

USNESENÍ

Nejvyšší správní soud rozhodl v senátu složeném z předsedy Mgr. Radovana Havelce a soudců JUDr. Tomáše Rychlého a JUDr. Jaroslava Vlašína v právní věci žalobce: **JUDr. Ing. P. K.**, zastoupený advokátem JUDr. Ing. Lukášem Prudilem, proti žalované: **Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra**, se sídlem Vinohradská 2577/178, Praha 3, v řízení o kasační stížnosti žalobce proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 16. 10. 2018, č. j. 6 Ad 7/2018 – 30,

t a k t o :

Věc se postupuje k rozhodnutí rozšířenému senátu.

O d ů v o d n ě n í :

I. Dosavadní průběh řízení

[1] Žalovaná svým rozhodnutím ze dne 20. 2. 2018, č. j. 1066259/1 (dále jen „rozhodnutí žalované“), zamítla odvolání žalobce a potvrdila své předchozí rozhodnutí (podepsané revizní lékařkou) ze dne 18. 12. 2017, č. j. 7119829/1 (dále jen „prvostupňové rozhodnutí“). Posledně uvedeným rozhodnutím byla zamítnuta žádost o úhradu léčivého přípravku „Lartruvo“ podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Žalobce je onkologický pacient s myxoidním liposarkomem bérce s rozsáhlou lokální recidivou a metastatickým postižením plic (viz žádanka ošetřujícího lékaře o schválení léčivého přípravku na č. l. 1 správního spisu).

[2] Žalobce podal proti rozhodnutí žalovaného žalobu k Městskému soudu v Praze (dále jen „městský soud“). Pro odůvodnění tohoto usnesení je významné, že namítal „zmatečnost“ obou rozhodnutí, protože není vůbec zřejmé, zda o jeho žádosti rozhodoval oprávněný orgán. Prvostupňové rozhodnutí je uvozeno tím, že rozhoduje žalovaná a je podepsáno revizní lékařkou, o odvolání opět rozhodla žalovaná a je podepsáno ředitelkou zdravotnického odboru žalované. Revizní lékařka podle žalobce neměla pravomoc rozhodovat.

[3] Městský soud napadeným rozsudkem žalobu zamítl jako nedůvodnou. Ohledně tvrzené zmatečnosti rozhodnutí poukázal na § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jenž váže poskytnutí zdravotních služeb na předchozí souhlas revizního lékaře, pokud hrozí nebezpečí z prodlení. Z toho městský soud dovodil pravomoc revizních lékařů rozhodovat o žádosti pojištěnců o úhradu zdravotních služeb jinak pojišťovnou nehrazených, tedy i o žádosti žalobce. Pravomoc revizní lékařky plyne také z Popisu

pracovní činnosti, předloženého žalovanou. Pravomoc žalované rozhodnout o odvolání pak městský soud dovodil z § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Přisvědčil žalobci, že ustanovení § 42 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění výslovně upravuje pravomoc revizních lékařů, týká se však pouze kontrolní činnosti. Rozhodování ve věcech zdravotního pojištění je upraveno v § 53 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a výčet tam uvedený nelze považovat za uzavřený. Pokud by tomu tak bylo, nebylo by možné přezkoumat rozhodnutí žalované. K tomu odkázal na rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 9. 2013, č. j. 4 Ads 134/2012 – 50. Městský soud uzavřel, že rozhodnutí žalované i prvostupňové rozhodnutí naplňují nejen materiální, ale i formální stránku, neboť mají obecný zákonný rámec v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, vychází z ustanovení § 16 tohoto zákona a mají náležitosti správního rozhodnutí.

II. Kasační stížnost a vyjádření žalované

[4] Žalobce (dále jen „stěžovatel“) brojí proti rozsudku městského soudu kasační stížností, již podřazuje pod důvod uvedený v § 103 odst. 1 písm. a) soudního řádu správního (dále jen „s. ř. s.“). Důvody kasační stížnosti lze však podřadit také pod § 103 odst. 1 písm. b) s. ř. s., neboť stěžovatel vytýká nepřezkoumatelnost správních rozhodnutí, pro niž měl městský soud tato rozhodnutí zrušit.

[5] Úvodem stěžovatel uvedl, že léčivý přípravek *Lartruvo* (v kombinaci s léčivým přípravkem Doxorubicin) je z hlediska jeho zdravotního stavu jedinou možností zdravotní péče, kterou je možné dosáhnout alespoň prodloužení jeho života. Právě uvedená kombinace byla lékaři stěžovatele navrhována jako nejúčinnější a zároveň jediná optimální možnost léčby z hlediska jeho zdravotního stavu (recidiva, rychlá progresse, nízká účinnost předchozí léčby). U shodného typu onemocnění byly provedenými studiemi zjištěny naprosto výjimečné výsledky v souvislosti s prodloužením života nemocného. Stěžovatel je jinak ve výborném klinickém stavu a stále se nachází v plném pracovním nasazení.

[6] Pro účely tohoto usnesení je významné, že stěžovatel v kasační stížnosti polemizuje se závěrem městského soudu o rozhodovací pravomoci revizní lékařky žalované. Ve správním řízení rozhodují správní orgány, přičemž revizní lékař správním orgánem není, může být toliko osobou pověřenou správním orgánem k výkonu vymezených činností ve smyslu § 15 odst. 2 zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu (dále jen „správní řád“). Dále podle stěžovatele § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění podporuje tvrzení, že revizní lékař pravomoc správního orgánu k rozhodování o předmětné věci nemá, neboť plní odlišnou roli – poskytuje pouze předchozí souhlas s poskytnutím zdravotních služeb.

[7] Žalovaná se ve svém vyjádření ztotožnila s napadeným rozsudkem a navrhla, aby Nejvyšší správní soud kasační stížnost zamítl. K otázce zmatečnosti rozhodnutí uvedla, že je její věcí, jakou osobu určí jako kompetentní k provádění konkrétních činností. Posuzování žádostí pojištěnců o úhradu zdravotní péče je ze své podstaty agendou, která spadá do kompetence osob s medicínským vzděláním, žalovaná svěřila rozhodování svým revizním lékařům. Žalovaná obě svoje rozhodnutí považuje za přezkoumatelná a splňující zákonné požadavky podle § 68 odst. 3 správního řádu.

III. Předložení věci rozšířenému senátu

IIIa. Dosavadní judikatura

pokračování

[8] Při posouzení věci dospěl třetí senát k závěru, že posouzení zákonnosti napadeného rozsudku městského soudu je závislé především na výkladu ustanovení § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a posouzení otázky, zda o úhradě „zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené“ vydává zdravotní pojišťovna rozhodnutí ve smyslu § 65 s. ř. s. (pro jednoduchost je toto rozhodnutí dále uváděno jen jako „rozhodnutí o úhradě“). Městský soud v napadeném rozsudku uvedenou otázku zodpověděl kladně, opíraje se především o výše zmíněný rozsudek Nejvyššího správního soudu č. j. 4 Ads 134/2012 – 50.

[9] Čtvrtý senát v posledně zmíněném rozsudku posuzoval kasační stížnost žalobce proti zamítavému rozsudku krajského soudu. Žalobce se před krajským soudem domáhal zrušení rozhodnutí žalované zdravotní pojišťovny, jímž nebyla schválena žádost žalobce o úhradu komplexní lázeňské léčebně rehabilitační péče, ale byla jím schválena příspěvková lázeňská léčebně rehabilitační péče podle § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Nejednalo se tedy o posuzování rozhodnutí o úhradě podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, nicméně městský soud právě o rozsudek č. j. 4 Ads 134/2012 – 50 opřel své chápání rozhodnutí o úhradě jako rozhodnutí ve smyslu § 65 s. ř. s. Nutno dodat, že jak § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak i § 16 téhož zákona nepředvídají vydávání jakéhokoli rozhodnutí o zde upravených otázkách a proces zakončený vydáním správního rozhodnutí není upraven ani v § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění (viz k tomu odstavec [15] níže).

[10] Při posouzení tehdy projednávané věci čtvrtý senát nejprve citoval starší judikaturu, akcentující materiální pojetí rozhodnutí: „K výkladu § 65 odst. 1 s. ř. s. se Nejvyšší správní soud vyjádřil např. v rozsudku ze dne 24. 5. 2006, č. j. 1 Afs 147/2005 – 107, kde dospěl k právnímu závěru, že „pojem „rozhodnutí“ je třeba chápat jako jakýkoliv individuální právní akt vydaný orgánem veřejné moci z pozice jeho vrchnostenského postavení. Námitky stěžovatele, že předmětná rozhodnutí neměla příslušnou formu a nebyla vydána v žádném procesu, se v tomto světle jeví jako zcela liché.“ V usnesení rozšířeného senátu ze dne 21. 10. 2008, č. j. 8 As 47/2005 – 86, Nejvyšší správní soud dospěl k závěru, že „aktivní žalobní legitimace v řízení o žalobě proti rozhodnutí správního orgánu (§ 65 a n. s. ř. s.) bude dána vždy tehdy, pokud s ohledem na tvrzení žalobce není možné zjevně a jednoznačně konstatovat, že k zásahu do jeho právní sféry v žádném případě dojít nemohlo.“ Následně pak odůvodnil své chápání postupu při poskytování komplexní léčebně rehabilitační péče podle § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění jako správního řízení zakončeného správním rozhodnutím takto: „Nejvyšší správní soud v souladu se shora citovanou judikaturou dospívá k závěru, že napadené rozhodnutí žalované je rozhodnutím ve smyslu ustanovení § 65 odst. 1 s. ř. s., které není vyloučeno ze soudního přezkumu podle ustanovení § 70 písm. a) s. ř. s. Napadené rozhodnutí je individuálním právním aktem, neboť se týká konkrétního subjektu (stěžovatele) a konkrétní věci (otázky poskytnutí komplexní léčebně rehabilitační péče), který byl vydán orgánem veřejné moci z pozice jeho vrchnostenského postavení. Zdravotní pojišťovna totiž v případě rozhodování podle zákona o veřejném zdravotním pojištění ohledně poskytnutí komplexní léčebně rehabilitační péče zcela zjevně nevystupuje v rovném postavení s pojištěncem, předmětná právní úprava je veřejnoprávní a náleží do oblasti práva sociálního zabezpečení, přičemž žalovanou bylo rozhodováno o tom, jestli bude stěžovateli poskytnuto plnění ze sociálního zabezpečení v oblasti zdravotního pojištění nebo nikoli.“

[11] Ačkoli čtvrtý senát ve svém rozsudku citoval judikaturu dotýkající se tématu definice rozhodnutí podle § 65 s. ř. s., vybral si tu starší, která akcentovala materiální

pojetí. Naopak nerefletoval již tehdy se prosazující **materiálně formální pojetí rozhodnutí**. Materiální stránka znamená, že rozhodnutí ve smyslu § 65 odst. 1 s. ř. s. musí zakládat, měnit, rušit či závazně určovat práva a povinnosti svému adresátovi, resp. dotýkat se právní sféry svého adresáta (k tomu viz usnesení rozšířeného senátu ze dne 23. 3. 2005, č. j. 6 A 25/2002 – 42). V usnesení ze dne 16. 11. 2010, č. j. 7 Aps 3/2008 – 98 (věc „*Olomoucký kraj*“) však rozšířený senát akcentoval i stránku formální, když uvedl, že „[f]ormální definiční znaky (správního) rozhodnutí definice ‚rozhodnutí‘ ve smyslu § 65 odst. 1 s. ř. s. sice sama o sobě neobsahuje, jsou však přítomny jako znaky vymezující nezbytné vlastnosti přezkoumávaného aktu na těch místech dílu prvního části druhé s. ř. s., která se týkají např. časových podmínek podání žaloby (oznámení rozhodnutí jako zásadně písemného formalizovaného aktu) či vlastností, které nutně musí mít, aby obstál v přezkumu (přezkoumatelnost; náležitosti, mj. formální, které vylučují, že by šlo o akt nicotný).“ V bodě [39] usnesení ze dne 19. 8. 2014, č. j. 6 As 68/2012 – 47 (věc „*státních maturit*“), rozšířený senát přiblížil, o jaké formální znaky má jít, aby šlo o rozhodnutí ve smyslu § 65 odst. 1 s. ř. s.: „Je zde konkrétní individualizovaný adresát takového vrchnostenského aktu [...], **tento úkon zakládá, mění, ruší nebo závazně určuje jeho konkrétní práva, je vydán ve formalizovaném řízení upraveném právními předpisy [...] správním orgánem v mezích jeho zákonem stanovené pravomoci jako materializovaný akt obsahující stanovené náležitosti, komunikovaný adresátovi.**“

[12] Na podporu uvedeného lze dále odkázat na nedávné usnesení rozšířeného senátu ze dne 10. 7. 2018, č. j. 9 As 79/2016 – 41 (ve věci „*výtky*“), kde rozšířený senát potvrdil materiálně formální pojetí rozhodnutí a uvedl k tomu: „Rozhodnutí ve smyslu § 65 s. ř. s. je do určité míry formalizovaný projev vůle správního (dohledového) orgánu, který obsahuje zákonem stanovené náležitosti. Formální znaky rozhodnutí ve smyslu § 65 s. ř. s. jako znaky vymezující nezbytné vlastnosti přezkoumávaného aktu – jak uvádí shora citované usnesení rozšířeného senátu – vyplývají z těch míst dílu prvního části druhé soudního řádu správního, která se týkají např. časových podmínek podání žaloby (oznámení rozhodnutí jako zásadně písemného aktu) či vlastností, které tento akt nutně musí mít, aby obstál v přezkumu (přezkoumatelnost; náležitosti, které vylučují, že by šlo o akt nicotný). Těmito formálními znaky (srov. zejména § 71, 72 a 76 s. ř. s.) tedy jsou: i) předepsaná formalizovaná podoba úkonu, který obvykle obsahuje výrok a odůvodnění; ii) skutečnost, že úkon je vydáván v rámci formalizovaného postupu, byť nemusí jít o řízení ve smyslu správního řádu či daňového řádu; iii) o průběhu a výsledku postupu je pořizována dokumentace, iv) výsledný úkon je oznamován účastníkům řízení (srov. L. Jemelka, M. Podhrázký, P. Vetešík, J. Zavřelová, D. Bohadlo, P. Šuránek.: *Soudní řád správní. Komentář. 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, s. 487-521*).“

pokračování

[13] Třetí senát má za to, že byt' se čtvrtý senát v citovaném rozsudku č. j. 4 Ads 134/2012 – 50 vyjadřoval k výkladu jiného ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, jeho závěry by dopadaly i na projednávanou věc. Třetí senát však východiska ani závěry čtvrtého senátu nesdílí. Obě rozhodnutí žalovaného (a obecně jakékoli rozhodnutí o úhradě) nesplňují ani formální, ani materiální podmínky pro to, aby mohla být kvalifikována jako rozhodnutí ve smyslu § 65 odst. 1 s. ř. s., v neposlední řadě pak žalované pro vydání takového rozhodnutí chybí i pravomoc a v odvolacím řízení i funkční příslušnost. Třetí senát tak má za to, že rozhodnutí o úhradě jsou z těchto důvodů nicotná.

IIIb. Absence formálních znaků rozhodnutí

[14] Podle § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění *příslušná zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce*. Podle odstavce 2 téhož ustanovení *s výjimkou případů, kdy brozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotních služeb podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře*.

[15] Citovaným ustanovením se vyčerpává zákonná úprava hrazení zdravotních služeb pojišťovnou jinak nehrazených. Třetí senát zde považuje za nutné zdůraznit, že zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje ucelenou právní úpravu rozhodování zdravotních pojišťoven jako správního orgánu v § 53, nadepsaném rubrikou „*Rozhodování*“. V tomto usnesení jsou výslovně uvedeny různé typy správních rozhodnutí (odst. 1), je upraveno, že se na ně vztahují předpisy o správním řízení (tamtéž), že v určitých věcech lze rozhodovat platebním výměrem (odst. 3), kdo rozhoduje o odvolání – tj. že o odvolání rozhoduje rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny, jenž je ustaven zvláštním postupem, neboť jsou v něm mimo zástupců určených orgány zdravotní pojišťovny i zástupci ministerstev (odstavec 10). Odstavec 13 pak výslovně předvídá soudní přezkum správních rozhodnutí zdravotní pojišťovny. Třetí senát považuje za významné, že citované ustanovení naopak neupravuje rozhodování o úhradě zdravotních služeb jinak nehrazených.

[16] Tento typ rozhodování není normován a navíc k němu není ani stanovena pravomoc určitého správního orgánu. Tuto pravomoc nelze nalézt ani v zákonu č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Snaha zdravotní pojišťovny dostat požadavkům dosavadní judikatury zdejšího soudu (tj. vydávat „rozhodnutí“) pak vede až k absurdním důsledkům, které jsou dobře patrné právě z projednávaného případu. Zde „v prvním stupni“ o věci „rozhodla“ žalovaná (zdravotní pojišťovna) prostřednictvím své revizní lékařky, ve druhém stupni o odvolání rozhodla stejná osoba (tj. opět zdravotní pojišťovna), nyní prostřednictvím ředitelky odboru zdravotnického žalované. Žalovaná je označena jako správní orgán, jenž rozhodl, v záhlaví obou rozhodnutí.

[17] Městský soud v napadeném rozsudku dovodil, že jako správní orgán v prvním stupni rozhodovala (a také byla oprávněna takto rozhodovat) nikoli žalovaná, ale revizní lékařka žalované. Tomu však nenasvědčuje záhlaví „prvostupňového rozhodnutí“, kde je jako správní orgán označena právě žalovaná. Dále také není možné přisvědčit názoru

městského soudu, že pravomoc revizní lékařky lze dovodit z ustanovení § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Podle třetího senátu není možné uvedené ustanovení vykládat takto extenzivně, v rozporu s klasickými výkladovými metodami (zde jak výklad jazykový, tak i systematický a teleologický). Zákon totiž výslovně stanoví pouze pravomoc revizního lékaře vydávat předchozí souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mají být hrazeny podle § 16 odst. 1 zákona o zdravotním pojištění. Jazykové vyjádření je zde bezrozporné a neposkytuje další prostor k tomu, aby soud z poskytování souhlasu vyvozoval další, výslovně neuvedené pravomoci, konkrétně tedy pravomoc revizního lékaře rozhodovat o úhradě jako správní orgán prvního stupně. Na posouzení této otázky nemůže nic změnit ani jakýkoli interní akt žalované (popis pracovní činnosti revizního lékaře). Ani z hlediska systematiky zákona není důvodu se domnívat, že by § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění (a ostatně ani odst. 1 téhož ustanovení) zakládal nějaké speciální rozhodovací pravomoci mimo rámec § 53 téhož zákona. O výkladu teleologickém bude ještě pojednáno níže, především v odstavci [28].

[18] O snaze simulovat správní řízení tam, kde není, svědčí také „poučení“ uvedené na „prvostupňovém rozhodnutí“ žalované, podle něhož *„proti tomuto rozhodnutí se lze podle ustanovení § 81 správního řádu odvolat prostřednictvím odboru zdravotnického ZP MV ČR (tj. žalované)“*. Aplikaci správního řádu samozřejmě není možné zavést na základě vlastní úvahy žalované, pokud pro ni chybí zákonný podklad (viz výše výklad o úpravě v zákoně o zdravotním pojištění). Zdravotní pojišťovna má možnost zdravotní službu za splněných podmínek fakticky uhradit či nikoli. Pokud by k tomu měla vydávat nějaké rozhodnutí (a vést o tom nějaké řízení), musel by to zákon stanovit.

[19] K tomu třetí senát jen pro úplnost podotýká, že i v případě, že by rozhodnutí žalované o úhradě bylo možno považovat za rozhodnutí, bylo by problematické, jakým způsobem určit odvolací správní orgán. Je nesporné, že odvolacím orgánem nemůže být týž subjekt, který rozhodl jako správní orgán prvního stupně. Je také zřejmé, že odvolacím orgánem zde nemůže být *rozhodčí orgán zdravotní pojišťovny* podle § 53 odst. 10 zákona o veřejném zdravotním pojištění, neboť ten rozhoduje pouze o odvolání proti rozhodnutím ve věcech určených v § 53 odst. 1 tohoto zákona. Nezbyvalo by tedy, než se pokusit určit odvolací orgán podle § 178 odst. 2 správního řádu. Žalovaná je právnickou osobou; podle zmíněného ustanovení správního řádu *„nadřízeným správním orgánem právnické nebo fyzické osoby pověřené výkonem veřejné správy se rozumí orgán, který podle zvláštního zákona rozhoduje o odvolání; není-li takový orgán stanoven, je tímto orgánem orgán, který tyto osoby výkonem veřejné správy na základě zákona pověřil (zvýraznění přidáno)“*. Žalovaná poskytuje veřejné zdravotní pojištění na základě povolení Ministerstva zdravotnictví (§ 3 zákona č. 280/1992 Sb.). Z toho třetí senát dovozuje, že i kdyby úkon žalované ohledně úhrady byl „prvostupňovým správním rozhodnutím“, odvolacím orgánem by dle uvedeného předpisu muselo být Ministerstvo zdravotnictví. „Odvolací“ rozhodnutí žalovaného je tak nicotné nejen pro nedostatek pravomoci rozhodnout ve věci, ale i pro absolutní nedostatek funkční příslušnosti zdravotní pojišťovny rozhodovat (s výjimkou případů uvedených v § 87 a 88 správního řádu) o jakémkoliv odvolání podaném proti svému rozhodnutí.

[20] Dalším problémem spojeným s výše uvedeným by bylo určení okruhu „účastníků řízení.“ To lze ostatně demonstrovat přímo na projednávaném případě. V dané věci bylo „řízení“ o úhradě zahájeno na základě listiny označené jako *„Žádanka o schválení (povolení)“*, vyhotovené ošetřující lékařkou stěžovatele, MUDr. L. O. V této listině se uvádí, že stěžovatel podává žádost „prostřednictvím ošetřujícího lékaře“. Následné

pokračování

„prvostupňové rozhodnutí“ je však adresováno Fakultní nemocnici Brno, s tím, že právě ona jedná za stěžovatele. Dokumentace („správní spis“) žalované pak obsahuje dvě „odvolání“, jedno vyhotovené opět ošetřující lékařkou a datované 28. 12. 2017, druhé vyhotovené zástupcem (advokátem) stěžovatele a datované 3. 1. 2018. Dokumentace však neobsahuje žádnou plnou moc stěžovatele pro ošetřující lékařku či pro nemocnici jako jeho zástupce, obsahuje však plnou moc advokátovi ze dne 2. 1. 2018.

[21] Úmyslem třetího senátu není formalisticky vytýkat procesní nedostatky tam, kde žádný proces není zákonem předvídan. Je však třeba poukázat na to, že jakkoli se žalovaná snažila postupovat způsobem obdobným správnímu řízení, uvedené nedostatky naopak zřetelně ilustrují skutečnost, že se v případě § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění v jádru jedná o neformální komunikaci lékaře či jeho zaměstnavatele - zdravotnického zařízení (poskytovatele zdravotních služeb) - se zdravotní pojišťovnou o možnosti uhradit zdravotní službu (zde léčivý přípravek Lartruvo), kde stěžovatel jako pacient ani není adresátem úkonu.

[22] Při srovnání postupu žalované v projednávané věci s judikatorními požadavky na formální stránku rozhodnutí dle § 65 odst. 1 s. ř. s. (citované rozhodnutí rozšířeného senátu ve věci „výtky“ – viz odstavec [12] výše), tak dochází třetí senát k závěru, že tento postup uvedená kritéria nesplňuje. Ze znění § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění plyne, že pro úhradu jinak nehrazené zdravotní péče postačuje faktický úkon úhrady zdravotní služby z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro rozhodnutí o úhradě není předepsán žádný formalizovaný postup, což vynikne zejména ve srovnání s jinými věcmi, pro něž naopak § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění formalizovaný postup (tedy správní řízení vyúsťující ve správní rozhodnutí) výslovně vyžaduje.

[23] Co se týče dokumentace o průběhu a výsledku postupu žalované, v projednávané věci taková dokumentace existuje a zahrnuje především žádanku o hrazení zdravotních služeb ošetřujícího lékaře stěžovatele a lékařské zprávy, případně výňatky z odborné medicínské literatury. Podle názoru třetího senátu však tento fakt sám o sobě nepostačuje pro to, aby formální stránka rozhodnutí byla naplněna, protože dokumentace se omezuje v zásadě jen na dokumentaci zdravotnickou, neobsahuje plné moci, doručky (viz následující odstavec) a další dokumenty, které by obsahoval správní spis.

[24] Co se týče doručení, rozhodnutí žalovaného sice bylo doručeno zástupci stěžovatele, ale „prvostupňové rozhodnutí“ bylo adresováno a zřejmě i doručeno zdravotnickému zařízení, kde byl stěžovatel ošetřován. Doklady o jeho doručení v dokumentaci žalované nejsou k dispozici, takže z ní nelze ověřit, zda rozhodnutí bylo doručeno stěžovateli, případně kdy, a nelze tedy také ověřit včasnost podání „odvolání“.

[25] Třetí senát uzavírá, že rozhodnutí žalovaného a jemu předcházející postup nemá formální aspekty rozhodnutí.

IIIc. Absence materiálních znaků rozhodnutí

[26] Co se týče materiální stránky rozhodnutí o úhradě, třetí senát si je vědom ústavního rozměru věci. Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod *každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na*

zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Otázkou obsahu ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči se již opakovaně zabýval Ústavní soud. Pro projednávanou věc je přílehlavý závěr z nálezu Ústavního soudu ze dne 30. 5. 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15: „V případě základního práva občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky podle čl. 31 věty druhé Listiny je zákonodárce povinen stanovit podmínky jeho realizace, včetně vymezení, která zdravotní péče a zdravotní pomůcky musí být občanům poskytovány bezplatně, tedy bez toho, aby za jejich poskytnutí vznikla občanům povinnost k jejich přímé úhradě. Podstata a smysl tohoto základního práva budou zachovány tehdy, bude-li občanům zaručeno bezplatné poskytnutí zdravotní péče a zdravotních pomůcek potřebných pro zlepšení nebo zachování jejich zdravotního stavu nebo zmírnění jejich utrpení, a to formou takového ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky [srov. náleze ze dne 4. června 2003 sp. zn. Pl. ÚS 14/02 (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Sb.), náleze ze dne 22. října 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.), bod 52].“

[27] Je nepochybné, že poskytování zdravotních služeb bezplatně, respektive na základě prostředků z veřejného zdravotního pojištění, je nárokové v mezích zákona. Třetí senát odkazuje především na úpravu § 11 a §§ 13 až 15 zákona o veřejném zdravotním pojištění; tato ustanovení upravují, jaké zdravotní služby se hradí ze zdravotního pojištění. Tato otázka je dále upravena dalšími právními předpisy (srovnej § 14a zákona o veřejném zdravotním pojištění). Třetí senát považuje zejména za důležité, že co se týče léčivých přípravků, zákon o veřejném zdravotním pojištění výslovně stanoví, na jaké přípravky má pojištěnec právo. Podle § 11 odst. 1 písm. e) tohoto zákona má pojištěnec právo *na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu s tímto zákonem*. Argumentem *a contrario* lze dovodit, že pojištěnec nemá právo na léčivé přípravky nesplňující uvedená kritéria, tedy nejsou-li hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu se zákonem.

[28] Právě v kontextu této úpravy je patrné, že § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění o úhradě jinak nehrazených zdravotních služeb je poměrně „osamocené“, nenavazují na něj jiná ustanovení, ani nejsou stanoveny bližší podmínky jeho aplikace. Právě toto postavení ukazuje, že jeho účelem není vymezit právní nárok pojištěnců na poskytnutí zdravotních služeb (tyto nároky jsou vymezeny mimo jiné právě v § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění, citovaném v předchozím odstavci), ale spíše zakotvit opatření k odstranění tvrdosti zákona či „legalizovat“ stav, kdy zdravotní pojišťovna souhlasí s výjimečným opatřením ve prospěch pojištěnce. Tomu dále nasvědčuje i vlastní obsah ustanovení, kde se především výslovně akcentuje ojedinělost jeho aplikace – ustanovení se užíje „*ve výjimečných případech*“, kdy je „*poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce*“ (zvýraznění přidáno). Jinými slovy: z hlediska účelu právní úpravy má toto ustanovení poskytnout možnost zdravotní pojišťovně reagovat v ojedinělých situacích, kdy pro pojištěnce vůbec není k dispozici zdravotní služba (typicky léčebná péče) hrazená z prostředků zdravotního pojištění.

[29] Z výše uvedených důvodů má třetí senát pochybnosti, že by bylo možné dovozovat veřejné subjektivní právo pojištěnce na úhradu zdravotních služeb jinak nehrazených. Již v samotném pojetí tohoto „práva“ je evidentní rozpor – pojištěnci totiž mají subjektivní práva na zdravotní služby **hrazené** z prostředků veřejného zdravotního pojištění (§ 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Zde bychom naopak museli dovodit závěr (jenž je

pokračování

přeci sám o sobě vnitřně rozporný), že ačkoli služba **po právu hrazena není**, pojištěnec ji přesto může požadovat na základě svého subjektivního práva, respektive právního nároku.

[30] Argumentace v rozsudku č. j. 4 Ads 134/2012 – 50, že rozhodnutí podle § 33 zákona o veřejném zdravotním pojištění je vrchnostenským aktem zdravotní pojišťovny a že pojištěnec je k ní ve vztahu v nerovném postavení, není dostačující; takové vysvětlení by samozřejmě nebylo dostačující ani ve vztahu k rozhodnutí o úhradě podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Samotné nerovné postavení subjektů sice může být kritériem existence veřejnoprávních vztahů a vrchnostenského rozhodování, nicméně pro posouzení povahy správního aktu je důležité, zda se jím zakládají, mění, ruší nebo závazně určují práva a povinnosti. Jak je vyloženo výše, tak tomu v případě rozhodnutí o úhradě není.

[31] Třetí senát tedy uzavírá, že pokud je veřejné subjektivní právo na bezplatnou zdravotní péči dále regulováno prostřednictvím zdravotního pojištění a pokud léčivé přípravky jsou poskytovány za podmínek uvedených v § 11 odst. 1 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, nelze zásah do veřejných subjektivních práv shledávat tam, kde se jedná o zdravotní služby, které v souladu se zákonem hrazené nejsou. Případná mimořádná úhrada takových služeb se blíží diskrečnímu odstranění tvrdosti zákona v obzvláště křiklavých případech, a to faktickým úkonem správního orgánu (tj. úhradou), nikoli rozhodnutím; rozhodně však nejde o reakci na uplatnění právního nároku pojištěnce.

[32] Nad rámec uvedeného třetí senát dodává, že si je vědom palčivosti individuální situace stěžovatele a že je naprosto pochopitelné, pokud on či jeho ošetřující lékař usilují o uhrazení léčivého prostředku, jenž má slibné klinické výsledky. Současně je však třeba mít na paměti širší veřejný zájem na financování zdravotnictví prostřednictvím zdravotního pojištění a na nákladové efektivitě léčby (§ 15 odst. 8 zákona o veřejném zdravotním pojištění).

III.d. Rozhodnutí o úhradě a posouzení zdravotního stavu

[33] Třetí senát považuje za vhodné pro úplnost upozornit, že za situace, kdy městský soud považoval úkon učiněný žalovanou podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění za rozhodnutí, měl se zabývat také nabízející se otázkou možné aplikace výluky ze soudního přezkumu [podle § 70 písm. d) s. ř. s., tj. zda vydání úkonu správního orgánu *závisí výlučně na posouzení zdravotního stavu osob*].

[34] Třetí senát si je vědom, že městský soud již několik rozhodnutí o úhradě jinak nehrazené zdravotní služby věcně přezkoumával (kromě napadeného rozsudku jde dále o rozsudky městského soudu ze dne 22. 5. 2018, č. j. 10 Ad 4/2018 - 95; ze dne 10. 1. 2018, č. j. 10 Ad 19/2017 - 48; ze dne 6. 6. 2018, č. j. 10 Ad 11/2017 - 65; či ze dne 21. 6. 2018 č. j. 14 Ad 13/2017 - 50). V projednávané věci, podobně jako ve věcech uvedených v předchozí větě, soud zkoumal splnění podmínek ustanovení § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tj. zda v případě žalobce se jedná o případ výjimečný a *jedinou možnost z hlediska zdravotního stavu pojištěnce*. Uvedenou otázkou (viz předchozí odstavec) se však nezabýval žádný z nich.

[35] Z uvedených rozsudků i ze soudního a správního spisu v projednávané věci je přitom patrné, že se jedná o posouzení odborné medicínské otázky, tedy posouzení zdravotního stavu pojištěnce (zde stěžovatele) a otázky, zda je dána (medicínská) výjimečnost jeho případu a zda pro pojištěnce existuje „jediná možnost“ zdravotních služeb (např. léčebné péče).

[36] S uvedeným charakterem úkonu se pak pojí i další problém. Minimálně v projednávané věci si městský soud pro posouzení podstaty věci neopatřil znalecký posudek a naopak posuzoval zdravotní stav stěžovatele sám na základě předložené zdravotnické dokumentace, výňatků z odborné medicínské literatury (souhrn informací k léčivému přípravku Lartruvo) a dalších odborných materiálů (např. stanovisko České onkologické společnosti ze dne 2. 5. 2017). Třetí senát tento procesní postup považuje za nepřijatelný; nicméně tato otázka sama není důvodem předložení věci rozšířenému senátu a třetí senát ji zde uvádí spíše pro dokreslení specifických rysů projednávané věci.

IIIe. Závěrem

[37] Lze tak shrnout, že postup zdravotní pojišťovny při hrazení zdravotních služeb jinak z prostředků zdravotního pojištění, nehrazených podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, nemůže být rozhodnutím dle § 65 odst. 1 s. ř. s. ve formálním, ani v materiální slova smyslu. Navíc žalovaná zdravotní pojišťovna nemá zákonem založenou pravomoc k vydání takového rozhodnutí, a to ani jako správní orgán prvního stupně, ani jako orgán odvolací (zde k tomu přistupuje i její absolutní funkční nepřislusnost). Třetí senát má s ohledem na uvedené za to, že městský soud měl z úřední povinnosti vyslovit nicotnost obou žalobou napadených rozhodnutí podle § 76 odst. 2 s. ř. s.

[38] Tento právní názor a postup z něj vyplývající považuje třetí senát za jediný, který je v souladu s doktrínou i s konkrétní právní úpravou obsaženou v příslušných ustanoveních zákona o veřejném zdravotním pojištění.

[39] Vzhledem k tomu, že třetí senát dospěl při posouzení věci k odlišnému právnímu názoru, než jaký byl vysloven v jiném rozhodnutí Nejvyššího správního soudu, postoupil věc podle § 17 odst. 1 s. ř. s. k rozhodnutí rozšířenému senátu. Právní názor na otázku výkladu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění přitom bude mít zásadní vliv na rozhodnutí ve věci. **Současně třetí senát žádá o přednostní projednání věci s ohledem na špatný zdravotní stav stěžovatele a potřebnost rychlého rozhodnutí ve věci.**

P o u č e n í: Proti tomuto usnesení **n e j s o u** opravné prostředky přípustné.

Rozšířený senát bude ve věci rozhodovat ve složení: Josef Baxa, Filip Dienstbier, Zdeněk Kühn, Petr Mikeš, Barbara Pořízková, Aleš Roztočil, Karel Šimka. Účastníci mohou namítnout podjatost těchto soudců (§ 8 odst. 1 s. ř. s.) do jednoho týdne od doručení tohoto usnesení.

pokračování

V téže lhůtě mohou účastníci rovněž podat svá vyjádření k právní otázce předkládané rozšířenému senátu.

V Brně dne 27. února 2019

Mgr. Radovan Havelec
předseda senátu