

Vezměte, prosíme, na vědomí, že text článku odpovídá platné právní úpravě ke dni publikace.

K § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění

Tento příspěvek si klade za cíl seznámit případné čtenáře s výkladem § 16 zákona č. [48/1997](#) Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „[zák. č. 48/1997](#) Sb.“) demonstrováním zejména na vybraných případech ze soudní praxe. Problémy s aplikací tohoto ustanovení mohou být spíše indikátorem jiných, možná i systémových nedostatků právní úpravy zdravotní péče[1] v České republice.

Úvod do problematiky

Ustanovení § 16 se v [zák. č. 48/1997](#) Sb. nachází již od samotné publikace ve Sbírce zákonů České republiky (částka 16, ročník 1997) a účinnosti tohoto zákona 1. 9. 1997 v téměř nezměněném znění přes dvacet let[2]. Má-li být toto ustanovení, které umožňuje, aby zdravotní pojišťovna hradila ve „výjimečných případech“ poskytnutí zdravotních služeb svému pojištěnci, aplikováno, musí být dle § 16 odst. 1 [zák. č. 48/1997](#) Sb. kumulativně splněny dvě podmínky. Musí jít: 1. o zdravotní služby jinak nehrazené, 2. poskytnutí takových zdravotních služeb je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Korektivem tzv. výjimečnosti případu jako právně neurčitého pojmu, který je do příslušné právní normy přímo vložen, je nutno důsledně nahlížet skutkové okolnosti každého konkrétního případu posuzovaného podle § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb.[3] Poskytnutí zdravotních služeb je v tomto případě vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře (§ 16 odst. 2 [zák. č. 48/1997](#) Sb.).

S obnovením systému správního soudnictví[4], ochranou veřejných subjektivních práv, kam patří i právo na zdravotní péči ve smyslu čl. 31 Listiny základních práv a svobod, došlo k tomu, že se případy přezkumu rozhodnutí zdravotních pojišťoven o nárocích pojištěnců podle § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb. dostalo i před správní soudy, čemuž s ohledem na koncepci rozhodnutí v materiálním smyslu[5] podle § 65 odst. 1 s. ř. s. nebránilo ani to, že zdravotní pojišťovny o těchto nárocích zprvu rozhodovaly neformálními přípisy.

Faktem zůstává, že prvním, kdo provedl obecnější výklad § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb., resp. její první podmínky „zdravotní služby, resp. péče jinak nehrazené“ byl Nejvyšší soud již v roce 2003.

Výklad první podmínky § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb. v judikatuře - hrazení zdravotních služeb jinak zdravotní pojišťovnou nehrazených

V případě, kdy rozhodoval Nejvyšší soud (rozsudek ze dne 30. 1. 2003, č. j. 33 Odo 389/2001[6]) šlo o spor mezi poskytovatelem zdravotnických služeb a zdravotní pojišťovnou o zaplacení pohledávky, kdy zdravotní pojišťovna tuto pohledávku proplatit odmítala, neboť nebyla splněna podmínka podle smlouvy k proplacení sporné částky za provedený zdravotní výkon. Poskytovatel nárokoval spornou částku právě s odkazem na § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb. Otázkou právního posouzení bylo, zda pod podmínkou § 16 [zák. č. 48/1997](#) Sb. „zdravotní péči jinak pojišťovnou nehrazenou“ bylo možné rozumět i zdravotní péči ve formě zdravotního výkonu, který byl tehdy ze zdravotního pojištění za určitých podmínek hrazen. Ve sporném případě řešeném Nejvyšším soudem nebyly však smluvní podmínky naplněny. Nejvyšší soud v daném případě dospěl k tomu, že podle § 16, při splnění zde stanovených podmínek, lze hradit pouze takovou zdravotní péči, jejíž úhrada není dle [zák. č.](#)

[48/1997](#) Sb. jinak možná. Jinými slovy, bylo-li možné sporný zdravotní výkon - operační artroskopii hradit, přičemž úhrada byla navázána na určité smluvní podmínky a tyto v konkrétním případě naplněny nebyly, nebylo možné aplikovat § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. Nejvyšší soud tak vyložil podmínku „zdravotní péče jinak pojišťovnou hrazená“. Protože ta nebyla v daném případě splněna, měl již za irelevantní zabývat se tím, zda poskytnutí zdravotní péče bylo v daném případě z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností péče (druhá podmínka § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb.).

Do opozice k výkladu přednesenému Nejvyšším soudem v rozsudku ze dne 30. 1. 2003, č. j. 33 Odo 389/2001 se postavil Městský soud v Praze v rozsudku ze dne 9. 3. 2016, č. j. 6 Ad 7/2012 - 88[7] a podmínku „zdravotní péče jinak pojišťovnou hrazená“ vyložil jinak[8], neboť měl za to, že interpretace učiněná Nejvyšším soudem vede v konečném důsledku k tomu, že možnost zdravotní pojišťovny hradit výjimečně zdravotní péči jinak nehrazenou se omezuje pouze na tu péči, která vůbec (obecně) hrazena není, což do textu zákona vsunulo omezení, které zákon sám neužíval a tím v konečném důsledku omezil práva pojištěnců zákonem o veřejném zdravotním pojištění garantovaná. Pod pojem „zdravotní péče, jinak zdravotní pojišťovnou hrazenou“ (ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění) je nutné zahrnout veškerou zdravotní péči, která jinak zdravotní pojišťovnou hrazená není, tedy i tu zdravotní péči, která je hrazená zdravotní pojišťovnou pouze zčásti. Podstatným a důležitým je následek takového jednání (postupu), tj. skutečnost, zda se fakticky bude jednat o zdravotní péči, která je jinak zdravotní pojišťovnou hrazená a pod tu může spadat, jak zdravotní péče zcela nehrazená, tak i částečně hrazená. Soud v tomto případě uvedl, že limitaci úhrad v zákoně o veřejném zdravotním pojištění uvedeném v přílohách k tomuto zákonu pokládá za logické, na druhou stranu, aby toto obecné omezení úhrady zdravotní péče, nebylo v konkrétních případech nepřiměřeně přísné či obecně z lékařského hlediska neúčelné, umožňuje ust. § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění možnost v konkrétním případě rozhodnout i o zvýšení této úhrad, „je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče“. Tato druhá podmínka zcela jasně vymezuje konkrétní působení této právní normy a podle názoru soudu plně podporuje jeho právní názor, že se tak může jednat i o zdravotní péči, která je hrazená pouze částečně, když takový postup zdůvodňuje zdravotním stavem pojištěnce a jedinou možností zdravotní péče. Je možné dodat, že v konkrétním sporu šlo o to, že žalobci lékař doporučil zdravotnický prostředek - naslouchadlo, které však nebylo plně hrazené, spadalo tedy do kategorie tzv. částečně hrazených zdravotnických prostředků. Revizní lékařka plnou úhradu požadovaného zdravotnického prostředku nepovolila s ohledem na limitaci věku v tehdy platné metodice zdravotní pojišťovny u tohoto zdravotnického prostředku, která povolovala plnou úhradu do 18 let věku pojištěnce.

Ač se tyto právní názory nacházely v opozici, významné je, že oba rozsudky zdůraznily nutnost systematického výkladu § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb., který je zařazen v části páté jmenovaného zákona označené „Podmínky poskytování hrazených služeb“, na což navázal i zcela nedávný rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10. 1. 2018, č. j. 10Ad 19/2017 - 48.[9]

Výklad druhé podmínky § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. v judikatuře - poskytnutí zdravotních služeb je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce

Skutkové okolnosti případu, který posuzoval Městský soud v Praze v rozsudku ze dne 10. 1. 2018, č. j. 10Ad 19/2017 - 48 se odvíjely od faktu, že žalobkyně žádala zdravotní pojišťovnu o povolení úhrady léčivého přípravku Perjeta 420 mg, neboť byl pro její konkrétní zdravotní stav nejlepší a jedinou možnou léčbou, která jí mohla na základě provedené odborné studie poskytnout alespoň hypotetickou možnost přežití, tj. žít se svojí rodinou, o 16 měsíců více, než při běžné standardní zdravotní pojišťovnou v její indikaci hrazené léčbě. Žalobkyně s odkazem na § 13 zákona č. [48/1997](#) Sb. dovozovala, že účelem hrazení péče je umožnit pojištěnci to nejlepší možné, tedy zlepšit jeho zdravotní stav.

V tomto případě se soud zaměřil na výklad druhé podmínky § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb., tj. „*je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče*“ ve vazbě na pojem výjimečně hrazené péče dle tohoto ustanovení. Soud uvedl, že při výkladu § 16 odst. 1 zák. č. [48/1997](#) Sb. je nutno mít na paměti, že představuje jedinou výjimku, na základě které může být uhrazena léčba zdravotní pojišťovnou jinak nehrazená a slouží jako jediná možnost k řešení situací, kdy je proplácená léčba s ohledem na výjimečnou a specifickou situaci pacienta nedostatečná. Výjimečnost případu soud spatřoval 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 považoval 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). Výjimečnost případu žalobkyně, který byl založen na objektivních důvodech, které byly navíc ústavně chráněny (těhotenství), tak dle soudu, plně zapadala do kontextu výjimečné aplikovatelnosti § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb.

Soud uvedl, že ustanovení § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. je nutno interpretovat v návaznosti na čl. 31 Listiny základních práv a svobod a judikatury Ústavního soudu v systematické vazbě na další ustanovení zák. č. [48/1997](#) Sb., tj. na § 13 odst. 1 a § 15 odst. 5 až 8, přičemž obsah práva vyplývajícího z čl. 31 věty druhé Listiny základních práv a svobod lze definovat tak, že všichni pojištěnci mají stejnou měrou nárok na takové zdravotní služby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité odborné úrovně, avšak nikoliv bez ohledu na kritérium finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Soud tak např. uvedl, že zákon o veřejném zdravotním pojištění pro vymezení rozsahu hrazených zdravotních služeb v případě léčivých přípravků užívá zprostředkovaně kritéria účelné terapeutické intervence, jež v sobě kombinuje jak kritérium účinnosti a bezpečnosti, tedy rozhodná kritéria dle § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak kritérium nákladové efektivity, tedy kritérium, jež hodnotí poměr terapeutického přínosu a nákladů na tento přínos z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Zajímavé na tomto rozsudku bylo, že se soud blíže vyjádřil i k § 13 odst. 1 zák. č. [48/1997](#) Sb.

Nejlepší možná péče vs. standard hrazené péče podle § 13 odst. 1 zák. č. [48/1997](#) Sb.

K výkladu § 13 odst. 1 zák. č. [48/1997](#) Sb.[10] Městský soud v Praze ve svém rozsudku ze dne 10. 1. 2018, č. j. 10Ad 19/2017 - 48 uvedl: „*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.*“

Jinými slovy řečeno § 13 odst. 1 zák. č. [48/1997](#) Sb. neupravuje rozsah hrazení, ale úhradový standard, který nemusí nutně v praxi vždy znamenat, že pojištěnec má při více možnostech terapie

nárok na hrazení té nákladnější, tj. té, kterou jeho lékař, prostřednictvím něhož je žádost o výjimečnou úhradu podle § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. podávána, označí dle svého nejlepšího vědomí a svědomí pro svého pacienta jako optimální.

Obdobně uvažoval i Ústavní soud ve svém nálezu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, alinea 42: *„...zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13 odst. 1 vymezuje kvalitativní podmínky zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění shodně pro obě varianty péče tak, že a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Na druhé straně nelze vyloučit, že při více možnostech léčby, z nichž každá splňuje shora uvedené parametry, může být dražší postup vhodnější než levnější s ohledem na individuální podmínky konkrétního pacienta.“*

Uvedené tak logicky otevírá otázku tzv. „nadstandardů“ v oblasti zdravotní péče, zvláště pakliže by to otevřelo možnost proplacení rozdílu mezi standardní hrazenou zdravotní službou a poskytnutou „nadstandardní“, což je i v kontextu současnosti, kdy si pojištěnci tzv. případnou „nadstandardní“ léčbu musí v plné výši zaplatit sami, příznivější. Je totiž zřejmé, že § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. všechny případy, kdy je pojištěnci lékařem indikována pro něj optimální léčba, prostě nemůže pokrýt, protože posuzovaný případ nemusí splňovat podmínky dané tímto ustanovením. Na druhé straně je přinejmenším eticky sporné daným pojištěncům cestu k takové léčbě ztěžovat. Z hlediska kvality života daného člověka mohou být přínosy „nadstandardní“ léčby zcela zásadní. V úvahu přichází samozřejmě i eventualita, kdy přínosy „nadstandardní“ či pro konkrétního pacienta z hlediska preskribujícího lékaře optimální terapie (jinými slovy té nejmodernější péče) v poměru k ceně takovéto péče budou ve výsledku mizivé nebo žádné, což však není předmětem tohoto článku.

Skutečnost, že systém veřejného zdravotního pojištění má své limity bylo ostatně v mnoha nálezech Ústavního soudu konstatováno, a to včetně nálezu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, jímž Ústavní soud zrušil problematický zák. č. [298/2011](#) Sb., který udělal kdysi pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu (slovy tehdejšího znění zákona o veřejném zdravotním pojištění základní a ekonomicky náročnější varianty), druhá, ovšem podstatná část, bez níž byl tento institut neživotaschopný, tedy konkrétní určení toho, co je v intencích čl. 31 Listiny základních práv a svobod bezplatnou péčí, byla upravena až v prováděcí vyhlášce, tj. v rozporu s konstantní a dlouhodobou judikaturou Ústavního soudu[11]. Zcela podstatné je, že Ústavní soud v nálezu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 na otázku, zda český ústavní pořádek umožňuje rozdělení zdravotní péče dle kritéria jejího hrazení z prostředků veřejného zdravotního pojištění tak, že část péče se poskytuje takzvaně bezplatně, tj. v rámci systému veřejného zdravotního pojištění a na část péče si pacient připlácí, kladně. Z pohledu Ústavního soudu je důležité, aby obsah čl. 31 Listiny základních práv a svobod nebyl zákonem fakticky vyprazdňován, tj. z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, „levnější“, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, „dražší“, ale vhodnější a účinnější.[12]

Závěr

Ačkoli judikatura správních soudů k § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. není četná a z různých důvodů téměř chybí judikatura Nejvyššího správního soudu k tomuto ustanovení, nezdá se, že by interpretace tohoto ustanovení představovala pro soudní praxi větší problém a bude se zřejmě vyvíjet i nadále. Nedostatečně zvážené či nekoncepční změny § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. by mohly znamenat značný zásah do právní sféry těch pojištěnců, na které se aplikace tohoto ustanovení může vztahovat. Dlouhodobost existence v právním řádu ještě sice nemusí znamenat legislativní kvalitu, ale může znamenat minimálně právní jistotu pro adresáty dané normy. Současná situace může být pouze dokladem toho, že se „pomyslné nůžky mezi prostředky získanými na základě veřejného zdravotního

pojištění a cenou nejmodernější péče“[13] čím dál tím více rozevírají.

Michaela Valtrová

- [1] Pojmy zdravotní péče a zdravotní služby jsou v tomto článku používány promiscue.
- [2] Původní znění § 16 ke dni publikace ve Sbírce zákonů ČR, částka 16, ročník 1997, tj. ke dni 28. 3. 1997: (1) 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. (2) S výjimkou případků, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře. Současné znění § 16: (1) 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. (2) S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotních služeb podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.
- [3] viz Sládeček, V., Obecné správní právo, 2. vydání, Praha: ASPI – Walters Kluwer, 2009, 145 s.
- [4] náleží ÚS ze dne 27. 6. 2001, sp. zn. Pl. ÚS. 16/99, publ. pod č. [276/2001](#) Sb.
- [5] viz např. náleží ÚS ze dne 27. 4. 2010, sp. zn. III. ÚS 542/09, rozhodnutí rozšířeného senátu NSS ze dne 23. 3. 2005, č. j. 6 A 25/2002 – 42, rozsudek NSS ze dne 2. 7. 2008, č. j. 1 Ans 5/2008 – 104
- [6] viz - dostupné na [www](#), k dispozici >>> [zde](#).
- [7] viz - dostupné na [www](#), k dispozici >>> [zde](#).
- [8] Jde však pouze o názor jednoho senátu krajského soudu. V tomto případě lze hovořit o průlomovém soudním rozhodnutí k § 16 zák. č. [48/1997](#) Sb. a tvůrčí aplikaci, ne jistě bez zřetele ke specifickým skutkovým okolnostem tohoto konkrétního případu, tohoto ustanovení.
- [9] viz - dostupné na [www](#), k dispozici >>> [zde](#).
- [10] § 13 odst. 1: Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cíle zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.
- [11] náleží ÚS ze dne 10. 7. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95, náleží ÚS ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02 a náleží ÚS ze dne 20. 5. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08
- [12] viz náleží ÚS ze dne 4. 6. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02
- [13] viz náleží ÚS ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, odlišná stanoviska, konkrétně odlišné stanovisko soudkyně Michaely Židlické

© EPRAVO.CZ – Sbírka zákonů, judikatura, právo | www.epravo.cz

Další články:

- [Sdílení elektřiny v obecních projektech, změny po 1.8.2026 a zapojení bateriových úložišť](#)
- [Jak naložit s „oznámením“ přestupku soukromých osob? A je to vlastně oznámením ve smyslu zákona o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich?](#)
- [Systémová podjatost ve správním řízení aneb požadavek na překročení nadkritické míry rizika systémové podjatosti](#)
- [Bezpečnostní systémy vlastní konstrukce v kategorii Specific: regulační požadavky a praktické](#)

aspekty

- Pacht závodu a zákaz přenechání věci třetí osobě
- Digitální důkazy z webu v soudním řízení: jak doložit, co bylo online zveřejněno?
- Nepravomocné povolení stavby a změna územního plánu
- Letiště a letecké stavby
- Nejvyšší správní soud vymezuje nové hranice zneužití práva u běžných nákladů na reklamu
- Limity dohledu nad výkonem znalecké činnosti
- Stavebníci získávají od roku 2026 silnější pozici v soudních sporech o povolení stavby