



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK
JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátě složeném z předsedy Tomáše Langáška, soudce Filipa Dienstbiera a soudkyně Veroniky Juříčkové v právní věci žalobkyně: **Direct pojišťovna, a.s.**, IČO 25073958, sídlem Nové Sady 996/25, Brno, zastoupená Mgr. Hynkem Růžičkou, LL.M., advokátem, sídlem Nové sady 996/25, Brno, proti žalované: **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**, sídlem Orlická 2020/4, Praha 3, týkající se žaloby proti rozhodnutí rozhodčího orgánu žalované ze dne 30. dubna 2020 sp. zn. S-ZP-VZP-19-04173133-B74G, o kasační stížnosti žalobkyně proti rozsudku Městského soudu v Praze č. j. 17 Ad 10/2020-116 ze dne 24. března 2022,

t a k t o :

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

O d ů v o d n ě n í :

I. Vymezení případu

[1] Rozhodnutím označeným v návěti rozhodčí orgán žalované zamítl odvolání žalobkyně a potvrdil usnesení žalované ze dne 2. března 2020 č. j. VZP-20-01141435-B74G, kterým žalovaná podle § 14 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění do 30. dubna 2020 (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), a § 45 odst. 3 ve spojení s § 66 odst. 1 písm. b) zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, zastavila řízení o žádosti žalobkyně o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté pojištěnci žalované na území Bulharska. Podle žalované totiž žalobkyně nebyla oprávněná k podání žádosti o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby v zahraničí, neboť tu je oprávněn podat pouze pojištěnec, který náklady na léčení v zahraničí skutečně nesl. Náklady za pojištěnce přitom hradila asistenční

služba žalobkyně (Europ Assistance s.r.o.) z titulu soukromoprávní smlouvy o cestovním pojištění.

[2] Proti rozhodnutí rozhodčího orgánu žalované podala žalobkyně žalobu, kterou Městský soud v Praze (dále jen „městský soud“) jako nedůvodnou zamítl. Městský soud vyšel z toho, že důvodem zastavení řízení byla zjevná nepřipustnost žádosti žalobkyně, která podle žalované není oprávněna podat žádost o náhradu nákladů za zdravotní služby čerpané v zahraničí podle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pouze posuzování přípustnosti, resp. nepřipustnosti žádosti žalobkyně pak bylo předmětem soudního přezkumu. Městský soud dovodil, že žalobkyně není a ze své podstaty ani nemůže být pojištěncem ve smyslu § 2 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, takže jí právo na náhradu nákladů nenáleží a nemůže podat příslušnou žádost. Jelikož žalobkyně nebyla oprávněna o náhradu nákladů vynaložených za péči v cizině požádat a péče jí ani nemohla být poskytnuta, je dle městského soudu na první pohled zřejmé, že její žádosti nelze vyhovět, neboť je zjevně právně nepřipustná. Na závěr městský soud podotkl, že z žádosti žalobkyně plyne, že po žalované požadovala spíše vydání bezdůvodného obohacení ve smyslu § 2991 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, s nímž souvisí také případný přechod práva na náhradu nákladů zdravotní péče podle § 2820 občanského zákoníku, kterého se žalobkyně dovolává. Tyto otázky jsou však příslušné řešit soudy v občanském soudním řízení, nikoliv správní orgány v rámci správního řízení podle § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a proto se jimi městský soud blíže nezabýval.

II. Kasační stížnost a průběh řízení o ní

[3] Žalobkyně (dále též „stěžovatelka“) podala proti rozsudku městského soudu kasační stížnost. Namítala, že se po žalované vydání bezdůvodného obohacení nikdy nedomáhala. V zahraničí splnila svůj vlastní závazek, který vznikl z titulu uzavřené smlouvy o cestovním pojištění, přičemž stejný závazek měla podle stěžovatelky také žalovaná. Stěžovatelka však na rozdíl od žalované disponuje regresním právem podle § 2820 odst. 1 občanského zákoníku. Jelikož má plnění ze zdravotního pojištění veřejnoprávní charakter, lze je nárokovat pouze v mezích příslušného zákona, a proto je jedinou možností řízení podle § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zároveň podle stěžovatelky ze zákona a logiky věci sice plyne, že pojištěncem nemůže být právnická osoba, to však nebrání daný pojem bez legální definice vykládat pro účely § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak, že zahrnuje též osoby, na které nároky pojištěnce přešly na základě § 2820 odst. 1 občanského zákoníku. K této podstatě argumentace stěžovatelky se městský soud odmítl vyjádřit. Závěr o přechodu daného veřejnoprávního nároku lze podle stěžovatelky dovodit také z rozsudku Nejvyššího správního soudu ze dne 24. ledna 2013 č. j. 4 As 72/2012 - 52, č. 2854/2013 Sb. NSS. Nakonec stěžovatelka poukázala na paradox, který dle jejího názoru spočívá v tom, že pokud si může pojištěnec dovolit uhradit náklady za zdravotní péči v plné výši, je pro něj ekonomicky výhodnější si cestovní pojištění nesjednávat.

[4] Žalovaná ve vyjádření ke kasační stížnosti uvedla, že ve vztahu k pojištění nikdy žádný závazek neměla, neboť okamžikem, kdy pojištěnec uhradí zdravotní služby v zahraničí, se žalovaná bez dalšího nestává dlužníkem pojištěnce. Tím se může stát až na základě pravomocného rozhodnutí ve správním řízení o náhradě nákladů za tyto služby. Rovněž podle žalované není možné vykládat rozsudek č. j. 4 As 72/2012 - 52 tak extenzivně, jak činí stěžovatelka. Dle žalované nebyly splněny ani podmínky pro případný přechod práva, jelikož žalovaná v okamžiku splnění závazku stěžovatelkou neměla žádnou povinnost a nemá ji ani nyní. Žalovaná též odmítla, že by cestovní pojištění mělo směřovat pouze na náklady, které nejsou pojištěncům hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V rámci cestovního pojištění totiž pojistník uzavírá smlouvu s vědomím, že mu druhá smluvní strana zajistí úhradu léčebných

pokračování

výloh až do výše maximálního sjednaného pojistného plnění. Žalovaná uzavřela, že nelze garantovat plnou náhradu nákladů za zdravotní péči poskytnutou v zahraničí.

[5] Nejvyšší správní soud zaslal vyjádření stěžovatelce na vědomí.

III. Posouzení kasační stížnosti Nejvyšším správním soudem

[6] Nejvyšší správní soud kasační stížnost posoudil a dospěl k závěru, že není důvodná.

[7] Ustanovení § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění zní: *Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na neodkladnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastala během jeho pobytu v cizině, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky.*

[8] Stěžovatelka namítá, že se městský soud odmítl vyjádřit k podstatě její argumentace. Pokud by tomu tak bylo, znamenalo by to, že městský soud opomenul žalobní bod, čímž by zatížil své rozhodnutí nepřezkoumatelností. Nejvyšší správní soud však poukazuje na to, že městský soud se vyjádřit neodmítl, nýbrž reagoval na argumentaci stěžovatelky svým vlastním uceleným právním posouzením, jež se však s názorem stěžovatelky navzájem vylučuje. Takový postup aproboval ve své judikatuře i Ústavní soud, dle něhož „není porušením práva na spravedlivý proces, jestliže obecné soudy nebudují vlastní závěry na podrobné oponentuře (a vyvracení) jednotlivě vznesených námitek, pakliže proti nim staví vlastní ucelený argumentační systém, který logicky a v právu rozumně vyloží tak, že podpora správnosti jejich závěrů je sama o sobě dostatečná“ (nález Ústavního soudu ze dne 12. února 2009 sp. zn. III. ÚS 989/08, N 26/52 SbNU 247, bod 68). Nesouhlas stěžovatelky s věcným obsahem přezkoumávaného rozsudku jeho nepřezkoumatelnost nezakládá.

[9] Dále považuje Nejvyšší správní soud za podstatné podotknout, že veřejné zdravotní pojištění je oproti pojištění soukromému „koncipováno jako všeobecné a povinné pojištění, které při splnění obecných zákonných podmínek vzniká přímo ze zákona bez ohledu na vůli pojištěnce či zdravotní pojišťovny“ (rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 1. srpna 2019 č. j. 5 Ads 281/2018 - 35, bod 21). Soukromé, komerční cestovní pojištění je oproti tomu závislé na projevu vůle dvou stran a uzavření smlouvy, takže se vztah mezi stranami řídí primárně smluvním ujednáním. Už z toho je zjevné, že mezi oběma pojištěními jsou zásadní rozdíly. Nelze proto nijak dovodit, že žalovaná měla vůči pojištěnci stejný či obdobný závazek jako stěžovatelka ze smlouvy o cestovním pojištění, jak namítá stěžovatelka. V obdobném postavení by žalovaná se stěžovatelkou byly pouze tehdy, pokud by žalovaná měla s pojištěncem také uzavřenu smlouvu o cestovním pojištění, nicméně v takovém případě by případný spor ležel čistě v soukromoprávní rovině.

[10] Dalším podstatným východiskem je skutečnost, že žalovaná a její rozhodčí orgán rozhodovaly o žádosti stěžovatelky podle správního řádu (§ 53 odst. 1 a 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění) v oblasti veřejné správy (§ 1 odst. 1 správního řádu). Byly tedy vázány zásadou zákonnosti a mohly svou pravomoc uplatňovat pouze k účelům, k nimž jim byla zákonem svěřena, a v rozsahu, v jakém jim byla svěřena (§ 2 odst. 2 správního řádu). Základní omezení pro činnost orgánů veřejné moci přitom plyne již z čl. 2 odst. 2 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“), dle něhož lze státní moc *uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví*. Uvedené pro zdravotní pojišťovny znamená, že při posuzování žádostí a nároků podle zákona o veřejném zdravotním pojištění musejí postupovat striktně dle tohoto zákona, který stanoví meze pro jejich úvahy. Ostatně i vymahatelnost práva na bezplatnou zdravotní péči garantovaného čl. 31 Listiny je podle čl. 41

odst. 1 Listiny limitována provádějícím zákonem. Jinými slovy, je „na vůli zákonodárce, jaké podmínky stanoví pro oblast úhrady zdravotní péče, resp. náhrady nákladů vzniklých za čerpání zdravotní péče v zahraničí,“ jak Nejvyšší správní soud uvedl v již citovaném rozsudku č. j. 5 Ads 281/2018 - 35.

[11] Uvádí-li stěžovatelka, že zákon o veřejném zdravotním pojištění neobsahuje legální definici pojmu pojištěnec, přehlíží § 2 odst. 1 daného zákona, který stanoví osobní rozsah zdravotního pojištění tak, že jsou zdravotně pojištěny: *a) osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky, b) osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky, (dále jen „pojištěnci“)*. Je tedy zjevné, komu je adresován § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, který jednoznačně uvádí, že se náhrada poskytne *pojištěnci* na základě *jeho žádosti* (podtržení v obou případech doplněno soudem). Pojištěncem je tedy vždy pouze fyzická osoba, což plyne také z úpravy vzniku a zániku pojištění (mj. narození a smrt pojištěnce – § 3 odst. 1 a 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění) a z toho, že právnícké osobě už z povahy věci nelze poskytovat zdravotní péči. Nejvyšší správní soud se proto ztotožňuje se závěry městského soudu i žalované, podle nichž stěžovatelka není pojištěncem ve smyslu zákona o veřejném zdravotním pojištění.

[12] Od tohoto posouzení byl odvislý další osud žádosti stěžovatelky. Jelikož je žádost podle § 14 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění oprávněn podat pouze pojištěnec, kterým stěžovatelka zjevně není, žalovaná správně zastavila řízení o její žádosti podle § 66 odst. 1 písm. b) správního řádu pro zjevnou právní nepřípustnost žádosti. Nezbytnost takového postupu žalované plyne rovněž z její vázanosti zákonem – protože zákon o veřejném zdravotním pojištění umožňuje požádat o náhradu nákladů (a přiznat ji) pouze pojištěnci, jehož přesně definuje, postupovala by žalovaná *contra legem*, pokud by stěžovatelce vyhověla.

[13] Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění dále vyplývá, že nárok pojištěnce na náhradu nákladů vzniká až na základě jeho žádosti, což má zásadní význam pro řešení otázky přechodu práv (regresu), jehož se dovolává stěžovatelka. V projednávané věci pojištěnec o náhradu nákladů nepožádal, takže nárok na náhradu nákladů ani nemohl vzniknout, a tedy neexistovalo právo, u něhož by bylo zapotřebí posuzovat jeho přechod. Další úvahy na téma výkladu § 2820 odst. 1 občanského zákoníku či bezdůvodného obohacení jsou tudíž pro nyní posuzovanou věc bezpředmětné.

[14] Stěžovatelka na podporu své argumentace odkazuje též na rozsudek č. j. 4 As 72/2012 - 52, z něhož dovozuje možnost přechodu veřejnoprávního nároku v situaci, kdy není primárním cílem soukromoprávního aktu, nýbrž toliko jeho sekundárním důsledkem. K tomu Nejvyšší správní soud konstatuje, že citovaný rozsudek se v porovnání s nyní posuzovanou věcí vypořádával s diametrálně odlišnou situací. Řešil totiž přechod práv vyplývajících z prodeje (zpeněžení) podniku v rámci insolvenčního řízení ve vztahu k procesnímu nástupnictví podle § 107a odst. 1 zákona č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád. Závěr Nejvyššího správního soudu přitom zněl, že je-li „s podnikem spjato určité veřejné subjektivní právo, jehož ochrany se původní vlastník podniku dovolával u soudu rozhodujícího ve správním soudnictví, musí být nabyvateli podniku umožněno vstoupit do takového řízení namísto jeho dosavadního vlastníka.“ V nynější věci potřeba řešit procesní nástupnictví vůbec nevyvstala, a proto na ni nelze vztáhnout závěry citovaného rozsudku.

[15] Důvodnost kasační stížnosti stěžovatelky nezaložila ani její argumentace paradoxními důsledky nastavení systému náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči v cizině. Při svém tvrzení, že je ekonomicky výhodnější si cestovní pojištění nesjednávat a nechat si proplatit náklady zdravotní pojišťovnou, totiž vychází z chybného předpokladu, že zdravotní pojišťovna uhradí pojištěnci náklady na mimořádnou péči v plné výši. Zákon o veřejném zdravotním

pokračování

pojištění však v § 14 odst. 2 stanoví, že náhrada nákladů náleží pojištěnci pouze do výše stanovené pro úhradu takových služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Konkrétní výše náhrady tedy nemusí pokrýt vše, co pojištěnec v zahraničí platil. Oproti tomu komerční cestovní pojištění pojištěné osobě garantuje, že po zaplacení pojistného zohledňujícího pojistná rizika a při splnění smluvních podmínek obdrží pojistné plnění až do výše sjednaného pojistného limitu. Cestovní pojištění navíc pravidelně zahrnuje i jiné služby než pouze úhradu tzv. léčebných výloh, jako jsou asistence v zahraničí, úrazové pojištění, pojištění zavazadel, výjezdu horské služby, zajištění dopravy do místa bydliště apod. Ekonomickou výhodnost či nevýhodnost tudíž nelze hodnotit pouze tím, že pokud si pojištěnec může dovolit platit za neodkladnou zdravotní péči v zahraničí přímo, dostane vynaložené prostředky zpátky od své zdravotní pojišťovny. Jednak totiž neplatí, že mu budou náklady refundovány zcela, a jednak takový pohled v rozporu s realitou redukuje běžný rozsah cestovního pojištění a důvody, pro něž si ho spotřebitelé sjednávají.

IV. Závěr a náklady řízení

[16] Nejvyšší správní soud tedy ze shora uvedených důvodů neshledal kasační stížnost důvodnou, protože ji zamítl podle § 110 odst. 1 věty druhé zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní (dále jen „s. ř. s.“). Rozhodl tak bez jednání podle § 109 odst. 2 s. ř. s.

[17] O náhradě nákladů řízení o kasační stížnosti rozhodl Nejvyšší správní soud podle § 60 odst. 1 a 7 ve spojení s § 120 s. ř. s. Žalobkyně neměla ve věci úspěch, nemá proto právo na náhradu nákladů řízení. Žalovaná měla ve věci plný úspěch, netvrdila však vznik nákladů nad rámec běžné úřední činnosti, protože se jí náhrada nákladů řízení nepřiznává.

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

V Brně dne 22. srpna 2022

JUDr. Tomáš Langášek, LL.M.
předseda senátu