

Úhrada zdravotní péče

Náklady spojené se zdravotní péčí a vyjádřené hodnotou bodu a výší úhrad hrazených ze zdravotního pojištění představují peněžní pohledávku subjektů poskytujících zdravotní péči (§ 18 odst. 1 zákona č. [48/1997](#) Sb.) vůči některé z výše uvedených zdravotních pojišťoven.

Náklady spojené se zdravotní péčí a vyjádřené hodnotou bodu a výší úhrad hrazených ze zdravotního pojištění představují peněžní pohledávku subjektů poskytujících zdravotní péči (§ 18 odst. 1 zákona č. [48/1997](#) Sb.) vůči některé z výše uvedených zdravotních pojišťoven. Zásadou je, že sám pojištěnec právo na peněžní plnění nemá, s výjimkou ustanovení § 14 věta druhá zákona č. [48/1997](#) Sb. (pojištěnec má vůči zdravotní pojišťovně právo na peněžní plnění tehdy, pokud náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině vynaložil ať již přímo subjektu, který zdravotní péči poskytl, či ve smyslu ustanovení § 454 a § 456 občanského zákoníku subjektu, který za pojištěnce plnil co po právu měl pojištěnec plnit sám).

(Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 33 Odo 41/2001, ze dne 28.3.2002)

Nejvyšší soud České republiky rozhodl ve věci žalobkyně E. C. P., a. s., proti žalované pojišťovně, o 30.594,- Kč s přísl., vedené u Obvodního soudu pro Prahu 2 pod sp. zn. 20 C 235/99, o dovolání žalované proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 25. září 2000, čj. 22 Co 314/2000-27, tak, že rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 25. září 2000 čj. 22 Co 314/2000-27, vyjma výroku o částečném zamítnutí žaloby ohledně úroků z prodlení od 3. 7. 1999 do 3. 11. 1999, zrušil a věc vrátil tomuto soudu v tomto rozsahu k dalšímu řízení.

Z odůvodnění :

Žalobkyně se domáhala, aby žalované byla uložena povinnost zaplatit jí částku 30 594 Kč s 12 % úroky z prodlení od 3. 7. 1999 do zaplacení. Uváděla, že v roce 1998 jako podnikatelka v pojišťovnictví uhradila na základě smlouvy o cestovním pojištění za pojištěnou nezletilou N. G. v důsledku pojistné události, k níž došlo ve Francii, náklady zdravotní péče (výdaje za léky, náklady spojené s ambulantním vyšetřením, hospitalizací a nezbytnými převozy) odpovídající po přepočtu celkové částce 263 947 Kč; N. G. byla v té době rovněž pojištěncem žalované. Byla-li by předmětná zdravotní péče poskytnuta na území České republiky, činily by náklady na nutné a neodkladné léčení celkem 30 594 Kč a hradila by je žalovaná. Nezletilá N. G. prostřednictvím svého zákonného zástupce postoupila svou pohledávku ve výši 30 549 Kč, kterou měla vůči žalované, písemnou smlouvou ze dne 16. 3. 1999 žalobkyni; žalovaná však odmítá žalobkyni částku 30 549 Kč zaplatit.

Obvodní soud pro Prahu 2 rozsudkem ze dne 26. 4. 2000 čj. 20 C 235/99-15 žalobu zamítl a rozhodl, že žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení. Při prokázání výše uvedených skutkových tvrzení žalobkyně dovodil, že nezletilá N. G. nemohla platně zmíněnou pohledávku postoupit. „Vznikne-li totiž fyzické osobě nárok z titulu veřejného zdravotního pojištění vůči zdravotní pojišťovně, pak tento nárok může uplatnit sama, a nikoliv postoupit jinému subjektu, s

nímž měla uzavřenu pojistnou smlouvu na základě jiného právního základu“. Navíc soud prvního stupně konstatoval, že ve smyslu ustanovení § 525 odst. 1 občanského zákoníku nelze platně postoupit pohledávku, která zaniká nejpozději smrtí věřitele.

K odvolání žalobkyně Městský soud v Praze rozsudkem ze dne 25. 9. 2000 čj. 22 Co 314/2000-27 rozsudek soudu prvního stupně změnil a žalované uložil povinnost zaplatit žalobkyni 30 594 Kč a 12 % úrokem z prodlení od 4. 11. 1999 do zaplacení; ohledně zaplacení 12 % úroků z prodlení za dobu od 3. 7. 1999 do 3. 11. 1999 žalobu zamítl (obsahově vzato je zřejmé, že v tomto rozsahu se odvolací soud ztotožnil se závěrem soudu prvního stupně o nedůvodnosti žaloby a tudíž v tomto rozsahu má rozsudek odvolacího soudu potvrzující charakter). Současně odvolací soud rozhodl o nákladech řízení před soudy obou stupňů. Vycházejí ze stejných skutkových zjištění jako soud prvního stupně odvolací soud dovodil, že ve vztahu k předmětné pojistné události měla nezletilá N. G. nárok na plnění z veřejného pojištění v rozsahu odpovídajícímu § 14 zákona č. [48/1997 Sb.](#), o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon č. [48/1997 Sb.](#)“), ve zbytku měla nárok na plnění ze smluvního pojištění, když právě skutečnost, že z veřejného zdravotního pojištění se pojištěnci v případě vynaložení částky na nutné a neodkladné léčení v cizině hradí taková částka jen do výše stanovené pro úhradu takové péče v na území České republiky, přičemž léčení v zahraničí může být dražší, motivuje fyzické osoby k tomu, aby si sjednaly při cestách do zahraničí rovněž pojištění soukromé (tzv. připojištění). Pokud tedy žalobkyně z titulu pojistné události plnila v celém rozsahu, plnila tak z části i za žalovanou. Pokud jde o možnost postoupení pohledávky, pohledávka podle § 14 zákona č. [48/1997 Sb.](#) má majetkovou povahu, lze ji tudíž postoupit ve smyslu § 524 odst. 1 občanského zákoníku. Postoupení pohledávky nebrání ani ustanovení § 525 odst. 1 občanského zákoníku, neboť takováto pohledávka nezaniká smrtí pojištěnce a nejedná se ani o pohledávku, která by nemohla být postižena výkonem rozhodnutí (§ 317 o. s. ř.). Postoupením předmětné pohledávky se žalobce ocitl vůči žalované v pozici věřitele.

Proti rozsudku odvolacího soudu, s výjimkou výroku o částečném zamítnutí žaloby ohledně příslušenství pohledávky (i když to v dovolání výslovně uvedené není, je z jeho obsahu zřejmé, že se žalovaná proti tomuto výroku, jenž je výrazem jejího – byť nepatrného – úspěchu ve věci, nedovolává), podala žalovaná dovolání. Uplatňuje v něm dovolací důvod podle § 241 odst. 3 písm. d) o. s. ř., neboť namítá, že napadený rozsudek spočívá na nesprávném právním posouzení věci. Zdůrazňuje, že podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod, vyhlášené usnesením předsednictva ČNR dne 16. prosince 1992 a publikované pod č. [2/1993 Sb.](#) jako součást ústavního pořádku České republiky (dále jen „Listina“), mají občané na základě veřejného pojištění práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví příslušný právní předpis. Tímto speciálním zákonem je zákon č. [48/1997 Sb.](#), o veřejném zdravotním pojištění. Hrazení zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění je teritoriálně vymezeno územím České republiky a je založeno na principu solidarity. Z ustanovení § 14 zákona č. [48/1997 Sb.](#) vyplývá, že pojištěncům se z veřejného zdravotního pojištění výjimečně místo naturálního plnění hradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takovéto péče na území České republiky. V daném případě však zákonná podmínka vynaložení vlastních finančních prostředků na léčení u pojištěnce splněna nebyla. V souvislosti s pojistnou událostí žalobkyně splnila svoji smluvní povinnost a uhradila za N. G. náklady léčby v cizině, v důsledku čehož N. G. přímé výdaje nevznikly. Veřejnoprávní charakter veřejného zdravotního pojištění znamená „nepřesnost nároků z něho“ a tudíž nepřípustnost postoupení nároku na jinou osobu.

Nejvyšší soud České republiky jako soud dovolací (§ 10a o. s. ř.) projednal věc podle občanského

soudního řádu ve znění účinném do 31. 12. 2000 – dále jen „o. s. ř.“ (srov. část dvanáctou, hlavu I, bod 17 zákona č. [30/2000](#) Sb., kterým se mění zákon č. [99/1963](#) Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů) a shledal dovolání opodstatněným.

Dovolání žalované je podle § 236 odst. 1 o. s. ř. přípustné, neboť směřuje proti pravomocnému rozsudku odvolacího soudu, jímž byl změněn rozsudek soudu prvního stupně ve věci samé (§ 238 odst. 1 písm. a) o. s. ř.). Bylo podáno žalovanou včas (§ 240 odst. 1 o. s. ř.) prostřednictvím jejího zaměstnance majícího právnické vzdělání (§ 241 odst. 1 o. s. ř.) a opírá se o způsobilý dovolací důvod /§ 241 odst. 3 písm. d) o. s. ř./.

Dovolací soud z úřední povinnosti zjišťuje a hodnotí vady řízení taxativně vyjmenované v ustanovení § 237 o. s. ř. – tzv. zmatečnosti /§ 241 odst. 3 písm. a) o. s. ř./ a za splnění podmínky přípustnosti dovolání (§ 242 odst. 3 věta druhá o. s. ř.) i jiné vady, pokud mohly mít za následek nesprávné rozhodnutí ve věci / § 241 odst. 3 písm. b) o. s. ř./; jinak je vázán uplatněným dovolacím důvodem včetně toho, jak jej dovolatel obsahově vymezil (§ 242 odst. 3 věta první o. s. ř.).

Vady řízení vyjmenované v § 237 o.s. ř., ani jiné vady řízení, které mohly mít za následek nesprávné rozhodnutí ve věci žalovanou namítány nejsou a z obsahu spisu nevyplývají.

Za této situace se přezkumná činnost dovolacího soudu soustřeďuje výlučně na dovolací námitku nesprávného právního posouzení věci, které podle žalované spočívá jednak v tom, že pojištěnci se přiznává nárok na poměrnou částku, která byla vynaložena na jeho nutné a neodkladné léčení v cizině, bez ohledu na zjištění, zda tuto částku pojištěnec vůbec vynaložil, a dále v přiznání možnosti pojištěnce postoupit pohledávku plynoucí ze zdravotního pojištění jinému subjektu ve smyslu ustanovení § 524 a násl. občanského zákoníku.

Podle čl. 31 Listiny má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

Ve smyslu ustanovení § 11 odst. 2 písm. a) zák. č. [20/1966](#) Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, se zdravotní péče poskytuje bez přímé úhrady na základě všeobecného zdravotního pojištění v rozsahu stanoveném zvláštními předpisy (dříve zákon č. [550/1991](#) Sb., s účinností od 1. 1. 1997 pak zákon č. [48/1997](#) Sb.) nebo na základě smluvního zdravotního pojištění.

Podle § 11 odst. 1 písm. d) a e) zákona č. [48/1997](#) Sb. má pojištěnec právo na zdravotní péči (co spadá pod pojem „zdravotní péče“ je konkretizováno v § 13 odst. 2 cit. zákona) bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, a dále právo na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem.

Podle § 40 odst. 1, 2 zákona č. [48/1997](#) Sb. jsou zdravotní pojišťovny (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky – viz. zákon č. [511/1991](#) Sb.; rezortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny – viz. zákon č. [280/1992](#) Sb.) povinny uhradit zdravotnickým zařízením (či jiným

subjektům, které jsou podle § 17 odst. 13 zákona č. [48/1997](#) Sb. oprávněny poskytovat zdravotní péči) zdravotní péči, kterou v souladu s tímto zákonem pojištěncům poskytly. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytovaná na území České republiky; ze zdravotního pojištění se pojištěncům uhradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky (§ 14 zákona č. [48/1997](#) Sb.).

Z citovaných ustanovení vyplývá, že pojištěnec, jímž je osoba definovaná v § 2 odst. 1 zákona č. [48/1997](#) Sb., má v rozsahu odpovídajícímu zákonné úpravě právo na bezplatnou zdravotní péči ve smyslu neplacení přímé úhrady za zdravotní péči. Náklady s touto péčí spojené a vyjádřené hodnotou bodu a výší úhrad hrazených ze zdravotního pojištění představují peněžní pohledávku subjektů poskytujících zdravotní péči (§ 18 odst. 1 zákona č. [48/1997](#) Sb.) vůči některé z výše uvedených zdravotních pojišťoven. Zásadou tedy je, že sám pojištěnec právo na peněžní plnění nemá. Ustanovení § 14 věta druhá zákona č. [48/1997](#) Sb. představuje výjimku z této zásady. To, že má pojištěnec právo na úhradu příslušné částky, která souvisí s náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině, je však pouze vyjádřením toho, aby mu i v tomto případě byla zdravotní péče poskytnuta bezplatně (pochopitelně za podmínek odpovídajících úhradě zdravotní péče poskytnuté na území České republiky). Z tohoto pohledu má pojištěnec vůči zdravotní pojišťovně právo na peněžní plnění tehdy, pokud náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině vynaložil ať již přímo subjektu, který zdravotní péči poskytl, či ve smyslu ustanovení § 454 a § 456 občanského zákoníku subjektu, který za pojištěnce plnil co po právu měl pojištěnec plnit sám (v daném případě by plnění žalobkyně za N. G. naplnilo znak bezdůvodného obohacení pouze v rozsahu, v němž by žalobkyně plnila nad rámec svých povinností vyplývajících ze smlouvy o cestovním pojištění a nárok podle § 14 zákona č. [48/1997](#) Sb. by N. G. vznikl tehdy, pokud by takové bezdůvodné obohacení žalobkyni „vydala“).

I když dovolací soud souhlasí s právním závěrem odvolacího soudu, že peněžní pohledávka vzniklá podle § 14 věta druhá zákona č. [48/1997](#) Sb. je obecně vzato způsobilá postoupení na jiného věřitele podle § 524 a násl. občanského zákoníku (ve smyslu § 3 odst. 2 zákona č. [48/1997](#) Sb. zaniká dnem úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého zdravotní pojištění a nikoliv peněžní pohledávka z tohoto pojištění vzniklá), je zřejmé, že napadený rozsudek spočívá na nesprávném právním posouzení věci. Vycházejí z jiného právního závěru ohledně vzniku nároku podle § 14 věta druhá zákona č. [48/1997](#) Sb. totiž odvolací soud nezkoumal, zda nezletilá N. G. náklady na nutné a neodkladné léčení v cizině vynaložila.

Nejvyšší soud bez nařízení jednání (§ 243a odst. 1 o. s. ř.) z důvodů výše uvedených napadený rozsudek v dovoláním dotčeném rozsahu zrušil a věc vrátil odvolacímu soudu k dalšímu řízení (§ 243b odst. 1, 2, 5 o. s. ř.).

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

Další články:

- [Právo na odměnu při opětném prodeji originálu uměleckého díla](#)
- [Styk nezletilého s prarodiči \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)

- [Zástavní právo a směnka, insolvence](#)
- [Incidenční spory, propadnutí věci \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Oddlužení, poučovací povinnost soudu \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Úpadek a směnka](#)
- [Insolvenční řízení \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Insolvence \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Náhrada škody](#)
- [Nemajetková újma \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Soudní poplatek \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)