



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedkyně Mgr. Jany Brothánkové a soudců Mgr. Jana Kašpara a Mgr. Kamila Tojnera v právní věci žalobce: **B. Braun Medical, s. r. o.**, se sídlem V Parku 2335/20, Praha 4, IČ 48586285, proti žalovaným: **1) Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**, se sídlem Jeremenkova 11, Ostrava, IČ 47672234, **2) Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**, se sídlem Roškotova 1225/1, Praha 4, IČ 47114321, **3) Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna**, se sídlem Michálkovická 967/108, Ostrava, IČ 47673036, zast. JUDr. Libuši Šmehlíkovou, advokátkou, se sídlem Michálkovická 108, Ostrava, **4) Vojenská zdravotní pojišťovna**, se sídlem Drahojlova 1404/4, Praha 9, IČ 47114975, **5) Zaměstnanecká pojišťovna Škoda**, se sídlem Husova 302, Mladá Boleslav, IČ 46354182, **6) Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky**, se sídlem Kodaňská 1441/46, Praha 10, IČ 47114304, zast. JUDr. Petrem Šustkem, Ph.D., advokátem, se sídlem Veleslavínova 3, Praha 1, v řízení o žalobě proti rozhodnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky o snížení úhrad ze zdravotního pojištění zdravotnických prostředků ke dni 1. 1. 2013

t a k t o :

- I. Žaloba se zamítá.
- II. Žalobce je povinen zaplatit žalovanému č. 3, Revírní bratrské pokladně, zdravotní pojišťovně, náhradu nákladů řízení ve výši 20.226,40 Kč, a to do třiceti dnů od právní moci tohoto rozsudku, k rukám JUDr. Libuše Šmehlíkové, advokátky.
- III. Ostatní účastníci řízení nemají právo na náhradu nákladů řízení.

Odůvodnění

Žalobce se podanou žalobou domáhá přezkoumání rozhodnutí žalovaných zdravotních pojišťoven o snížení úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění, případně se domáhal ochrany proti nezákonnému zásahu žalovaných zdravotních pojišťoven, kterým došlo ke snížení úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

Žalobce v žalobě uvádí, že podanou žalobou brojí zejména proti netransparentnímu způsobu, jakým žalovaní stanovují úhradu 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 pojišťovny, 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. Žalobce přitom zdůrazňuje, že se nejedná o actio popularis, nýbrž o obranu žalobce proti jednání žalovaných, které přímo protiprávně zasahuje právní sféru žalobce.

Současná situace je natolik závažná, že zdravotní pojišťovny mnohdy nerespektují ani základní principy obsažené v ust. § 15 odst. 11 a odst. 12 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, na kterých je úhrada zdravotnických prostředků založena.

Žalobce je přesvědčen, že žalovaní v oblasti v oblasti úhrady zdravotnických prostředků i přes zcela nedostatečnou právní úpravu vykonávají činnost správního orgánu, jelikož skrze širokou kompetenci svěřenou jim v ust. § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění při výběru ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku určují, které zdravotnické prostředky a v jaké výši jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Žalobce je přesvědčen, 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.

Žalobce proto podanou žalobou napadá rozhodnutí žalovaných, kterým došlo ke dni 1. 1. 2013 ke snížení úhrady zdravotnických prostředků uvedených v příloze č. 5 žaloby ze zdravotního pojištění. Toto rozhodnutí bylo publikováno ve společném úhradovém katalogu žalovaných ke dni 2. 1. 2013 a žalobci bylo doručeno formou dopisu dne 3. 1. 2013.

Pro případ, že by změna úhrad zdravotnických prostředků nebyla rozhodnutím, žádá žalobce o ochranu proti nezákonnému zásahu, kterým je netransparentní a nepřezkoumatelné snížení úhrad zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění bez možnosti žalobce tento postup žalovaných revidovat.

Žalobce je právnickou osobu, která je distributorem zdravotnických prostředků a které po jejich uvedení na trh České republiky dále distribuuje. Úkolem žalovaných zdravotních pojišťoven je mimo jiné hradit zdravotnické prostředky ze 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 Svazu zdravotních pojišťoven České republiky vydávaný žalovanými společně zpravidla jednou měsíčně a případně obdobný číselník vydávaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Tento číselník má velmi limitovaný právní základ, který zároveň určuje jeho prapůvodní povahu. Podle vyhlášky č. 618/2006 Sb. 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 Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. 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 žalobce žádost o zápis zdravotnických prostředků do číselníku. Poté, co žalované zdravotní pojišťovny tyto zdravotnické prostředky zapsaly, hradily je 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 H a žalovaní tyto zdravotnické prostředky hradili ve výši uvedené ve sloupci G předmětné tabulky. Žalobce v dobré víře předpokládal, 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 žalobci doručen stručný dopis Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a Svazu zdravotních pojišťoven, ve kterém se žalobci oznamuje, že s účinností od 1. 1. 2013 byly provedeny změny sazebníku a sníženy úhrady zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění. Žalovaní v předmětném dopise uvádějí, že jde o postup provedený v souladu s ust. § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Vůči tomuto razantnímu a netransparentnímu snížení úhrady podal žalobce dne 15. 1. 2013 řádný opravný prostředek.

Žalobce je přesvědčen, 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 žalobce žalobu proti snížení úhrady předmětných zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění, a to primárně jako proti rozhodnutí správních orgánů podle § 65 a následujících s.ř.s.

Žalobce je přesvědčen, že postupem žalovaných při snížení úhrady zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění byl zkrácen na svých právech způsobem, který může mít za následek nezákonné rozhodnutí. Z tohoto důvodu je legitimován k podání předmětné žaloby podle § 65 odst. 2 s.ř.s.

Žalobce je osobou, která předmětné zdravotnické prostředky prodává v rámci distribučního řetězce dále. Předmětem činnosti žalobce je tedy podnikání v oblasti prodeje zdravotnických prostředků a právo na podnikání a hospodářskou činnost patří mezi jeho základní práva a svobody. Žalobce je přitom přesvědčen, 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 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 ve svém nálezu ze dne 16. 1. 2007, publikovaném ve Sbírce zákonů pod číslem 57/2007 Sb. Obdobné principy obsahuje i směrnice Evropské unie ze dne 21. 12. 1988 č. 89/105/EHS.

Tato směrnice i citovaný nálezk Ústavního soudu 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, takový postup musí být ověřitelný rovněž z důvodu možného dopadu do oblastí nedovolené veřejné podpory.

Žalobce je přesvědčen, že výše uvedené platí v plné míře rovněž pro oblast zdravotnických prostředků. Podle jeho 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. Žalobce je proto přesvědčen, že má aktivní legitimaci k podání předmětné žaloby i přesto, že není přímo nositelem práv z veřejného zdravotního pojištění (tj. není pojištěncem ani mu není zákonem jinak svěřen přímý nárok z veřejného zdravotního pojištění).

K otázce pasivní legitimace žalovaných žalovaný uvádí, že v otázce stanovování úhrad zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění je nutno považovat žalované, ať už každého zvlášť, nebo společným jednáním, za správní orgán. Jediným dokumentem, kde je možné konkrétní výši úhrady zdravotnického prostředku zjistit, je Úhradový katalog. Jak

potvrzuje snížení úhrady předmětných zdravotnických prostředků, provádějí žalovaní zásahy do Úhradového katalogu prakticky dle svého uvážení, aniž by připouštěli 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 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 Ústav) ve standardním správním řízení. V tomto případě jde zcela nepochybně o činnost správního orgánu v rámci výkonu veřejné správy. Žalobce je přesvědčen, že povaha činnosti žalovaných je v tomto ohledu naprosto totožná. Za této situace jsou proto žalovaní povinni postupovat podle správního řádu.

Žalobce 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 žalobce 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 odmítají žalovaní daný zdravotnický prostředek do úhradového katalogu zapsat. Zápis zdravotnického prostředku v číselníku a Úhradovém katalogu žalovaných je fakticky základním předpokladem pro to, aby ten který zdravotnický prostředek mohl být předepsán na poukaz, tedy hrazen žalovanými či Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky ze 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 žalobce uvádí, že rozhodnutí o snížení úhrady žalovanými nebylo nikterak odůvodněno a žalobci nebylo umožněno vyjádřit se k nastavené výši úhrady v rámci transparentního a přezkoumatelného procesu. Dále specifikuje věcné výhrady vůči stanovení konkrétní ceny.

Pro případ, že snížení úhrady předmětných zdravotnických prostředků soud neposoudí jako rozhodnutí, proti kterému by bylo možno bránit se podáním žaloby podle § 65 a následujících s.ř.s., je žalobce přesvědčen, že napadené snížení úhrady má povahu nezákonného zásahu do práv žalobce, proti kterému je možné podat žalobu podle § 82 a následujících s.ř.s. K tomu žalobce odkazuje na to, co již uvedl výše, že snížení výše úhrady má silný faktický dopad do právní sféry výrobce a distributora, kteří musí s ohledem na nižší úhradu při své činnosti související s prodejem zdravotnických prostředků naprosto zásadně změnit svoji obchodní strategii.

Žalobce není ani smluvní stranou žalovaných (aby mohl vůči žalovaným uplatňovat nárok na plnění ze smlouvy), ani pojištěncem (který by mohl uplatňovat nárok na náhradu zdravotních služeb v konkrétní výši). Pokud by nemělo být o výši úhrady zdravotnických prostředků rozhodováno v rámci transparentního a přezkoumatelného správního řízení, pak i přesto musí existovat určitý postup, kterým se může žalobce jako distributor zdravotnických prostředků domáhat ochrany proti případnému nezákonnému snížení úhrad ze zdravotního pojištění.

První žalovaný ve vyjádření k podané žalobě uvedl, že není správním orgánem. Poukázal na rozsudek Nejvyššího správního soudu sp.zn. 6 Ans 6/2008 a sp.zn. 7 As 37/2003, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení správního orgánu pouze tehdy, jestliže jedná dle ust. § 53 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Číselník Svazu zdravotních pojišťoven je vydáván v návaznosti na číselník Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Přestože vydání ani jednoho z uváděných číselníků nelze považovat za správní rozhodnutí, s přihlédnutím ke skutečnosti, že žalobce napadá rozhodnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, měla by žaloba směřovat výlučně proti ní. Číselník je vydáván pouze za účelem realizace úhrad za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům jednotlivými poskytovateli, na základě smluvního vztahu a za podmínek daných platnou právní úpravou. Nárok na poskytnutí zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění je osobním nárokem každého pojištěnce, nikoliv nárokem poskytovatele zdravotních služeb ani nárokem dodavatele zdravotních prostředků. Pro poskytnutí konkrétního zdravotnického prostředku žalobcem není dán žádný právní důvod. Žalobci tak podle názoru prvního žalovaného nemůže svědčit právo podat žalobu týkající se konkrétního plnění z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Proto první žalovaný navrhl, aby soud žalobu pro nedůvodnost odmítl podle ust. § 46 odst. 1 písm. c) a písm. d) s.ř.s.

Druhý žalovaný ve vyjádření k podané žalobě uvedl, že se rovněž nepovažuje za pasivně legitimovaného. Není totiž správním orgánem, který by mohl nezákonně zasáhnout do sféry žalobce, nebo který by mohl vydat správní rozhodnutí zavazující žalobce k otázce ceny jeho výrobků. Rovněž uvedl, že žalobce není v této věci aktivně legitimován k podání žaloby. Žalovaný od počátku roku nezaznamenal podněty svých pojištěnců, které by svědčily o nedostupnosti potřebných výrobků. Domáhat se konkrétní věcné dávky je oprávněn jen pojištěnec a žalobci nepřísluší napadat rozsah nároku z veřejného zdravotního pojištění. Poukázal na to, že pozice pojištěnců není vytvořením seznamu ekonomicky nejméně náročných variant zdravotnických prostředků dotčena. Pojištěncům zákon nabízí i možnosti žádat o věcnou dávku, která je z hlediska jejich zdravotního stavu nezbytná, byť se jinak nehradí. Tyto výjimečné situace upravuje § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ke dni odeslání předmětného vyjádření však žalovaný neevidoval žádnou žádost pojištěnce vyplývající ze subjektivního pocitu nedostupnosti plně hrazených, medicínsky nezbytných zdravotnických prostředků v kategorii výrobků žalobce, k nimž se žaloba váže. Mezi žalobcem a žalovaným neexistuje žádný právní vztah. Žalovaný neovlivňuje ani cenu výrobků žalobce ani jeho pozici na trhu. O tom, zda je nebo není výrobek žalobce označen za

odpovídající zdravotním potřebám pojištěnce, rozhodne primárně poskytovatel, který poskytuje pojištěnci hrazené služby. Žalobce není poskytovatelem zdravotních služeb a není tedy na místě, aby napadal podmínky smluvního vztahu podle vyhlášky č. 618/2006 Sb. Závěrem navrhl, aby soud žalobu odmítl.

Rovněž třetí žalovaný uvedl, že domáhat se konkrétní věcné dávky je oprávněn pouze pojištěnec žalovaného a žalobci nepřísluší napadat rozsah nároků z veřejného zdravotního pojištění. I podle názoru tohoto žalovaného není žalobce aktivně legitimován k podání předmětné žaloby a žalovaný není správním orgánem, který by mohl nezákonně zasáhnout do sféry žalobce nebo který by mohl vydat správní rozhodnutí zavazující žalobce v otázce ceny jeho výrobků. Závěrem navrhl, aby soud žalobu odmítl.

Čtvrtý žalovaný ve vyjádření k podané žalobě uvedl, že podle jeho názoru žaloba nesměruje proti rozhodnutí žalovaného, neboť žádné takové rozhodnutí neexistuje. Číselník není rozhodnutím žalovaného, ani rozhodnutím Svazu zdravotních pojišťoven nebo Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, ale je výsledkem činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, proti níž však žaloba nesměruje. Číselník není ani rozhodnutím o ceně, pouze výsledkem průzkumu trhu, jehož smyslem je nalézt ekonomicky nejméně náročné zdravotnické prostředky a naplnit tak zároveň povinnost účelně hospodařit s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Žalobce není aktivně legitimován k podání žaloby, stejně tak ani žalovaná není pasivně legitimovaná a žaloba proti ní je nedůvodná. V této věci podle názoru čtvrtého žalovaného vůbec není dána pravomoc soudu. Proto navrhl, aby soud žalobu zamítl.

Také pátý žalovaný vyjádřil přesvědčení, že žalobce není aktivně legitimován k podání předmětné žaloby a že žalovaný není v této věci správním orgánem, který by mohl nezákonně zasáhnout do sféry žalobce nebo který by mohl vydat správní rozhodnutí zavazující žalobce v otázce ceny jeho výrobků. Závěrem proto navrhl, aby soud žalobu zamítl, anebo aby řízení podle § 86 s. ř. s. zastavil. (Pozn. soudu: Toto ustanovení bylo novelou účinnou od 1. 1. 2012 ze soudního řádu správního vypuštěno).

Podobně se vyjádřil rovněž šestý žalovaný, který také poukázal na to, že zdravotní pojišťovna je správním orgánem pouze při rozhodování ve věcech pojistného na všeobecné zdravotní pojištění a sankcí podle § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ve smluvním vztahu k poskytovateli zdravotních služeb není pojišťovna v jakkoliv nadřazeném postavení, výsadní pozici má pouze v oblasti kontrolování a poskytování hrazených zdravotních služeb. Číselník Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky ani Svazu zdravotních pojišťoven není správním rozhodnutím. Závěrem navrhl, aby soud žalobu zamítl.

Městský soud v Praze k projednání věci nařídil ústní jednání na den 21. května 2013. Při tomto jednání žalobce setrval na podané žalobě a vyjádřil nesouhlas s obsahem vyjádření žalovaných, jak byla citována shora. Jednotliví žalovaní při ústním jednání před soudem přednesli svá vyjádření obdobně jako v předchozích písemných podáních a závěrem všichni shodně navrhl, aby byla žaloba jako nedůvodná zamítnuta.

Městský soud v Praze věc posoudil takto:

Soud se nejprve zabýval otázkou, zda napadený akt, je rozhodnutím ve smyslu soudního řádu správního či nikoli.

Podle § 65 odst. 1 s. ř. s. *kdo tvrdí, že byl na svých právech zkrácen přímo nebo v důsledku porušení svých práv v předcházejícím řízení úkonem správního orgánu, jímž se*

zakládají, mění, ruší nebo závazně určují jeho práva nebo povinnosti, (dále jen "rozhodnutí"), může se žalobou domáhat zrušení takového rozhodnutí, popřípadě vyslovení jeho nicotnosti, nestanoví-li tento nebo zvláštní zákon jinak.

Podle § 65 odst. 2 s. ř. s. žalobu proti rozhodnutí správního orgánu může podat i účastník řízení před správním orgánem, který není k žalobě oprávněn podle odstavce 1, tvrdí-li, že postupem správního orgánu byl zkrácen na právech, která jemu přísluší, takovým způsobem, že to mohlo mít za následek nezákonné rozhodnutí.

I v případě žalobce, který svoji legitimaci k podání žaloby odvozuje od ust. § 65 odst. 2 s. ř. s. tedy musí žaloba směřovat proti rozhodnutí správního orgánu ve smyslu definice uvedené v odst. 1 tohoto ustanovení.

V daném případě jde o posouzení charakteru dopisu adresovaného žalobci, který je podepsán viceprezidentem Svazu zdravotních pojišťoven a ředitelem odboru léčiv a zdravotnických prostředků Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, jímž se žalobci oznamuje, že s účinností od 1. 1. 2013 byly provedeny změny v platných číselnících zdravotnických prostředků, a to pro některé skupiny zdravotnických prostředků pro stomické pacienty. V dopise se dále uvádí, že změny byly provedeny plně v souladu s ust. § 15 odst. 11 a oddílu C přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, která zdravotním pojišťovnám ukládají příslušné zdravotnické prostředky hradit pouze v provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení, přičemž cenu ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotní pojišťovny zjišťují průzkumem trhu. K tomuto průzkumu trhu zdravotní pojišťovny přistoupily v roce 2012 v rámci pracovní skupiny pro kategorizaci a úhradovou regulaci při Ministerstvu zdravotnictví. Kategorizační zařazení jednotlivých zdravotnických prostředků bylo odsouhlaseno všemi výrobci a dodavateli předmětných pomůcek. V souladu s výsledky kategorizačních jednání byly příslušné zdravotnické prostředky seřazeny do úhradových skupin. V každé úhradové skupině byla nastavena úhrada dle ekonomicky nejméně náročné varianty, současně ale tak, aby dostatečné množství zdravotnických prostředků (dodávaných více dodavateli) bylo plně hrazených. Následují údaje o výši ceny ekonomicky nejméně náročných variant jednotlivých zdravotnických prostředků.

Podle § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění *zdravotnické prostředky uvedené v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění nehradí. Zdravotnické prostředky uvedené v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění hradí ve výši a za podmínek stanovených v této příloze.*

Podle podmínek uvedených v oddílu C přílohy č. 3 zákona je úhrada za předmětné zdravotnické prostředky omezena výší *ceny ekonomicky nejméně náročné varianty celého systému složeného ze zdravotnických prostředků*, přičemž cenu ekonomicky nejméně náročné varianty *zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.*

Soud se zabýval otázkou, zda shora uvedené sdělení zdravotních pojišťoven je za popsané právní úpravy možno považovat za rozhodnutí ve smyslu správního řádu či soudního řádu správního. Dospěl přitom k závěru, že uvedené sdělení za rozhodnutí možno považovat není. Z popsané právní úpravy nevyplývá, že by zákonodárce výslovně zamýšlel nastolit takový stav, aby o stanovení výše úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění bylo rozhodováno ve správním řízení. Tomu nasvědčuje i zákonná formulace, že cenu ekonomicky nejméně náročné varianty „zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu“. Lze soudit, že pokud by zákonodárce zamýšlel podříditi rozhodování o výši úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění režimu správního řízení, nepoužil by výrazu „zjišťuje“, ale použil by patrně výrazu jiného například, že cenu „určuje“ či „stanoví“ zdravotní pojišťovna apod.

V projednávané věci je dále zřejmé, že napadený akt žalovaných, vůči němuž směřuje podaná žaloba, formální znaky správního rozhodnutí nemá. Soud se proto zabýval otázkou, zda tento akt může být rozhodnutím v materiálním slova smyslu. Dospěl přitom k závěru, že ani tímto způsobem nelze věc posoudit, neboť z právní úpravy nelze nijak dovodit oprávnění zdravotních pojišťoven takové rozhodnutí vůbec vydat.

Vztahy v systému zdravotního pojištění jsou primárně vztahy mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem, případně zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy upravuje primárně práva a povinnosti ve vztahu mezi těmito subjekty. Ust. § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění a návazně i příloha č. 3 tohoto zákona upravují otázku, v jaké výši má poskytovatel zdravotní péče (či přímo pojištěnec) právo na úhradu ceny zdravotnických prostředků za zákonem stanovených podmínek. Jednání pojišťovny spočívající v proplacení ceny zdravotnických prostředků v zákonem stanovené výši má charakter faktického konání a nejde o individuální rozhodnutí v konkrétní věci o konkrétním nároku pojištěnce či zdravotnického zařízení. Stejně tak je tomu i v případě proplácení jiných plateb ze zdravotního pojištění – ani v případě nákladů na zdravotnické výkony nerozhoduje o žádosti o proplácení takových nákladů podané zdravotnickým zařízením zdravotní pojišťovna ve správním řízení a stejně nerozhoduje ve správním řízení zdravotní pojišťovna ani o proplácení příspěvků na cenu léčivých přípravků. Nic takového nelze ze zákona dovodit, ostatně takový postup by byl v praxi naprosto nerealizovatelný.

Zákon přitom zdravotním pojišťovnám nesvěřuje ani oprávnění, aby vydávaly rozhodnutí, jímž by byly závazně určeny výše úhrad jednotlivých zdravotnických prostředků. Pokud by se mělo o rozhodnutí jednat musela by pravomoc takové rozhodnutí vydat být zdravotním pojišťovnám zákonem výslovně svěřena, neboť podle čl. 2 odst. 2 Listiny základních práv a svobod státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví. Vydání příslušného číselníku proto není možno považovat za autoritativní vrchnostenský akt správního orgánu, ale je na něj nutno hledět jako na oznámení zdravotní pojišťovny, jímž dává najevo svým smluvním partnerům (poskytovatelům zdravotní péče, pojištěncům), jakým způsobem bude aplikovat v případě konkrétního zdravotnického prostředku příslušná zákonná ustanovení.

Tomu ostatně odpovídá také formulace uvedená ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., což je jediný právní předpis, který se o číselnících ve vztahu ke zdravotnickým prostředkům zmiňuje. Z textu této vyhlášky vyplývá, že se jedná o dokument vycházející ze vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, tj. o dokument vztahující se ke smlouvě, jehož závaznost vyplývá ze soukromoprávního vztahu založeného smlouvou a nikoli ze vztahu veřejnoprávního, kde by zdravotní pojišťovna vystupovala vrchnostensky. S participací výrobců či distributorů při tvorbě tohoto číselníku uvedená vyhláška nijak nepočítá.

Nemají-li tedy zdravotní pojišťovny zákonné oprávnění vydat závazné správní rozhodnutí, kterým by byly do budoucna závazně určeny výše úhrad jednotlivých zdravotnických prostředků, nelze na akt napadený žalobou hledět jako na správní rozhodnutí, neboť žalobce tento akt označuje za správní rozhodnutí, aniž by žalovaní pravomoc vydat takové rozhodnutí měli zákonem svěřenu.

Ve vztahu ke zdravotnickým prostředkům zdejší soud neshledává takový výklad zákona o veřejném zdravotním pojištění jako protiústavní. V tomto případě nelze bez dalšího použít závěry, ke kterým dospěl Ústavní soud v nálezu publikovaném ve Sbírce zákonů pod číslem 57/2007 Sb., který se týkal otázky stanovení výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění v případě léčivých přípravků a stejně tak nelze na věc aplikovat ani směrnici

č. 89/105/EHS, neboť i ta se týká toliko léčivých přípravků. Je totiž nutno zohlednit odlišnost charakteru zdravotnických prostředků a léčivých přípravků.

Mezi léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky je zásadní odlišnost již při jejich uvádění na trh. Zatímco uvádění léčivých přípravků do oběhu podléhá registraci postupem podle zákona o léčivech (zákon č. 378/2007 Sb.), kdy je vydáván individuální správní akt týkající se registrace jednoho každého individuálního léčivého přípravku, u zdravotnických prostředků žádný takový proces neexistuje, zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, podřazuje užívání zdravotnických prostředků obecnému režimu stanoveného zákonem č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky a o změně a doplnění některých zákonů (viz § 4 odst. 1 zákona o zdravotnických prostředcích). Zákon přitom nepočítá s tím, že by existoval uzavřený seznam zdravotnických prostředků, které jedinečně je možno z veřejného zdravotního pojištění hradit. Číselníkům vydávaným zdravotními pojišťovnami zákon takovou sílu nepřiznává.

Z žádného právního předpisu neplyne, že by zdravotní pojišťovna mohla proplatit úhradu z veřejného zdravotního pojištění jen u takového zdravotnického prostředku, který je v číselníku uveden. Pokud by zdravotní pojišťovna odmítla určitý zdravotnický prostředek proplatit jen z toho důvodu, že není uveden v číselníku, šlo by o postup v rozporu s ust. § 15 odst. 11 věta první, neboť podle tohoto ustanovení jsou z financování ze systému veřejného zdravotního pojištění vyloučeny pouze zdravotnické prostředky uvedené v oddílu B přílohy č. 3 tohoto zákona. Z těchto důvodů se soud nezabýval poukazy žalobce na údajnou šikanu výrobců a distributorů zdravotnických prostředků ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny české republiky při zařazování zdravotnických prostředků do číselníku.

V případě léčivých přípravků se výše úhrady ze zdravotního pojištění stanovuje pro konkrétní výrobek konkrétního výrobce (tj. pro výrobek s konkrétním obchodním názvem). Tak tomu je podle stávající právní úpravy i podle právní úpravy, která byla předmětem posuzování ze strany Ústavního soudu ve shora citovaném nálezu. V případě zdravotnických prostředků je naproti zákonná konstrukce taková, že se výše úhrady stanovuje obecně pro určitý typ zdravotnického prostředku bez ohledu na jeho obchodní název a výrobce. Určená výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění je proto pro všechny výrobce zdravotnických prostředků stejná a z povahy věci tak nemůže dojít stanovením výše úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění k diskriminaci žádného z výrobců zdravotnických prostředků. Zákon neurčuje výši úhrady konkrétním číselným údajem, ale toliko postupem, jak má být konkrétní výše úhrady zjištěna. Proplácení úhrad za zdravotnické prostředky z veřejného zdravotního pojištění se nicméně neděje v režimu správního řízení, jde o soukromoprávní plnění na základě uzavřené smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny zdravotnickému zařízení či o plnění ze strany zdravotních pojišťoven pojištěncům na základě jejich pojistného vztahu. V obou případech jde ovšem o plnění ze soukromoprávního vztahu a případný spor o určení správnosti výše tohoto plnění přísluší řešit soudu v občanskoprávním řízení a zdravotní pojišťovna nemá zákonem svěřeno oprávnění autoritativně o takovém sporu rozhodnout. Nemá přitom ani zákonné oprávnění vydat deklaratorní rozhodnutí o tom, jaká má být výše úhrady ze zdravotního pojištění na určitý typ zdravotnického prostředku.

Právní úprava týkající se léčivých přípravků, která byla předmětem posuzování ze strany Ústavního soudu, obsahovala paušální zmocnění pro Ministerstvo zdravotnictví stanovit výši úhrady jednotlivých léčivých přípravků, aniž by právní předpisy obsahovaly jakýkoli „návod“ k tomu, jakým postupem má být tato výše určena a v podstatě tak zakotvovaly skutečnou libovůli ministerstva. Tak tomu ovšem v současné právní úpravě týkající se zdravotnických prostředků není. I pokud by vydávané číselníky měly závazný charakter ve smyslu vrchnostenském (což současná právní úprava nestanoví a dovodit to z ní

nelze), neplatily by pro ni argumenty uváděné Ústavním soudem v citovaném nálezu, neboť jednak postup určení výše úhrady vyplývá ze zákona a jednak případná chyba v tomto postupu ovlivní výši úhrady u všech zdravotnických prostředků příslušného typu stejně, takže jakákoli diskriminace jednoho výrobce či distributora na úkor jiného tu z povahy věci není možná, narozdíl od předchozí úpravy ve vztahu k léčivým přípravkům, kde takovou možnost zákonná úprava v podstatě umožňovala.

Z těchto důvodů Městský soud v Praze dospěl k závěru, že ust. § 15 odst. 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění a ustanovení přílohy č. 3 oddílu C tohoto zákona nejsou v rozporu s ústavním pořádkem, a nejsou tedy splněny podmínky pro přerušení řízení a předložení věci Ústavnímu soudu.

Není-li žalobcem napadený akt rozhodnutím, nelze jej přezkoumat v řízení o žalobě proti rozhodnutí správního orgánu podle § 65 a násl. s. ř. s., neboť taková žaloba by podle § 70 písm. a) s. ř. s. a § 68 písm. e) s. ř. s. byla nepřípustná a soud by ji musel podle § 46 odst. 1 písm. d) s. ř. s. odmítnout.

Soud se proto následně zabýval otázkou, zda je žalobce oprávněn podat žalobu na ochranu před nezákonným zásahem správního orgánu

Podle § 82 s. ř. s. každý, kdo tvrdí, že byl přímo zkrácen na svých právech nezákonným zásahem, pokynem nebo donucením (dále jen "zásah") správního orgánu, který není rozhodnutím, a byl zaměřen přímo proti němu nebo v jeho důsledku bylo proti němu přímo zasaženo, může se žalobou u soudu domáhat ochrany proti němu nebo určení toho, že zásah byl nezákonný.

Aktivní žalobní legitimaci má tedy každý, kdo tvrdí, že byl určitým jednáním správního orgánu zkrácen na svých právech. Tvzení o zkrácení žalobcových práv nepochybně žaloba obsahuje. Pasivní legitimace je pak v řízení o této žalobě dána tvrzením žalobce. Posouzení důvodnosti tohoto tvrzení již však není posouzením aktivní legitimace k podání žaloby či její přípustnosti, ale posouzením důvodnosti žaloby jako takové, tedy jejím meritorním projednáním. V projednávaném případě ani nelze mít zato, že by se jednalo o věc vůbec nespádající do kompetence správního soudu. Žalovaní totiž za určitých okolností skutečně mohou jako správní orgán vystupovat. Předmětem meritorního posouzení žaloby pak je právě posouzení důvodnosti uplatněných žalobních tvrzení, mj. posouzení i toho, zda žalovaní skutečně jednají jako správní orgán, soud však nemohl žalobu na ochranu před nezákonným zásahem bez dalšího odmítnout, jak navrhovali někteří žalovaní.

Soud proto přikročil k posouzení důvodnosti podané žaloby.

Nejvyšší správní soud již ve svém rozsudku ze dne 17. 3. 2005, čj. 2 Aps 1/2005-65 (publikovaném pod č. 603/2005 Sb. NSS), konstatoval, že ochrana podle § 82 a násl. s. ř. s. je důvodná tehdy, jsou-li - a to kumulativně, splněny následující podmínky: Žalobce musí být přímo (1. podmínka) zkrácen na svých právech (2. podmínka) nezákonným (3. podmínka) zásahem, pokynem nebo donucením („zásahem“ správního orgánu v širším smyslu) správního orgánu, které nejsou rozhodnutím (4. podmínka), a byl zaměřen přímo proti němu nebo v jeho důsledku bylo proti němu přímo zasaženo (5. podmínka), přičemž „zásah“ v širším smyslu nebo jeho důsledky musí trvat nebo musí hrozit opakování „zásahu“ (6. podmínka). Není-li byť jen jediná z uvedených podmínek splněna, nelze ochranu podle § 82 a násl. s. ř. s. poskytnout.

S účinností od 1. 1. 2012 byla 6. podmínka z textu ust. § 82 s. ř. s. vypuštěna, judikatura vztahující se ke zbývajícím podmínkám je však i nadále použitelná.

Městský soud v Praze dospěl k závěru, že v daném případě není splněna 1. podmínka. Vycházel přitom ze závěrů uvedených v rozsudku Nejvyššího správního soudu ze dne 28. 4. 2011, čj. 3 Ads 48/2010-237, který se týkal rozhodování o stanovení výše úhrad u léčivých přípravků, kde tento soud uvedl následující:

Obecně lze konstatovat, že obsahem právních vztahů vznikajících a realizujících se v rámci veřejného zdravotního pojištění je povinnost pojištěnců odvádět stanovenou část svých příjmů (či jiných finančních prostředků v případě osob bez zdanitelných příjmů) zdravotní pojišťovně v podobě pojistného na straně jedné a jejich tomu odpovídající právo na úhradu zdravotní péče v případech, kdy dojde k pojistné události (nemoc) na straně druhé (§ 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.). Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění pak zahrnuje mimo jiné také poskytování léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely [§ 13 odst. 2 písm. f) a g) zákona]. Zákon dále specifikuje, které léčivé přípravky se hradí z pojištění plně a které nikoli, jakož i způsob rozhodování Ústavu o výši úhrady (§ 15 zákona, potažmo jeho část šestá).

Předmětem správního řízení, ve kterém se rozhoduje o podmínkách a výši úhrady ze zdravotního pojištění, je tedy v daném případě úhrada zdravotní péče realizované formou poskytnutí léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely.

Osobami, které jsou předmětným rozhodnutím přímo dotčeny na svých veřejných subjektivních právech, jsou pak pojištěnci jako účastníci pojistného vztahu s tou kterou zdravotní pojišťovnou.

Výše uvedenému pak ne zcela koresponduje konstrukce správního řízení tak, jak je zakotvena v zákoně č. 48/1997 Sb. Dle platné právní úpravy (§ 39g odst. 1) jsou účastníky řízení „osoby, které podaly žádost“, zdravotní pojišťovny, nejsou-li osobami, které podaly žádost, držitel registrace, jde-li o registrovaný léčivý přípravek, dovozce nebo tuzemský výrobce, jde-li o neregistrovaný léčivý přípravek používaný ve schváleném specifickém léčebném programu, nebo o potravinu pro zvláštní lékařské účely. Žádost mohou podle § 39f odst. 2 téhož zákona podat a) držitel rozhodnutí o registraci léčivého přípravku, je-li léčivý přípravek registrován, a dovozce nebo tuzemský výrobce potravin pro zvláštní lékařské účely, b) dovozce nebo tuzemský výrobce léčivého přípravku, je-li jím dovážený nebo vyráběný léčivý přípravek používán na území České republiky v rámci specifického léčebného programu nebo jiný předkladatel specifického léčebného programu, c) zdravotní pojišťovna.

Nejvyšší správní soud si je vědom, že tyto (z hlediska základního vztahu zdravotní pojišťovna-pojištěnec) „třetí osoby“ [žadatelé podle § 39f odst. 2 písm. a) a b) zákona] nepochybně mají své povýtce ekonomické zájmy na realizaci zdravotního pojištění a úhradách z prostředků zde akumulovaných. Jejich ochrana byla nakonec i jedním z důvodů přijetí aktuálně platné právní úpravy části šesté zákona (srov. nález Ústavního soudu ze dne 16. 1. 2007, č. j. Pl. ÚS 36/05, publ. pod č. 57/2007 Sb.). Tyto zájmy však podle názoru Nejvyššího správního soudu nelze uplatňovat v rámci soudního přezkumu rozhodnutí Ústavu o výši úhrady, neboť zde nebyly předmětem rozhodování. (...)

Je však třeba pamatovat na to, že předmětem řízení před Ústavem je úhrada zdravotní péče jakožto plnění z pojistného vztahu mezi pojišťovnou a pojištěnci. Hospodářské zájmy osob, které se podílejí na uskutečňování tohoto vztahu, nejsou a nemohou být předmětem posouzení (rozhodnutí) Ústavem, neboť s tímto vztahem nesouvisí a Ústav není k jejich posouzení příslušný (srov. § 13 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech). Ochrana ekonomických zájmů (soutěžních práv) subjektů podle § 39f odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 48/1997 Sb., která je bezesporu žádoucí, proto nemůže být poskytována tak říkajíc „po linii zdravotního pojištění“, nýbrž „po linii ochrany hospodářské soutěže“, ke které jsou ovšem právním řádem povolány odlišné orgány veřejné správy.

Nejvyšší správní soud proto uzavírá, že držitelé registrace, dovozci a výrobci [žadatelé ve smyslu § 39f odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 48/1997 Sb.] nejsou rozhodnutím Ústavu o výši úhrady za ten který léčivý přípravek či potravinu pro zvláštní lékařské účely přímo dotčeni na svých veřejných subjektivních právech, neboť nejsou účastníky pojistného vztahu a žádná veřejná subjektivní práva, o kterých je v řízení rozhodováno, tudíž nemají. Na druhou stranu ovšem nelze přehlédnout, že zákon přiznává těmto osobám postavení účastníků správního řízení, a soudní ochrana jim proto nepochybně přísluší. Vzhledem k absenci vlastních hmotných veřejných subjektivních práv, o kterých by bylo ve správním řízení jednáno, se nicméně bude jejich žalobní legitimace opírat jen o ustanovení § 65 odst. 2 s. ř. s., a nikoli o odstavec 1. Postavení osob uvedených v § 39f odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 48/1997 Sb. tedy odpovídá postavení tzv. „zájemníků“ (srov. např. právo třetí osoby podat návrh na zrušení ochranné známky podle § 31 odst. 1 zákona č. 441/2003 Sb., o ochranných známkách; k tomu viz rozsudek ze dne 21. 2. 2008, č. j. 3 As 56/2007 - 108, www.nssoud.cz).

Z výše uvedeného pak vyplývá, že soudní ochrana může být účastníkům řízení před Ústavem poskytnuta pouze v rozsahu jejich veřejných subjektivních práv procesních, nikoliv hmotných. Příkladmo tedy může být poskytnuta ochrana jejich právu označit některé z informací obsažených v žádosti nebo přílohách k žádosti za předmět obchodního tajemství (§ 39f odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb.); právu na to, aby bylo o výši a podmínkách úhrady rozhodnuto nejpozději do 75 dnů od zahájení řízení (§ 39g odst. 2); právu navrhopvat důkazy a činit jiné návrhy 30 dní od zahájení řízení (§ 39g odst. 5); právu navrhnout změnu výše nebo podmínek úhrady (§ 39i odst. 1) či právu podat žádost o zrušení výše a podmínek úhrady [§ 39j odst. 2 písm. a) zákona]; a dále samozřejmě veškerým právům garantovaným zákonem č. 500/2004 Sb., správním řádem.

K podobným závěrům pak dospěl Nejvyšší správní soud i v rozsudku ze dne 11. 7. 2012 čj. 6 Ads 70/2012-60, rozsudku ze dne 26. 5. 2011 čj. 4 Ads 133/2010-164 a rozsudku ze dne 18.05.2011 čj. 3 Ads 59/2011-73. Jde tedy o ustálenou judikaturu Nejvyššího správního soudu a Městskému soudu v Praze nezbyvá, než tyto závěry respektovat a vycházet z nich.

Nejsou-li výrobci a distributoři léčivých přípravků přímo dotčeni ve svých právech rozhodováním o stanovení výše úhrady těchto léčivých přípravků z veřejného zdravotního pojištění, ačkoli se toto rozhodování děje v režimu správního řízení a na jejich žádost, tím méně mohou být přímo dotčeni ve svých právech výrobci a distributoři zdravotnických prostředků určením výše úhrady těchto zdravotnických prostředků, když toto určování se děje mimo režim správního řízení a nadto se děje ve vztahu ke všem zdravotnickým prostředkům určitého typu a nikoli ke konkrétnímu výrobku, jako je tomu v případě léčivých přípravků. Žalobce tak stanovením výše úhrady zdravotnických prostředků z veřejného zdravotního pojištění provedeným od 1. 1. 2013 nemohl být ve svých právech přímo dotčen a jeho žaloba na ochranu před nezákonným zásahem nemůže být úspěšná. Za této situace již nemá smysl zkoumat splnění dalších podmínek pro možnost ochrany před nezákonným zásahem uvedených shora, neboť by to na výsledku tohoto řízení nemohlo ničeho změnit.

Závěrem soud ještě považuje za nutné učinit jednu poznámku. Pokud by snad došlo k situaci, kdy by některý z výrobců či distributorů předmětných zdravotnických prostředků (tj. obchodních konkurentů žalobce) své výrobky uváděl na trh za „podnákladovou“ cenu či jinak svým chováním uměle snižoval cenu svých výrobků na trhu a tím by ovlivňoval výši úhrady zdravotnických prostředků ze systému veřejného zdravotního pojištění, má žalobce právo se proti takovému jednání bránit prostředky obchodního práva v oblasti ochrany před nekalosoutěžním jednáním. Žalobce tak má možnost hájit svá práva tam, kde skutečně dochází k jejich přímému dotčení.

Soud tak shrnuje, že žalobce i v projednávaném případě uplatňuje své hospodářské zájmy „po linii zdravotního pojištění“, tj. prostředky, které k obraně těchto jeho zájmů nejsou určeny.

Vzhledem k výše uvedenému soud žalobu jako nedůvodnou podle § 87 odst. 3 s. ř. s. zamítl.

O nákladech řízení soud rozhodl podle § 60 odst. 1 s. ř. s. Žalobce nebyl v řízení úspěšný, a proto mu náhrada nákladů řízení nepřísluší. Žalovaní s výjimkou žalovaného č. 3 náhradu nákladů řízení výslovně nepožadovali, a proto ani jim soud právo na náhradu nákladů řízení nepřiznal. Třetí žalovaný, který byl v řízení úspěšný, žádal soud, aby mu náhradu nákladů řízení přiznal, a soud neshledal žádné důvody zvláštního zřetele hodné, pro něž by mu být přiznány nebyly. Soud dospěl k závěru, že na projednávaný případ nedopadají závěry rozsudku Nejvyššího správního soudu ze dne 26. 4. 2007, čj. 6 As 40/2006-87, v němž Nejvyšší správní soud ve vztahu k České advokátní komoře dovodil, že *jako orgán veřejné správy disponuje na svěřeném úseku veřejné správy dostatečnými znalostmi a zkušenostmi, pro něž musí být schopna kvalifikovaně hájit svůj veřejně mocenský akt v soudním řízení správním, včetně řízení o kasační stížnosti. Není proto zpravidla namístě přiznávat jí v tomto řízení náklady zastoupení advokátem, neboť nejde o náklady účelně vynaložené*. V daném případě totiž žalovaný před správním soudem neobhajoval žádný veřejně mocenský akt a bránil se proti žalobě podané subjektem, vůči němuž není v žádném vrchnostenském postavení.

Náklady tak spočívají v nákladech na zastoupení advokátem, a to za čtyři úkony právní služby po 3.100 Kč (podle vyhlášky č. 177/1996 Sb., ve znění účinném od 1. 1. 2013; převzetí zastoupení, vyjádření k žalobě a účast u jednání před soudem od 10.10 hod do 12.20 hod, tj. za dvě započaté dvojhodiny), jeden úkon právní služby za 1550 Kč (vyjádření k návrhu na přiznání odkladného účinku, § 11 odst. 2 písm. a) ve spojení s § 11 odst. 3 vyhlášky) a celkem pět režijních paušálů po 300 Kč (§ 13 vyhlášky). Dále jde o náklady vynaložené v souvislosti s ústním jednáním před Městským soudem v Praze, které představuje náhrada za promeškaný čas za celkem šestnáct půlhodin po 100 Kč (§ 14 vyhlášky) a cestovné vlakem z Ostravy do Prahy a zpět v celkové výši 932 Kč (podle doložených kopií jízdních dokladů Českých drah). U těchto nákladů soud přiznal právo na náhradu toliko ve výši jedné poloviny, neboť soudu je z úřední činnosti známo, že táž právní zástupkyně žalovaného se zúčastnila téhož dne jednání také ve skutkově a právně obdobné věci pod sp. zn. 10Ad 6/2013, a proto v každé z těchto věcí považoval za náklady vynaložené v souvislosti s každým z těchto řízení jednu polovinu celkových cestovních nákladů právní zástupkyně žalovaného. Ve výsledku tedy jde o 800 Kč náhrady za promeškaný čas a 466 Kč jízdného. Celková výše nákladů na právní zastoupení tedy činí 16.716 Kč a k tomu se připočítává DPH ve výši 21 % v celkové výši 3510,40 Kč. Proto soud přiznal žalovanému č. 3 právo na náhradu nákladů řízení v celkové výši 20.226,40 Kč.

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). 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 28. května 2013

Mgr. Jana Brothánková
předsedkyně senátu