



ČESKÁ REPUBLIKA
ROZSUDEK
JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedy Štěpána Výborného a soudců Martina Bobáka a Jana Kratochvíla ve věci

žalobce: **Mgr. R. S.**
bytem X
zastoupený advokátem JUDr. Václavem Veselým
sídlem Gutova 3297/4, 100 00 Praha 10

proti
žalované: **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky**
sídlem Orlická 4/2020, 130 00 Praha 3

o žalobě proti rozhodnutí žalované ze dne 5. 4. 2023, č. j. VZP-23-01882961-D4GE,

takto:

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

Odůvodnění:

I. Vymezení věci a průběh předcházejícího řízení

1. Žalobce se svou žalobou domáhal zrušení v záhlaví označeného rozhodnutí (**napadené rozhodnutí**), kterým Revizní komise žalované na základě § 90 odst. 5 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád (**správní řád**) zamítla jeho odvolání a potvrdila rozhodnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Regionální pobočky Praha, pobočky pro Hl. m. Prahu a Středočeský kraj, Odboru zdravotní péče, Oddělení kontroly a revize zdravotní péče (**prvoinstanční orgán**), ze dne 3. 3. 2023, č. j. VZP-23-01221700-A444. Tímto rozhodnutím prvoinstanční orgán zamítl návrh žalobce ze dne 13. 12. 2011 na zvýšení úhrady zdravotnického prostředku „Sluchadlo závěsné digitální – NAIDA V UP Phonak“ (**sluchadlo Phonak**) z prostředků veřejného zdravotního pojištění a vyrovnání pojištěncem uhrazeného rozdílu mezi pořizovací cenou tohoto sluchadla a úhradou provedenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění ve výši 5 100 Kč.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

2. Právě označeným rozhodnutím předchází spleť procesní vývoj. Žalovaná rozhodovala poté, co Městský soud v Praze nejprve rozsudkem ze dne 9. 3. 2016, č. j. 6 Ad 7/2012-88, pak rozsudkem ze dne 30. 1. 2020, č. j. 3 Ad 24/2016-60, a následně rozsudkem ze dne 30. 3. 2022, č. j. 17 Ad 8/2020-31, zrušil její předchozí rozhodnutí v této věci (tj. rozhodnutí ze dne 6. 2. 2012, bez čísla jednacího, rozhodnutí ze dne 12. 10. 2016, č. j. VZP-16-03214997-S4G7, a rozhodnutí ze dne 5. 6. 2020, č. j. VZP-20-02468313-A45B) a věc vždy vrátil žalované k dalšímu řízení.
3. Podle rozsudku 6 Ad 7/2012 se § 16 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (**zákon o veřejném zdravotním pojištění**), vztahuje nejen na zdravotní péči zcela nehrazenou (příloha č. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění), ale i na péči částečně hrazenou. Dle soudu bylo tehdejší rozhodnutí nepřezkoumatelné, a to v části, ve které se žalovaná zabývala otázkou, zda sluchadlo Phonak bylo z hlediska zdravotního stavu žalobce jeho jedinou možností.
4. Poté prvoinstanční orgán dne 2. 9. 2016 vydal druhé rozhodnutí, proti kterému podal žalobce odvolání a následně napadl zamítavé rozhodnutí žalované ze dne 12. 10. 2016 správní žalobou. Soud v rozsudku 3 Ad 24/2016 rozhodnutí žalované zrušil a uložil jí vyřešit existenci dvou různých a současně vedle sebe existujících prvostupňových rozhodnutí. Žalovaná měla ve věci meritorně rozhodnout a přitom neopomenout i obranu žalobce obsaženou v žalobních námítkách.
5. V navazujícím rozsudku 17 Ad 8/2020 soud shledal, že žalovaná dostala uložené povinnosti pouze částečně. Žalovaná se vypořádala s existencí vedle sebe stojících rozhodnutí tím, že rozhodnutí ze dne 2. 9. 2016 zrušila a ve věci meritorně znovu rozhodla dne 5. 6. 2020. Žalovaná se však dle soudu opomněla zabývat obranou žalobce v žalobních námítkách. Soud shledal, že rozhodnutí je stiženo vadou spočívající v podstatném porušení ustanovení o řízení před správním orgánem, které mělo za následek nezákonné rozhodnutí o věci podle § 76 odst. 1 písm. c) zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní (**s. ř. s.**), rozhodnutí zrušil a věc vrátil žalované k dalšímu řízení. Žalovaná následně po dalších procesních peripetiích ve věci vydala zamítavé rozhodnutí specifikované v bodě 1 tohoto rozsudku.

II. Obsah žaloby

6. Žalobce v první části žaloby namítal, že žalovaná od samého počátku sporu, tj. od 13. 12. 2011, má za to, že zdravotní služby a pomůcky částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění nelze ani se souhlasem revizního lékaře pojištěnci hradit plně podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dle žalované by takový postup vedl k tomu, že by se systém zdravotního pojištění stal bezbřehým a neufinancovatelným. S odkazem na rozsudek 6 Ad 7/2012 a na nález Ústavního soudu ze dne 13. 12. 2022, sp. zn. Pl. ÚS 36/21, č. 25/2023 Sb., body 35 až 38 žalobce toto rozporoval. Poukazoval na existenci finančních rezerv veřejného zdravotního pojištění apod. Žalobce dále tvrdil, že v rozporu s principy vyjádřenými v rozsudku 6 Ad 7/2012 žalovaná v napadeném rozhodnutí neuvádí, za jakých konkrétních podmínek by žalobce podmínky stanovené v § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění naplnil; její interpretace podmínek stanovených v tomto ustanovení je naopak tak restriktivní, že by je nemohl naplnit žádný pojištěnec. To odporuje čl. 31 Listiny základních práv a svobod.
7. V žalobě dále předestřel na podporu svého tvrzení tzv. šest argumentačních linií. V *první* argumentační linii tvrdil, že napadené rozhodnutí je nepřezkoumatelné, neboť správní orgány se řádně nevypořádaly s jeho obranou v rozsahu, v jakém to žalované uložil zdejší

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

soud všemi třemi předchozími rozsudky. Žalobcovu žádost o úhradu zdravotního prostředku ze dne 13. 12. 2011 žalovaná v reakci na rozhodnutí 6 Ad 7/2012 naopak posoudila dle méně příznivé právní úpravy (konkrétně se nevypořádala s dopadem § 17 odst. 7 a přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném ke dni 5. 6. 2020, nepoužila ani § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění účinném do 31. 12. 2021; nijak nezohlednila následné zvýšení běžné úhrady zdravotnických prostředků pro pacienty s poruchou sluchu, ke které v průběhu sporu v důsledku úpravy výše úhrad došlo). Dle žalobce měla žalovaná žalobcův návrh ze dne 13. 12. 2011 nejprve posoudit ve smyslu § 17 odst. 7 a přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění ke dni 5. 6. 2020, a pokud by seznala, že návrhu nemůže v plném rozsahu vyhovět, měla přistoupit k aplikaci § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

8. Za *druhé* v tomto případě hrozilo reálné nebezpečí z prodlení ve smyslu § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31. 12. 2021, neboť žalobce je postižen úplnou hluchotou vlevo a praktickou hluchotou vpravo. Bez vhodné zdravotní pomůcky by tak žalobce byl smyslově oddělen od vjemů z vnějšího světa. Po krátké chronologické rekapitulaci žalobce uzavřel, že z hlediska skutkového děje si uvedený zdravotnický prostředek nepořídil ze svých prostředků a o své vůli, ale zálohově uhradil část kupní ceny poté, co mu jej poskytovatel zdravotnických služeb vydal. Žalobce dále polemizuje s tím, že sluchadlo Phonak již v současné době není uvedeno v seznamu hrazených pomůcek, neboť aktuální stav je důsledkem mj. i nepřiměřené délky řízení, která nemůže jít k tíži účastníka.
9. Ve *třetí* argumentační linii žalobce uvedl, že opírala-li se žalovaná ve svém rozhodnutí o tvrzení, že v době pořízení sluchadla byly žalobci teoreticky k dispozici i jiné, podobně účinné zdravotní pomůcky, které byly na rozdíl od zvoleného modelu sluchadla plně hrazené, pak žalovaná měla povinnost neprodleně po doručení návrhu poskytovatele zdravotních služeb ze dne 13. 11. 2011 vstoupit v dialog s předepisujícím lékařem a pokusit se o nalezení řešení, které by odpovídalo smyslu a účelu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, resp. měla v tomto momentu možné alternativní zdravotní pomůcky předepisujícímu lékaři sama navrhnout. Žalovaná na tento dialog zcela rezignovala, což nelze přičítat k tíži žalobce. Své zamítavé rozhodnutí pak žalovaná opřela o stanovisko revizní lékařky, která nedisponuje odpovídající specializací z oboru audiologie či otolaryngologie. Vzhledem k absenci relevantní odbornosti nebyla revizní lékařka oprávněna vytvořit si na základě doložených podkladů vlastní subjektivní názor. Mohla toliko převzít skutkové závěry poskytovatele zdravotnických služeb, anebo si opatřit písemný odborný podklad formou opatření znaleckého posudku sestaveného znalcem v potřebném oboru. Žalobce v tomto odkazoval mj. i na § 42 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle něhož revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci.
10. Za *čtvrté* žalobce polemizoval s naplněním podmínek § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Ke schválení mimořádné úhrady podle tohoto ustanovení je nezbytné kumulativní naplnění tří podmínek:
 - a) zdravotní služba je zdravotní pojišťovnou jinak nehrazená,
 - b) z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jde o jedinou možnost léčby,
 - c) pojištěncův případ je výjimečný.
11. K podmínce ad a), tj. zdravotní služby jinak nehrazené, žalobce odkazuje na předchozí rozsudky zdejšího soudu, podle nichž je třeba úhradu z veřejného zdravotního pojištění

vykládat extenzivně. Tato podmínka se vztahuje i na případy služeb částečně hrazených, nikoli jen zcela nehrazených.

12. K podmínce ad b), tzn. jediné možnosti léčby, žalobce odkazuje na rozsudek ze dne 6. 6. 2018, č. j. 10 Ad 11/2017-65, ve kterém Městský soud v Praze konstatoval, že podmínka jedinečnosti léčby je splněna i pokud jiný hrazený léčebný postup existuje, ale byl by v daném pojištencově případě podstatně méně účinný. Dle rozsudku Nejvyššího správního soudu (NSS) ze dne 12. 12. 2019, č. j. 9 Ads 214/2018-63, č. 3984/2020 Sb. NSS, pak tyto podmínky naplňují i případy, kdy navrhovaná alternativní léčba má s ohledem na specifika nemoci u jednotlivých pacientů velmi nejasné výsledky, zdravotní stav pojištěnce je výjimečný četností svého výskytu v populaci, jedná se o kombinaci několika onemocnění, nebo kdy z důvodu komplikací nelze použít obvyklé léčebné postupy. Žalobce dále odkázal na rozsudek ze dne 11. 2. 2021, č. j. 1 Ads 249/2020-31, v němž NSS uvedl, že pouhé konstatování, že pojištěnec se nachází ve stejné situaci jako řada jiných pacientů se stejným onemocněním, nelze považovat za dostatečné pro zamítnutí úhrady. Nenaplnění této zákonné podmínky žalovaná v napadeném rozhodnutí opírá o to, že v době podání návrhu na proplacení zdravotní pomůcky existovalo několik plně hrazených

alternativ určených pro podobný rozsah ztráty sluchu. Toto tvrzení žalobce dále rozporuje s tím, že pouhý rozsah sluchové ztráty není dostatečným důvodem pro tento závěr, že revizní lékařka, která jej učinila, nedisponovala dostatečnou odborností, a konečně, že posouzení vhodnosti či nevhodnosti alternativního řešení bylo možné provést jen v době vystavení žádanky, nikoli zpětně. Dále žalobce uvedl s odkazem na rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 29. 11. 2022, sp. zn. 21 Cdo 2464/2022, že důkazní břemeno leží v této věci na žalované, protože podmínka jedinečnosti je ze strany poskytovatele zdravotních služeb vymezena jako tvrzení negativní skutečnosti.

13. K podmínce ad c), tedy výjimečnosti případu, žalobce uvedl, že závěr žalované, že jeho případ je srovnatelný s jinými pacienty se sluchovým postižením, je příliš obecný a povšechný. Přijetí takovéto argumentace by znamenalo, že zdravotní pojišťovny by mohly zamítnat jakékoli návrhy pojištěnců na úhradu zdravotních služeb, což by bylo projevem ústavně nepřipustné libovůle (rozsudek 9 Ads 214/2018). Žalobce s odkazem na rozsudek 1 Ads 249/2020 dodal, že výjimečnost případu nemusí mít vždy původ pouze ve zdravotním stavu pojištěnce, ale mohou se do ní promítnout i jiné faktory. S ohledem na výše uvedené považuje žalobce všechny zákonné podmínky kumulativně za splněné.
14. V *páté* argumentační linii žalobce vytkl, že při posuzování úhrad nákladů vynaložených pojištěncem na neodkladné zdravotní služby v cizině není refundace nákladů překážkou vyhovění návrhu na proplacení zdravotní služby. Stejně by tomu tak mělo být i v jeho případě.
15. Konečně za *šesté* žalobce poznamenal, že procesní náklady, které žalované za dobu trvání sporu vznikly, převýšily částku, o niž se spor vede. Žalovaná tedy nepostupuje s péčí řádného hospodáře.

III. Vyjádření žalované a replika žalobce

16. Žalovaná navrhla, aby soud žalobu zamítl. Stran otázky výkladu pojmu zdravotní služby jinak nehrazené plně respektovala právní závěry rozsudku 6 Ad 7/2012. V žalobcově případě je tato podmínka naplněna. Nynější zamítnutí návrhu na plnou úhradu zdravotního prostředku tkví v jiných skutečnostech.
17. K *první* argumentační linii žalovaná uvedla, že neshledala důvod postupovat dle § 17 odst. 7 a přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Předmětem sporu je pouze část

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

úhrady zdravotního prostředku nad rámec zákonné limitace. Výše zákonné úhrady v době podání žádosti činila 5 100 Kč, které byly žalobci proplaceny. Nárok na úhradu žalobce v zákonném limitu tedy zanikl. K nedůvodnosti této námitky odkázala na rozsudek 17 Ad 8/2020, body 31 a 32.

18. *Druhou* argumentační linii považovala na nejasnou. Žalobce obdržel zdravotnický prostředek v době, kdy ho potřeboval. Zdravotní pojišťovna mu přiznala standardní úhradu v zákonem předepsaném rozsahu. Nebezpečí z prodlení nehrozilo; jeho okolnosti jsou srovnatelné se situací deseti tisíců dalších pojištěnců.
19. Ke *třetí* linii námitek žalovaná uvedla, že zdravotním pojišťovnám neplyne z právních předpisů povinnost vést vzájemný dialog s ošetřujícími lékaři ohledně konkrétních léčebných postupů. Žalovaná by takový postup ani nepovažovala za efektivní. Je na poskytovateli zdravotních služeb, aby informoval pacienta o ceně konkrétní služby i o plně hrazených variantách léčby. Žalovaná neví, jak probíhala komunikace mezi žalobcem a ošetřujícím lékařem. Zákon nestanovil kvalifikační požadavky na osoby, které se podílejí na vydání správního rozhodnutí v prvním stupni. Ustanovení § 42 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění se netýká posuzování návrhů na mimořádnou úhradu. Ani § 20 odst. 1 téhož zákona, který upravuje složení revizní komise, nevyžaduje, aby mezi jejími členy byl vždy přítomen specialista v oblasti, která se týká pojištěnčova případu.
20. K otázce naplnění podmínek pro mimořádnou úhradu (*čtvrtá* linie) žalovaná odkázala na napadené rozhodnutí. V rozhodnutí označila varianty zdravotnických prostředků, které byly určeny pro pacienty s postižením žalobce. To dle ní vyvrací, že sluchadlo Phonak bylo jedinou možností léčby. Nesouhlasila s tvrzením, že by popření výjimečnosti žalobcovy situace bylo projevem ústavně nepřipustné libovůle. Zopakovala, že situace, v níž se žalobce nacházel, byla obdobná či stejná jako situace deseti tisíců jiných pacientů a dodala, že žádné mimořádné okolnosti zde nebyly a žalobce je ani netvrdil.
21. Za *páté* žalovaná uvedla, že skutečnost, že se jednalo o refundaci nákladů zdravotního prostředku, nebyla důvodem k zamítnutí návrhu. Tuto námitku v napadeném rozhodnutí náležitě vypořádala.
22. Za *šesté* k nákladové efektivitě žalovaná namítla, že výše částky, o níž se spor vede a procesní náklady, které žalované vznikly, spolu věcně nesouvisejí.
23. V replice k vyjádření žalované ze dne 12. 6. 2023 žalobce zopakoval žalobní argumenty. K námitkám žalované ohledně absence dialogu mezi ní a poskytovatelem zdravotních služeb, konkrétně k závěru žalované, že by takový dialog byl s ohledem na množství a rozsah agendy neefektivní, žalobce poznamenal, že k tomu dochází v oblasti sociálního zabezpečení běžně na úrovni posudkových lékařů okresních správ sociálního zabezpečení a praktiků. Nebrání tomu ani vysoký nápad, se kterým se okresní správy musí potýkat. Žalobce poukázal na nedokonalou personální politiku žalované, která není schopna zajistit dostatek kvalifikovaného personálu.

IV. Právní názor soudu

24. Žaloba je včasná, podala ji osoba k tomu oprávněná. Soud přezkoumal napadené rozhodnutí v rozsahu uplatněných žalobních bodů (§ 75 odst. 2 věta první s. ř. s.), jakož i z pohledu vad, k nimž je povinen přihlížet z úřední povinnosti. Vycházel ze skutkového a právního stavu, který tu byl v době rozhodování žalované (§ 75 odst. 1 s. ř. s.).
25. Soud o věci jednal bez nařízení ústního jednání postupem podle § 51 odst. 1 s. ř. s., neboť účastníci takový postup soudu akceptovali. Soud nenařídil jednání ani za účelem

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

dokazování. Správní spis si soud vyžádal, ovšem správním spisem, tj. včetně všech listin v něm založených, se nedokazuje. Soud ze správních spisů vychází.

26. Žaloba není důvodná.

27. Žalobce tvrdí, že napadené rozhodnutí je nepřezkoumatelné, neboť žalovaná nedostatečně reflektovala předchozí pravomocné rozsudky ve věci a z dalších důvodů (blíže bod 7 tohoto rozsudku; „první linie žalobních bodů“). Nerespektování závazných právních závěrů soudu může dle ustálené judikatury mít za následek zrušení nového rozhodnutí správního orgánu pro nezákonnost, a to i bez dalšího (srov. rozsudky NSS ze dne 18. 9. 2003, č. j. 1 A 629/2002-25, č. 73/2004 Sb. NSS, či ze dne 23. 9. 2004, č. j. 5 A 110/2002-25, č. 442/2005 Sb. NSS). K tomu v této věci nedošlo.

28. Za nepřezkoumatelné je třeba považovat takové rozhodnutí, z něhož vůbec není možné seznat, jakým způsobem správní orgán rozhodl, nebo které vykazuje takové rozpory mezi výrokem a odůvodněním, že není možné zjistit, jakými úvahami byl správní orgán veden. Nepřezkoumatelným je rozhodnutí, z něhož není možné zjistit, jak se správní orgán vypořádal s námitkami účastníka řízení či proč je považoval za liché, mylné či vyvrácené nebo takové rozhodnutí, které se opírá o nezjišťované nebo neprokázané skutečnosti.

29. „Přezkoumatelnost“ rozhodnutí není hodnotou sama o sobě. Zrušení rozhodnutí pro nepřezkoumatelnost zpravidla neznamena pro účastníky řízení žádný přínos. Výsledkem je prodloužení a prodražení sporu. I proto je nutné k aplikaci tohoto kasačního důvodu přistupovat krajně zdrženlivě. Soud by k tomu měl přistoupit v opravdu ve výjimečných případech, kdy není z odůvodnění napadeného rozhodnutí vůbec patrné hodnocení podstatných důvodů či skutečností. Jeho použití je tak namístě např. tehdy, pomine-li správní orgán podstatná skutková tvrzení opřená o obsah správního spisu či podložená důkazními návrhy, mohou-li reálně vést k přehodnocení merita věci. Z odůvodnění nepřezkoumatelného rozhodnutí nesmí být vůbec patrné hodnocení podstatných důvodů či skutečností (usnesení rozšířeného senátu NSS ze dne 5. 12. 2017, č. j. 2 As 196/2016-123, č. 3668/2018 Sb., *Zdravé Ktišsko*, bod 30).

30. Napadené rozhodnutí není nepřezkoumatelné. Podle rozsudku 3 Ad 24/2016 se žalovaná měla nejdříve vyrovnat se dvěma různými a současně vedle sebe existujícími prvostupňovými rozhodnutími, následně ve věci meritorně rozhodnout a v rozhodnutí se vypořádat i s obranou žalobce obsaženou v žalobních námitkách. Tomuto postupu vyhověla žalovaná pouze částečně, jak plyne z rozsudku 17 Ad 8/2020. S existencí dvou rozhodnutí se žalovaná vypořádala, nicméně neřešila námitky, které žalobce vznesl v žalobě ze dne 18. 10. 2016. Z tohoto důvodu soud rozsudkem 17 Ad 8/2020 rozhodnutí žalované potřetí zrušil a nařídil jí vypořádat se i s žalobními námitkami obsaženými v žalobě ze dne 18. 10. 2016.

31. Soud konstatuje, že prvoinstanční orgán respektoval rozsudek 17 Ad 8/2020. Vypořádal se i s žalobními námitkami z žaloby ze dne 18. 10. 2016, jak žalované uložil zdejší soud. Konkrétně tak učinil v bodech 60 až 64 prvoinstančního rozhodnutí. V nich reagoval na námitky týkající se nedoručování písemností na adresu uvedenou v informačním systému, dále na námitku týkající se zbavení možnosti žalobce skutkově a právně argumentovat, že revizní lékař má atestaci z oboru interního lékařství, nikoliv z oboru audiologie a foniatrie, na námitku týkající se chyb výroku rozhodnutí a další původní námitky (blíže viz body 66 až 69 níže).

32. Pro úplnost soud podotýká, že žalovaná se neměla vypořádat se žalobními námitkami, které žalobce zahrnul do žaloby ze dne 4. 4. 2012, neboť soud jí to v rozsudku 17 Ad 8/2020 neuložil. Žalovaná se měla zabývat pouze obranou žalobce obsaženou v žalobě ze dne 18. 10. 2016, což vyplývá z bodu 35 rozsudku 17 Ad 8/2020. Pokud by záměrem soudu bylo uložit žalované povinnost vypořádat se s žalobními body uvedenými v žalobě z 4. 4. 2012, učinil by tak. Soud neshledal, že by žalovaná nerespektovala předcházející rozsudky zdejšího soudu, jak tvrdí žalobce.
33. Napadené rozhodnutí není nepřezkoumatelné ani proto, že se nevyrovnalo s výtkami co do použití § 17 odst. 7 a přílohy č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění (k tomu viz bod 51 napadeného rozhodnutí). Tato námitka spočívá v tom, že žalovaná údajně nerozhodovala dle právního stavu ke dni vydání napadeného rozhodnutí. V době podání „Žádanky o zvýšení úhrady výkonu PZT“ (**žádanka**) ovšem toto zákonné ustanovení neexistovalo. V žádance MUDr. L. Č. (**ošetřující lékař**) popsal žalobcův zdravotní stav a pozitivní vliv sluchadla, které je „*jediným možným poskytnout takový efekt*“. Na základě této žádanky nelze dospět k jinému závěru, než že žalobce podal žádost podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Protože žalobce požádal o úhradu zdravotních služeb podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, žalovaná neměla a nemohla posuzovat žádost podle jiných ustanovení, jakkoli o nich žalobce tvrdí, že jsou pro něj příznivější. Jen na okraj soud poznamenává, že § 17 odst. 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění by stejně na věc nedopadal. Toto ustanovení předpokládá předložení lékařského předpisu, účtu nebo smlouvy. Žalobce však předložil pouze výše specifikovanou žádanku. Navíc úhrada se ve většině případů dle § 17 odst. 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění týká smluvních poskytovatelů pojišťovny a nedopadá tak přímo na pacienty. Žalovaná tedy nepostupovala v rozporu s § 2 správního řádu.
34. Ohledně tvrzení žalobce, že v meziobdobí došlo ke zvýšení běžných úhrad zdravotnických prostředků, soud podotýká, že v projednávaném případě je předmětem řízení výlučně částka, kterou žalobce zaplatil nad úhradu provedenou z prostředků veřejného zdravotního pojištění, nikoliv výše této částečné úhrady z veřejných zdrojů. Případné pozdější zvýšení úrovně úhrady zdravotnických prostředků tak na projednávaný případ nemohlo mít žádný vliv. Nedůvodná je tak i argumentace, že dlouhá doba od podání jeho žádosti (11 let) nemůže jít v jeho neprospěch. Žalovaná postupovala v souladu s právními předpisy, a ne záměrně v neprospěch žalobce. Ostatně k těmto žalobním bodům se soud obdobně vyjádřil již v rozsudku 3 Ad 24/2016.
35. Za neopodstatněnou soud považuje námitku, že žalovaná nezohlednila § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Žalovaná se tímto ustanovením zabývala (bod 40 a násl. napadeného rozhodnutí). Skutečnost, že při jeho výkladu došla k jiným právním závěrům než žalobce, neznamená, že toto ustanovení pominula.
36. Jelikož napadené rozhodnutí není nepřezkoumatelné, soud přistoupil k posouzení merita věci.
37. Úvodem soud předesílá, že právo na bezplatnou zdravotní péči vyplývá z čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Toto právo ovšem nelze chápat absolutně. Lze se ho domáhat v mezích zákonů, které jej upravují a je limitováno objemem finančních prostředků, jež je možné na úhradu zdravotní péče poskytnout (např. nález Ústavního soudu ze dne 10. 6. 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95).
38. Žalobce dne 13. 12. 2011 požádal o uhrazení zdravotní služby ve smyslu § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, který ve znění do 31. 3. 2012 stanovil, že

zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností zdravotní péče.

39. Tento princip omezoval § 16 odst. 2 téhož zákona, dle kterého s výjimkou *případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je poskytnutí zdravotní péče podle předchozího odstavce vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.*
40. Námitky žalobce uvedené na s. 3 až 6 žaloby (právní jádro sporu) nejsou důvodné. Není pravda, že by žalovaná systematicky popírala ústavní principy či judikaturu. Žalobce zřejmě neporozuměl, že jádrem sporu není to, zda zdravotní služby, které jsou ze zdravotního pojištění hrazeny částečně, nelze plně hradit v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. To žalovaná netvrdí. Nedomnívá se ani, že by žádný pojištěnec „nikdy“ na plnou úhradu dle tohoto ustanovení nemohl dosáhnout, jakkoli se žalobce domnívá o opaku. S ohledem na okolnosti nynějšího případu žalovaná na základě doložených podkladů dospěla k závěru, že žalobci nelze dle cit. § 16 plně hradit sluchadlo Phonak (či refundovat jeho úhradu) nad rámec schválené úhrady ve výši 5 100 Kč. Její závěr se nepříčí požadavku, aby v každé lékové skupině byl alespoň jeden stejně účinný bezdoplatkový lék, ani principu plné úhrady zdravotních pomůcek za splnění podmínek specifikovaných právními předpisy. Polemika nad systémem vytváření rezerv či financování běženců se mívá právní podstatě sporu.
41. Správní soudy se již výkladem § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění opakovaně zabývaly. Účelem zákona je provedení práva na ochranu zdraví dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Toto právo též zahrnuje právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Právo sice lze uplatňovat pouze v mezích zákonů, které ho provádějí, avšak při výkladu a aplikaci prováděcích zákonů je nutno zachovat podstatu a smysl základního práva na bezplatnou zdravotní péči a nesmí docházet k nedůvodné diskriminaci (např. rozsudek ze dne 17. 12. 2019, č. j. 4 Ads 394/2019-105). Podle Ústavního soudu vhodnost a účinnost léčby „jednoduše nesmí být závislá na finančních možnostech občana, jemuž má být poskytnuta. Bude-li však tento požadavek naplněn, pak je věcí zákonodárce, aby – nad tento nezbytný rámec – stanovil, zda a jaká další zdravotní péče či zdravotní pomůcky mají být poskytovány bezplatně, případně za částečnou úhradu, a které nikoliv“ (náleze ze dne 30. 5. 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15, č. 231/2017 Sb.).
42. NSS stanovil v rozsudku ze dne 21. 1. 2020, č. j. 5 Ads 228/2019-81, č. 3991/2020 Sb. NSS, tři podmínky, které musí pojištěnec kumulativně splnit k tomu, aby mu pojišťovna hradila jinak nehrazené služby (zdravotní péči) ve smyslu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění:
 - a) musí se jednat o zdravotní služby zdravotní pojišťovnou jinak nehrazené,
 - b) musí být dána výjimečnost případu pojištěnce a
 - c) musí se jednat o poskytnutí takové zdravotní služby, která je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.
43. Dle téhož rozsudku lze podmínku ad c), tj. „jediné možnosti léčby“ z hlediska zdravotního stavu pojištěnce, považovat za splněnou i tehdy, pokud má pojištěnec k dispozici jiný hrazený léčebný přípravek, který je však prokazatelně podstatně méně účinný a ve výsledku pro něho reálně nepředstavuje srovnatelnou léčebnou alternativu. NSS k tomu dodal, že tento závěr neznamena, že se kterýkoli pojištěnec prostřednictvím žádosti dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění může automaticky domáhat mimořádné úhrady jakékoli léčby. Takový důsledek by byl

neakceptovatelný. Odporoval by podmínce ad b), tzn. „výjimečnosti případu“, kterou je potřeba mít stále na zřeteli. Extenzivní výklad by také mohl kolidovat s principem tzv. nákladové efektivity.

44. Podmínku „výjimečnosti případu“ NSS trefně vyložil v rozsudku ze dne 29. 11. 2019, č. j. 5 Ads 28/2018-58. Zdůraznil mimořádnost použití § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jelikož toto ustanovení je „*mimořádným právním institutem, určeným pro úhradu zdravotní péče u tak mimořádného zdravotního stavu, který je výjimečný buď četností svého výskytu, nebo kombinací několika onemocnění nebo komplikován takovými potížemi, že pro léčbu nelze použít obvyklé léčebné postupy. Měl být využíván jako výjimečný institut, a nikoli jako plošné řešení*“. Podmínka „výjimečnosti případu“ nemusí mít vždy původ jen ve zdravotním stavu pojištěnce. Lze zohlednit i další aspekty, např. předchozí průběh léčby ovlivněný postupem příslušné zdravotní pojišťovny (srov. rozsudek 5 Ads 228/2019 a níže uvedené příklady). Nelze ovšem obcházet účel § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jenž spočívá v tom, že se jedná o poslední pojistku pro výjimečné případy. Tato pojistka nesmí sloužit k prolomení principů veřejného zdravotního pojištění vyplývajících z části páté zákona o veřejném zdravotním pojištění (srov. rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 4. 2. 2020, č. j. 15 Ad 15/2019-63).
45. Mezi účastníky není sporu o tom, že v posuzovaném případě se jednalo o zdravotní službu zdravotní pojišťovnou jinak nehrazenou [bod 42.a) shora], neboť to plyne z rozsudku 6 Ad 7/2012. Dle něj je nutné za zdravotní službu zdravotní pojišťovnou jinak nehrazenou považovat i služby částečně hrazené. Zůstává posoudit, zda jsou naplněny i další dvě podmínky.
46. Soud souhlasí s žalobcem, že každý případ je nutné hodnotit přísně individuálně (rozsudek 10 Ad 11/2017), o to víc je touto optikou třeba hodnotit podmínku jediné možnosti z hlediska zdravotního stavu pojištěnce [bod 42.c) shora].
47. Žalobce se domnívá, že revizní lékařka nemohla splnění této podmínky vyvrátit. Dle něj k tomu postrádala odborné znalosti, jelikož se nesespecializovala v medicínských oborech audiologie či otorinolaryngologie. Soud s tímto nesouhlasí. Revizní lékař se nutně nemusí specializovat v oblasti, kterou posuzuje. Specializace je samozřejmě výhodnou, nikoli však nutnou podmínkou. Postup dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění nelze podřadit pod kontrolní činnost dle § 42 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tou se rozumí kontrola hrazených služeb vykazovaných poskytovateli zdravotním pojišťovnám k úhradě, nikoli rozhodovací činnosti ve správním řízení (obdobně rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 16. 10. 2018, č. j. 6 Ad 7/2018-30). Ani pro kontrolní činnost není příslušná specializace obligatorní podmínkou. Argumentace žalobce ohledně neobornosti revizní lékařky je tak nedůvodná.
48. Stejně tak nemá oporu v právních předpisech námitka, že revizní lékařka měla pouze převzít skutkové závěry ošetřujícího lékaře a žádanku o zvýšení úhrady schválit. Tento argument přímo popírá jádro činnosti revizních lékařů. Dle § 19 odst. 1 ve spojení s § 53 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění rozhodují o návrzích zdravotní pojišťovny. Judikatura NSS se ustálila na závěru, že výčet tam uvedených pravomocí zdravotní pojišťovny není taxativní (viz rozsudek 6 Ad 7/2018; k soudnímu přezkumu rozhodnutí dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění srov. již cit. rozsudky NSS 4 Ads 394/2019 a 5 Ads 228/2019; viz také rozsudek ze dne 27. 3. 2020, č. j. 5 Ads 131/2018-53; nelze opomenout ani usnesení ze dne 27. 2. 2019, č. j. 3 Ads 166/2018-49, o postoupení věci rozšířenému senátu, který nakonec o stěžejní otázce meritorně nerozhodoval, a na to navazující rozsudek NSS ze dne 9. 3. 2021, č. j. 6 Ads 210/2019-36).

49. Z judikatury NSS dále vyplývá, že k rozhodnutí o úhradě zdravotních služeb podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je v prvním stupni příslušný revizní lékař zdravotní pojišťovny (s níž má pojištěnec smluvní vztah). V rámci tohoto rozhodování má revizní lékař možnost posoudit vypovídající hodnotu doložených podkladů. Při rozhodování o úhradě zdravotních služeb (výkonů) z veřejného zdravotního pojištění tedy není indikace léčby poskytovatelem zdravotní péče či indikace podílejících se lékařů pro žalovanou závazná. V opačném případě by proces schvalování a i vlastní činnost revizních lékařů postrádaly smysl (rozsudek NSS ze dne 13. 11. 2023, č. j. 10 As 327/2022-63, bod 65).
50. Žalobce měl za to, že pokud revizní lékař, který se nesespecializoval v daném klinickém oboru, nesouhlasil s návrhem ošetřujícího lékaře, nebylo možné žádost o úhradu v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění bez dalšího zamítnout. Soud k tomu poznamenává, že judikatura v obecné rovině pracuje s povinností žalované opatřit další podklady, pokud má pochybnosti o správnosti závěrů indikace pořízené ošetřujícím lékařem (např. rozsudek 10 As 327/2022, bod 65, a rozsudek NSS ze dne 18. 3. 2021, č. j. 1 Ads 507/2020-78, č. 4188/2021 Sb. NSS, bod 62). V nynějším případě ovšem žalovaná *nezpochybnila*, že by žalobce nepotřeboval sluchadlo, které mu umožní alespoň částečně slyšet. Na základě žádanky a zaslané zdravotní dokumentace pouze dovodila, že oním žalobci poskytnutým sluchadlem nemuselo být jen a právě sluchadlo Phonak, které na rozdíl od několika dalších sluchadel spadajících do stejné „funkční“ kategorie, nebylo plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Z dokumentace tedy nezjistila okolnosti nutné pro splnění podmínek § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.
51. Soud nepochybnuje, že v celé řadě případů bude si žalovaná skutečně muset vyžádat další podklady pro rozhodnutí o žádosti (jak ve shora cit. rozsudcích NSS), zejména pokud se revizní lékař nesespecializuje ve stejném oboru, pod jaký spadají zdravotní potíže pojištěnce, resp. ve stejném oboru, z něhož vzešla žádanka k úhradě v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Posuzovaný případ se ovšem v tomto ohledu odlišuje od komplikovaných diagnóz (např. onkologických, endokrinologických apod.), jelikož zde skutečně jde pouze o to, zda žalobce k překonání či zmírnění jeho zdravotních potíží mohl použít jen sluchadlo Phonak, nebo i jiné z plejády plně hrazených sluchadel se stejnými parametry, které ovšem ani namátkově nevyzkoušel. Zkoušení několika sluchadel (vč. těch, které jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění), nelze srovnávat s rozcestím, na němž stojí pacienti, pro které může mít zvolení „méně“ vhodné varianty léčby fatální následky. Takoví pacienti navíc leckdy mají s ohledem na stadium jejich nemoci k dobru jen jednu volbu a žádný prostor následně „zkusit“, zda jim pomůže druhá, třetí apod. léčebná varianta. Proto žalovaná nepochybnila, pokud za těchto okolností hlouběji nezkoumala žalobcův zdravotní stav. Plně postačovalo, pokud od ošetřujícího specialisty získala relevantní část žalobcovy zdravotní dokumentace, z níž v průběhu několika let tohoto řízení vycházelo hned několik revizních lékařů. Soud má tedy za to, že v této věci za zjištěných okolností revizní lékař dostal své úlohy být garantem odbornosti při posuzování žalobcovy žádosti (viz rozsudek NSS ze dne 3. 3. 2020, č. j. 4 Ads 458/2019-72, bod 45).
52. Žalovaná rozhodně nemusela vstoupit do odborného dialogu s ošetřujícím (předepisujícím) lékařem s cílem nalézt nejvhodnější řešení, jak se žalobce domnívá ve *třetí* linii jeho argumentů. Žádná taková povinnost pojišťovny z právních předpisů nevyplývá. Rozhodnutí žalované stojí na řádně zjištěném skutkovém základě. Nejde o žádnou z absurdních situací, kterými se žalobce v bodě 39 žaloby snaží podpořit svůj náhled na věc. Výtka z repliky, že obdobný dialog vedou posudkoví lékaři okresních služeb sociálního zabezpečení s ošetřujícími lékaři, nepochybnuje výše uvedené. Jakkoli lze Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

takovou proceduru v hraničních případech považovat za přínosnou, ve skutkově jednoznačných případech by takový postup šel na vrub zásady rychlosti a hospodárnosti řízení.

53. Konečně k jádru věci. Žalobce dle žádanky „*se sluchadlem vpravo dosahuje lepšího efektu, než je běžné po kochlear, implementaci (byla zvažována)*“. Zároveň ošetřující lékař označuje sluchadlo Phonak nikoliv za nadstandardní sluchadlo, ale „*dle testování [jediné možné] poskytnout takový efekt*“. K žádance žalobce přiložil také lékařskou zprávu od ošetřujícího lékaře ze dne 11. 11. 2011. Žalobce lékaře navštívil po osmi dnech zkoušení zapůjčeného sluchadla Phonak. Lékařská zpráva obsahuje výsledky testování sluchu vč. slovní audiometrie se sluchadlem. Lékař poznamenal, že sám žalobce si sluchadlo Phonak přeje a *zkusí* žádost o zvýšení úhrady cestou revizního lékaře. Ošetřující lékař také zaslal žalované lékařskou zprávu ze dne 15. 8. 2016, v níž specifikoval 5

žalobcem zkoušených sluchadel. Sluchadlo Phonak mu bylo zapůjčeno i domů a s ním byl nakonec nejvíce spokojen. Ke zprávě ještě přiložil audiogramy a tympanometrii.

54. Z žádného podkladu ovšem nevyplyvá, že by žalobce před pořízením sluchadla Phonak testoval také sluchadla téže kategorie, která byla plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Soud sdílí s žalovanou názor, že z dokumentace není vůbec zřejmé, proč by právě sluchadlo Phonak mělo být jedinou možností léčby vzhledem k zdravotnímu stavu žalobce. Pokud skutečně sluchadlo Phonak bylo žalobcovou jedinou možností, měl žalobce uvést a doložit konkrétní důvody, proč tomu tak bylo, popřípadě tento důvod mohl vyplývat z lékařské zprávy či kupříkladu odborné literatury. Důvodem pro plnou úhradu by dle soudu mohla být třeba specifická technická zvláštnost sluchadla Phonak, která by ho jednoznačně odlišovala od jiných, plně hrazených sluchadel téže kategorie a právě tato odlišnost by efektivněji pomáhala žalobci kompenzovat ztrátu sluchu (s ohledem na jeho individualizované potřeby). Nic takové ovšem z podkladů nevyplynulo.
55. Z rozsudku 5 Ads 28/2018 je zřejmé, že na možnost úhrady léčebných prostředků prostřednictvím § 16 zákona o veřejném pojištění je třeba nazírat jako na mimořádný právní institut. Má-li dojít k jeho implementaci, je potřeba řádně doložit splnění všech tří podmínek. V situaci, kdy však sluchadla plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění žalobce ani nevyzkoušel, přestože z popisu zdravotních komplikací vyplývá, že by mohla být účinná (dle číselníku spadaly do stejné kategorie sluchadel pro sluchové postižení se ztrátami do 120 dB jako sluchadlo Phonak), a žalobce ani jeho ošetřující lékař vůbec nevysvětlili, proč tomu tak bylo, nelze hovořit o tom, že se jednalo o jedinou možnost vzhledem ke zdravotnímu stavu žalobce. Není jasné, proč žalobci nemohlo pomoci jedno ze standardních sluchadel, které bylo možné plně uhradit z veřejného zdravotního pojištění. V tomto kontextu lze připomenout rozsudek 5 Ads 228/2019, z něhož plyne, že léčebný prostředek, o jehož úhradu pacient žádá prostřednictvím § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, může mít alternativy, ty však musí být prokazatelně méně účinné. Žalobce ve smyslu jím opakovaně citovaného rozsudku 9 Ads 214/2018, bod 33, nepředložil žádné podklady, které by dokládaly neúčinnost standardní léčby, resp. že sluchadlo Phonak je jeho jedinou možností. Z lékařské zprávy ze dne 11. 11. 2011 plyne, že žalobce upřednostnil řešení jeho zdravotního stavu sluchadlem před kochleárním implantátem. Mezi množinou různých vhodných sluchadel, které ovšem všechny nevyzkoušel, si pak vybral právě sluchadlo Phonak. Soud z lékařské zprávy vyrozuměl, že žalobce preferoval sluchadlo Phonak, jakkoli již před jeho pořízením věděl, že nemusí dosáhnout zvýšení úhrady přes revizního lékaře.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

56. Jedinou možností léčby nemohlo v tomto případě založit ani „testování“ sluchadla Phonak, jak žalobce konstruoval v bodě 55 žaloby. Navíc není pravda, že by v řízení o žádosti důkazní břemeno plně spočívalo na žalované, což žalobce sofistikovaně dovozoval v bodech 57 až 59 žaloby. Pokud žalobce ani v prvotní fázi při podání žádosti neposkytne podklady, na jejichž základě by bylo vůbec možné uvažovat o vyhovění žádosti dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, nemohl ani přenést důkazní břemeno na žalovanou.
57. Přestože podmínky pro uplatnění úhrady zdravotní služby dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění musí být splněny kumulativně, tudíž již nesplnění podmínky „jedinečnosti“ znamená, že nárok na úhradu dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění nevznikl, soud vypořádal i výtky k naplnění poslední podmínky, tedy „výjimečnosti“ případu pojištěnce [bod 42.b) shora].
58. Dle žalobce z rozsudku 9 Ads 214/2018 plyne, že žádost o úhradu léčebného prostředku v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění nelze zamítnout s povšechným odůvodněním, že
- nebylo doloženo, že by požadovaný léčebný prostředek byl u žalobce jedinou možností vzhledem k jeho zdravotnímu stavu,
 - že k léčbě lze použít i jinou léčbu, a současně,
 - že se nejedná o výjimečnou situaci, když pojištěnec se neodlišuje od jiných pacientů s totožnou diagnózou.
- Žalobce míní, že v jeho případě žalovaná argumentovala obdobně.
59. Soud tyto žalobcovy obavy nesdílí. Naopak spatřuje zásadní rozdíly oproti právě odkazovanému případu. Z rozsudku 9 Ads 214/2018 plyne, že tehdejší žalobce trpěl geneticky podmíněným onemocněním, kterým kromě něj na území České republiky trpí pouze 7 pacientů. NSS v tomto kontextu žalované připomněl, že v jiných řízeních sama označuje za výjimečný případ právě takový zdravotní stav pojištěnce, který je výjimečný četností svého výskytu v populaci. Nebylo tedy důvodu, aby od tohoto kritéria upustila v tehdy posuzované situaci. NSS neoznačil shora uvedená kritéria pro určení výjimečnosti případu za obecně chybná a „povšechní“, jak tvrdí žalobce. V tehdejší situaci ovšem vyhodnotil případ jako výjimečný již jen z důvodu extrémní vzácnosti výskytu sporného onemocnění.
60. Ze shora odkazovaných judikátů vyplývá, že již samotný vzácný výskyt onemocnění může znamenat „výjimečnost“ případu. Žalobce ovšem nedoložil, že by jeho onemocnění bylo vzácné výskytem či jakkoli jinak (srov. žalobcem v bodě 51 žaloby vypočtené příklady dle rozsudku 1 Ads 249/2020). Naopak prvoinstanční orgán uvedl, že za rok 2011 vykázala žalovaná k úhradě 32 600 sluchadel a že na území ČR je zcela nebo téměř neslyšících zhruba 6,5 tisíc osob (5 % z osob se sluchovým postižením). Tyto údaje žalovaná jednak znala z vlastní úřední činnosti, jednak je mohla zjistit z přípisu veřejného ochránce práv ze dne 30. 3. 2021. Žalovaná tedy dostatečně doložila, že onemocnění žalobce není co do jeho výskytu vzácné. Vzácné není ani to, že neslyšící nebo téměř neslyšící osobu dělí od okolního světa komunikační bariéra, zejména nemá-li žádnou kompenzační pomůcku, která toto znevýhodnění zmírňuje.
61. Žalobce poukazoval na závěry rozsudku 5 Ads 28/2018, že „výjimečnost“ lze spatřovat v četnosti výskytu nebo v kombinaci několika onemocnění nebo v jeho komplikaci takovými potížemi, že pro léčbu nelze použít obvyklé léčebné postupy. V žalobě, ale i v předcházejícím řízení ovšem rezignoval na to, aby uvedl, proč právě on mezi tisíci jiných osob postižených stejnou či obdobnou zdravotní obtíží je „výjimečný“. V řízení, které trvalo přes deset let, měl žalobce dostatek času a šancí toto tvrdit a prokázat. Výklad

žalované v této věci není restriktivní. Soud nesouhlasí s výtkou, že žalovaná vyprázdnila účel a podstatu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

62. V situaci, kdy nejsou splněny podmínky pro úhradu stanovené v § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, není potřeba řešit, zda žalobci hrozilo nebezpečí z prodlení, respektive jestli byl či nebyl dán předchozí souhlas revizního lékaře ve smyslu § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění (rozsudek NSS ze dne 25. 3. 2021, č. j. 7 Ads 166/2019-34, bod 21). Takový postup je nadbytečný, jelikož by nemohl nic změnit na posouzení žalobcova nároku. Proto nejsou důvodné výtky, které žalobce shrnul ve *druhé* argumentační linii. Soud jen pro úplnost dodává, že rozumí situaci, v níž se žalobce v roce 2011 nacházel. To však nic nemění na tom, že sluchadlo Phonak si pořídil ze své vůle a vlastních prostředků, přičemž nedůvodně spoléhal, že žalovaná mu zálohovou úhradu (nad rámec 5 100 Kč) následně proplatí (bod 30 žaloby). Bez vyzkoušení plně hrazených sluchadel spadajících do téže skupiny byl tento přístup žalobce k věci nanejvýš lehkovážný. Žalovaná nakonec řízení o žádosti nezastavila, ale meritorně rozhodla s tím, že žalobce nesplnil podmínky dle § 16 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Z toho důvodu je nadbytečné zabývat se časovou posloupností poskytnutí sluchadla a až následně podané žádosti dle § 16. To samé platí pro zpochybnění důvodů zastavení řízení dle § 66 odst. 1 písm. b) správního řádu.
63. Předmětem posuzovaného případu je refundace nákladů, které již vynaložil na opatření sluchadla Phonak, a tato refundace není překážkou vyhovění žalobcově žádosti. S tím soud souhlasí. Žalovaná ovšem nezamítla žádost pro to, že se jednalo o refundaci, ale z jiných důvodů. Proto jsou liché výtky vznesené v *páté* argumentační linii. Lichá je také výtku, že žalobce by neměl vhodné sluchadlo dalších 11 let, pokud by měl poskytovatel zdravotních služeb po tuto dobu vyčkávat na kladné stanovisko revizního lékaře ve smyslu § 16 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.
64. Námitka, že žalovaná nepostupovala s péčí řádného hospodáře, neboť procesní náklady, které jí za dobu trvání sporu vznikly, převýšily výši částky, o niž se spor vede, je mimoběžná.
- Nelze srovnávat procesní náklady vynaložené na soudní řízení s výši částky, o kterou se vede soudní pře. Žalovaná má povinnost postupovat podle zákona (§ 2 správního řádu) a žádosti – pokud pojištěnec nesplnil zákonné podmínky pro její vyhovění – nemohla vyhovět. Výše následných procesních či administrativních nákladů nesmí tento postup ovlivňovat.
65. Není pravda, jak tvrdí žalobce, že žalovaná nestanovila podmínky, za kterých lze vyhovět žádosti dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Napadené rozhodnutí i prvoinstanční rozhodnutí je třeba vnímat jako celek, a jako celek je třeba vnímat i argumentaci v nich obsaženou. Pokud prvoinstanční orgán uvedl, že žalobce nevyzkoušel typy sluchadel, která jsou zcela hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, *a contrario* z toho vyplývá, že pokud by je žalobce testoval (zkusil), mohl na plnou úhradu sluchadla Phonak dosáhnout. K tomu by ovšem musel doložit věrohodné podklady o tom, že s jinými sluchadly nedosáhl kýženého efektu, resp. že jen a právě sluchadlo Phonak (které běžně nelze zcela hradit z veřejného zdravotního pojištění) pro něj mělo podstatně příznivější efekt. Zároveň by musel splnit i podmínku „výjimečnosti“ jeho případu. Jen stěží by prokázal, že je ojedinělý co do výskytu jeho onemocnění, avšak mohl poukázat na jiné zvláštnosti jeho běžného života, z nichž by bylo možné dovodit, že jeho případ je skutečně výjimečný. Pak by splnil podmínky dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

66. Závěrem je nutné vypořádat námitky, které žalobce uplatnil již v žalobě ze dne 18. 10. 2016 (viz bod 19 žaloby). Ohledně nerespektování pokynu žalobce, aby mu žalovaná doručovala na adresu pro doručování uvedenou v informačním systému, žalovaná uvedla, že žalobce písemnosti převzal a fakticky se tak dostaly do jeho dispozice. Mohl se tedy s nimi seznámit. Navíc námitka se týkala řízení, z něžž vzešlé rozhodnutí již bylo před vydáním nyní napadeného rozhodnutí zrušeno. Soud nemá ambici jakkoli zlehčovat procesní pochybení žalované, avšak vypořádání této námítky v prvoinstančním rozhodnutí je správné. Nutno vzít v potaz, že procesní pochybení správních orgánů musí mít vliv na zákonnost rozhodnutí. Jen pak může sloužit jako důvod pro zrušení správního rozhodnutí (např. rozsudek NSS ze dne 10. 3. 2023, č. j. 8 As 169/2021-39, bod 17).
67. Soud souhlasí s žalovanou, že i další námitky se týkaly již zrušeného rozhodnutí (v tomto kontextu lze připomenout, že dle rozsudku 3 Ad 24/2016 bylo právě vypořádání se s existencí dvou rozhodnutí jedním z úkolů žalované). Dopad této skupiny žalobních výtek na napadené rozhodnutí je minimální, je-li vůbec nějaký. Týká se to zejména námitek, že žalobce byl v předchozím správním řízení zbaven možnosti skutkově a právně argumentovat, že v odůvodnění měl uvést pořizovací cenu sluchadla pro potřeby pojištěnce a jí odpovídající úhradu ze strany žalované či to, že ve výroku rozhodnutí měla žalovaná uvést odkaz na možnost poskytnout pojištěnci zdravotní prostředky s plnou úhradou z veřejného zdravotního pojištění. V rozsahu vypořádání těchto námitek soud odkazuje na napadené rozhodnutí, resp. na rozhodnutí prvostupňového orgánu. Neshledal potřebu, aby k trefným závěrům žalované cokoli dodával.
68. Žalobce také v minulých řízeních namítal, že revizní lékař měl atestaci z oboru interního lékařství, nikoli však z oboru audiologie a foniatrie. Rozhodnutí nebylo potvrzeno lékařem s atestací z uvedených oborů. Žalovaná k tomu opět podotkla, že argumentace se týkala již zrušeného rozhodnutí. Žalovaná ovšem reagovala na tuto námitku i věcně v tom smyslu, že zákon nestanovil žádné požadavky na kvalifikaci osob, které činí jednotlivé úkony ve správním řízení o návrhu pojištěnce. Ke kvalifikaci revizního lékaře se soud vyjádřil již v bodě 47 a násl. Na toto odůvodnění soud nyní žalobce plně odkazuje.
69. Dlužno doplnit, že žalobce kritizuje žalovanou za to, že uvedla, že žalobní body uplatněné v kauze 6 Ad 7/2012 se týkaly následně zrušeného rozhodnutí. Dle něj se s nimi žalovaná věcně nevypořádala. Soud s tím nesouhlasí. Není pravda, že by žalovaná v tomto ohledu něco opomněla. Rozsudkem 17 Ad 8/2020 jí soud nařídil vypořádat žalobní body ze žaloby ze dne 18. 10. 2016, nikoliv ze žaloby předcházející. Tento pokyn je potřeba vnímat v kontextu předmětu nyní posuzovaného řízení, kterým je zákonnost napadeného rozhodnutí.

V. Závěr a náklady řízení

70. Soud neshledal žalobu důvodnou, a proto ji podle § 78 odst. 7 s. ř. s. zamítl.
71. O náhradě nákladů řízení rozhodl podle § 60 odst. 1 s. ř. s. Žalobce nebyl ve sporu úspěšný a žalované nevznikly žádné účelně vynaložené náklady nad rámec její běžné činnosti. Soud tedy nepřiznal náhradu nákladů řízení žádnému z účastníků (výrok II).

Poučení:

Proti tomuto rozhodnutí lze podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení u Nejvyššího správního soudu.

Shodu s prvopisem potvrzuje S. T.

Praha 27. březen 2024

JUDr. PhDr. Štěpán Výborný, Ph.D., v. r.
předseda senátu