi nesnadně mění. Asi nejčastější nepochopení nového právního stavu vyvstává při vyhotovení odvolání. Prakticky všechna odvolání proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny musí sepsat ošetřující lékař, neboť vyžadují zdůvodnění z hlediska zhodnocení či porovnání

zdravotního stavu nebo reagování na argumentace související s vědeckými poznatky v oblasti medicíny, což mnohdy ošetřující lékař udělá a často obratem zdravotní pojišťovně, jak byl zvyklý před účinností Novely, i doručí. Nicméně není účastníkem řízení, tedy dokud se k odvolání nepřipojí samotný pojištěnec, z pohledu správního řádu takové podání nebylo učiněno, neboť jej neučinil účastník¹⁶⁴. Pojištěnec často nechápe, proč má krok svého lékaře potvrzovat, když medicínskou otázku sám zodpovědět neumí. Praktický problém nastává i v situaci, kdy lékař vyhotoví odvolání v ordinaci, spolupodepíše se pod něj i pojištěnec – účastník, ale dokument odešlou z datové schránky poskytovatele. Zdravotní pojišťovna pak musí kontaktovat pojištěnce s poučením, aby dokument zaslal z vlastní soukromé datové schránky nebo jiným způsobem fyzicky do 5 dnů doručil zdravotní pojišťovně¹⁶⁵, případně udělil poskytovateli plnou moc pro podání odvolání.

Lze shrnout, že toto striktní vymezení účastníka řízení ve svém důsledku zvyšuje administrativní náročnost celého procesu a prodlužuje období do vydání pravomocného rozhodnutí ze strany zdravotní pojišťovny jako správního orgánu. Čímž se tak mnohdy prodlužuje doba, než se pojištěnec dostane k hrazené zdravotní službě. Úmysl zákonodárce posílit postavení pojištěnce v rámci řízení o návrhu na úhradu zdravotních služeb a jeho práv se tak dostává významně do kolize s povědomím pojištěnců o těchto právech, v druhém sledu pak reálnou dosažitelností hrazené zdravotní služby v adekvátním čase.

6.4 Návrh podaný pojištěncem

ZVZP připouští také možnost podání návrhu na posouzení samotným pojištěncem. Pokud by nebylo k žádosti připojeno jednoznačné vyjádření konkrétního poskytovatele, že požadovanou zdravotní službu v požadovaném rozsahu po schválení úhrady poskytne, byl by vyloučen postup podle odstavce 4 § 19 ZVZP a podáním by bylo zahájeno správní řízení podle odstavce 5 § 19 ZVZP. Hodnocení takové žádosti by bylo limitováno možností poskytnutí dané zdravotní služby. Tedy v případě přiznání úhrady požadované zdravotní služby by pojištěnec spolu s výrokem přiznávajícím úhradu byl zároveň i dalším výrokem odkázán na příložený seznam smluvních poskytovatelů, se kterými má daná

¹⁶⁴Viz ustanovení § 81 správního řádu

¹⁶⁵Viz ustanovení § 37 odstavec 4 správního řádu

zdravotní pojišťovna smluvně zajištěno poskytnutí takové zdravotní služby, neboť zdravotní pojišťovna smí dle ZVZP realizovat úhradu za hrazenou péči pouze v souladu s částí pátou ZVZP, kde možnost přímé úhrady pojištěnci před či po poskytnutí zdravotní služby není uvedena¹⁶⁶.

Obdobný postup bude realizován, pokud požadavek na danou zdravotní službu podá poskytovatel, se kterým nemá zdravotní pojišťovna poskytování takové služby smluvně zajištěno, ale nárok pojištěnce bude legitimní a pro jeho osobu bude možné úhradu přiznat, byť s realizací u jiného poskytovatele. Žádost bude posuzována od momentu podání ve správním řízení a pojištěnec spolu se souhlasným stanoviskem obdrží seznam smluvních poskytovatelů, kteří mu danou službu jako hrazenou poskytnou. Lze očekávat, že v případě, kdy nebude v systému veřejného zdravotního pojištění dostatečný objem peněz, budou zdravotní pojišťovny některou péčí smluvně „centralizovat“ a množství takto řešených žádostí bude narůstat. V takovém okamžiku se stane postup posuzování návrhu na úhradu dle nových procesních pravidel pro pojištěnce přínosným.

6.5 Nedostatky Novelly

V závěru kapitoly je potřeba zmínit, jaké situace platná právní úprava neřeší. Jsou to případy, kdy pojištěnec změni v průběhu řízení zdravotní pojišťovnu¹⁶⁷. Tedy příkladně, pokud pojištěnec změni zdravotní pojišťovnu po zamítavém prvostupňovém rozhodnutí, proti kterému se chce odvolat. Z právní úpravy není zřejmé, zda by toto odvolání řešila revizní komise pojišťovny nové. A podobná otázka by jistě vyvstala v situaci, kdy se pojištěnec bude bránit proti pravomocnému rozhodnutí zdravotní pojišťovny u soudu a v mezidobí změni zdravotní pojišťovnu. Kterou zdravotní pojišťovnu by pak zavazovalo případné soudní rozhodnutí, jímž by bylo rozhodnutí původní zdravotní pojišťovny zrušeno? Na tyto otázky se prostým výkladem příslušných ustanovení odpovědět nedá, bude je tedy nejspíše muset zodpovědět příslušný soud.

¹⁶⁶Tzv. refundace vynaložených nákladů na úhradu již realizované zdravotní služby je za splnění dalších podmínek možná pouze v případě péče poskytnuté v cizině, blíže viz ustanovení § 11 ZVZP

¹⁶⁷Dle ustanovení § 11a odst. 1 ZVZP lze zdravotní pojišťovnu měnit jedenkrát za 12 měsíců, vždy k 1. 1. nebo 1. 7., ale žádost musí podat minimálně 3 měsíce před požadovaným datem změny.

Závěr

Zákon o veřejném zdravotním pojištění je velmi hojně novelizovaným právním předpisem, frekventně jsou měněna hmotněprávní ustanovení. Významnější procesní úprava týkající se veřejných subjektivních práv pojištěnců byla realizována až zákonem č. 371/2021 Sb., který byl představen v této práci. Zda se jedná o úpravu dostatečnou či snad finální, ukáže čas.

Oblast úhrady zdravotní péče již třicet let funguje podle schématu, které jistě bylo v mnohém moderováno řadou soudních rozhodnutí a následně parciálně upraveno v zákoně, nicméně zásadní koncepční změna nepřišla, byť byla předvídána již v roce 1997.

Pokud mají být nadále realizovány pouze úpravy stávajícího systému, nevyhneme se v nejbližší době diskuzi o standardech a nadstandardech v rámci hrazené zdravotní služby, „spoluúčasti“ pacientů na úhradě zdravotní péče, ale třeba i individuální odpovědnosti za vlastní zdraví. Z procesních otázek by bylo vhodné diskutovat možnosti zjednodušení posuzování návrhu na úhradu zdravotní služby, u níž je nezbytný předchozí souhlas zdravotní pojišťovny tak, aby každou změnu v žádosti, nemusel stvrzovat (zdraví řešící) pojištěnec svým podpisem, ale aby bylo příkladně možné doložit shodu pojištěnce s ošetřujícím lékařem záznamy ve zdravotnické dokumentaci splňující zákonné náležitosti (minimálně v době, kdy lze vydat rozhodnutí dle odstavce 4 § 19 ZVZP). Vzhledem k tomu, že je v rámci nových procesních pravidel postupováno již více než dva roky, čas pro vyhodnocení efektivity a zvážení možnosti případných úprav postupu správních orgánů již jistě nastal. Určité změny si systém nepochybně vyžádá v kontextu elektronizace zdravotnictví.

Další oblastí, která by si také zasloužila minimálně odbornou diskuzi, je soudní přezkum rozhodnutí zdravotních pojišťoven. Toto téma nebylo v této práci blíže komentováno, nicméně z představené argumentace vyplývá, že pro postupy zdravotních pojišťoven jsou jednotlivá rozhodnutí významným elementem. Z tohoto důvodu bude tato oblast alespoň krátce zmíněna v rámci závěrečné úvahy.

Ochranu veřejným subjektivním právům poskytuje správní soudnictví¹⁶⁸. Místně příslušný je pak dle sídla správního orgánu ve věci přezkumu rozhodnutí zdravotních pojišťoven dominantně Městský soud v Praze a v malém počtu případů pak Krajský soud v Ostravě¹⁶⁹. V souladu s myšlenkou posilování práv pojištěnce by mohlo být dalším krokem zařazení „věci zdravotního pojištění“ mezi agendy vyjmenované v ustanovení odstavce 3 § 7 s.ř.s., tedy určení místní příslušnosti správního soudu dle místa bydliště pojištěnce. Takováto změna by mohla přiblížit soudní ochranu pojištěnci a díky „rozprostření“ této agendy mezi více soudů přispět snad i ke zkrácení celkové doby soudního řízení. Zároveň by tato změna mohla přinést větší „argumentační pestrost“, což by mohlo být přínosné pro celý systém veřejného zdravotního pojištění. Naopak jakékoli vnášení prvků apelačního principu do rozhodování soudů je na místě odmítnout jako nekoncepční a nepotřebné, neboť pro něj chybí logické argumenty, navíc ZVZP sám disponuje nástroji eliminujícími riziko z prodlení, jak bylo vysvětleno v předchozím textu.

Témat k diskuzi o změnách v rámci systému veřejného zdravotního pojištění je nespočet. Jakékoli další legislativní zpřesnění procesních postupů bude jistě vhodné, mělo by vycházet především z praktické potřeby a rozhodně by nemělo ve výsledku oddalovat dosažitelnost hrazené zdravotní služby.

¹⁶⁸Viz ustanovení § 2 s.ř.s.

¹⁶⁹Většina zdravotních pojišťoven (6) má sídlo v Praze, pouze RBP, zdravotní pojišťovna má sídlo v Ostravě. Dále viz ustanovení § 7 odst. 2 s.ř.s.

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
Listina	Usnesení Předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky
NSS	Nejvyšší správní soud
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ZVZP	zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
s.ř.s.	zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní
Správní řád	zákon č. 500/2004 Sb., správní řád

Zdroje

Tištěné publikace

GERLOCH, Aleš. *Teorie práva*. 6., aktualiz. vyd. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, 310 s. ISBN 978-80-7380-454-1.

JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KNOLL, Vilém, HABLOVIČ, Jakub a VNENK Vladislav (eds.). *Naděje právní vědy 2021: Právní věda v praxi*. První vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2022. XVI, 1176 s. ISBN 978-80-261-1048-4.

KOPECKÝ, Martin. *Správní právo: obecná část*. 3. vydání. Beckovy právnické učebnice. V Praze: C.H. Beck, 2023. 588 s. ISBN 978-80-7400-919-8.

KOPECKÝ, Martin. *Správní řád: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2022. 920 s. ISBN 978-80-7676-422-4.

KOŠČÍK, Michal. *Zákon o veřejném zdravotním pojištění: komentář*. Komentáře (Wolters Kluwer ČR). Praha: Wolters Kluwer, 2020. 624 s. ISBN 978-80-7598-809-6.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. Beckova edice ABC. V Praze: C.H. Beck, 2006. 257 s. ISBN 80-7179-810-X.

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. 248 s. ISBN 978-80-7400-835-1.

ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. 223 s. ISBN 978-80-210-8700-2.

ŠUSTEK, Petr a HOLČAPEK, Tomáš. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. 852 s. ISBN 978-80-7552-321-1.

Elektronické publikace

DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. ISBN 978-80-7280-900-4. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdravotnictvi_po1989_uzis_50vyroci.pdf

Stanovisko k § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Online. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha:

Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990-2022, Věstník 7/2005, s. 71. ISSN 1211-0868. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-7-2005/>

NZIP. *Vzácná onemocnění.* Online. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/kategorie/141-vzacna-onemocneni>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdravotní pojišťovny.* Online. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/zdravotni-pojistovny-2/>

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Revizní komise.* Online. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/kdo-jsme/organizacni-struktura/revizni-komise>

Právní předpisy

Usnesení Předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky

zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 221/1925 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška předsedy vlády č. 100/1953 Sb., kterou se uveřejňuje opatření Ústřední rady odborů o organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců

Vyhláška č. 2/2015 Sb., o stanovení odborných kritérií a dalších náležitostí pro poskytování lázeňské léčebně rehabilitační péče

Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití

Důvodové zprávy

Důvodová zpráva k zákonu č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 476, vládní návrh zákona o všeobecném zdravotním pojištění. [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/sbirka.sqw?cz=550&r=1991>

Důvodová zpráva k zákonu č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 477 Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=551&r=1991>

Důvodová zpráva k zákonu č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Česká národní rada, 1990-1992, sněmovní tisk 654 Návrh zákona o podnikových a dalších zdrav. pojišťovnách [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=280&r=1992>

Důvodová zpráva k zákonu č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 1996 – 1998, Sněmovní tisk 98/0 Vládní návrh zákona o všeobecném zdravotním pojištění [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/tisky.sqw?O=2&T=98>

Důvodová zpráva k zákonu č. 282/2018 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 199/0.

Novela z. o veřejném zdravotním pojištění - RJ [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=8&ct=199&ct1=0>

Důvodová zpráva k zákonu č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony – EU Parlament České republiky, Poslanecká sněmovna 2017 – 2021, Sněmovní tisk 992. Novela z. o veřejném zdravotním pojištění – EU. [online]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?o=8&T=992>

Judikatura

Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95

Nález Ústavního soudu ze dne 17. prosince 1997, sp. zn. Pl. ÚS 33/97

Nález Ústavního soudu ze dne 16. ledna 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05

Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12

Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15

Rozsudek NSS ze dne 28. července 2005, č. j. 5 Afs 151/2004-73

Rozsudek NSS ze dne 24. května 2006, č. j. 1 Afs 147/2005-107

Rozsudek NSS ze dne 31. května 2006, č. j. 6 Ads 43/2005-51

Rozsudek NSS ze dne 31. července 2008, č. j. 4 As 45/2007-139

Rozsudek NSS ze dne 30. září 2013, č. j. 4 Ads 134/2012-50

Usnesení NSS ze dne 22. října 2019, č. j. 3 Ads 166/2018-68

Rozsudek NSS ze dne 29. listopadu 2019, č. j. 5 Ads 28/2018-58

Rozsudek NSS ze dne 12. prosince 2019, č. j. 9 Ads 214/2018-66

Rozsudek NSS ze dne 17. prosince 2019, č. j. 4 Ads 394/2019-110

Rozsudek NSS ze dne 21. ledna 2020, č. j. 5 Ads 228/2019-81

Rozsudek NSS ze dne 27. března 2020, č. j. 5 Ads 131/2018-53

Rozsudek NSS ze dne 3. března 2020, č. j. 4 Ads 458/2019-72

Rozsudek NSS ze dne 14. května 2020, č. j. 6 Ads 58/2020-47

Rozsudek NSS ze dne 22. února 2023, č. j. 2 Ads 206/2022-66

Rozsudek NSS ze dne 6. září 2023, č. j. 7 Ads 37/2023-38

Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. ledna 2018, č.j. 10 Ad 19/2017-48

Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 6. března 2018, č.j. 8 Ad 20/2017-51

Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 22. května 2018, č.j. 10 Ad 4/2018-95

Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 15. listopadu 2019, č.j. 5 Ad 12/2019-63

Resumé

The goal of the thesis was to present administrative procedures under the Public Health Insurance Act. This topic is generally broad, the work focused mainly on the changes brought by the amendment to Act No. 371/2021 Coll. with effect from 1 January 2022.

In the introduction of the thesis, the history of health insurance in Czechoslovakia was briefly presented, when and by whom it was provided and what was its legal framework. Then, the changes after 1990 were described. Individual laws and case law that influenced the legislative changes were commented on. Next, the current Public Health Insurance Act was presented, the circumstances of its adoption were outlined, as well as the procedural procedures that result from it.

The dominant part of the work was focused on the amendment of Act No. 371/2022 Coll., especially in the context of the rights and obligations of physical persons. First, the new offence of physical person introduced by this amendment was commented. The next part of the work was focused on the new procedures of the administrative authority. Each of the new legal provisions concerning procedural procedures was explained and commented in detail. The next part of the thesis is focused on the individual points on which an opinion is issued according to the new procedural rules. Most space has been given to extraordinary compensation under Section 16. This topic is followed not only by experts but also by the general public, therefore the conditions have been comprehensively explained in the light of recent case law.

At the end of the work, practical knowledge and experience with the introduced changes were summarized.