



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedy JUDr. Ladislava Hejtmánka a soudkyň JUDr. Dany Černé a JUDr. Naděždy Treschlové ve věci žalobce: , bytem v , proti žalované: **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**, se sídlem v Praze 3, Orlická 4/2020, o přezkoumání rozhodnutí orgánu veřejné správy, k žalobě proti rozhodnutí žalované ze dne 6.2.2012, bez čísla jednacího,

t a k t o :

I. Rozhodnutí žalované ze dne 6.2.2012, bez čísla jednacího, označené jako dopis žalobci Robertu Sobotkovi ředitele Oddělení kontroly VZP ČR, se **r u š í** a věc se **v r a c í** žalované k dalšímu řízení.

II. Žalovaná je povinna na náhradě nákladů zaplatit žalobci částku 600,- Kč do jednoho (1) měsíce od právní moci rozsudku.

Od ů v o d n ě n í

1. Žalobce napadl shora uvedený přípis žalované, kterým mu bylo sděleno, že byla posouzena jeho stížnost na postup revizní lékařky, a která nebyla shledána důvodnou. Ve správním řízení nebyla žalobci povolena úhrada zdravotnického prostředku – naslouchadla Phonak Naida V. revizním lékařem žalované, a to podle ust. § 16 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“).
2. Žalobce považoval shora uvedený přípis za správní rozhodnutí a podal proti němu žalobu podle ust. § 65 a násl. zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů – dále jen „s.ř.s.“), a domáhal se jeho zrušení, včetně zrušení stanoviska revizní lékařky a vrácení věci žalovanému k dalšímu řízení. V žalobě uvedl, že stanovisko revizní lékařky mu nebylo vůbec doručováno, dozvěděl se o něm od svého ošetřujícího lékaře. Přesto využil podle razítka na této žádance, kde je uvedeno, že je možné podat stížnost proti takovému postupu, podání této stížnosti, o

níž rozhodla žalovaná shora uvedeným přípisem. Žalobce v žalobě vymezuje tyto konkrétní žalobní body.

3. Rozhodnutí, včetně předchozího řízení, napadl v celém rozsahu. Nejprve rozebírá, z jakého důvodu považuje shora uvedený přípis za rozhodnutí podle ust. § 65 s.ř.s., přičemž poukazuje na judikaturu i zákonnou úpravu. Poukázal na zprávu svého ošetřujícího lékaře, v níž se domáhal uhrazení této zdravotnické pomůcky, kdy lékař uvedl, že u žalobce se jedná o oboustrannou poruchu sluchu, které je pouze částečně kompenzovatelná za pomoci kochleárního implantátu a v tuto chvíli – pod boru využití zbytků sluchu – sluchadlem s maximálním výkonem zesílení a technologií SoundRecovery – frekvenční komprese pro vjem sykavek. S ohledem na druh, stupeň a rozsah těžké sluchové vady pacienta je pomůckou nejméně ekonomicky náročnou pouze sluchadlo Phonak Naida V UP. Výše úhrady za tuto pomůcku činí asi jednu čtvrtinu. Podle názoru žalobce je z ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění prima facie zřejmé, že v případě návrhů podávaných oprávněnými zdravotnickými zařízeními je referenčním hlediskem pouze a výlučně možnost řešení z hlediska konkrétního pojištěnce daná mírou a závažností jeho zdravotního stavu, nikoliv věková hranice pojištěnce, postup revizní lékařky tak nemá oporu v zákoně. Žalobce dále uvedl, že požadovaná výše úhrady na opatření pomůcky činí asi 2,5% nákladů, které by zdravotní pojišťovna uhradila v případě kompenzace při použití kochleárního implantátu; ačkoliv v době sepsu žaloby nelze předjímat dobu, po kterou žalobce může využívat zbytků sluchu a částečně tak kompenzovat těžkou vadu sluchu za pomoci velmi výkonných sluchadel, je v souladu s duchem zákona, aby zdravotní pojišťovna v této chvíli poskytla plnou úhradu této pomůcky. Žalobce tak napadl tento závěr revizní lékařky, poukázal na věkovou hranici uvedenou v příloze č. 3 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění (tedy 2 – 7 let) a poukázal na svou sociální situaci, kdy je poživitelem invalidního důchodu pro invaliditu II. stupně a osobou sám celodenně pečující o babičku ve stupni závislosti IV., s níž sdílí společnou domácnost.
4. K napadenému správnímu rozhodnutí uvádí, že tu danou problematiku na rozdíl od stanoviska revizní lékařky posunuje, která podle jeho názoru rozhodla o něčem jiném, proto neměl být její postup potvrzen, čímž podle jeho názoru zasáhl do jeho práv. Proto považuje následné argumenty předestřené žalovanou za nepodstatné, neboť ty nebyly součástí rozhodnutí správního orgánu prvního stupně a žalobce se jim tak nemohl nijak bránit.
5. Ohledně samotné aplikace ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění namítal, že podle jeho názoru není možné jej aplikovat na jinou přílohu, než přílohu č. 1 k tomuto zákonu, a nemá oporu v reálné rozhodovací praxi jiných zdravotních pojišťoven. S právním názorem, že není možné aplikovat toto ustanovení na péči uvedenou v jiných přílohách k tomuto zákonu, než na péči uvedenou v příloze č. 1 se neztotožňuje ani ministerstvo zdravotnictví v přípise ze dne 26.2.2012, na jehož právní názor odkazuje. Ohledně názoru, který uváděla žalovaná v přípise ze dne 7.3.2012 uvádí, že s ním přichází žalovaná až ex post, odkaz na rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30.1.2002, sp. zn. 33 Odo 389/2001, považuje za nepřipadný, neboť v něm předestřená argumentace postrádá ústavněprávní argumentaci. V této souvislosti nelze přehlížet aktuální právní názor Ústavního soudu na úhradu zdravotní péče, např. nález ze dne 13.9.2011, sp. zn. I. ÚS 2785/08, a argumentaci ministerstva zdravotnictví, které existencí ust. § 16 odůvodňuje soulad reforem zdravotnictví

s ústavním pořádkem (žalobce upozorňuje např. na bod 72 nálezu pléna Ústavního soudu ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08).

6. Žalovaná s žalobou nesouhlasila a navrhovala její zamítnutí jako nedůvodné. Ve vyjádření cituje ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a uvádí, že žalobce jej nesprávně vykládá. Žalovaná je toho názoru, že obsah pojmu „zdravotní péče jinak pojišťovnou nehrazená“ vyložil Nejvyšší soud v rozsudku sp. zn. 33 Odo 389/2001, kdy je možné hradit pouze takovou péči, která je zákonem označena jako nehrazená, nehrazená péče je pak explicitně vymezena v příloze č. 3, oddíl B zákona o veřejném zdravotním pojištění. Celá věc je založena na požadavku plné úhrady zdravotnického prostředku Naida V UP Phonak (maximální cena 19.800,- Kč), přičemž v obvyklém případě je uhrazeno z prostředků zdravotního pojištění maximálně 5.100,- Kč, jedná se tak o kategorii tzv. částečně hrazených zdravotních prostředků. Zákon sám tak předpokládá, že tato skupina zdravotních prostředků bude hrazena částečně, jinak by limitace slovy „nejvýše do“ postrádala smysl. V této věci pak nebyla splněna ani další podmínka, tedy že poskytnutí je jedinou možností zdravotní péče pro pojištěnce s ohledem na jeho zdravotní stav, neboť číselník VZPO obsahuje v příslušné kategorii zdravotních prostředků více srovnatelných zdravotních prostředků, z nichž minimálně jeden z nich má maximální cenu takovou, že jej lze z prostředků veřejného zdravotního pojištění hradit v režimu tzv. plné úhrady.
7. V této věci nebyl předložen žalovanou správní spis, soud tak vycházel z předložené korespondence mezi účastníky, která byla mezi účastníky nesporná, sporným v dané věci je právní posouzení celé věci.
8. Žádankou lékaře Všeobecné fakultní nemocnice, foniatrické kliniky, lékař požádal o zvýšení úhrady – plnou úhradu pro pacienta, v této žádance lékař uvedl, že *„se sluchadlem vpravo dosahuje lepšího efektu, než je běžné po kochleární implantaci (byla zvažována), pro tuto vadu sluchu není Naida V. UP nadstandardní sluchadlo, ale dle testování jediným možným poskytnout takový efekt“*. Na tuto žádanku připsala revizní lékařka žalované své stanovisko: *„Nepovoluji plnou úhradu ZP, nejsou naplněny podmínky pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění, pozn. Platná metodika připouští výjimku plné úhrady sluchadel jen do 18-ti let věku pojištěnce“*.
9. Proti tomuto stanovisku podal žalobce stížnost, o níž rozhodla žalovaná napadeným rozhodnutím, označeným jako dopis žalobci (v textu nedatovaný, účastníci shodně tvrdí, že se jedná o dopis ze dne 6.2.2012). Po konstataci obsahu žádanky žalovaná uvedla, že v obvyklém případě je uhrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění max. 5100,- Kč, z čehož vyplývá, že tento zdravotnický prostředek spadá do kategorie tzv. částečně hrazených zdravotnických prostředků (Příloha č. 3 oddíl C řádek 82 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění). Zákon tak předpokládá, že předmětná skupina zdravotnických prostředků bude hrazena částečně, tato skutečnost pak sama o sobě není způsobila založit jakoukoliv možnost aplikace ust. § 16 zákona o zdravotním pojištění, neboť se musí jednat o potřebu poskytnutí zdravotní péče jinak nehrazené. Další kumulativní podmínkou je poskytnutí této pomůcky jako jediné možnosti zdravotní péče o pojištěnce s ohledem na jeho zdravotní stav. Číselník ZVP-ZP obsahuje v příslušné kategorii zdravotnických prostředků více srovnatelných zdravotnických prostředků, z nichž minimálně jeden z nich má maximální cenu takovou, že jej lze z prostředků veřejného zdravotního pojištění hradit v režimu tzv. plné úhrady; na tuto skutečnost musí proskribující lékař pojištěnce upozornit.

Zdravotnické prostředky v příslušné kategorii jsou vzájemně zaměnitelné co do rozsahu zdravotního stavu pojištěnce a srovnatelné co do efektu poskytnuté zdravotní péče.

10. Městský soud v Praze přezkoumal napadené rozhodnutí, včetně řízení, jež jeho vydání předcházelo, v mezích žalobních bodů, jimiž je vázán, vycházejí přitom ze skutkového a právního stavu, který tu byl v době rozhodnutí správního orgánu (ust. § 75 odst. 1, 2 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů – dále jen „s.ř.s.“), a o důvodnosti podané žaloby uvažil takto.
11. Žaloba je po právu, když napadené správní rozhodnutí soud zrušil částečně pro nezákonnost, částečně pro nepřezkoumatelnost pro nedostatek důvodů rozhodnutí.
12. Před samotným věcným rozbořem právní problematiky soud nejprve uvádí, že napadený přípis (dopis) žalované hodnotí jako rozhodnutí způsobilé soudního přezkumu podle ust. § 65 odst. 1 s.ř.s. V této souvislosti soud poukazuje na žalobcem přiléhavě zmíněné rozhodnutí rozšířeného senátu Nejvyššího správního soudu ze dne 23.3.2005, čj. 6 A 25/2002-42, které shrnuje teoretickou i judikaturní praxi při přezkumu takových rozhodnutí. Soud s tímto rozhodnutím souhlasí a na souzenou věc z něho vychází – při hodnocení, zda je možné přezkoumávat rozhodnutí ve správním soudnictví, není podstatné, zda takové rozhodnutí je tímto způsobem formálně vyhotoveno a tak označeno. Koncepce soudního přezkumu správního rozhodnutí podle ust. § 65 odst. 1 s.ř.s. vychází z toho, že se musí vždy zkoumat naplnění materiálních znaků takového aktu (či spíše přesněji úkonu). V souladu s teorií a judikaturou uvedenou v tomto usnesení rozšířeného senátu Nejvyššího správního soudu v této souzené věci považuje soud sdělení (dopis, přípis) žalované, již projednala stížnost žalobce proti stanovisku revizního lékaře zdravotní pojišťovny, za rozhodnutí v materiálním smyslu slova (a tedy naplňující definici rozhodnutí podle ust. § 65 odst. 1 s.ř.s.), neboť tímto přípisem v reálné rovině zamítla žádost žalobce o poskytnutí úhrady zdravotnické pomůcky, což je postup, který zasahuje do právní sféry žalobce a upravuje práva a povinnosti.
13. Pro úplnost je nutné uvést, že žalovaná tuto skutečnost nijak nerozporovala a k podané žalobě se vyjadřovala tak, že zmíněný dopis považovala za rozhodnutí přezkoumávané ve správním soudnictví podle ust. § 65 a násl. s.ř.s.
14. Pro samotné věcné posouzení právního sporu mezi účastníky je nutné nejprve uvést zákonnou úpravu účinnou ke dni rozhodování žalované.
15. Podle ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění účinném v rozhodném období: *„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.“*
16. Soud souhlasí s žalovanou, že zákon o veřejném zdravotním pojištění předpokládá pro hrazení zdravotní péče dvě podmínky – první je podmínka, že se jedná o zdravotní péči jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, druhou podmínkou je hledisko zdravotního stavu pojištěnce, kdy se jedná o jedinou možnost zdravotní péče.

17. Žalovaná při hodnocení podmínky první vychází (tento právní názor je uveden až ve vyjádření k žalobě, nikoliv v odůvodnění napadeného rozhodnutí) z rozsudku Nejvyššího soudu sp. zn. 33 Odo 389/2001 ze dne 30.1.2002. Obecně je nutné uvést, že při užití judikatury je vždy nutné prověřit, zda právní názor soudem vyslovený v příslušném rozhodnutí je opřen o velmi podobné skutkové okolnosti, které je možné použít i v případě, kdy je pro rozhodnutí použita. Tento zmíněný rozsudek Nejvyššího soudu se týkal sporu mezi zdravotnických zařízení, které požadovalo po zdravotní pojišťovně zaplacení provedeného lékařského výkonu. Skutkově je tak podobnost s tímto posuzovaným případem velmi volná, nicméně je nutné uvést, že Nejvyšší soud se v tomto svém rozsudku vyjádřil velmi obecně a rozebral se značným přesahem pojem „nehrazené zdravotní péče“ pro aplikaci ust. § 16 zákona o zdravotním pojištění.
18. V odůvodnění tohoto rozsudku Nejvyšší soud mj. uvedl, že: „...*k posouzení přezkoumávaného právního závěru nelze v daném případě vystačit toliko s jazykovým výkladem ustanovení § 16 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., resp. zde užitého slovního spojení "péče jinak zdravotní pojišťovnou hrazená", a je třeba provést výklad uvedeného pojmu pomocí argumentů systematické interpretace, tzn. vyložit interpretované ustanovení v kontextu ostatních ustanovení zákona č. 48/1997 Sb.*
19. *Ze zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav (§ 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.); hrazená péče zahrnuje léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné), pohotovostní a záchrannou službu, preventivní péči, dispenzární péči, poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků, lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů, posudkovou činnost a prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy; uvedená zdravotní péče je hrazena v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem (srov. § 13 odst. 2 zákona). Výčet zdravotní péče, která není hrazena ze zdravotního pojištění, nebo která je hrazena jen za určitých podmínek, je v návaznosti na ustanovení § 15 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. obsažen v příloze č. 1 tohoto zákona. V ní jsou zdravotní výkony rozděleny do tří kategorií: N - výkony zásadně nehrazené, s možnou výjimkou založenou předchozím povolením revizního lékaře pro konkrétního pojištěnce vzhledem k jeho závažnému zdravotnímu stavu nebo k jeho zvláštní zdravotní potřebě; W - výkony plně hrazené jen při splnění určitých podmínek nebo limitované maximální hrazenou frekvencí, kde není nutné schválení revizním lékařem; Z - výkony plně hrazené jen za určitých podmínek a po schválení revizním lékařem. Per argumentum a contrario je zdravotní péče spadající do režimu ustanovení § 13 zákona č. 48/1997 Sb. (výkony zdravotní péče ve výčtu výkonů v příloze č. 1 tohoto zákona neuvedené) zdravotní péčí z veřejného zdravotního pojištění hrazenou.*
20. *Z uvedeného vyplývá, že výkony zdravotní péče nezařazené v příloze č. 1 zákona č. 48/1997 Sb. jsou z pohledu jeho ustanovení výkony hrazené a nelze na ně pohlížet v souvislosti s aplikací ustanovení § 16 zákona jako na "péči jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou". Na uvedeném závěru nic nemění skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví ČR vyhláškou, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami stanovilo v rámci obecných pravidel pro vykazování výkonů zdravotní péče omezení pro vykazování výkonu místem jeho provedení a frekvencí jeho provedení*

vztaženou na jednoho pojištěnce a jedno nebo více časových období. Byť je vykázaní některých výkonů zdravotní péče (výkonů hrazených ze zdravotního pojištění) takto omezeno nelze na tyto výkony pohlížet jako na výkony zdravotní péče zdravotní pojišťovnou nehrazené, jejichž úhradu lze výjimečně ve smyslu ustanovení § 16 zákona přiznat. Předpokladem aplikace uvedeného ustanovení není skutečnost, že v konkrétním případě není zdravotní péče hrazena proto, že nebylo dodrženo místo výkonu zdravotní péče či jeho frekvence. Podle ustanovení § 16 zákona je možné – při splnění zde stanovených předpokladů - hradit pouze takovou zdravotní péčí, jejíž úhrada není podle zákona č. 48/1997 Sb. jinak možná, tj. výkony zdravotní péče zařazené v příloze č. 1 tohoto zákona do kategorie označené písmenem N.

- 21. V posuzovaném případě byla žalobcem poskytována pojištěncům žalované v rozhodném období zdravotní péče spočívající v provádění operační arthroscopie. Operační arthroscopie není zařazena mezi výkony uvedené v příloze č. 1 zákona a je tak z pohledu jeho ustanovení zdravotní péčí hrazenou. Tato skutečnost je reflektována rovněž v rozhodném období účinnými vyhláškami Ministerstva zdravotnictví č. 45/1997 Sb. a č. 134/1998 Sb., kterými se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen "vyhlášky"), které v seznamu zdravotních výkonů uvádí operační arthroscopii jako položku číslo 66891.*
- 22. Lze uzavřít, že operační arthroscopii nelze mít za zdravotní péči jinak pojišťovnou nehrazenou, jejíž úhradu lze výjimečně přiznat podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. a již z tohoto důvodu je irelevantní, zda její poskytnutí bylo z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče, příp. bylo-li její poskytnutí vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře. “.*
- 23. Z uvedeného velmi obecného právního závěru, který uvádí, že „podle ustanovení § 16 zákona je možné – při splnění zde stanovených předpokladů - hradit pouze takovou zdravotní péčí, jejíž úhrada není podle zákona č. 48/1997 Sb. jinak možná, tj. výkony zdravotní péče zařazené v příloze č. 1 tohoto zákona do kategorie označené písmenem N“, žalovaná zjevně v této věci vycházela, což uvedla ve vyjádření k žalobě, uvedený právní názor je však (sice bez odkazu na tento rozsudek Nejvyššího soudu) uveden i v napadeném správním rozhodnutí.*
- 24. V této souvislosti je nutné uvést, že (stejně jako zákonná úprava) i judikatura (tedy rozhodovací činnost soudů) není neměnná a v průběhu času dochází k jejímu zpřesňování či precisaci. V každém konkrétním souzeném případě soud provádí výklad aplikovaných ustanovení zákona, přičemž pokud takový výklad (interpretace) již jiným soudem byla provedena, soud musí takový výklad i kriticky zhodnotit a ztotožnit se s takovým právním názorem, jinak by soudní rozhodování v konkrétních věcech postrádalo smysl.*
- 25. V tomto souzeném případě soud s interpretací žalované ve smyslu shora uvedeného rozsudku Nejvyššího soudu nesouhlasí. Tato interpretace této právní normy totiž v konečném důsledku vede k tomu, že možnost zdravotní pojišťovny hradit výjimečně zdravotní péči jinak nehrazenou se omezuje pouze na tu péči, která vůbec (obecně) hrazena není (tedy podle názoru žalované pouze ta, která je uvedena v příloze zákona o veřejném zdravotním pojištění pod písmenem N). Takový výklad podle názoru soudu je omezující na pouze tuto zdravotní péči a do textu zákona vsouvá omezení,*

kteří zákon sám neužívá a tím v konečném důsledku omezuje práva pojištěnců zákonem o veřejném zdravotním pojištění garantovaná.

26. Samotné zákonné znění ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění žádné omezení v tom smyslu, že se může jednat pouze o péči uvedenou v příloze k zákonu o veřejném zdravotním pojištění, neobsahuje. Je nutné uvést, že toto omezení interpretací provedl Nejvyšší soud ve shora zmíněném rozsudku, z čehož žalovaná zjevně vycházela, tedy že se nejedná o žádný její svévolný výklad, ale o interpretaci opřenou o (byť ojedinělou a v oficiální sbírce rozhodnutí nepublikovanou) judikaturu. Soud v tomto případě však s tímto výkladem nesouhlasí, neboť, jak již shora uvedl, se jedná o omezující výklad, který v samotném znění právní normy nemá oporu.
27. Výklad, který provedl Nejvyšší soud ve shora zmíněném rozsudku, tak soud v této věci považuje za nepřijatelný. Pod pojem „*zdravotní péče, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou*“ (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 hrazena zdravotní pojišťovnou pouze zčásti. Podstatným a důležitým v daném případě je následek takového jednání (postupu) – tedy skutečnost, zda fakticky se bude jednat o zdravotní péči, které je jinak zdravotní pojišťovnou nehrazená. Tou může být jak zdravotní péče zcela nehrazená, tedy uvedená v příloze č. 1 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění pod písmenem N, tak i zdravotní péče, uvedená v příloze č. 3 oddíl C k tomuto zákonu uvedená jako „Seznam zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění při poskytování ambulantních zdravotních služeb“ (jako tomu bylo v tomto konkrétním případě). Podle názoru soudu v této souvislosti je nutné vycházet z toho, že tyto zdravotnické prostředky jsou částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, čemuž odpovídá i konkrétní uvedená hodnota spoluúčasti či maximálního finančního stropu takové úhrady. Pokud tedy zákon o veřejném zdravotním pojištění v této příloze uvádí finanční omezení takové úhrady od zdravotní pojišťovny, sám musí logicky počítat s tím, že k dispozici jsou zdravotnické prostředky dražší, kdy obecně jejich úhrada nad takto omezené finanční prostředky není obecně možná. Tím dojde k tomu, že příslušný zdravotnický prostředek není hrazen zcela, a dojde tak k naplnění možnosti využít ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a povolit úhradu zdravotní péče ve výši, která tento finanční strop bude převyšovat. Tím dojde k naplnění dispozice právní normy „*zdravotní péče, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazená*“, a to v části, která převyšuje úhradu zdravotní pojišťovny na základě obecného posouzení podle přílohy č. 3 oddíl C k zákonu o veřejném zdravotním pojištění.
28. V tomto směru je nutné poukázat i na celkový smysl zákonné úpravy a jeho logickou soudržnost. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ve všech přílohách k tomuto zákonu počítá zjevně s částečnou úhradou zdravotních pojišťoven, kterou obecně limituje (např. jako v tomto případě úhradou s finančním stropem ve výši 5.100,- Kč). Takové omezení je logické a podle názoru soudu racionální v tom smyslu, že zdravotní péče hrazená zdravotní pojišťovnou musí mít své obecné limity, aby nedocházelo k jejímu nadužívání. Na druhou stranu právě podle názoru soudu proto, 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 úhrady. Tomu odpovídá i druhá zákonná podmínka, která tuto možnost limituje na péči „*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 shora uvedený, 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. V této souvislosti je nutné uvést, že seznam uvedený v příloze č. 1 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění pod písmenem N definuje zdravotní péči ve značně omezeném rozsahu (pouhých 16 položek ze 71 položek, omezující se většinou na preventivní nebo poradenskou či přezkumnou lékařskou činnost).

29. Podle názoru soudu v této věci, tak omezení aplikace ust. § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění pouze na tu péči, která je uvedena pouze v příloze č. 1 k tomuto zákonu pod písmenem N, je nesprávným postupem, který toto ustanovení interpretuje v omezujícím smyslu, který nemá oporu v samotném vyjádření tohoto ustanovení, soud tak s ní nesouhlasí a z tohoto důvodu považuje rozhodnutí žalované, které z tohoto právního názoru vycházelo, za nezákonné (ust. § 78 odst. 1 s.ř.s.).
30. Soud pak dále nesouhlasí ani s posouzením druhé zákonné podmínky, kterou žalovaná provedla ve svém rozhodnutí, a to nenaplnění podmínky „*poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče*“. V této části soud dospěl k závěru, že napadené správní rozhodnutí je nepřezkoumatelné pro nedostatek důvodů rozhodnutí (ust. § 76 odst. 1 písm. a) s.ř.s.), a i z tohoto důvodu by toto rozhodnutí nemohlo obstát.
31. V odůvodnění napadeného správního rozhodnutí je pouze obecně uvedeno, že konkrétní poskytnutí zdravotní pomůcky není jedinou možností zdravotní péče pro pojištěnce, obecně je odkázáno na číselník ZVP – ZP a obecně uvedeno, že „*v příslušné kategorii je více srovnatelných zdravotnických prostředků, z nichž minimálně jeden z nich má maximální cenu takovou, že jej lze z prostředků veřejného zdravotního pojištění hradit v režimu tzv. plné úhrady*“. Takové vymezení v konkrétním případě soud považuje za zcela nedostatečné a nepřezkoumatelné. V tomto hodnocení není konkrétně uvedeno, které takové zdravotnické prostředky připadají v úvahu konkrétně, jaký je vůbec zdravotní stav žalobce, zda s ohledem na tento zdravotní stav jsou tyto jiné prostředky vhodné, není vůbec provedena úvaha, proč konkrétní zdravotnický prostředek vhodným není a který konkrétní zdravotnický prostředek by byl vhodným či dostačujícím. Obecné odkázání na číselník žalované, což je listina čítající v době rozhodování soudu o žalobě 491 stran formátu PDF (zjistitelná z webových stránek žalované www.vzp.cz) je v konkrétním případě nedostatečné, aniž by alespoň bylo uvedeno, kterou oblast zdravotnických prostředků má žalovaná na mysli, případně které jiné zdravotnické pomůcky považuje za vhodné. Navíc v tomto případě je nutné zhodnotit zdravotní stav žalobce, aby bylo přezkoumatelně možné uvést, proč právě konkrétní zdravotnická pomůcka je s ohledem na tento stav vhodná.
32. V dané věci tak soud uzavírá, že podanou žalobu považuje za důvodnou a proto napadené správní rozhodnutí zrušil částečně pro nezákonnost, částečně pro vady řízení spočívající v nepřezkoumatelnosti rozhodnutí pro nedostatek důvodů rozhodnutí (ust. § 78 odst. 1, 4 s.ř.s.).

33. Pro úplnost soud uvádí, že ostatní žalobní body důvodnými neuznal. Pokud žalobce uváděl, že rozhodnutí žalované a rozhodnutí revizní lékařky se v odůvodnění nekryjí, pak soud uvádí, že obě dvě rozhodnutí je nutné hodnotit jako celek, a pokud žalovaný doplnil argumentaci, která nebyla obsahem z povahy věci pouze stručného rozhodnutí revizní lékařky, nejedná se o žádnou vadu řízení. Rovněž soud nepovažuje za důvodný žalobní bod, že v dané věci bylo rozhodováno o něčem jiném – jak je patrné z odůvodnění napadeného rozhodnutí, stále se jednalo o posouzení, zda lze uhradit žalobci konkrétní zdravotnickou pomůcku nad rámec veřejného zdravotního pojištění.
34. O věci soud rozhodl rozsudkem bez nařízení jednání, neboť účastníci proti takovému postupu neměli ve stanovené lhůtě námitek a jednání k projednání žaloby nebylo nutné, když soud neprováděl další dokazování (ust. § 51 odst. 1 s.ř.s.).
35. Výrok o náhradě nákladů řízení je odůvodněn ust. § 60 odst. 1 s.ř.s., podle kterého má účastník, který měl ve věci úspěch, právo na náhradu nákladů řízení před soudem. Vzhledem k tomu, že ve věci byl úspěšný žalobce, který přímo náklady řízení nevyčísлил, soud mu přiznal dva režijní paušály po 300,- Kč (převzetí a sepsí žaloby) podle ust. § 151 odst. 3 občanského soudního řádu za použití ust. § 64 s.ř.s.

P o u č e n í :

Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou (2) týdnů ode dne jeho doručení. 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.

Lhůta pro podání kasační stížnosti končí uplynutím dne, který se svým označením shoduje se dnem, který určil počátek lhůty (den doručení rozhodnutí). Případně-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 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.

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.

V Praze dne 9. března 2016

JUDr. Ladislav Hejtmánek, v.r.
předseda senátu

za správnost vyhotovení:
Simona Štěpinová