

U S N E S E N Í

Krajský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedkyně Olgy Stránské a soudců JUDr. Dalily Marečkové a Mgr. Ing. Petra Šuránka ve věci žalobkyně **H. – R. a.s.**, zastoupené JUDr. Janou Marečkovou, advokátkou se sídlem Křenova 438/7, 162 00 Praha 6, proti žalované **Zaměstnanecké pojišťovně Škoda, IČ 46354182**, se sídlem Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav, o žalobě proti dopisu žalované ze dne 7. 2. 2013, zn. 04664/13-Z/Bo,

t a k t o:

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

O d ů v o d ň ě n í

Žalobkyně se žalobou podle části třetí, hlavy druhé, dílu prvního zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „s. ř. s.“), podanou u Městského soudu v Praze dne 12. 4. 2013 postoupenou Krajskému soudu v Praze jako soudu místně příslušnému domáhá zrušení shora označeného dopisu žalované, jež považuje za rozhodnutí správní orgánu (dále též „napadené rozhodnutí“), jímž žalovaná reagovala na podání žalobkyně označené jako „opravný prostředek“, jímž žalobkyně brojila proti společnému dopisu Svazu zdravotních pojišťoven České republiky (dále jen „SZP“) a Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky (dále jen „VZP“) ze dne 20. 12. 2012, kterým jí byla oznámena změna výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění pro určité skupiny zdravotnických prostředků pro stomické pacienty, a to formou změny Číselníku VZP-ZP a Rozdílového číselníku SZP ČR v souladu s ustanoveními § 15 odst. 11 a oddílu C přílohy č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 458/2012 Sb. (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“) a s výsledky průzkumu trhu provedeného v roce 2012.

Žalobkyně v žalobě uvádí, že podanou žalobou brojí zejména proti netransparentnímu způsobu, jakým je stanovena úhrada zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění. Jde o problematiku, která se díky poměrně velmi strohé právní úpravě rozvinula do podoby, kdy systém úhrady zdravotnických prostředků je v podstatné míře ovlivňován instituty na samé hranici právní regulace, kdy subjektům, které jsou nebo mohou být stanovením úhrady zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění podstatně dotčeny (ať už jde o pojištěnce, poskytovatele zdravotních služeb či výrobce a distributory zdravotnických prostředků), není umožněno prakticky žádným způsobem kontrolovat, zda je úhrada daného zdravotnického prostředku nastavena transparentně a přezkoumatelně či nikoliv. Žalobkyně přitom zdůrazňuje, že se nejedná o *actio popularis*, nýbrž o její obranu proti jednání žalované, které přímo protiprávně zasahuje právní sféru žalobce.

Současná situace je natolik závažná, že zdravotní pojišťovny mnohdy nerespektují ani základní principy obsažené v ustanoveních § 15 odst. 11 a odst. 12 zákona o veřejném

zdravotním pojištění, na kterých je úhrada zdravotnických prostředků založena.

Žalobkyně je přesvědčena, že žalovaná v oblasti v oblasti úhrady zdravotnických prostředků i přes zcela nedostatečnou právní úpravu vykonává činnost správního orgánu, jelikož skrze širokou kompetenci svěřenou jí v ustanovení § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění při výběru ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku určuje, které zdravotnické prostředky a v jaké výši jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Žalobkyně je přesvědčena, že při tomto postupu musí být respektovány základní zásady správního práva, jako je transparentnost, předvídatelnost a zásada materiální pravdy. Postup by měl být přezkoumatelný, aby bylo možno ověřit stanovené hodnoty a zajistit, aby zdravotnické prostředky byly hrazeny dle zákonných požadavků.

Žalobkyně proto podanou žalobou napadá rozhodnutí žalované, kterým byl zamítnut její opravný prostředek ze dne 14. 1. 2013 proti snížení úhrady zdravotnických prostředků pro stomické pacienty ze zdravotního pojištění. Toto rozhodnutí jí bylo doručeno formou dopisu dne 12. 2. 2013.

Žalobkyně je právnickou osobu, která je distributorem zdravotnických prostředků, jež po jejich uvedení na trh České republiky dále distribuuje. Úkolem žalované jako zdravotní pojišťovny je mimo jiné hradit zdravotnické prostředky z veřejného zdravotního pojištění na základě a v mezích stanovených právními předpisy, což vyplývá z § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého se zdravotnické prostředky ze zdravotního pojištění hradí ve výši a za podmínek stanovených v příloze. Touto přílohou je příloha č. 3, oddíl C zákona, ve kterém jsou vymezeny zdravotnické prostředky se specifickými podmínkami úhrady ze zdravotního pojištění. Zdravotnické prostředky, které jsou předmětem rozhodnutí napadeného touto žalobou, spadají všechny do položek č. 21 až 26 přílohy č. 3 oddílu C. Tyto zdravotnické prostředky jsou hrazeny ve výši 100 %, avšak maximálně do částky, která je u toho kterého zdravotnického prostředku uvedena v poli „limitace výše úhrady“. Toto pole obsahuje ještě symbol B, který značí, že uvedená úhrada ve výši 100 % je omezena výší ceny ekonomicky nejméně náročné varianty celého systému složeného ze zdravotnických prostředků skupiny č. 3 tohoto oddílu. Ekonomicky nejméně náročnou variantu zdravotnického prostředku přitom zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Zákon tak neupravuje konkrétní výši úhrady zdravotnického prostředku, ale pouze stanovuje způsob, jakým má být konkrétní úhrada kalkulována. Jediným dokumentem, ve kterém je vymezena aktuální výše úhrady zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění, je společný číselník SZP vydávaný společně zdravotními pojišťovnami včetně žalované zpravidla jednou měsíčně a případně obdobný číselník vydávaný VZP. Tento číselník má velmi limitovaný právní základ, který zároveň určuje jeho prapůvodní povahu. Podle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, platí, že číselníky mají být podpůrným smluvním dokumentem, který je pojišťovna povinna vydávat pro své smluvní partnery jakožto vodítko k vykazování a výpočtu úhrady hrazené zdravotní péče, přičemž tyto číselníky by pojišťovny měly poskytovat svým smluvním partnerům alespoň 1 měsíc před stanoveným termínem jejich platnosti. Žádná jiná právní úprava číselníků neexistuje. Smluvním partnerem zdravotní pojišťovny je přitom v souladu s citovanou vyhláškou pouze poskytovatel zdravotních služeb, se kterým pojišťovna uzavírá podle § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.

Z uvedeného by se zdálo, že číselník by měl obsahovat transparentní údaje o všech poukázaných zdravotnických prostředcích, které jsou (či mají být) hrazeny dle § 15 odst. 11 a odst. 12 zákona o veřejném zdravotním pojištění z veřejného zdravotního pojištění. Číselník však takto souhrnné a transparentní údaje neobsahuje. Postupná praxe učinila z něj do jisté míry exkluzivní seznam, do kterého jsou jednotlivé zdravotnické prostředky zapisovány v naprosté většině případů podle toho, jak jsou jednotlivé zdravotnické prostředky zapsány do úhradového

katalogu VZP. Do tohoto seznamu jsou zdravotnické prostředky zapisovány pouze na žádost výrobce a pouze tehdy, když žadatel předloží se svojí žádostí množství dalších podkladů a dokumentace.

V souladu s výše uvedeným podal výrobce prostřednictvím žalobkyně žádost o zápis zdravotnických prostředků do číselníku. Poté, co SZP tyto zdravotnické prostředky zapsal, hradila je žalovaná ze zdravotního pojištění. Ode dne 1. 4. 2012 do dne 31. 12. 2012 tak byly předmětné zdravotnické prostředky uvedeny v úhradovém katalogu s cenou pro konečného spotřebitele uvedenou ve sloupci MFC (maximální cena koncipovaná ke konečnému spotřebiteli) a žalovaní tyto zdravotnické prostředky hradili ve výši uvedené ve sloupci MAX (maximální úhrada VZP/SZP) předmětné tabulky. Žalobkyně v dobré víře předpokládala, že předmětné zdravotnické prostředky byly tímto způsobem hrazeny ze zdravotního pojištění v souladu s požadavky zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Dne 3. 1. 2013 byl žalobkyni doručen stručný dopis VZP a SZP, ve kterém se žalobkyni oznamuje, že s účinností od 1. 1. 2013 byly provedeny změny sazebníku a sníženy úhrady zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění. V předmětném dopise se uvádí, že jde o postup provedený v souladu s ustanovením § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Vůči tomuto razantnímu a netransparentnímu snížení úhrady podala žalobkyně dne 15. 1. 2013 řádný opravný prostředek, na nějž žalovaná reagovala napadeným rozhodnutím.

Žalobkyně je přesvědčena, že proces zjišťování nejméně ekonomicky náročné varianty, na jehož základě je nastavena konkrétní výše úhrady zdravotnického prostředku, se přímo dotýká veřejných subjektivních práv výrobce i distributora zdravotnického prostředku a musí existovat způsob, jakým by bylo těmto subjektům umožněno hájit se proti zásahu do těchto práv. Na tomto základě podává žalobkyně žalobu proti napadenému rozhodnutí správních orgánů podle § 65 a následujících s. ř. s.

Žalobkyně je osobou, která předmětné zdravotnické prostředky prodává v rámci distribučního řetězce dále. Předmětem činnosti žalobkyně je tedy podnikání v oblasti prodeje zdravotnických prostředků a právo na podnikání a hospodářskou činnost patří mezi její základní práva a svobody. Žalobkyně je přitom přesvědčena, že úhrada zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění významným způsobem ovlivňuje postavení zdravotnického prostředku na trhu a jeho prodejnost. Proto jakékoliv rozhodování o tom, jak bude úhrada zdravotnického prostředku nastavena, musí být činěno způsobem, který zajistí ochranu oprávněných zájmů a nároků potenciálně dotčených subjektů.

Ačkoliv subjektem, který je primárně dotčen na svých subjektivních veřejných právech, je zejména pacient [viz rozsudek Nejvyššího správního soudu (dále jen „NSS“) č. j. 3 Ads 48/2010-240], nelze opominout hospodářské zájmy distributora zdravotnického prostředku, které jsou s úhradou zdravotnického prostředku zdravotního pojištění bezprostředně spjaty. To ostatně potvrzuje i Ústavní soud (dále jen „ÚS“) ve svém nálezu ze dne 16. 1. 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05, publikovaném pod číslem 57/2007 Sb. Obdobné principy obsahuje i směrnice Evropské unie ze dne 21. 12. 1988, č. 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění.

Tato směrnice i citovaný nálezn ÚS se sice týkají pouze humánních léčivých přípravků, ale základní principy, na kterých jsou tyto prameny práva vystavěny, jsou zřetelně společné komunitárnímu právu i právním řádům členských států pro všechny sektory a odvětví, ve kterých dochází ke státním zásahům a intervencím. Nelze z objektivní odlišnosti trhu se zdravotnickými prostředky a léčivými přípravky dovodit, že zdravotnické prostředky mohou být z veřejných prostředků hrazeny netransparentně, nepřezkoumatelně nebo svévolně. Takový postup by byl evidentně v rozporu se zásadami jednotného trhu a volného pohybu zboží. Navíc je zjevné, že

poskytování finančních prostředků prostřednictvím veřejných rozpočtů za účelem nákupů zdravotního zboží se musí dít transparentním, nediskriminačním způsobem a takový postup musí být ověřitelný rovněž z důvodu možného dopadu do oblastí nedovolené veřejné podpory.

Žalobkyně je přesvědčena, že výše uvedené platí v plné míře rovněž pro oblast zdravotnických prostředků. Podle jejího názoru je nepřijatelné, aby systém stanovování úhrad umožňoval stav, kdy by úhrada jednotlivých zdravotnických prostředků byla stanovována zcela arbitrárně bez možnosti kontroly. Proto výrobcům a distributorům zdravotnických prostředků vzniká právo na transparentní postup při stanovení konkrétní výše úhrady zdravotnického prostředku. Pokud proces takto transparentně nastaven není a tento nedostatek by mohl mít za následek nezákonné rozhodnutí, je dotčeno veřejné subjektivní právo výrobce i distributora. Žalobkyně je proto přesvědčena, že má aktivní legitimaci k podání předmětné žaloby i přesto, že není přímo nositelem práv z veřejného zdravotního pojištění (tj. není pojištěncem ani jí není zákonem jinak svěřen přímý nárok z veřejného zdravotního pojištění).

K otázce pasivní legitimace žalované žalobkyně uvádí, že v otázce stanovování úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění je nutno považovat žalovanou za správní orgán. Jediným dokumentem, kde je možné konkrétní výši úhrady zdravotnického prostředku zjistit, je Úhradový katalog. Jak potvrzuje snížení úhrady předmětných zdravotnických prostředků, provádí zdravotní pojišťovny zásahy do Úhradového katalogu prakticky dle svého uvážení, aniž by byla připuštěna možnost jakýchkoliv dotčených subjektů bránit se proti takovýmto zásahům v rámci správního či jiného řízení.

Ze skutečnosti, že při stanovování výše úhrady zdravotnického prostředku ponechal zákonodárce na zdravotní pojišťovně rozhodnutí o tom, jak nastaví kritéria pro stanovení nejméně ekonomicky náročné varianty a kritéria pro průzkum trhu, lze podle žalobkyně dovodit, že zákonodárce ponechal na zdravotní pojišťovně rovněž rozhodnutí o tom, v jaké výši bude jednotlivé zdravotnické prostředky hradit. U zdravotnických prostředků je zdravotní pojišťovna zákonem zmocněna ke stanovení úhrady zdravotnického prostředku a nejde tedy o pouhé proplácení vydaného léčivého přípravku či poskytnuté zdravotní služby. Postup zdravotní pojišťovny tak má jasně mocenský charakter, kdy je to právě zdravotní pojišťovna, kdo určuje výši úhrady.

Totožný proces hledání nejméně ekonomicky náročné varianty provádí například u léčivých přípravků hrazených z prostředků zdravotního pojištění Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „SÚKL“) ve standardním správním řízení. V tomto případě jde zcela nepochybně o činnost správního orgánu v rámci výkonu veřejné správy. Žalobkyně je přesvědčena, že povaha činnosti žalované je v tomto ohledu naprosto totožná. Za této situace je proto žalovaná povinna postupovat podle správního řádu.

Žalobkyně je toho názoru, že samotná povaha stanovování úhrady zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění přímo vyžaduje, aby byl tento proces podroben přezkumu a dohledu v rámci správního řízení. Zdravotní pojišťovny na tomto úseku fakticky rozhodují o hospodaření s prostředky veřejného zdravotního pojištění ve výši několika miliard korun. Podle žalobkyně je v právním státě nepřijatelné, aby o nakládání s veřejnými prostředky mohlo být rozhodováno bez možnosti řádné kontroly tohoto procesu ze strany dotčených subjektů.

Zdravotnické prostředky jsou zapisovány do Úhradového katalogu pouze na žádost oprávněného subjektu. Při jakémkoliv nedodržení stanovených požadavků je zápis daného zdravotnického prostředku do úhradového katalogu odmítnut. Zápis zdravotnického prostředku v číselníku a Úhradovém katalogu SZP je fakticky základním předpokladem pro to, aby ten který zdravotnický prostředek mohl být předepsán na poukaz, tedy hrazen žalovanou či jinými zdravotními pojišťovnami z veřejného zdravotního pojištění. Obdobně funguje systém i při změnách, které jsou v něm prováděny. Stejně jako může pojišťovna některé žádosti o zápis

odmítnout, ačkoliv žadatel splňuje veškeré předpoklady, případně některé zdravotnické prostředky z úhradového systému vyřadit, velmi obdobně může pojišťovna změnit výše úhrady, která je u daného zdravotnického prostředku zapsána. Z obecných zásad správního práva vyplývá, že pokud svou činností zdravotní pojišťovna zasahuje do veřejných subjektivních práv jednotlivých subjektů, je takový postup třeba považovat za rozhodnutí správního orgánu. To platí bez ohledu na to, jakým způsobem je takové rozhodnutí označeno. Stanovení úhrady zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění má přitom jednoznačný dopad do právní sféry adresáta. Tímto subjektem je primárně pacient, nelze však opomenout, že snížení úhrady zdravotnického prostředku má bezprostřední vliv i na postavení zdravotnického prostředku na trhu a významným způsobem může ovlivnit podnikání výrobce a distributora daného zdravotnického prostředku.

V další části žaloby žalobkyně uvádí, že rozhodnutí o snížení úhrady nebylo nikterak odůvodněno a žalobkyni nebylo umožněno vyjádřit se k nastavené výši úhrady v rámci transparentního a přezkoumatelného procesu. Dále specifikuje věcné výhrady vůči stanovení konkrétní ceny.

Žalovaná se v první fázi vyjádřila pouze k návrhu na přiznání odkladného účinku žalobě, k meritu věci vyjádření ke dni rozhodnutí soudu nepodala.

Soud dospěl k závěru, že žalobu je namíste odmítnout. Vyšel přitom v podstatné části z odůvodnění rozsudků Městského soudu v Praze ze dne 28. 5. 2013, č. j. 10 Ad 5/2013-194 a 10 Ad 6/2013-149, jež se týkají žalob podaných žalobkyní a jiným distributorem zdravotnických prostředků proti samotnému oznámení o změně výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění, jež žalobkyně označovala za správní rozhodnutí nebo nezákonný zásah správního orgánu. S odůvodněním rozhodnutí Městského soudu v Praze se zdejší soud ztotožňuje a v plném rozsahu na něj odkazuje.

Městský soud v Praze po analýze právní úpravy obsažené v zákoně o veřejném zdravotním pojištění dospěl k závěru, že zákonodárce neměl za cíl podříditi stanovení výše úhrady zdravotnických prostředků správnímu řízení, pročez zdravotním pojišťovnám ani nesvěřuje pravomoc, aby o této otázce vydávaly správní rozhodnutí, přičemž distributor či výrobce zdravotních prostředků ani není subjektem, jehož práva a povinnosti by byly zákonem o veřejném zdravotním pojištění či vyhláškou č. 618/2006 Sb. regulovány. Jejich situace ani není srovnatelná se situací výrobců a distributorů léčivých přípravků, které jsou na rozdíl od zdravotnických prostředků registrovány ve správním řízení a jejichž cena hrazená z veřejného zdravotního pojištění je regulována jmenovitě pro konkrétní výrobky jednotlivých výrobců a distributorů, zatímco u zdravotnických prostředků je regulace stanovena typově pro určitou kategorii zdravotnických pomůcek bez rozlišení obchodní značky. Zákonná úprava je tak v případě zdravotnických prostředků nastavena tím způsobem, že zdravotní pojišťovna musí uhradit každý zdravotnický prostředek, není-li jeho úhrada výslovně vyloučena oddílem B přílohy č. 3 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění, a to i kdyby nebyl zapsán v číselníku SZP či VZP. Příslušné plnění je přitom plněním ze smluvního vztahu mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popř. pojištěncem, a spory z něj plynoucí je třeba řešit před soudy v občanskoprávním řízení. Městský soud v Praze také neshledal důvody pro předložení věci Ústavnímu soudu, neboť postup pro určení výše úhrady vyplývá ze zákona a tento postup nevede k diskriminačním důsledkům.

V této věci Krajský soud v Praze pouze doplňuje, že právní úprava neupravuje ani možnost podání opravného prostředku a proces rozhodování o něm. Proto ani „napadené rozhodnutí“, jež je nejen formálně, ale i materiálně pouhým dopisem žalované zdravotní pojišťovny, nemůže být správním rozhodnutím. Pro věc je totiž podstatné to, že zdravotní pojišťovny včetně žalované při stanovování výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění

nevystupují z pozice správního orgánu. Pokud by tak měly vystupovat, musela by být dodržena v čl. 79 odst. 1 Ústavy zakotvená podmínka vymezení jejich působnosti zákonem. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tak ovšem nečiní. Jednání zdravotní pojišťovny tudíž nemůže mít povahu správního aktu, ať už by šlo o správní rozhodnutí, opatření obecné povahy nebo neformální zásah správního orgánu.

Tím soud nechce popřít fakt, že mezi zdravotními pojišťovnami a (vedle poskytovatelů zdravotní péče a pacientů) výrobci a distributory zdravotnických pomůcek existuje nerovné postavení, jež může v této oblasti zdánlivě evokovat představu veřejnoprávního vztahu mezi správním orgánem a adresátem veřejné moci. Nejde však o stav, který by měl zákonný podklad v podobě zákonné úpravy rozhodovací činnosti, nýbrž o důsledek dvou faktorů – v první řadě ekonomické síly zdravotních pojišťoven, jež je v druhé řadě dále posílena cenovou regulací nákupních cen zdravotnických prostředků. Vztah mezi zdravotními pojišťovnami a výrobci a distributory zdravotnických prostředků je vztahem soukromoprávním a to navíc vztahem nepřímým, který lze do značné míry připodobnit ke vztahu dodavatele náhradních dílů na automobily a pojišťovnou poskytující pojištění odpovědnosti za provoz motorového vozidla či havarijního pojištění. Ekonomické rozhodnutí pojišťovny hradit za škůdce, popř. vlastníka vozidla, výměnu náhradních dílů pouze do určité částky také nepochybně může mít nepřímé dopady na rozsah poptávky po kvalitnějších náhradních dílech, jež se do pojišťovnou zvoleného finančního limitu nevejdou. Efekt koordinovaného rozhodnutí všech zdravotních pojišťoven působících na trhu jako v součtu monopolního tržního subjektu je samozřejmě mnohem silnější než v případě pojištění motorových vozidel, kde k takové monopolizaci trhu nedochází. K tomu pak dále přispívá fakt, že podíl zdravotních pomůcek pořizovaných v České republice na základě úhrad z veřejného zdravotního pojištění je nepochybně majoritní.

Na to ostatně již zareagovalo i Ministerstvo zdravotnictví, které připravilo novou právní úpravu, jež faktické dominantní postavení zdravotních pojišťoven v této oblasti *pro futuro* hodlá odstranit tím, že oblast určování maximálních úhrad zdravotnických pomůcek z veřejného zdravotnického pojištění svěří do působnosti SÚKL (nikoliv zdravotních pojišťoven), který by tuto úhradu měl po novelizaci ustanovení § 15 odst. 11 až 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění stanovovat opatřením obecné povahy (srov. část druhou návrhu zákona o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o zdravotnických prostředcích) schválený vládou dne 03. 07. 2013 pod č. j. OVA 442/13).

V situaci popisované žalobkyní aktuálně nemohou být nápomocny soudy ve správním soudnictví. Jak ovšem zmínil i NSS a Městský soud v Praze, situace může být řešitelná prostřednictvím právní úpravy nekalé soutěže a zejména pak práva na ochranu hospodářské soutěže v oblasti zákazu zneužití dominantního postavení a zákazu kartelových dohod, zejména cenových [srov. § 3 a § 11 zákona č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů (zákon o ochraně hospodářské soutěže), popř. normy unijního práva]. Je však třeba současně vážit existenci veřejného zájmu na ekonomické stabilitě systému veřejného zdravotního pojištění a tím odůvodněný fakt, že postup určování cen stanoví samotný zákon o veřejném zdravotním pojištění v poznámce pod tabulkou v oddílu B své přílohy č. 3 (ne však již jeho koordinovanou podobu).

Zmíněná právní úprava regulující maximální výši úhrady z veřejného zdravotního pojištění je analogická věcnému usměrňování ceny podle § 6 odst. 1 písm. c) zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o cenách“), jež však provedl namísto cenového orgánu přímo zákonodárce. Zdravotní pojišťovny jsou v pozici soukromoprávního subjektu (obdobně např. pozici provozovatele vodovodů a kanalizací), který je při tvorbě ceny povinen respektovat právním předpisem stanovená kritéria pro stanovení ceny, v tomto případě však na straně poptávajícího. Ani taková osoba však není správním orgánem,

byť svým rozhodnutím určuje konkrétní výši právním předpisem cenového orgánu věcně usměrňované ceny.

Lze tedy shrnout, že žalobkyně se domáhá zrušení aktu vydaného zdravotní pojišťovnou v rámci jejího soukromoprávního postavení, nikoliv aktu vydaného správním orgánem. Podle § 65 odst. 1 i 2 a § 4 s. ř. s. však předmětem správní žaloby proti rozhodnutí správního orgánu může být (již pojmově) pouze akt vydaný správním orgánem. Proto soudu nezbylo, než podle § 70 písm. a), § 68 písm. e) a § 46 odst. 1 písm. d) s. ř. s. žalobu odmítnout jako nepřipustnou. V důsledku toho již soud nerozhodoval o přiznání odkladného účinku žalobě.

O náhradě nákladů řízení soud rozhodl v souladu s ustanovením § 60 odst. 3 s. ř. s., podle něž žádný z účastníků nemá právo na náhradu nákladů řízení, byl-li návrh odmítnut.

Poučení: Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení. Kasační stížnost se podává ve dvou 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). Připadne-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejblíže 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 11. července 2013

Za správnost: Božena Kouřimová

Olga Stránská, v.r.
předsedkyně senátu