



ČESKÁ REPUBLIKA  
ROZSUDEK  
JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedy Milana Taubera, soudkyně Pavly Klusáčkové a soudce Vadima Hlavatého ve věci

žalobce: **R. M.**  
bytem X  
zastoupený advokátkou JUDr. Klárou Dvořákovou  
se sídlem Praha 8, Za Poříčskou branou 21/365

proti  
žalované: **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**  
se sídlem Praha 3, Orlická 4/2020

o žalobě proti rozhodnutí revizní komise žalované ze dne 10. 5. 2023, č. j. VZP-23-02552515-D4GE,

takto:

- I. Žaloba se zamítá.
- II. Žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení.

Odůvodnění:

Shodu s prvopisem potvrzuje S.Š.

## I. Základ sporu

1. Žalobce se podanou žalobou domáhal přezkoumání a zrušení v záhlaví uvedeného rozhodnutí, kterým revizní komise žalované zamítla jeho odvolání a potvrdila rozhodnutí žalované ze dne 21. 2. 2023, č. j. VZP-23-01076824-S8941. Prvostupňovým rozhodnutím bylo podle § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), a podle § 67 a násl. zákona č. 500/2004 Sb., správní řád (dále jen „správní řád“), vyhověno žádosti žalobce o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby, za kterými žalobce cíleně vycestoval bez předchozího souhlasu žalované do Německa, a žalobci byla přiznána náhrada nákladů ve výši 47 367,82 Kč.

## II. Obsah žaloby

2. V podané žalobě žalobce v prvním žalobním bodě namítal, že napadené rozhodnutí vychází z chybné interpretace a aplikace § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. a že je nesprávné. Konkrétně tvrdil, že z žádného ustanovení zákona č. 48/1997 Sb. nevyplývá, že by úhrada měla být kalkulována jiným způsobem, než upravuje § 14 odst. 3 a § 17 zákona č. 48/1997 Sb., nebo že by výše úhrady měla být stanovena na základě DRG systému. Dle žalobce revizní komise měla podrobně zkoumat a vypořádat námitky žalobce obsažené v jeho odvolání, neboť směřují k obecnější námitce, že způsob kalkulace neodpovídá zákonné regulaci úhrady vyplývající ze zákona č. 48/1997 Sb. Revizní komise tak měla při kalkulaci úhrady zohlednit, že z předložených podkladů vyplývá, že absolvoval dvě samostatná vyšetření v podobě gastroendosonografie ze dne 6. 12. 2022 a ERCP ze dne 7. 12. 2022. V rámci rozhodnutí je však uveden pouze jeden úkon označený jako „*Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní*“. Žalobce dále nesouhlasil s klasifikací provedeného úkonu jako 07-M02-04 (Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2). Z předložené dokumentace (jakožto i z dokumentace evidované o žalobci žalovanou, min. v rozsahu předchozí žádosti o náhradu nákladů) je zřejmé, že žalobce již absolvoval ERCP i předchozí gastrosonografie. Proto by správné určení provedeného úkonu mělo být 07-M02-01 „*Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní*“. Rovněž pak žalobce nesouhlasil s klasifikací uvedenou jako CC=0-2, kdy závažnost onemocnění včetně hrozící polymorbidity (diabetes melitus) naplňuje klasifikaci CC=3-4. Dále došlo k provedení laboratorního vyšetření dne 6. 12. 2022 a dne 8. 12. 2022, kdy je zřejmé, že i tyto úkony jsou součástí zdravotních služeb jako diagnostická péče, avšak v rozhodnutí nebyla jejich náhrada stanovena. Dále je zřejmé, že žalobce byl hospitalizovaný od 6. 12. 2022 do 9. 12. 2022, přičemž lůžková péče spočívající v hospitalizaci patří mezi hrazené zdravotní služby. K uvedené argumentaci žalobce navrhl, aby k výši úhrady zdravotní péče, pokud by byla čerpána na území České republiky, byl zpracován znalecký posudek z oblasti kalkulace úhrad zdravotních služeb s cílem stanovit výši úhrady v souladu se zákonem č. 48/1997 Sb.
3. Ve druhém žalobním bodě žalobce namítal, že se revizní komise nevypořádala s uplatněnými námitkami žalobce. Tvrdil, že revizní komise pouze obecně odkazuje na zákonná ustanovení a opětovně konstatuje, jakým způsobem v obdobných případech kalkuluje výši náhrady, aniž by vysvětlila, proč v rozhodnutí nezohlednila námitky žalobce. Žalobce v odvolání vznesl několik námitek, pro které považoval prvostupňové rozhodnutí za nesprávné a nezákonné. Revizní komise nijak nevysvětlila, z jakého důvodu nebylo v kalkulaci zohledněno, že byly provedeny dva zdravotní výkony (gastroendosonografie a ERCP), že Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

byla provedena laboratorní vyšetření a že žalobce byl v souvislosti s provedenými výkony také hospitalizován. Revizní komise přesvědčivě nezdůvodnila ani svůj závěr k námitce žalobce, že namísto kvalifikace 07-M02-04 měla být stanovena kvalifikace 07-M02-01. K tomu žalobce odkázal na rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 8 As 170/2016-86, s tím, že žalobou napadené rozhodnutí je nepřezkoumatelné pro nedostatek důvodů. Za zcela nepřipadnou žalobce považoval argumentaci revizní komise uvedenou v bodě 23 napadeného rozhodnutí.

4. Ve třetím žalobním bodě žalobce namítal, že žalovaná nesprávně formulovala výrok rozhodnutí, když nezohlednila, že částka uplatňovaná žalobcem v žádosti je vyšší než částka přiznaná žalovanou k úhradě. Žalovaná tedy měla rozhodnutí rozdělit na výrok, kterým část požadované úhrady přiznává, a výrok, kterým část požadované úhrady zamítá. K tomu žalobce odkázal na judikaturu Nejvyššího správního soudu k oddělitelnosti jednotlivých výroků rozhodnutí, konkrétně rozhodnutí ve věci č. j. 8 Afs 75/2006-96 a č. j. 2 As 45/2008-60.
5. Ve čtvrtém žalobním bodě žalobce tvrdil, že se revizní komise v napadeném rozhodnutí odchýlila od své rozhodovací praxe v obdobných případech. V napadeném rozhodnutí bez konkrétního zdůvodnění nezohlednila platby v zahraničí, které v předešlých rozhodnutích zohlednila. Tímto postupem zasáhla do legitimního očekávání žalobce a porušila § 2 odst. 4 správního řádu. Žalobce ve vztahu ke zdravotní péči čerpané v Německu podal již tři žádosti. V rozhodnutí k žádosti z května 2022 žádal o náhradu nákladů ve výši 6 619,39 EUR, žalovaná žalobci přiznala náhradu ve výši 118 295 Kč, tj. ve výši cca 75% požadované náhrady. V kalkulaci přitom vycházela z vyhlášky, kterou se stanoví seznam výkonů, a úhradové vyhlášky pro rok 2020 a 2021. V rámci kalkulace pak zohlednila např. laboratorní vyšetření. Žalobce byl přesvědčen, že s ohledem na dosavadní rozhodovací praxi žalované mohl legitimně očekávat, že žalovaná při kalkulaci náhrady v napadeném rozhodnutí bude vycházet ze stejného způsobu kalkulace a bude zohledňovat obdobné výkony/vyšetření, resp. „položky“ čerpané péče. Legitimně mohl očekávat také to, že poskytnutá úhrada bude odpovídat přibližně 75 % požadované úhrady. V napadeném rozhodnutí však žalovaná výši náhrady stanovila jiným způsobem a položky, které doposud zohledňovala, bez potřebného odůvodnění zohlednit odmítla. Z požadované úhrady žalovaná přiznala ani ne třetinu požadované náhrady.
6. Konečně v pátém žalobním bodě žalobce namítal, že revizní komise nedostatečně zjistila skutkový stav věci. Žalobce v odvolání uvedl, že nesouhlasí s klasifikací provedeného úkonu jako 07-M02-04, neboť z přiložené dokumentace vyplývá, že žalobce již tato vyšetření absolvoval. Správné určení provedeného výkonu proto mělo být 07-M02-01. Žalobce zároveň v odvolání nesouhlasil s klasifikací diagnózy uvedenou jako CC=02, kdy závažnost onemocnění včetně hrozící polymorbidity (diabetes melitus) naplňuje klasifikaci CC=3-4. K námitce, že nebyla stanovena náhrada za dvě laboratorní vyšetření, uvedla revizní komise pouze to, že systém DRG hodnotí komplexně celý hospitalizační případ. Vzhledem k tomu, že revizní komise neměla, resp. nemohla mít za prokázané, zda došlo, či nedošlo k provedení vyšetření v době před či po hospitalizaci žalobce, a nevyzvala žalobce, aby k prokázání skutkového stavu předložil potřebné podklady, nemohla rozhodnout o nepřiznání úhrady za obě provedená vyšetření. K tomu žalobce odkázal na rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ve věci sp. zn. 6 Ads 61/2012. Revizní komise si tak měla opatřit dokumentaci prokazující, kdy došlo k oběma vyšetřením, případně vyzvat žalobce, aby takové podklady předložil.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

### III. Vyjádření žalované k podané žalobě a související vyjádření

7. Ve vyjádření k podané žalobě žalovaná navrhl, aby soud žalobu zamítl.
8. K prvnímu žalobnímu bodu žalovaná uvedla, že při výpočtu náhrady nákladů byla v souladu s § 14a zákona č. 48/1997 Sb. aplikována vyhláška č. 134/1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vyhláška č. 396/2021 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022 (dále jen „úhradová vyhláška“) a cenový předpis Ministerstva zdravotnictví č. 1/2022/CAU ze dne 27. října 2021 (Věstník MZ ČR, částka 13/2021) (dále jen „cenový předpis“). Konkrétně žalovaná poukázala na § 5 odst. 1 a přílohu č. 1 a 10 úhradové vyhlášky a na oddíl C cenového předpisu. Uzavřela, že bylo postupováno v souladu s § 14a zákona č. 48/1997 Sb.
9. Žalovaná nesouhlasila s tím, že by se nevypořádala s uplatněnými námitkami žalobce. Revizní komise v odůvodnění podrobně popsala postup stanovení náhrady, přičemž byly řádně přezkoumány a vypořádány veškeré žalobcovy námitky. V bodě 20 napadeného rozhodnutí bylo konstatováno, že *„v rámci odborného přezkumu v odvolacím řízení bylo na základě námitek pojištěnce vloženo maximum možných dalších diagnóz i výkonů“*. Pokud jde o námitku žalobce, že byly provedeny dva zdravotní výkony (gastroendosonografie a ERCP), z přehledu o provedených výkonech vyplývá, že ERCP a gastroendosonografie byly při stanovení náhrady zohledněny.
10. K námitce žalobce, že v kalkulaci nebylo zohledněno, že byla provedena laboratorní vyšetření a že žalobce byl v souvislosti s provedenými výkony také hospitalizován, je v napadeném rozhodnutí uvedeno, že *„systém DRG hodnotí komplexně celý hospitalizační případ, včetně všech použitých nejen terapeutických, ale i diagnostických postupů, včetně laboratorních a rtg. vyšetření, i lékařských konzultací“*. Náhrada nákladů byla v projednávaném případě posuzována právě s ohledem na to, že byl žalobce v souvislosti s provedenými výkony hospitalizován. Laboratorní vyšetření provedená v rámci hospitalizace nemohou být posuzována odděleně od hospitalizace, jelikož jsou již zahrnuta v hodnocení případu systémem CZ-DRG.
11. K námitce žalobce, že namísto klasifikace 07-M02-04 měla být stanovena klasifikace 07-M02-01, bylo v odůvodnění napadeného rozhodnutí uvedeno, že výstupy z programu CZ-DRG probíhají jen v závislosti na vložených datech, výsledek klasifikace (DRG skupina) nemůže být upraven (tj. zvýšen či snížen) žádným subjektivním zásahem, přičemž revizní lékař musí důsledně respektovat doloženou lékařskou zprávu a nemůže přidávat data, která v ní uvedena nejsou. Ačkoliv revizní lékař v odvolacím řízení do programu vložil maximum možných dat, výsledek klasifikace zůstal nezměněn. Revizní lékař rovněž ve svém stanovisku ze dne 4. 4. 2023 konstatoval, že z výsledků podrobnější analýzy co do hospitalizačních případů v předchozích letech (od roku 2021), které naplnily klasifikaci CC=3-4, vyplynulo, že *„jde o velmi ojedinělé případy (každoročně kolem pěti), kdy jde o větší množství současně konstatovaných komplikací a komorbidit (nejčastěji mezi čtyřmi až sedmi), ale zejména o jejich závažnost. V záznamech se kromě diagnóz skupin „C“ (zhoubné nádory) vyskytují akutní záněty např. A415, A417, A419 (nebezpečné bakteriální sepse), záněty plic, pobřišnice aj., např. J189 (pneumonie), K650 (peritonitis) nebo další vážné stavy, např. N17 (různé formy selhání ledvin), komplikované dalšími komorbiditami, zejména skupin „I“ (choroby srdeční apod.). Vzácně se vyskytla i psychiatrická diagnóza (F058 – delirium). Obvykle šlo jen o krátkodobé hospitalizace, které končí brzkým přeložením na jiné oddělení k léčení dalšího onemocnění.“*

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

12. Žalovaná nesouhlasila, že by byl výrok formulován nesprávně. Uvedla, že pojištěnec podává žádost o náhradu nákladů, které vynaložil na zdravotní služby v zahraničí, přičemž tato náhrada je omezená co do rozsahu příslušnými právními předpisy. Nejedná se tedy o žádost o vyplacení částky, kterou pojištěnec v zahraničí uhradil. Pojištěnec je sice povinen v žádosti uvést celkovou částku, kterou v zahraničí hradil, tato částka však představuje horní hranici, nad kterou nelze náhradu nákladů přiznat. V řízení není rozhodováno, zdali má být uhrazená částka pojištěnci přiznána, ale zdali byly v případě pojištěnce splněny podmínky pro přiznání náhrady nákladů. Je-li žádosti pojištěnce vyhověno, je mu přiznána náhrada nákladů zcela v souladu s právními předpisy. Rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ve věcech sp. zn. 8 Afs 75/2009 a sp. zn. 2 As 45/2008 nejsou přílehlavá.
13. Žalovaná odmítla, že by se v napadeném rozhodnutí odchýlila od své rozhodovací praxe v obdobných případech. Žalovaná ve vztahu k žalobci eviduje pouze jednu další žádost, a to žádost ze dne 27. 5. 2022. Žalobce v tomto případě skutečně v Německu uhradil náklady ve výši 6 619,39 EUR a rozhodnutím žalované ze dne 8. 8. 2022, č. j. VZP-22-03523961-A921, mu byla přiznána náhrada nákladů ve výši 118.295,24 Kč. V tomto případě se ale nejednalo o skutkově shodný nebo podobný případ. Náhrada nákladů je vždy posuzována ve vztahu ke zdravotním službám, které byly pojištěnci v konkrétním případě poskytnuty, jsou doloženy v lékařské dokumentaci a za jejichž poskytnutí byl pojištěnec nucen zaplatit. Na základě skutečnosti, že je v řízení o dřívější žádosti přiznána určitá částka, nelze bez dalšího automaticky předpokládat, že v řízení o jiné žádosti bude poměr mezi výší náhrady a částkou vynaloženou v zahraničí stejný. Výše náhrady v předchozím případě byla stanovena s ohledem na zdravotní služby, jejichž náhrady nákladů se žalobce domáhal v tomto konkrétním případě. Zásadním rozdílem mezi oběma případy je i skutečnost, že v předchozí žádosti se jednalo o náklady za zdravotní služby poskytnuté žalobci ambulantně, zatímco v nyní projednávaném případě se jedná o náklady za zdravotní služby v souvislosti s hospitalizací. Úhradová vyhláška stanoví způsoby úhrady pro různé typy zdravotní péče. Úhrada lůžkové péče a péče ambulantní je upravena odlišně. Žalovaná tedy postupovala v souladu s českou právní úpravou, když při výpočtu náhrady nákladů za hospitalizaci žalobce postupovala jinak než v případě výpočtu náhrady nákladů za zdravotní služby poskytnuté ambulantně.
14. Žalovaná odmítla, že by nedostatečně zjistila skutkový stav věci. K možnosti klasifikace případu do DRG skupiny 07-M02-01 či 07-M02-02 (u pacientů s CC=3-4) žalovaná odkázala na výše uvedené. Dále uvedla, že z označení DRG skupiny 07-M02-01 „*Opakovaný endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní*“ nelze vyvozovat, že do této DRG skupiny musí být zařazeny případy, kdy pojištěnec již někdy v minulosti takový výkon podstoupil. Jedná se zejména o výkony opakované v mezích daného hospitalizačního případu. Není poté pravdou, že k námitce žalobce, že nebyla stanovena náhrada za dvě laboratorní vyšetření, uvedla žalovaná pouze to, že systém DRG hodnotí komplexně celý hospitalizační případ, proto „*přiznat samostatnou náhradu za jakékoliv jiné zdravotní služby mimo hospitalizaci by bylo možné jen tehdy, pokud by bylo prokázáno, že byly poskytnuty v době před hospitalizací nebo případně po ní*“. V rozhodnutí revizní komise bylo v bodě 21 konstatováno, že „*systém DRG hodnotí komplexně celý hospitalizační případ, včetně všech použitých nejen terapeutických, ale i diagnostických postupů, včetně laboratorních a rtg. vyšetření, i lékařských konzultací*“. Laboratorní vyšetření provedená v rámci hospitalizace jsou tedy v hodnocení zahrnuta. Nelze přitom pojištěnci přiznat náhradu za zdravotní službu dvakrát, tedy jednou jako součást lůžkové péče a podruhé jako součást ambulantní péče, o kterou se ale v případě žalobce nejednalo. K námitce Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

žalobce, že žalovaná měla opatřit dokumentaci prokazující, kdy došlo k oběma vyšetřením, případně vyzvat žalobce, aby takové podklady předložil, žalovaná uvedla, že žádná další dokumentace k posouzení žádosti nebyla třeba, jelikož z předložených podkladů vyplývá, že laboratorní vyšetření byla vykázána a vyúčtována v rámci hospitalizace žalobce v období od 6. 12. 2022 do 9. 12. 2022.

15. V replice ze dne 17. 10. 2023 žalobce zopakoval svá tvrzení z podané žaloby.

#### IV. Posouzení žaloby Městským soudem v Praze

16. Městský soud v Praze přezkoumal žalobou napadené rozhodnutí v rozsahu uplatněných žalobních bodů, jimiž je vázán [§ 75 odst. 2 věta první zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní (dále jen „s. ř. s.“)], a vycházel přitom ze skutkového i právního stavu, který tu byl v době rozhodování správního orgánu (§ 75 odst. 1 s. ř. s.).

17. Soud při posouzení věci vyšel z následující právní úpravy:

- Podle § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Jestliže je náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby podmíněna udělením předchozího souhlasu podle § 14b, poskytne se mu náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen.
- Podle § 14 zákona č. 48/1997 Sb. výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 se stanoví na základě tohoto zákona, vyhlášky vydané podle § 17 odst. 4, cenového předpisu, opatření obecné povahy podle § 15 odst. 5 a rozhodnutí Ústavu podle části šesté účinných ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí; to platí obdobně i pro náhradu nákladů, které pojištěnci vznikly v souvislosti s čerpáním zdravotních služeb v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace, k němuž bylo vydáno povolení podle koordinačních nařízení zajišťující hrazení těchto zdravotních služeb (dále jen „povolení podle koordinačních nařízení“).

18. Soud o podané žalobě uvážil následovně:

19. Soud se předně zabýval třetím žalobním bodem, konkrétně tedy námitkou nesprávně formulovaného výroku prvostupňového rozhodnutí. Podle tvrzení žalobce by měl být výrok rozdělen na dvě části, a to část, kterou se požadovaná úhrada přiznává, a část, kterou se požadovaná úhrada zamítá. Tuto námitku žalobce poprvé vznesl až v podané žalobě, a tedy revizní komise se uvedenou námitkou v napadeném rozhodnutí nezabývala. Pro posouzení uvedené námítky soud považoval za rozhodné znění žádosti žalobce, neboť obecně předmět řízení o žádosti určuje právě žádost žadatele. Žalobce svoji žádost označil jako „*Žádost o náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby poskytnuté v zahraničí*“. V úvodu podané žádosti pak žalobce výslovně upozornil, že za zdravotními službami cíleně vycestoval do zahraničí, a to bez předchozího souhlasu žalované. Dále žalobce rozvedl důvody, pro které čerpal zdravotní služby v zahraničí. Následně konstatoval, že uhradil částku 7 239,98 €. Shrnul, že ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb. žádá refundaci vynaložených nákladů, neboť provedená léčba spadá pod léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Uzavřel, že byl poučen o důsledcích volby způsobu náhrady nákladů a o svých právech a povinnostech jako účastníka správního řízení. Na základě podané žádosti dospěl

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

soud k závěru, že žalobce svojí žádostí žalovanou požádal o vydání rozhodnutí ve věci svého práva na náhradu nákladů vynaložených na zdravotní služby čerpané v zahraničí podle § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., nikoliv o úhradu částky 7 239,98 € v plné výši. K uvedenému závěru soud dospěl na základě označení podané žádosti, kdy žalobce výslovně odkázal na své právo na náhradu nákladů na hrazené přeshraniční služby (nikoliv na hrazenou částku), a zejména zjištění, že žalobce v podané žádosti odkázal na rozhodné skutečnosti ve věci náhrady nákladů vynaložených na zdravotní služby čerpané v zahraničí ve smyslu § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., a to že žalobce do zahraničí vycestoval za účelem čerpání zdravotních služeb (1) cíleně a (2) bez předchozího souhlasu žalované. V tomto případě, uzná-li zdravotní pojišťovna nárok žadatele oprávněným, žadateli náleží náhrada nákladů hrazených služeb, avšak pouze do výše, která by byla poskytnuta na území ČR. Částka hrazená žadatelem zahraničnímu poskytovateli zdravotních služeb je pro toto řízení relevantní jen v rovině maximální výše úhrady, kterou lze pojištěnci přiznat. Právě z tohoto důvodu pak je žalobcem hrazená částka v žádosti uvedena. Uvedených skutečností si musel být žalobce nutně vědom, neboť jak sám v podané žalobě uvedl, nejednalo se o jeho první žádost o náhradu nákladů na zdravotní služby čerpané v zahraničí.

20. Pokud soud dospěl k závěru, že žalobce svojí žádostí požádal o náhradu nákladů na čerpání zdravotních služeb v zahraničí podle § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., nelze současně dospět k jinému závěru, než že výrok prvostupňového rozhodnutí je formulován v souladu s uvedeným ustanovením. Z § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. totiž vyplývá, že pojištěnci náleží právo požádat o náhradu nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby. Je-li žádost pojištěnce shledána oprávněnou, má pojištěnec dle § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. právo na náhradu nákladů na hrazené přeshraniční služby, avšak pouze do výše nákladů hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území ČR. Z výše uvedeného vyplývá, že v průběhu řízení o žádosti o náhradu nákladů na hrazené přeshraniční služby je ze strany správních orgánů posuzována toliko otázka, zda je žádost pojištěnce oprávněná, a v případě že tomu tak je, je žalobci přiznána taková náhrada nákladů, která by byla poskytnuta na území ČR. Výše nákladů, kterou žalobce za poskytnuté přeshraniční služby uhradil, je pro toto řízení relevantní jen v rovině maximální výše úhrady, kterou lze pojištěnci přiznat. Pojištěnci nemůže být přiznána vyšší úhrada než ta, kterou skutečně vynaložil. Tedy v řízení o žádosti o náhradu nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby není posuzována otázka, do jaké výše z již pojištěncem vynaložené částky by měla být tomuto pojištěnci úhrada přiznána, ale toliko oprávněnost podané žádosti pojištěnce. S ohledem na výše uvedené soud dospěl k závěru, že výrok prvostupňového rozhodnutí je formulován v souladu s § 14 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. Odkaz žalobce na rozhodnutí Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 7. 2008, č. j. 2 As 45/2008-60, není relevantní, neboť v posuzovaném případě byla ze strany správních orgánů posuzována jedna žádost žalobce spojená s jediným nárokem žalobce, tj. nárokem na náhradu nákladů vynaložených na hrazené přeshraničních služby.
21. První žalobní bod, ve kterém žalobce rozporoval použití klasifikačního systému CZ-DRG, neshledal soud důvodným. Nedůvodnost námítky žalobce vyplývá z relevantní právní úpravy. Konkrétně ve smyslu § 14a zákona č. 48/1997 Sb. se výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 3 tohoto zákona stanoví zejména na základě zákona č. 48/1997 Sb., úhradové vyhlášky a cenového předpisu. Ustanovení § 5 odst. 1 úhradové vyhlášky pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče odkazuje na přílohu č. 1 úhradové vyhlášky. Podle této přílohy, konkrétně části A) Hrazené služby podle § 5 odst. 1, bodu 1., pak úhrada poskytovali v hodnoceném období zahrnuje úhradu formou případového paušálu podle Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

bodu 5. Podle bodu 5 uvedené části se stanoví úhrada formou případového paušálu podle CZ-DRG. Podle odst. 5. 1. této části „Úhrada formou případového paušálu zahrnuje hrazené služby zařazené podle Klasifikace do skupin vztažených diagnóz uvedených v příloze č. 10, částech B, G a H k této vyhlášce“. V příloze č. 10 úhradové vyhlášky jsou pak upraveny skupiny vztažené k diagnóze podle Klasifikace s relevantními váhami těchto skupin. Pro skupinu CZ-DRG báze kód O7-M02, CZ-DRG skupina kód 07-M02-04, „Endoskopický nebo radiologický výkon pro onemocnění hepatobiliární soustavy nebo slinivky břišní mimo akutní zánět a zhoubný novotvar u pacientů s CC=0-2“ je stanovena CZ-DRG relativní váha 0,7611. Dále pak soud odkazuje na cenový předpis, konkrétně oddíl C bod 3, ze kterého vyplývá, že pro účely výpočtu výše náhrady nákladů na akutní lůžkovou péči se hospitalizace klasifikuje podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů (podle sdělení Českého statistického úřadu č. 217/2021 Sb., o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů CZ-DRG) platných pro kalendářní rok, ve kterém došlo k čerpání přeshraničních služeb. Náhrada nákladů za hospitalizaci se stanoví jako součin příslušné relativní váhy pro rok 2022 uvedené v úhradové vyhlášce 2022 (viz výše) a technické sazby ve výši 62 236 Kč. V projednávaném případě tedy jako součin čísel 0,7611 a 62 236 = 47 367,82. Na základě shora uvedeného soud dospěl k závěru, že použití klasifikačního systému CZ-DRG má oporu v relevantní právní úpravě. Vycházela-li revizní komise při stanovení výše náhrady nákladů na zdravotní služby čerpané v zahraničí z tohoto systému, postupovala v souladu s právní úpravou. Pro úplnost soud uvádí, že použití § 17 zákona č. 48/1997 Sb., na které poukazuje žalobce v podané žalobě, nemůže vzhledem k jednoznačnému znění § 14a tohoto zákona obstát.

22. Nelze přisvědčit tvrzení žalobce, že se revizní komise nezabývala uplatněnými námitkami. Z napadeného rozhodnutí vyplývá, že revizní komise žalobci nejprve vysvětlila, jak funguje klasifikační systém CZ-DRG, konkrétně, že revizní lékař na základě předložené lékařské zprávy vkládá data do programu, který provádí výslednou klasifikaci. Tato klasifikace pak nemůže být revizním lékařem měněna. Následně revizní komise žalobci objasnila, jaké konkrétní informace byly, na základě jím předložené lékařské zprávy, do programu vloženy. Konečně byl žalobce informován, že (i přes vložení maxima možných dalších diagnóz) výsledná skupina DRG nebyla změněna, tedy že DRG skupina 07-M02-4 byla určena správně. Revizní komise tak nepřisvědčila tvrzení žalobce, podle kterého měl být zařazen do DRG skupiny 07-M02-01. K námitkám žalobce z napadeného rozhodnutí vyplývá, že zdravotní výkony spočívající v Gastroendosonografii a v ERCP byly do příslušného programu revizním lékařem vloženy (viz poslední tabulka na straně 5), tedy při stanovení výsledné skupiny DRG byly zohledněny. Tvrzení žalobce, že tomu tak nebylo, je tedy liché. Dále byl žalobce informován, že systém CZ-DRG hodnotí komplexně celý hospitalizační případ, včetně všech použitých nejen terapeutických, ale i diagnostických postupů, včetně laboratorních a rtg. vyšetření, i lékařských konzultací. Jinými slovy z napadeného rozhodnutí vyplývá, že provedené laboratorní vyšetření, hospitalizace apod. systém zohledňuje sám o sobě, a tedy opětovně již nemohou být zohledněny. Jejich zohlednění by bylo možné pouze v případě, pokud by bylo prokázáno, že k nim došlo v době před hospitalizací nebo po ní. To však z žalobcem předložených podkladů nevyplývá. Skutečnost, že v projednávaném případě byla zohledněna hospitalizace, ostatně vyplývá i z ukázky klasifikačního systému CZ-DRG v napadeném rozhodnutí, kdy je poukazováno na hospitalizační případ, zároveň je výslovně zaznamenáno, že hospitalizace byla ukončena propuštěním do ambulantní péče. Pokud jde o tvrzení žalobce, že závažnost onemocnění měla být klasifikována jako CC=3-4, soud uvádí, že žalobce toliko obecně poukázal na

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

závažnost svého onemocnění a hrozící polymorbidity (diabetes melitus). Jak však bylo v napadeném rozhodnutí uvedeno, závažnost onemocnění žalobce byla revizním lékařem zohledněna, kdy do předmětného programu bylo vloženo maximum informací vyplývajících z žalobcem předložené lékařské zprávy, včetně např. neurčeného diabetu (viz klasifikační systém CZ-DRG – část informací o vedlejších diagnózách), DRG skupina však zůstala zachována. Jinými slovy předmětný program dokáže závažnost onemocnění zohlednit (viz zohlednění neurčeného diabetu), avšak v projednávaném případě závažnost onemocnění žalobce nepřipouštěla jím uváděnou klasifikaci.

23. Na základě shora uvedeného má soud za to, že se revizní komise odpovídajícím způsobem zabývala námitkami žalobce a současně žalobci sdělila, proč je nepovažuje za důvodné. Napadené rozhodnutí tak je přezkoumatelné. Nad rámec výše uvedeného soud sděluje, že pro posouzení věci považoval za rozhodné, že žalobce v žalobě, stejně jako v odvolání, zpochybňoval použití klasifikačního systému CZ-DRG a rovněž i správními orgány zjištěnou DRG skupinu. V žádném z uvedených podání však žalobce nebyl schopen konkrétně zpochybnit postup správních orgánů, tedy zejména správnost informací, které byly ze strany revizního lékaře do předmětného programu na základě žalobcem předložené lékařské zprávy vloženy. Pro určení DRG skupiny však jsou tyto vstupní informace zásadní (určující). Samotné vyhodnocení vstupních informací pak není závislé na uvážení revizního lékaře, ale je prováděno systémem CZ-DRG.
24. K nesouhlasu žalobce s argumentací revizní komise uvedenou v bodě 23 napadeného rozhodnutí soud uvádí, že se nejedná o nosný důvod napadeného rozhodnutí. Jako takový tento bod tedy nemůže vést ke zrušení napadeného rozhodnutí. Bez ohledu na výše uvedené soud k argumentaci žalobce uvádí, že bod 23 napadeného rozhodnutí nepoukazuje na odlišnost přístupu mezi pojištěnci různých členských států, ale na rozlišnost v přístupu poskytovatelů zdravotních služeb k pojištěnci, za něhož náklady na zdravotní službu zpravidla hradí pojišťovna, a samoplátci, kteří si poskytnuté zdravotní služby hradí sami. Při čerpání zdravotních služeb, za kterými žalobce vycestoval bez souhlasu své zdravotní služby, pak žalobce vystupoval jako samoplátce, nikoliv jako pojištěnec.
25. Soud nevyhověl návrhu žalobce na zpracování znaleckého posudku z oblasti kalkulace úhrad zdravotních služeb. Žalobce relevantním způsobem v podané žalobě a rovněž ani v průběhu správního řízení závěry správních orgánů týkající se stanovené výše úhrady nezpochybnil. Žalobci pak nic nebránilo si uvedený znalecký posudek opatřit a soudu předložit.
26. K námitce porušení zásady legitimního očekávání (viz čtvrtý žalobní bod) soud uvádí, že žalobce v podané žalobě odkázal na tři žádosti, které podal, avšak žádnou z těchto žádostí soudu nepředložil a nedoložil ani rozhodnutí, kterým žalovaná o těchto žádostí rozhodla. Současně žalobce ani neuvedl konkrétní skutkové okolnosti, které by soudu umožnily posoudit podobnost jednotlivých žádostí žalobce s projednávaným případem. Žalobce pouze v případě třetí žádosti sdělil, že žádal o náhradu nákladů ve výši 6 619,39 € a žalovaná mu přiznala 118 296 Kč, tj. 75 % požadované úhrady. Bylo přitom výhradně na žalobci, aby svá tvrzení jednoznačně konkretizoval a zejména doložil. Žalobcem výše uvedená tvrzení nejsou pro posouzení porušení zásady legitimního očekávání dostatečná. Z těchto tvrzení totiž nikterak nevyplývá, za jaké zdravotní služby žalobce žádal o náhradu nákladů a zda jsou tyto služby (alespoň typově) srovnatelné s projednávaným případem. Výše náhrady nákladů za čerpání zdravotních služeb v zahraničí se pak odvíjí právě od poskytnutých zdravotních služeb. Pro různá odvětví zdravotní služeb (např. zdravotní služby poskytnuté ambulantně, nebo zdravotní služby poskytnuté v souvislosti s hospitalizací) platí odlišná pravidla.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

Žalobce tak soudu nevytvořil podmínky soudního přezkumu. Přes výše uvedené soud žalovanou požádal o předložení rozhodnutí, které na základě námitky žalobce žalovaná blíže specifikovala ve vyjádření k podané žalobě, tj. rozhodnutí ze dne 8. 8. 2022, č. j. VZP-22-03523961-A921. Z uvedeného rozhodnutí vyplývá, že v tomto případě žalobce žádal o náhradu nákladů na zdravotní služby, které čerpal ambulantně. Jedná se tedy o zcela rozdílné zdravotní služby než ty, které jsou předmětem projednávaného případu. Na základě tohoto rozhodnutí tak žalobci nemohlo vzniknout legitimní očekávání.

27. Soud neshledal oprávněným ani pátý žalobní bod, ve kterém žalobce namítal nedostatečné zjištění skutkového stavu. V rámci uvedené námitky žalobce zopakoval námitky o nesouhlasu s klasifikací DRG skupiny 07-M02-4 a klasifikací CC=0-2 a nestanovení náhrady za dvě laboratorní vyšetření. S uvedenými námitkami se soud vyrovnal výše. Soud nepovažuje za přínosné svá tvrzení opakovat. K tvrzení žalobce, že žalovaná nemohla mít za prokázané, zda došlo k provedení vyšetření v době před hospitalizací či po hospitalizaci, soud uvádí, že revizní komise, stejně jako žalovaná v řízení vycházely z podkladů, které jim byly žalobcem předloženy (zejména vyúčtování nákladů a lékařská zpráva). Z těchto podkladů jednoznačně vyplývá, že veškeré zdravotní služby, o jejichž náhradu žalobce požádal, jsou datovány v období od 6. do 9. 12. 2022, tedy vztahují se výlučně k době hospitalizace žalobce. Tedy z podkladů předložených žalobcem vyplývá, že žalobce požádal o úhradu nákladů na zdravotní služby, které čerpal pouze v souvislosti s hospitalizací od 6. 12. 2022 do 9. 12. 2022. S ohledem na uvedené tak tvrzení žalobce o nedostatečném zjištění skutkového stavu neobstojí. Odkaz žalobce na rozsudek Nejvyššího správního soudu sp. zn. 6 Ads 61/2012 s ohledem na odlišnost skutkové situace (viz výše) není relevantní.

#### V. Závěr a rozhodnutí o nákladech řízení

28. Soud tedy neshledal žalobu důvodnou, a proto ji podle § 78 odst. 7 s. ř. s. zamítl.
29. Výrok o nákladech řízení je odůvodněn § 60 odst. 1 s. ř. s., neboť žalobce nebyl ve sporu úspěšný a žalovanému správnímu orgánu žádné náklady v řízení nevznikly.

#### Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení. Lhůta pro podání kasační stížnosti končí uplynutím dne, který se svým označením shoduje se dnem, který určil počátek lhůty (den doručení rozhodnutí). Připadne-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den. Zmeškání lhůty k podání kasační stížnosti nelze prominout.

Kasační stížnost se podává ve dvou (více) vyhotoveních u Nejvyššího správního soudu, se sídlem Moravské náměstí 6, Brno. O kasační stížnosti rozhoduje Nejvyšší správní soud.

Kasační stížnost lze podat pouze z důvodů uvedených v § 103 odst. 1 s. ř. s. a kromě obecných náležitostí podání musí obsahovat označení rozhodnutí, proti němuž směřuje, v jakém rozsahu a z jakých důvodů jej stěžovatel napadá, a údaj o tom, kdy mu bylo rozhodnutí doručeno.

V řízení o kasační stížnosti musí být stěžovatel zastoupen advokátem; to neplatí, má-li stěžovatel, jeho zaměstnanec nebo člen, který za něj jedná nebo jej zastupuje, vysokoškolské právnické vzdělání, které je podle zvláštních zákonů vyžadováno pro výkon advokacie.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.

Soudní poplatek za kasační stížnost vybírá Nejvyšší správní soud. Variabilní symbol pro zaplacení soudního poplatku na účet Nejvyššího správního soudu lze získat na jeho internetových stránkách: [www.nssoud.cz](http://www.nssoud.cz).

Praha dne 31. ledna 2024

Milan Tauber v.r.

předseda senátu

Shodu s prvopisem potvrzuje S. Š.