

DISKUSE

K rozhodování podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění a pozdní spravedlnosti*JUDr. Jiří Vlastník, Ph.D., Praha****I. Pozdní spravedlnost, žádná spravedlnost**

Má-li mít ochrana práv smysl, musí být rychlá. Těžko se přitom hledá oblast, v níž je toto pravidlo naléhavější, než jsou spory mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů („PojZdrav“). Jejich předmětem jsou nároky pojištěnců na úhradu zdravotních služeb, které v běžném režimu hrazeny nejsou, a zdravotní pojišťovny je hradí právě pouze za podmínek § 16 PojZdrav. Tyto spory jsou stále častěji vedeny pojištěnci – pacienti se závažným onemocněním, často onkologické povahy, jimž zdravotní pojišťovna odmítá hradit zdravotní služby doporučené ošetřujícím lékařem. V sázce jsou lidské životy a zdraví. Právě na včasné úhradě zdravotních služeb, resp. léčivých přípravků, které v obecném režimu zdravotního pojištění hrazeny nejsou

a většina pacientů si je nemůže dovolit hradit z vlastních zdrojů, závisí to, zda, jak dlouho a v jakém zdravotním stavu pojištěnec přežije. Jakékoli prodlení s úhradou potřebných zdravotních služeb může mít fatální následky. V případě agresivních onemocnění se nejedná o roky, měsíce či týdny, ale o dny, které určují další osud pacienta.

Čas hraje proti pojištěnci. Čas hraje pro zdravotní pojišťovny. Jak vyplývá z judikatury Ústavního soudu, právo pojištěnce na úhradu zdravotních služeb podle § 16 PojZdrav se váže výlučně k osobě pojištěnce, nemá primárně majetkovou, ale osobní povahu a nemůže být předmětem žádného nástupnictví.¹ ÚS v tomto směru přehlíží, že důsledky rozhodnutí podle § 16 PojZdrav mohou zasahovat zejména majetkovou sféru pojištěnce (v případech, kdy hradí jinak nehrazené zdravotní služby sám, nicméně souběžně vůči zdravotní pojišťovně uplatňuje nárok na jejich úhradu podle § 16 PojZdrav). V důsledku uvedených judikatury ÚS každopádně některé spory mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou, vedené podle § 16

* Autor je advokátem v Praze spolupracujícím s advokátní kanceláří Vejmelka & Wünsch s. r. o.

1) Usnesení ÚS ze 14. 5. 2019, sp. zn. I. ÚS 1254/19.

PojZdrav, nebudou nikdy rozhodnuty prostě proto, že před jejich rozhodnutím pojištěnec zemře a řízení bude zastaveno pro vznik neodstranitelné podmínky řízení (§ 107 odst. 2 a 5 OSŘ). Nemožnost pokračovat v řízení o zrušení rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 PojZdrav má i další důsledek, a sice nemožnost dosáhnout po úmrtí pojištěnce zrušení rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 PojZdrav a tím naplnění podmínky, za které lze vůči státu uplatňovat náhradu škody způsobené nezákonným rozhodnutím zdravotní pojišťovny jako správního orgánu ve smyslu § 8 zákona č. 82/1998 Sb., o odpovědnosti za škodu způsobenou při výkonu veřejné moci rozhodnutím nebo nesprávným úředním postupem, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotní pojišťovny si jsou dobře vědomy, že čas májí na své straně. Zamítají-li žádosti podle § 16 PojZdrav vážně nemocných pojištěnců, vyžadujících neodkladnou léčbu nehrazenou v běžném systému zdravotního pojištění (přesto však doporučenou, zpravidla účinnější a někdy i méně nákladnou), často bez fundovaného odborného posouzení a při ignorování konkrétních okolností případu a názoru ošetřujícího lékaře, jednájí zcela pragmaticky. Existuje značná pravděpodobnost, že pacient v průběhu dlouhotrvajícího soudního řízení zemře, čímž bude jejich problém vyřešen.

Je naprosto stěžejní, aby soudní ochrana práv pojištěnců podle § 16 PojZdrav byla rychlá a účinná, má-li mít vůbec smysl. Požadavek na rychlost řízení v těchto věcech a to, že při posouzení, zda délka určitého řízení byla přiměřená, je nutné vzít v úvahu zdravotní stav pojištěnce, zdůraznil i ÚS.² Bohužel, celá řada soudních řízení nebyla v poslední době rychle vyřízena v důsledku rozhodnutí třetího senátu NSS a navazujícího postupu správních soudů.

II. Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49

Třetí senát NSS vydal usnesení,³ jímž rozhodl o postoupení věci rozšířenému senátu NSS, neboť dospěl oproti dřívější judikatuře NSS k závěru, že rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 odst. 1 PojZdrav není správním rozhodnutím, které by podléhalo soudnímu přezkumu podle § 65 odst. 1 SŘS. Jeho klíčové argumenty lze shrnout následovně:

1. Nerespektování materiálně-formálního pojetí rozhodnutí

Z dřívějšího rozhodnutí NSS⁴ vyplývalo, že rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle § 16 odst. 1 PojZdrav jsou správními rozhodnutími podléhajícími soudnímu přezkumu podle § 65 odst. 1 SŘS; vycházely z něho i zdravotní pojišťovny a přizpůsobovaly mu svou praxi. Podle třetího senátu NSS bylo založeno čistě na materiálním pojetí rozhodnutí a nezhlednilo prosazující se materiálně-formální pojetí, kdy kromě zásahu do práv jako materiálního znaku musí rozhodnutí splňovat i určitá formální kritéria. V tomto směru třetí senát NSS poukazuje zejména na následující skutečnosti: a) Ustanovení § 16 PojZdrav není výslovně zahrnuto mezi případy vyčtené v § 53 PojZdrav, v nichž se podle zákona o veřejném zdravotním pojištění rozhoduje ve správním řízení. b) Zdravotním pojišťovnám není stanovena pravomoc k rozhodování podle § 16 PojZdrav, což vede k absurdním důsledkům (nelze určit odvolací orgán, kdy v obou stup-

ních v praxi rozhoduje zdravotní pojišťovna, která však nemůže být funkčně příslušná k rozhodnutí o odvolání). c) Aplikaci správního řádu nelze zavést na základě vlastní úvahy zdravotní pojišťovny. d) Není jasné, kdo by vůbec měl být účastníkem řízení, zda pojištěnec, ošetřující lékař, či zdravotnické zařízení. Z toho třetí senát NSS dovodil, že

„... uvedené nedostatky naopak zřetelně ilustrují skutečnost, že se v případě § 16 PojZdrav v jádru jedná o neformální komunikaci lékaře či jeho zaměstnavatele - zdravotnického zařízení (poskytovatele zdravotních služeb) - se zdravotní pojišťovnou o možnosti ubravit zdravotní službu (zde léčivý přípravek Lartruvo), kde stěžovatel jako pacient ani není adresátem úkonu“.

Na tomto základě dospěl třetí senát NSS k závěru, že ve smyslu § 16 PojZdrav postačuje pro úhradu jinak nehrazené zdravotní péče faktický úkon úhrady zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle jeho názoru tak rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 PojZdrav „nemá formální aspekty rozhodnutí“.

2. Nenaplnění materiálních znaků rozhodnutí

Rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 odst. 1 PojZdrav podle třetího senátu NSS vůbec nezasahuje práva pojištěnce (tj. není správním rozhodnutím ani ve smyslu materiálního pojetí). Na podporu tohoto svého závěru třetí senát NSS uvádí, že poskytování zdravotních služeb bezplatně, resp. na základě prostředků z veřejného zdravotního pojištění, je nárokové v mezích zákona, odkazuje na § 11 a § 13–15 PojZdrav a *a contrario* dovozuje, že pojištěnec nemá právo na léčivé přípravky, nejsou-li hrazené ze zdravotního pojištění a nebyly předepsány v souladu se zákonem. Třetí senát NSS poukazuje na to, že § 16 PojZdrav je v kontextu zákona „osamoceny“, nenavazují na něj jiná ustanovení, což ukazuje, že jeho účelem není vymezit právní nárok pojištěnců, ale

„spíše zakotvit opatření k odstranění tvrdosti zákona či ‚legalizovat‘ stav, kdy zdravotní pojišťovna soublasí s výjimečným opatřením ve prospěch pojištěnce“ a „poskytnout možnost zdravotní pojišťovně reagovat v ojedinělých situacích, kdy pro pojištěnce vůbec není k dispozici zdravotní služba (typicky léčebná péče) hrazená z prostředků zdravotního pojištění“.

Proto podle názoru třetího senátu NSS nelze dovozovat veřejné subjektivní právo pojištěnce na úhradu zdravotních služeb jinak (tj. v běžném režimu) nehrazených a

„případná mimořádná úbrada takových služeb se blíží diskrečnímu odstranění tvrdosti zákona v obzvláště krátkých případech, a to faktickým úkonem správního orgánu (tj. úhradou), nikoli rozhodnutím; rozhodně však nejde o akci na uplatnění právního nároku pojištěnce“.

Na tomto podkladě – a poté, kdy ještě zmínil, že bylo-li rozhodnutí zdravotní pojišťovny v konkrétním případě považováno za správní rozhodnutí, měl správní soud zvažovat, zda se neuplatní výluka ze soudního přezkumu podle § 70 písm. d) SŘS z důvodu, že takové rozhodnutí závisí výlučně na posouzení zdravotního stavu pojištěnce – postoupil třetí senát NSS věc rozšířenému senátu podle § 17 odst. 1 SŘS.

2) Nález ÚS z 29. 1. 2019, sp. zn. IV. ÚS 3892/18.

3) Usnesení NSS z 27. 2. 2019, č. j. 3 Ads 166/2018-49.

4) Usnesení NSS z 30. 9. 2013, č. j. 4 Ads 134/2012-50.

Usnesení třetího senátu NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49 považují za nesprávné a jednostranné, když na jednu stranu snáší argumenty v neprospěch posouzení rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 odst. 1 PojZdrav jako správního rozhodnutí, a na druhou stranu pomíjí argumenty a judikaturu svědčící pro opačný závěr. Za situace, kdy posláním NSS je poskytování ochrany veřejným subjektivním právům fyzických i právnických osob (§ 2 SŘS), pokládám tento přístup – při vědomí dobře očekávaných následků, které takové rozhodnutí bude mít nejen pro dané řízení – za přinejmenším politováníhodný.

III. Vývoj navazující na usnesení č. j. 3 Ads 166/2018-49

Usnesení třetího senátu NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49 přivítaly zdravotní pojišťovny s nadšením, neboť jim dalo naději, že pojištěncům do budoucna podle § 16 PojZdrav nebudou muset nic hradit, a pokud jim něco hradit budou, bude rozhodnutí o tom záležet na jejich výlučném a ničím neomezeném uvážení, stavícím je v podstatě do postavení neomezeného vládce nad životem a smrtí. V řízeních o správních žalobách proti rozhodnutím zdravotních pojišťoven o zamítnutí žádostí pojištěnců podle § 16 odst. 1 PojZdrav se zdravotní pojišťovny pochopitelně cit. usnesení dovolávaly a poukazovaly na vhodnost přerušení řízení podle § 48 odst. 3 písm. d) SŘS do doby, než rozšířený senát NSS rozhodne ve věci sp. zn. 3 Ads 166/2018. A jak krajské správní soudy, tak NSS řízení, jejichž předmětem byl soudní přezkum rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle § 16 PojZdrav, na tomto základě až na výjimky přerušovaly v očekávání rozhodnutí rozšířeného senátu NSS. Pro pojištěnce to znamenalo či znamená jediné – prodloužení řízení o řadu měsíců za situace, kdy rozhodnutí potřebovali ne zítra, ale již včera bylo pozdě.

Očekávané rozhodnutí rozšířeného senátu NSS v dané věci a jeho odpověď na otázku, zda jsou rozhodnutí zdravotních pojišťoven podle § 16 PojZdrav správními rozhodnutími, však nepřišlo. Po téměř osmi měsících vydal rozšířený senát NSS usnesení,⁵ jímž rozhodl o odmítnutí dané kasační stížnosti, neboť stěžovatel dne 29. 5. 2019 zemřel. Rozšířený senát NSS se v tomto usnesení blíže nevyjádřil k právnímu názoru třetího senátu NSS. Výslovně uvedl:

„V důsledku odmítnutí kasační stížnosti bez zodpovězení otázek vznesených třetím senátem v usnesení o postoupení věci setrvávají právní názory Nejvyššího správního soudu na dosavadním stavu judikatury. Je na senátech tohoto soudu, včetně těch, které v návaznosti na postoupení této věci rozšířenému senátu přerušily řízení v obdobných věcech, zda v nich rozhodnou, nebo zda je postoupí rozšířenému senátu. Za splnění podmínek § 17 odst. 1 SŘS by tak měly učinit, pokud v dosavadní judikatuře soudu, včetně rozšířeného senátu, nenaleznou na své otázky uspokojivé odpovědi.“

Pojištěnci tak mohou jen trnout, že senáty NSS budou nadále vycházet z dosavadního stavu judikatury a nedojde znovu k postoupení věci rozšířenému senátu NSS, což by pravděpodobně opět vedlo k prodloužení i jejich řízení o blíž neurčenou dobu. Nezbyvá než věřit, že k tomu nedojde, neboť dosavadní judikatura poskytuje dostatek vodítek svědčících o tom, že závěry třetího senátu NSS v usnesení č. j. 3 Ads 166/2018-49 jsou nesprávné, jak bude zdůvodněno níže.

IV. K povaze rozhodnutí podle § 16 PojZdrav

Materiálně-formální pojetí rozhodnutí vychází z koncepce soudního řádu správního a vymezení kategorie zásahů správního orgánu (§ 82 SŘS) vůči rozhodnutím správního orgánu (§ 65 SŘS). Smyslem této dichotomie je rozšíření soudní kontroly veřejné správy i na zásahy, které nejsou rozhodnutími. Tomu odpovídá i nahrazení původně materiálního pojetí správního rozhodnutí – odůvodněného co nejširším přezkumem aktů veřejné správy – pojetím materiálně-formálním.⁶ Výklad zmíněných ustanovení musí být v každém případě takový, aby

*„jakýkoli úkon mající povahu jednoho z výše uvedených, tedy i ten, jenž se pohybuje na pomezí mezi uvedenými typy úkonů, byl podroben soudní kontrole, a to nejen formálně, ale skutečně, tedy z hlediska svého obsahu“.*⁷

Uvedené dokládá mimo jiné i nález ÚS, svědčící o přetrvávajícím významu materiálního pojetí rozhodnutí.⁸

Podle usnesení rozšířeného senátu NSS:

*„Rozdíl mezi žalobou proti rozhodnutí správního orgánu a zásahovou žalobou proto primárně spočívá ve formě aktů nebo úkonů, proti nimž uvedené žaloby chrání. Žaloba proti rozhodnutí správního orgánu chrání proti aktům majícím obecně povahu individuálního správního aktu, jak takovému pojmu rozumí hlavní proud doktríny správního práva (ať již vydávaného podle správního řádu, zákona o správě daní a poplatků či jakéhokoli jiného zvláštního zákona).“*⁹

Z těchto závěrů vychází navazující judikatura NSS,¹⁰ zkoumající, zda konkrétní úkon či rozhodnutí naplňuje znaky individuálního správního aktu, tedy zda:

- a) je zde individualizovaný adresát takového vrchnostenského aktu;
- b) daný úkon zakládá, mění, ruší nebo závazně určuje jeho konkrétní práva;
- c) je daný úkon vydán ve formalizovaném řízení upraveném právními předpisy;
- d) je daný úkon vydán správním orgánem v mezích jeho zákonem stanovené pravomoci jako materializovaný akt obsahující stanovené náležitosti, komunikovaný adresátovi;
- e) dotčený úkon správního orgánu tak, jak byl správním orgánem učiněn, vykazuje náležitosti obvyklé pro rozhodnutí, tj. záhlaví, výrok, odůvodnění a poučení o opravných prostředcích.

1. Individualizovaný adresát rozhodnutí

Rozhodnutí pojišťoven podle § 16 odst. 1 PojZdrav mohou obsahovat odlišnosti dle praxe příslušné zdravotní pojišťovny. Konkrétně rozhodnutí VZP nevzbuzují žádné pochybnosti, když za svého adresáta výslovně označují pojištěnce a je v nich jasné – a v souladu s jejich skutečným obsahem – uvedeno, že se jedná o rozhodnutí o žádosti pojištěnce o úhradu zdravotních služeb podle § 16 odst. 1 PojZdrav, případně o rozhodnutí o odvolání

5) Usnesení rozšířeného senátu NSS z 22. 10. 2019, č. j. 3 Ads 166/2018-68.

6) Viz usnesení ÚS z 8. 6. 2017, sp. zn. II. ÚS 126/14.

7) Usnesení rozšířeného senátu NSS z 16. 11. 2010, č. j. 7 Aps 3/2008-98.

8) Nález ÚS ze 7. 11. 2017, sp. zn. Pl. ÚS 12/17.

9) Usnesení rozšířeného senátu NSS, č. j. 7 Aps 3/2008-98.

10) Např. usnesení rozšířeného senátu NSS z 19. 8. 2014, č. j. 6 As 68/2012-47.

proti prvostupňovému rozhodnutí. Přitom forma, resp. znění rozhodnutí podle § 16 odst. 1 PojZdrav konkrétní zdravotní pojišťovny tak jako tak nemůže být určující pro to, zda je naplněna podmínka existence individualizovaného adresáta rozhodnutí. V opačném případě by se zdravotní pojišťovna mohla vymanit z režimu správního rozhodnutí pouze nesprávným označením adresáta rozhodnutí či jinými procesními chybami, což nelze připustit. Rozhodující musí být to, či právní sféra je rozhodnutím podle § 16 PojZdrav bezprostředně a konkrétně dotčena. Tímto subjektem je pojištěnec, jehož práva na bezplatnou zdravotní péči, ochranu života a zdraví se rozhodnutím přímo a konkrétně dotýká, a nikoli lékař či zdravotnické zařízení, jejichž zájmy cit. ustanovení nechrání. V tomto směru nemůže obstát názor třetího senátu NSS, že § 16 PojZdrav upravuje neformální komunikaci mezi lékařem či zdravotnickým zařízením a pojišťovnou.¹¹ Takový výklad zcela přehlíží smysl § 16 PojZdrav – ochranu práv pojištěnce. Fakt, že v konkrétním řízení posuzovaném třetím senátem NSS, vedeném Zdravotní pojišťovnou MV ČR, došlo k řadě pochybení a nesprávností (v označení účastníků a jejich zástupců) a spisová dokumentace byla vedena neúplně, nemůže být argumentem proti kvalifikaci rozhodnutí podle § 16 PojZdrav jako správního rozhodnutí; naopak může svědčit o rozsahu pochybení zdravotní pojišťovny v řízení.

2. Závazné určení konkrétních práv adresáta

Rozhodnutí zdravotní pojišťovny podle § 16 PojZdrav se týká základního práva pojištěnce na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči ve smyslu čl. 31 Listiny základních práv a svobod („Listina“), podle něhož:

„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.“

Základní právo na bezplatnou zdravotní péči je následně blíže vymezeno zákonem, konkrétně zejména (základními) § 13–15 PojZdrav, upravujícími základní rozsah zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, a (výjimečným) § 16 odst. 1 PojZdrav, stanovícím podmínky, při jejichž splnění se z veřejného zdravotního pojištění hradí i zdravotní služby jinak (tj. na základě § 13–15 PojZdrav) ze zdravotního pojištění nehrazené.

Podle § 16 odst. 1 PojZdrav:

„Příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.“

Při splnění hypotézy § 16 odst. 1 PojZdrav je tedy zdravotní pojišťovna povinna hradit zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, čemuž odpovídá právo pojištěnce na poskytnutí těchto hrazených služeb ve smyslu § 11 odst. 1 písm. d) PojZdrav. Podle něho má pojištěnec právo

„na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínky stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“.

Ze žádného ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění nelze dovodit, že by právo pojištěnce podle § 11 odst. 1 písm. d) PojZdrav nezahrnovalo i zdravotní služ-

by hrazené v režimu § 16 PojZdrav. Z uvedeného plyne, že z § 16 odst. 1 PojZdrav vyplývá veřejné subjektivní právo pojištěnce na úhradu zdravotních služeb jinak nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, jsou-li splněny zákonné podmínky, korelující s veřejným subjektivním právem pojištěnce na poskytnutí takových služeb podle § 11 odst. 1 písm. d) PojZdrav.

Ustanovení § 16 PojZdrav neupravuje postup předcházející hrazení zdravotních služeb ve výjimečných případech. Je však zjevné, že samotná úhrada zdravotních služeb ve smyslu výslovného znění § 16 odst. 1 PojZdrav je výsledkem určitého procesu, v jehož rámci zdravotní pojišťovna posuzuje, je-li naplněna hypotéza tohoto ustanovení, tedy jsou-li splněny podmínky pro úhradu zdravotních služeb jinak z veřejného zdravotního pojištění nehrazených. V rámci tohoto procesu musí posoudit a nalézt odpověď na řadu otázek, výsledkem čehož je rozhodnutí, zda zdravotní pojišťovna v konkrétním případě pojištěnce určitou zdravotní službu uhradí, či nikoli. Samotná úhrada je pouhým završením tohoto postupu, nicméně nutně v sobě zahrnuje posouzení normativní povahy, zasahující do práv a povinností jednotlivce. Nejedná se tak o úkon povahy ryze evidenční, osvědčovací či potvrzovací, zůstávající toliko v rovině skutkové.¹²

Předmětem posouzení zdravotní pojišťovny podle § 16 odst. 1 PojZdrav je právo pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči ve smyslu čl. 31 Listiny, které se prosadí – mimo jiné – právě v limitech § 16 PojZdrav, jenž představuje jedinou výjimku, na jejímž základě je zdravotní pojišťovna povinna hradit zdravotní služby, které jinak z veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou. Ustanovení § 16 odst. 1 PojZdrav i rozhodnutí zdravotní pojišťovny přijaté na jeho základě tak blíže vymezují základní lidské právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny v případě konkrétního pojištěnce. Při používání § 16 odst. 1 PojZdrav proto musí být šetřeno podstaty a smyslu tohoto základního práva, prozařujícího celým právním řádem, toto ustanovení nesmí být zneužíváno k jiným účelům, než pro které bylo stanoveno (viz čl. 4 odst. 4 Listiny), a orgány veřejné moci je musí interpretovat a aplikovat pohledem ochrany základního práva.¹³ Podstata a smysl základního práva na ochranu zdraví podle čl. 31 Listiny jsou podle ÚS zachovány tehdy,

*„bude-li občanům zaručeno bezplatné poskytnutí zdravotní péče a zdravotních pomůcek potřebných pro zlepšení nebo zachování jejich zdravotního stavu nebo zmírnění jejich utrpení, a to formou takového ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležitě úrovně a lékařské etiky...“.*¹⁴

Ustanovení § 16 PojZdrav je v tomto kontextu velmi významné i proto, že systém schvalování úhrady zdravotní péče je relativně složitý a zdoluhavý. Rozhodnutí Státního úřadu pro kontrolu léčiv (SÚKL) o podmínkách úhrad se opožďují za poznatky lékařské vědy a vývojem nových léčivých přípravků, pročež zdravotní služby hrazené v obecném režimu vůbec nemusí být *lege artis* a ani nemusí být ekonomicky výhodnější než nově vyvinuté metody či léky. Jak ostatně vyplývá z (byť jinak zamíta-

11) Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, odst. 21.

12) Srov. usnesení rozšířeného senátu NSS č. j. 7 Aps 3/2008-98.

13) Srov. např. nálezy ÚS z 24. 4. 2014, sp. zn. IV. ÚS 2265/13.

14) Viz nálezy ÚS z 30. 5. 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15.

vého) rozsudku Městského soudu v Praze,¹⁵ právě doba, kdy bylo diagnostikováno určité onemocnění, a skutečnost, že v této době nebyla léčba hrazená (v běžném režimu) ze zdravotního pojištění ještě k dispozici (neboť nedošlo ke stanovení podmínek úhrady ze strany SÚKL), může odůvodňovat výjimečnost případu ve smyslu § 16 odst. 1 PojZdrav. Dlužno přitom podotknout, že zdravotní pojišťovny mají všechny informace, které vycházejí najevo v řízeních před SÚKL, včetně výsledků lékařských studií a účinnosti nových léků, takřkajíc z první ruky, neboť jsou účastníkem těchto řízení.

Uvádí-li třetí senát NSS,¹⁶ že poskytování zdravotních služeb na základě prostředků z veřejného zdravotního pojištění je nárokové v mezích zákona, není jasné, proč do výčtu ustanovení zakládajících nárok pojištěnce na úhradu bezplatné zdravotní péče nezahrnul i § 16 odst. 1 PojZdrav. Samotné jazykové vyjádření cit. ustanovení důvodem tohoto přístupu být nemůže, neboť – slovy ÚS:

„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.“¹⁷

Neobstojí ani argument třetího senátu NSS, že § 11 odst. 1 písm. e) PojZdrav výslovně stanoví, na jaké léčivé přípravky má pojištěnec právo, pročez *a contrario* na jiné léčivé přípravky nárok nemá. Tento výklad zcela popírá, že § 16 PojZdrav naopak zakotvením výjimečného režimu úhrady zdravotních služeb z prostředků zdravotního pojištění § 11 PojZdrav funkčně doplňuje, když představuje určitou „zbytkovou klauzuli“, zajišťující, že ve výjimečných případech a za podmínky, že se jedná o jedinou možnost léčby, budou pojištěncům uhrazeny i zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené. Ostatně i ÚS ve svém výše zmíněném usnesení¹⁸ potvrdil, že z § 16 PojZdrav vyplývá osobní právo pojištěnce na úhradu zdravotních služeb jinak nehrazených. Závěr třetího senátu NSS, že § 16 PojZdrav umožňuje zdravotním pojišťovnám dle jejich výlučného uvážení odstranit tvrdost zákona, uznají-li to za vhodné,¹⁹ tak nemůže být správný. Při použití odpovídajících metod výkladu, zejména ústavně konformního výkladu § 16 odst. 1 PojZdrav ve světle základního lidského práva podle čl. 31 Listiny, je naopak zřejmé, že § 16 odst. 1 PojZdrav zakládá veřejné subjektivní právo jednotlivce na úhradu zdravotních služeb za uvedených podmínek, o jejichž splnění rozhoduje k žádosti pojištěnce zdravotní pojišťovna. Není přiléhavý ani podpůrný argument třetího senátu NSS ve prospěch neexistence veřejného subjektivního práva vyplývajícího z § 16 odst. 1 PojZdrav, podle něhož je třeba

„mít na paměti širší veřejný zájem na financování zdravotnictví prostřednictvím zdravotního pojištění a na nákladové efektivitě léčby (§ 15 odst. 8 PojZdrav).“²⁰

Širší veřejný zájem na financování zdravotnictví a omezenost jeho zdroje je nutné mít na zřeteli vždy, i při aplikaci § 16 odst. 1 PojZdrav. Není však relevantní pro závěr, zda z § 16 odst. 1 PojZdrav vyplývá veřejné subjektivní právo, či nikoli, ale teprve následně pro vymezení obsahu takového veřejného subjektivního práva. V konkrétním případě může být zdravotní služba, na kterou vzniká právo za podmínek § 16 odst. 1 PojZdrav, levnější (a to

i výrazně), a tudíž pro systém zdravotního pojištění méně zatěžující než zdravotní služba hrazená ze zdravotního pojištění v běžném režimu. V případě rozhodnutí vydaných zdravotní pojišťovnou podle § 16 odst. 1 PojZdrav se přitom neuplatní výlučka ze soudního přezkumu podle § 70 písm. d) SŘS, neboť tato rozhodnutí se týkají základního lidského práva na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči a při jejich vyloučení ze soudního přezkumu by bylo porušeno právo pojištěnce na soudní přezkum rozhodnutí orgánů veřejné správy ve smyslu čl. 36 odst. 2 Listiny. Jak vyplývá z nálezu ÚS,²¹ na nějž odkazuje i judikatura NSS,²²

„úkony správního orgánu, jejichž vydání závisí výlučně na posouzení zdravotního stavu osob, jsou ze soudního přezkoumání vyloučeny, ledaže by samy o sobě znamenaly právní překážku výkonu povolání, zaměstnání nebo podnikatelské, popřípadě jiné hospodářské činnosti, nebo ledaže by šlo o úkony dotýkající se základních práv zaručených Listinou“.

Není proto jasné, proč možnost, že by se pro § 16 odst. 1 PojZdrav mohla uplatnit výlučka ze soudního přezkumu podle § 70 odst. d) SŘS, naznačuje třetí senát NSS,²³ neboť tato otázka byla judikatorně vyřešena již dříve.

3. Vydání správním orgánem v mezích jeho pravomoci

Zdravotní pojišťovny provádějí veřejné zdravotní pojištění na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů, resp. zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Vůči pojištěncům mají postavení správního orgánu.²⁴ I z judikatury NSS plyne, že vztah mezi pojištěncem (osobou mající účast na veřejném zdravotním pojištění) a zdravotní pojišťovnou je vztahem upraveným normami veřejného práva.²⁵ Postavení zdravotní pojišťovny (konkrétně VZP) jako správního orgánu se podrobněji věnoval NSS,²⁶ přičemž dovo-
dil:

„Z výše uvedeného plyne, že právní úprava svěřuje kompetence rozhodovat o veřejných subjektivních právech pojištěnců zdravotním pojišťovnám jakožto celkům, nikoliv jejich organizačním složkám. Ustanovení § 12 zákona o VZP pak stanoví, že organizační strukturu VZP tvoří Ústředí, regionální pobočky a klientská pracoviště. Kompetence mezi těmito jednotlivými složkami však dále neupravuje a nadto výslovně předpokládá, že další organizaci těchto složek provede organizační řád zdravotní pojišťovny. Úkoly regionálních poboček a klientských pracovišť tak mohou být určeny i změněny organizačním řádem bez nutnosti změny zákona. Je proto zřejmé, že Všeobecná zdravotní pojišťovna je v kompetenčním smyslu jediným správním orgánem a její

15) Rozsudek MS v Praze z 21. 6. 2018, č. j. 14 Ad 13/2017-50.

16) Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, odst. 27.

17) Viz náleze ÚS ze 17. 12. 1997, sp. zn. Pl. ÚS 33/97, na nějž odkazuje např. rozsudek NSS z 16. 7. 2009, č. j. 1 Afs 31/2009-81.

18) Usnesení ÚS ze 14. 5. 2019, sp. zn. I. ÚS 1254/19.

19) Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, odst. 31.

20) Tamtéž, odst. 32.

21) Nález ÚS z 15. 1. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 15/12.

22) Např. rozsudek NSS z 30. 9. 2013 č. j. 4 Ads 134/2012-50.

23) Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, odst. 33–35.

24) Viz rozsudek NSS z 30. 9. 2013, č. j. 4 Ads 134/2012-50.

25) Rozsudek NS z 20. 6. 2017, sp. zn. 23 Cdo 3709/2016.

26) Rozsudek NSS z 16. 5. 2018, č. j. 1 As 55/2018-31.

pobočky nejsou pro určení místní příslušnosti dle § 7 odst. 2 SŘS relevantní.“

Je tedy zjevné, že rozhodnutí zdravotních pojišťoven vydávaná v rámci postupu podle § 16 odst. 1 PojZdrav, jenž jim svěřuje pravomoc rozhodovat o tom, zda jsou v konkrétním případě splněny podmínky pro úhradu zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, splňují podmínku vydání správním orgánem v mezích jeho pravomoci jako znak individuálního správního aktu ve smyslu judikatury NSS.

4. Vydání ve formalizovaném řízení

Ustanovení § 16 PojZdrav je součástí předmětného zákona od okamžiku jeho účinnosti, tedy od 1. 4. 1997, aniž by dosud bylo novelizováno (s výjimkou toliko terminologické úpravy, nezasahující jeho obsah, provedené zákonem č. 369/2011 Sb.). Neupravuje pravidla postupu rozhodování zdravotní pojišťovny o žádostech pojištěnců podaných na jeho základě; taková pravidla neobsahuje ani žádné jiné ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ve výčtu případů v § 53 PojZdrav, kdy se použije správní řád, postup podle § 16 PojZdrav schází. Nedostatek úpravy pravidel postupu podle § 16 PojZdrav lze považovat za ústavněprávní deficit platné právní úpravy. Analogicky se uplatní závěry ÚS, podle nichž:

„Tímto vyloučením použití obecných předpisů o správním řízení při neexistenci jiných je současně založen i rozpor s čl. 36 odst. 1 Listiny, který upravuje právo každého na stanovený postup při domáhání se svých práv.“²⁷

Dne 1. 1. 2006 vstoupil v účinnost zákon č. 500/2004 Sb., správní řád. Ten ve svém § 1 odst. 1 stanoví:

„Tento zákon nebo jeho jednotlivá ustanovení se použijí, nestanoví-li zvláštní zákon jiný postup.“

Podle přechodného ustanovení § 180 odst. 1 SpŘ pak platí:

„Tam, kde se podle dosavadních právních předpisů postupuje ve správním řízení tak, že správní orgány vydávají rozhodnutí, aniž tyto předpisy řízení v celém rozsahu upravují, postupují v otázkách, jejichž řešení je nezbytné, podle tohoto zákona včetně částí druhé.“

Právě § 180 odst. 1 SpŘ umožňuje podle NSS překonat ústavněprávní deficit, spočívající v nedostatku pravidel upravujících rozhodování o veřejných subjektivních právech.²⁸ V souladu s § 180 odst. 1 SpŘ je proto nutné správní řád použít i na rozhodování zdravotní pojišťovny podle § 16 odst. 1 PojZdrav.

Samy zdravotní pojišťovny si jsou ostatně vědomy a vycházejí z toho, že rozhodování o žádostech pojištěnců podle § 16 odst. 1 PojZdrav podléhá správnímu řádu ve smyslu rozsudku NSS.²⁹ Jak přitom potvrzuje ÚS:

„Je nepochybně povinností úředních osob rozhodujících v rámci soustavy VZP o žádostech podle § 16 PojZdrav, aby s cílem pro konkrétní věc respektovaly závazný právní názor obecných soudů, jinak by jednaly v rozporu se zákonem a obecnými zásadami vyjádřenými ve správním řádu. Z toho by pak bylo nutné ex post vyvodit příčinné důsledky včetně možné pracovníprávní a trestněprávní odpovědnosti příslušných úředních osob.“³⁰

I tento nález, jehož závěry je nutné vztáhnout nejen na VZP, ale i na ostatní zdravotní pojišťovny, jasně dokládá, že na postup podle § 16 odst. 1 PojZdrav se použijí pravidla správního řízení. ÚS akceptuje i dvoustupňový systém rozhodování o žádostech podle § 16 odst. 1

PojZdrav, byť jsou dvě instance zřízeny v rámci téže zdravotní pojišťovny (konkrétně VZP), kdy potvrzuje:

„Stěžovatelka sice poukazuje na řadu jiných pacientů, ani z ústavní stížnosti však není zřejmé, proč by se k otázce ústavně souladného výkladu § 16 PojZdrav měl vyjádřit Ústavní soud dříve, než bude tato možnost v předmětné věci dána odvolací instancí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky.“³¹

Je tedy zřejmé, že nemohou obstát závěry třetího senátu NSS v usnesení č. j. 3 Ads 166/2018-49, že z titulu nedostatku stanovení pravidel pro rozhodování o žádostech pojištěnců podle § 16 odst. 1 PojZdrav se správní řád nemůže uplatnit. Pokud by podle § 16 odst. 1 PojZdrav měla zdravotní pojišťovna vydávat nějaké rozhodnutí (a vést o tom nějaké řízení), musel by to zákon stanovit. Ze znění § 16 odst. 1 PojZdrav plyne, že pro úhradu jinak nehrazené zdravotní péče postačuje faktický úkon úhrady zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění.³²

Skutečnost, že pravidla rozhodování o žádostech pojištěnců podle § 16 odst. 1 PojZdrav vyvolávají v praxi řadu otázek, na které odkazuje třetí senát NSS v usnesení č. j. 3 Ads 166/2018-49 (např. co do určení odvolacího orgánu), není důvodem pro závěr, že pravidla správního řízení se neuplatní. Nutně se prosadí závěry nálezu ÚS,³³ podle nichž:

„Ústavní soud považuje za samozřejmé a určující pro nalezení práva, že vždy je nezbytné vycházet z individuálních rozměrů každého jednotlivého případu, které jsou založeny na konkrétních skutkových zjištěních. Mnohé případy a jejich specifické okolnosti mohou být – jako v dané věci – značně komplikované a netypické; to však nevyvazuje obecné soudy z povinnosti udělat vše pro spravedlivé řešení, jakkoliv se to může jevit složité...“

Ostatně právě za účelem překonání stávajících výkladových problémů i stanovení, že při rozhodování podle § 16 odst. 1 PojZdrav zdravotní pojišťovna postupuje podle správního řádu, přímo v textu zákona, je připravována novela zákona o veřejném zdravotním pojištění.

5. Náležitosti obvyklé pro rozhodnutí

Praxe zdravotních pojišťoven se může lišit co do formy rozhodnutí podle § 16 PojZdrav. Např. z rozhodnutí VZP o žádostech podle § 16 PojZdrav, resp. o odvoláních pojištěnců proti zamítavým rozhodnutím, výslovně vyplývá, že byla vydána postupem podle správního řádu. Tato rozhodnutí zejména: obsahují formální náležitosti rozhodnutí podle § 68 SpŘ – výrokovou část, odůvodnění a poučení; co do příslušnosti VZP k jeho vydání odkazují na § 67, resp. § 81 SpŘ; obsahují poučení podle správního řádu a i co do ostatních náležitostí (např. hlavička, uvedení č. j. a sp. zn.) odpovídají individuálním správním aktům. Byť samotný obsah rozhodnutí nemůže být kritériem toho, zda se jedná či nikoli o správní roz-

27) Nález ÚS z 5. 11. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 14/96 (č. 3/1997 Sb.), či navazující nález ÚS z 26. 4. 2005, sp. zn. Pl. ÚS 21/04.

28) Viz usnesení rozšířeného senátu NSS z 19. 8. 2014, č. j. 6As 68/2012-47, odst. 33.

29) Rozsudek NSS z 30. 9. 2013, č. j. 4 Ads 134/2012-50.

30) Nález ÚS z 29. 1. 2019, sp. zn. IV. ÚS 3892/18.

31) Usnesení ÚS ze 4. 12. 2018, sp. zn. III. ÚS 3247/18.

32) Usnesení NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, odst. 16-18, resp. 22.

33) Nález ÚS ze 7. 9. 2010, sp. zn. Pl. ÚS 34/09.

hodnutí (a nelze připustit, aby bylo možné nedostatky uvedených náležitostí považovat za argument ve prospěch toho, že se o správní rozhodnutí nejedná), pro pojištěnce je jen velmi těžce čitelná situace, kdy zdravotní pojišťovna na jednu stranu navenek dává najevo, že postupuje podle správního řádu, a současně v řízení argumentuje, že se na ni správní řád nevztahuje.

V. Závěr

Ze znění § 16 odst. 1 PjZdrav podle mého přesvědčení vyplývá pro pojištěnce veřejné subjektivní právo na úhradu zdravotních služeb jinak ze zdravotního pojištění nehraných při splnění stanovených podmínek. Tento závěr byl zpochybněn usnesením třetího senátu NSS č. j. 3 Ads 166/2018-49, jehož důsledkem bylo prodloužení celé řady řízení vedených ve správním soudnictví ze strany pojištěnců proti zdravotním pojišťovnám. Z tohoto důvodu byla bohužel některým pojištěncům soudní ochrana jejich práv upřena. Plně se zde projevuje nedostatečná efektivita soudní ochrany práv pojištěnců, spočívající v přílišné délce řízení, neodpovídající naléhavosti co nejrychlejšího rozhodnutí věci z důvodu zdravotního stavu pacientů. Nezbývá než doufat, že správní soudy budou napříště postupovat s plným uvědoměním si významu rozhodování sporů mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou podle § 16 PjZdrav a nutnosti dospět k rozhodnutí ve lhůtě co nejkratší tak, aby vůbec jejich činnost měla smysl, a budou případně vytvořeny odpovídající mechanismy, které by takovému rozhodování napomohly. Předně by však i samotné zdravotní pojišťovny měly k rozhodnutím podle § 16 PjZdrav přistupovat zodpovědně a aplikovat toto ustanovení při náležitém zohlednění všech okolností konkrétního případu a toho, že svým rozhodnutím stanoví limity základnímu právu pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči, ochranu jeho života a zdraví. 