



ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Městský soud v Praze rozhodl v senátě složeném z předsedkyně JUDr. Evy Pechové a soudců Mgr. Gabriely Bašné a Mgr. Milana Taubera v první věci žalobce **Libora Č.**, bytem v XXXX, zastoupeného Mgr. Janem Šmídem, advokátem se sídlem v Praze, Jugoslávská 620/29, proti žalované **Všeobecné zdravotní pojišťovně**, se sídlem v Praze, Orlická 4/2020, v řízení o žalobě proti rozhodnutí ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny ze dne 8. 6. 2015, čj. 161/15,

t a k t o :

- I. **Rozhodnutí ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny ze dne 8. 6. 2015, čj. 161/15, se zrušuje a věc se vrací žalované k dalšímu řízení.**
- II. **Žalovaná je povinna zaplatit žalobci náklady řízení ve výši 15 342 Kč do 1 měsíce od právní moci tohoto rozsudku k rukám zástupce žalobce Mgr. Jana Šmída, advokáta.**

O d ů v o d n ě n í :

Podanou žalobou se žalobce domáhal přezkumu rozhodnutí označeného v záhlaví tohoto rozsudku, jímž ředitel žalované zamítl jeho odvolání a potvrdil rozhodnutí ředitele právního odboru Ústředí žalované (dále jen „správní orgán prvního stupně“) ze dne 10. 3. 2015, čj. 161/15, kterým byla zamítnuta žádost žalobce o souhlas s úhradou nákladů na zdravotní služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění – XXXXX terapií.

Žalobce v podané žalobě nejprve shrnul skutkový stav věci. Uvedl, že v srpnu 2014 mu byl diagnostikován XXXXX, následně podstoupil XXXXX, která byla ukončena 19. 12. 2014 s tím, že je nutno bez zbytečného odkladu zahájit XXXX. Dne 3. 2. 2015 byl žalobce vyšetřen MUDr. D. a poučen o možnostech léčby. Dne 6. 2. 2015 po návštěvě v XXXXX s. r. o. (dále jen „XXXXX“) se žalobce rozhodl zahájit léčbu formou šetrnější XXXXX, a to v režimu samoplátce s možností následné úhrady z veřejného zdravotního pojištění; obrátil se proto na XXXXX Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem (dále jen „XXXXX“), které mu XXXXX doporučilo

jako optimální variantu. Dne 16. 2. 2015 podalo XXXXX žádost o schválení úhrady léčby žalobce XXXXX (jejíž přílohou byla žádost žalobce o souhlas s úhradou XXXXX léčby), s níž správní orgány naložily tak, jak je popsáno v odstavci výše.

V prvním žalobním bodě žalobce namítal, že XXXXX je léčbou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, neboť podmínky pro úhradu léčby ze zdravotního pojištění upravuje § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Skutečnost, že XXXXX nebyla do doby vydání napadeného rozhodnutí zařazena do seznamu výkonů uvedeného ve vyhlášce č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „Úhradová vyhláška“), nemůže dle žalobce podporovat závěr, že tento druh léčby není hrazenou službou. Opačný závěr by znamenal, že by podzákoný právní předpis určoval, jaké služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. V důsledku chybějící úpravy by tak bylo omezeno právo žalobce na bezplatnou zdravotní péči dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“). Žalobce v této souvislosti poukázal na rozhodnutí ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, v němž Ústavní soud zrušil podzákoný právní předpis, který nad rámec výhrady zákona konkretizoval podmínky pro úhradu péče ze zdravotního pojištění. Žalobce uzavřel, že podmínky, za nichž je XXXXX hrazena či nehrazena ze zdravotního pojištění, může stanovit pouze zákon o veřejném zdravotním pojištění, přičemž z žádného jeho ustanovení nevyplývá, že by tato léčba byla léčbou nehrazenou. Tomu svědčí i rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30. 1. 2001, čj. 33 Odo 389/2001, který stanovil, že výkony zdravotní péče nezařazené v Příloze 1 – Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek (dále jen „Příloha 1“) zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou výkony hrazenými. Jelikož XXXXX v této příloze uvedena není, jde o léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

Ve druhém žalobním bodě žalobce brojil proti názoru žalované, že léčba XXXXX není v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy a neexistují důkazy o její účinnosti. Dle žalobce není jasné, proč žalovaná schválila úhradu za XXXXX v XXXXX u 45 pojištěnců, pokud tato léčba nemá prokazatelně pozitivní účinek na zdraví pojištěnců. Žalovaná tedy rozhodovala neodůvodněně rozdílně. K tvrzení správních orgánů, že XXXXX byla u těchto pojištěnců jedinou možností z hlediska jejich zdravotního stavu, se nabízí otázka, jak může být tato léčba jedinou možností, když dle správních orgánů nemá prokazatelný pozitivní účinek na zdravotní stav. Ředitel žalované si v napadeném rozhodnutí protičeří, tvrdí-li, že XXXXX může být uhrazena ze zdravotního pojištění pouze v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Argument o nedostatku důkazů o pozitivním přínosu XXXXX je v kontrastu s tím, že žalovaná posílá své pojištěnce na léčbu XXXXX do XXXXX, neboť léčba v XXXXX je dle ní ekonomicky náročnější. Spory žalované s XXXXX se tak promítly do rozhodování o žalobcově žádosti. Ze všeho výše uvedeného je zřejmé, že žalovaná pozitivní účinky XXXXX uznává a argumentace správních orgánů je v tomto směru účelová a zakládá nezákonnost napadeného rozhodnutí i rozhodnutí správního orgánu prvního stupně.

Žalobce doplnil, že jiné zdravotní pojišťovny léčbu XXXXX hradí. Poznamenal, že pokud XXXXX, které se na komplexní diagnostiku a léčebnou péči o pacienty s XXXXX onemocněním specializuje, doporučilo XXXXX jako optimální léčbu, nelze pochybovat o jejím přínosu.

Žalobce dále konstatoval, že se díky XXXXX vyléčil s dobrou prognózou do budoucna, a bude tak moci nadále přispívat do systému veřejného zdravotního pojištění. Žalobce nikdy neměl vážné zdravotní komplikace, které by vyžadovaly finančně nákladné zdravotnické úkony, a když jednou za život žádá o úhradu léčby, žalovaná ji odmítne uhradit.

Ve třetím žalobním bodě žalobce uvedl, že novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění provedenou zákonem č. 200/2015 Sb. (dále jen „Novela“) byla s účinností od 1. 9. 2015 úhrada XXXXX zařazena do Přílohy 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění a bude tedy

hrazena z veřejného zdravotního pojištění v případě, že bude provedena na základě indikace poskytovatele, který má statut centra vysoce specializované zdravotní péče v oboru XXXXX udělený podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Žalobce doplnil, že podmínky stanovené Novelou splnil, jelikož léčbu mu doporučilo a žádost o úhradu této zdravotní péče podalo XXXXX. Pokud by tedy žalobce zahájil léčbu po 1. 9. 2015, byla by jeho léčba bezesporu uhrazena z veřejného zdravotního pojištění. Z důvodové zprávy je pak zřejmé, že podmínka předchozí indikace centrem vysoce specializované péče byla kritériem, podle kterého se žádosti o úhradu XXXXX posuzovaly již před účinností Novelu. Žalovaná tak postupovala vůči žalobci netransparentně a nejednotně, čímž porušila ustanovení § 2 odst. 4 zákona č. 500/2004 Sb., správní řád. Z veřejných prohlášení žalované je zřejmé, že si je vědoma pozitivních účinků XXXXX, jakož i toho, že pouze odborník může rozhodnout o vhodnosti a potřebnosti této léčby. V případě žalobce se tím však neřídí a žalobou napadené rozhodnutí je tak nezákonné.

Ve čtvrtém žalobním bodě žalobce odporoval argumentaci žalované, že XXXXX je službou nehrazenou a že její úhradu lze schválit pouze v režimu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Skutečnost, že XXXXX ve své zprávě uvedlo, že XXXXX je pro žalobce „optimálním“ způsobem léčby, namísto „jediného možného“ způsobu léčby, není rozhodná. Dle žalobce je optimální způsob léčby jediným možným z hlediska zdravotního stavu pojištěnce; způsob léčby, který není optimální, není ani možným způsobem léčby. Jelikož ze závěrů XXXXX vyplývá, že XXXXX léčba by pro žalobce znamenala zvýšené riziko ohrožení životně důležitých orgánů, byla tak pro žalobce XXXXX jediným možným způsobem léčby. Žalobce si nemohl obstarat předběžné posouzení revizního lékaře, neboť hrozilo nebezpečí z prodlení. V případě prodlení se zahájením léčby nad 6 až 8 týdnů po ukončení systémové léčby (XXXXX) hrozilo riziko relapsu či progresse onemocnění. Žalobce ukončil XXXXX 19. 12. 2014 s tím, že na 3. 2. 2015 bylo stanoveno kontrolní vyšetření u MUDr. D., kde mělo být rozhodnuto o dalším postupu. Nutnost zahájit XXXXX okamžitě vyplývá jak ze zprávy XXXXX, tak z klinického vyšetření MUDr. D. Žalobce proto splnil podmínky § 13 i § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V pátém žalobním bodě žalobce pro případ, že by soud považoval za nutné prokazovat závěry XXXXX, že XXXXX je šetrnější k rizikovým strukturám – srdci, plicím, míše, jícnu atd., předložil seznam odborných článků. Dále poznamenal, že v souladu s rozhodovací praxí Ústavního soudu, konkrétně nález ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, má pojištěnec na zajištění šetrnější léčby nárok bez ohledu na skutečnost, že tato léčba je alternativou finančně náročnější. Jelikož je XXXXX službou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, má žalobce na úhradu šetrnější léčby nárok.

V šestém žalobním bodě žalobce poukázal na vážná procesní pochybení, jichž se správní orgány měly dopustit a které založily nezákonnost obou rozhodnutí. Jelikož bylo vydání rozhodnutí správního orgánu prvého stupně prvním úkonem ve věci, nemohl se žalobce seznámit s podklady pro rozhodnutí dle § 36 odst. 3 správního řádu, čímž mu byl znemožněn výkon jeho dalších práv. Ředitel žalované dále nedodržel lhůty pro vydání rozhodnutí dle § 90 odst. 6 správního řádu.

Žalobce proto navrhl soudu, aby žalobou napadené rozhodnutí i rozhodnutí správního orgánu prvého stupně zrušil a věc žalované vrátil k dalšímu řízení.

Žalovaná ve vyjádření k podané žalobě nerozporovala skutkový stav věci tak, jak jej popsal žalobce. Zopakovala argumenty uplatněné již v žalobou napadeném rozhodnutí a navrhla soudu, aby žalobu jako nedůvodnou zamítla. Uvedla, že v současnosti stále neexistuje dostatek poznatků lékařské vědy, na základě kterých by bylo možné jednoznačně konstatovat, že XXXXX je léčbou odpovídající zdravotnímu stavu pacientů s XXXXX. V případě tohoto onemocnění je na území

České republiky běžně indikována efektivní a snadno dostupná léčba prostřednictvím XXXXX. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 30. 1. 2001, čj. 33 Odo 389/2001, nelze na daný případ aplikovat, neboť se jednalo o zdravotní službu splňující definici § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, která byla v seznamu hrazených výkonů v Úhradové vyhlášce pouze uvedena s určitými okolnostmi. V nyní projednávaném případě však o hrazenou službu nejde. Žalovaná zopakovala, že XXXXX byla pro žalobce jednou z alternativ léčby, nikoli jedinou možností z hlediska jeho zdravotního stavu, přičemž odborní lékaři jsou si tohoto rozdílu vědomi. K podmínce předchozího schválení revizním lékařem žalovaná uvedla, že souhlas revizního lékaře nemusí být dán před jejím nastoupením, nikoliv, že by stanovisko revizního lékaře nebylo třeba vůbec. Od 1. 9. 2015 pak je XXXXX zahrnuta mezi služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění pouze na základě indikace některého z XXXXX a se schválením revizního lékaře pojišťovny.

V doplnění vyjádření ze dne 13. 9. 2017 žalovaná uvedla, že XXXXX pro diagnózu XXXXX v konkrétním případě žalobce nebyla léčbou splňující podmínky zakotvené v § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a tedy ani léčbou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Této skutečnosti si bylo vědomo i XXXXX, které žalobci poskytnuté zdravotní služby vyúčtovalo. Poukázala na rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 22. 8. 2017, čj. 11Ad 5/2017-65, z něhož má vyplývat, že být před 1. 9. 2015 byla úhrada XXXXX možná pouze ve výjimečných případech a za splnění podmínek dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Žalovaná dále poznamenala, že po účinnosti Novely je podmínkou pro úhradu XXXXX jednoznačná indikace centra vysoce specializované zdravotní péče v oboru XXXXX a schválení revizním lékařem pojišťovny. Uzavřela, že žalobce na základě svého rozhodnutí a s vědomím, že se nejedná o služby hrazené, podstoupil léčbu XXXXX, přičemž jedním z důsledků jeho jednání je, že žalovaná není oprávněna nahradit mu vynaložené náklady.

Podle § 75 odst. 1 a 2 zákona č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, (dále jen „s. ř. s.“), soud přezkoumal žalobou napadené rozhodnutí v mezích uplatněných žalobních bodů a vycházel přitom ze skutkového a právního stavu, který tu byl v době rozhodování správního orgánu.

Městský soud v Praze nařídil k žádosti žalobce ústní jednání konané dne 22. 9. 2017, při němž oba účastníci setrvali na svých již dříve vyjádřených stanoviscích.

Ze správního spisu soud zjistil následující podstatné skutečnosti:

Žádostí ze dne 16. 2. 2015 požádalo XXXXX o schválení úhrady léčby XXXXX v XXXXX u žalobce. Přílohu žádosti tvoří mimo jiné lékařské zprávy (Fakultní nemocnice Motol, Nemocnice na Bulovce, XXXXX, Všeobecné fakultní nemocnice a XXXXX), zálohové faktury č. 00000377 a č. 00000379 a žádost žalobce o souhlas s úhradou XXXXX jako jediné možnosti zdravotní péče dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Rozhodnutím správního orgánu prvního stupně byla žádost žalobce o souhlas s úhradou nákladů na XXXXX zamítnuta. V odůvodnění bylo uvedeno, že zdravotní služby, jejichž úhrada je žádána, nejsou běžně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění; bylo proto třeba posoudit žádost podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle něhož pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce. Z podkladů pro rozhodnutí vyplývá, že XXXXX je v žalobcově případě doporučována jako optimální alternativa léčby. V lékařských zprávách není zdůvodněno, proč standardní XXXXX, tj. hrazená XXXXX, není u žalobce možná. Žalobci se tedy nepodařilo prokázat, že XXXXX je z hlediska jeho zdravotního stavu jedinou možností. Dále nebylo prokázáno, že by vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu žalobce hrozilo nebezpečí jeho zhoršením. Návrh na úhradu požadované léčby posoudila revizní

lékařka žalované MUDr. Zdeňka S. K., která tuto léčbu výslovně nedoporučila. Podmínky § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak nebyly splněny.

Žalobou napadeným rozhodnutím ředitel žalované odvolání žalobce zamítl a rozhodnutí správního orgánu prvního stupně potvrdil. Námitku, že rozhodnutí nemůže být rozhodnutím dle správního řádu, odmítl s konstatováním, že ustanovení § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění je třeba interpretovat v kontextu celého právního řádu, přičemž žádný zákon aplikaci správního řádu při rozhodování o právech a povinnostech pojištěnce nevylučuje. Navíc postupu žalované, která o nároku žadatele na úhradu XXXXX rozhodovala na základě ustanovení správního řádu, přisvědčil Nejvyšší správní soud v rozsudku ze dne 30. 9. 2013, čj. 4 Ads 134/2012-50. K námitce, že žalovaná nepostupovala podle správního řádu, ředitel žalované uvedl, že řízení o žádosti je zahájeno dnem doručení žádosti věcně a místně příslušnému správnímu orgánu; oznámení o zahájení řízení se nevydává. Uznal, že správní orgán prvního stupně nevyzval žalobce k seznámení se s podklady pro rozhodnutí, avšak tato procesní vada dle něj nezakládá neplatnost rozhodnutí.

Ředitel žalované dále uvedl, že v odborných stanoviscích, na která žalobce v odvolání poukazuje, není XXXXX v porovnání s ostatními zmíněnými metodami léčby XXXXX preferována. Naopak jsou u ní vedle pozitivních dopadů zdůrazňována též možná rizika. V případě XXXXX je tak použití XXXXX doporučováno pouze v rámci klinických studií. K tvrzené výhodě XXXXX spočívající v nižším riziku vzniku akutních, pozdních a velmi pozdních XXXXX, doplnil, že tyto účinky nebyly zatím u XXXXX prokázány.

K námitce, že XXXXX je hrazenou službou, ředitel žalované odkázal na § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, který stanoví podmínky (předpoklady) za nichž mohou být zdravotní služby hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Doplnil, že hrazené zdravotní výkony a jejich bodové hodnoty stanoví každoročně Ministerstvo zdravotnictví Úhradovou vyhláškou v Seznamu zdravotních výkonů (na základě zákonného zmocnění dle § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění), čímž dochází ke konkretizaci podmínek, za kterých jsou zdravotní výkony z veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Léčba XXXXX však v tomto Seznamu uvedena není. Jelikož stále neexistuje dostatek relevantních důkazů o jednoznačném léčebném přínosu XXXXX v léčbě XXXXX, nedošlo k naplnění podmínek § 13 odst. 2 písm. b) a c) zákona o veřejném zdravotním pojištění (zřejmě mělo být § 13 odst. 1 písm. b) a c) zákona o veřejném zdravotním pojištění – pozn. soudu). Ačkoli tedy není možné XXXXX léčbu XXXXX zařadit mezi služby pojišťovnou běžně hrazené, ve výjimečných případech dle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění je možná úhrada zdravotních služeb pojišťovnou nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je-li prokázáno, že poskytnutí takových zdravotních služeb je jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce a současně (s výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení) musí s léčbou udělit předchozí souhlas revizní lékař pojišťovny. Žalovaná v minulosti rozhodla o úhradě XXXXX některým pacientům, avšak tehdy indikující lékař deklaroval, že se jedná o jedinou možnost další léčby, což doložil XXXXX, z nichž vyplynulo překročení dávky kritické zátěže pro životně důležité orgány; žalovaná tedy léčbu hradila výhradně v případě naplnění § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. K poukazu žalobce na náleží Ústavního soudu, dle něž má pojištěnec na zajištění šetrnější léčby nárok, ředitel žalované uvedl, že tato zásada platí pouze v případě, že dochází k porovnání nákladovosti dvou typů péče hrazené, nikoli péče hrazené a péče nehrazené.

Ředitel žalované uzavřel, že nebyly splněny podmínky § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění, předmětnou službu tudíž nelze pokládat za službu hrazenou. Nebyly splněny ani podmínky § 16 téhož zákona týkající se možnosti výjimečně přiznat úhradu služeb jinak nehrazených.

Městský soud v Praze posoudil věc takto:

Podle § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud

- a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné,
- b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy,
- c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.

Podle § 15 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění se ze zdravotního pojištění nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v Příloze 1 tohoto zákona.

Na úvod soud považuje za vhodné poukázat na ústavní zakotvení práva na ochranu zdraví a na zdravotní péči, které je obsaženo v čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Dle citovaného ustanovení má každý právo na ochranu zdraví, přičemž občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Podle čl. 41 odst. 1 Listiny základních práv a svobod se lze těchto základních práv domáhat jen v mezích zákonů, které je provádějí. Právo občanů na poskytnutí zdravotních služeb bez přímé úhrady tedy není neomezené, má své limity, jež je oprávněn stanovit pouze zákon. V daném případě je oním zákonem zákon o veřejném zdravotním pojištění, především jeho část pátá upravující rozsah a podmínky, za nichž jsou ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby.

Definici zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění poskytuje ustanovení § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění; dle jeho odstavce 1 se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Aby bylo možno učinit závěr o tom, že konkrétní léčba spadá pod pojem hrazené péče, je nutné současné (kumulativní) naplnění všech podmínek pod písm. a) až c). Lze proto konstatovat, že pojištěnec má nárok na úhradu veškerých zdravotních služeb, splňují-li shora uvedenou definici § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění a nejsou-li z úhrady vyloučeny jinými ustanoveními tohoto zákona, jiným zákonem, či právními předpisy vyšší právní síly. Nelze rovněž opomenout skutečnost, že v rozhodné době (tj. před Novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění účinnou ode dne 1. 9. 2015) nebyla XXXXX uvedena v Příloze 1; úhrada této léčby tak nebyla vyloučena, splňovala-li podmínky stanovené § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V nyní projednávaném případě rozhodla žalovaná o neschválení úhrady léčby žalobce XXXXX, neboť shledala, že nedošlo k naplnění § 13 odst. 1 písm. b) a c) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dle žalované totiž stále neexistuje dostatek relevantních důkazů o jednoznačném léčebném přínosu XXXXX v léčbě XXXXX; závěry odborných společností jsou nejednoznačné. Žalovaná dále odkázala na § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jenž ve výjimečných případech umožňuje úhradu zdravotních služeb pojišťovnou nehrazených, a posuzovala splnění podmínek v něm uvedených.

Obsahem a náležitostmi odůvodnění rozhodnutí správních orgánů se již judikatura mnohokrát zabývala. Nejvyšší správní soud například judikoval (např. v usnesení rozšířeného senátu ze dne 17. 2. 2008, čj. 7 Afs 212/2006-74), že smyslem a účelem odůvodnění je ozřejmit účastníku řízení, z jakého důvodu správní orgán rozhodl tak, jak rozhodl, neboť jen takovým

způsobem lze ověřit, zda jsou důvody rozhodnutí v souladu s právními předpisy a zda nejsou založeny na libovůli správního orgánu. Podle rozsudku Vrchního soudu v Praze ze dne 26. 2. 1993, čj. 6A 48/92-23, dále platí, že „*z odůvodnění rozhodnutí musí být seznatelné, proč správní orgán považuje námitky účastníka za liché, mylné nebo vyvrácené, které skutečnosti vzal za podklad svého rozhodnutí, proč považuje skutečnosti předestírané účastníkem za nerozhodné, nesprávné, nebo jinými řádně provedenými důkazy vyvrácené, podle které právní normy rozhodl, jakými úvahami se řídil při hodnocení důkazů a – v případě rozhodování o relativně neurčité sankci – jaké úvahy jej vedly k uložení sankce v konkrétní výši.*“ Zdejší soud k tomu doplňuje, že jednou daný obsah napadeného rozhodnutí nemůže zvrátit či doplnit ani obsáhlejší argumentace žalované ve vyjádření k podané žalobě.

Dle názoru soudu však žalobou napadené rozhodnutí v tomto ohledu neobstojí. Soud se nemůže spokojit s obecným konstatováním žalované, že XXXXX léčba neodpovídá písm. b) a c) ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a není tak léčbou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění; žalovaná totiž tento svůj závěr nijak blíže neodůvodnila a nepodložila žádnými důkazními prostředky. Přihlédnout nelze ani k písemnosti ze dne 1. 6. 2015 nazvané XXXXX, která je založena ve správním spise a kterou měl vypracovat prof. MUDr. Jiří P., Ph.D., neboť tato písemnost je nepodepsaná, a nemá tedy důkazní hodnotu.

Jelikož odůvodnění napadeného rozhodnutí odporuje shora popsané judikatuře i ustanovení § 68 odst. 3 správního řádu, které stanoví nezbytné náležitosti odůvodnění správního rozhodnutí, je nepřezkoumatelné. Soud dodává, že jeho úkolem není provádět rozsáhlé dokazování a posuzovat nejrůznější lékařské studie s cílem zjistit, zda byly či nebyly naplněny podmínky pro zařazení léčby XXXXX mezi služby hrazené, poněvadž by tímto postupem předjímal závěry, které má učinit žalovaná.

V této souvislosti soud poukazuje na jisté rozpory a nesoulad názorů žalované vyskytující se v žalobou napadeném rozhodnutí, kdy žalovaná nejprve tvrdí, že u XXXXX neexistují důkazy o její účinnosti a není zřejmé, zda je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, na druhou stranu však přiznává, že v minulosti několika svým pojištěncům léčbu XXXXX prostřednictvím XXXXX uhradila, neboť to byla z hlediska jejich zdravotního stavu jediná možnost ve smyslu § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Soudu se přitom jeví jako velmi nepravděpodobné, že by byla z veřejného zdravotního pojištění hrazena léčba, která je neúčinná.

Soud nepřisvědčil tvrzení žalované, že Městský soud v Praze v rozsudku ze dne 22. 8. 2017, čj. 11Ad 5/2017-65, dovedl, že před 1. 9. 2015 se v případě XXXXX jednalo o péči obecně nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Pasáž, kterou žalovaná citovala v doplnění svého vyjádření ze dne 13. 9. 2017, byla převzata z narační části rozsudku, v níž soud pouze rekapituloval vyjádření účastníků řízení – v tomto případě žalované; nejednalo se tedy o názor, k němuž by v rámci právního posouzení věci soud dospěl.

Soud uzavírá, že žalovaná v napadeném rozhodnutí dostatečně neodůvodnila svůj závěr, že XXXXX léčba XXXXX, jejíž úhrady se žalobce domáhal, nebyla (v době, kdy ji absolvoval žalobce, resp. kdy se domáhal úhrady) léčbou hrazenou z veřejného zdravotního pojištění; odůvodnění rozhodnutí o odvolání tedy nerespektuje požadavky na něj kladené ustanovením § 68 odst. 3 správního řádu. Soud proto rozhodnutí žalované pro nepřezkoumatelnost spočívající v nedostatku důvodů podle § 76 odst. 1 písm. a) s. ř. s. zrušil. V souladu s ustanovením § 78 odst. 4 téhož zákona soud současně vyslovil, že se věc vrací žalované k dalšímu řízení. Právním názorem, který soud v tomto zrušujícím rozsudku vyslovil, je v dalším řízení žalovaná vázána (§ 78 odst. 5 s. ř. s.).

O náhradě nákladů řízení rozhodl soud podle § 60 odst. 1 s. ř. s. tak, že žalobci přiznal náhradu nákladů řízení. Náklady řízení tvoří výdaje právního zastoupení žalobce, spočívající v mimosmluvní odměně za tři úkony právní služby po 3 100 Kč (převzetí a příprava věci, sepsání

žaloby, účast na jednání soudu) dle § 7, § 9 odst. 4 písm. d) a § 11 odst. 1 písm. a), d), g) vyhlášky č. 177/1996 Sb., o odměnách advokátů a náhradách advokátů za poskytování právních služeb (advokátní tarif), a v náhradě hotových výdajů spočívajících ve třech úkonech po 300 Kč podle § 13 odst. 3 advokátního tarifu. Odměna advokáta činí 10 200 Kč. Vzhledem k tomu, že zástupce žalobce soudu doložil, že je plátcem daně z přidané hodnoty, zvyšuje se náhrada nákladů řízení o částku odpovídající této dani, kterou je povinen z odměny za zastupování a z náhrad hotových výdajů odvést podle zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, (§ 57 odst. 2 s. ř. s.); dle § 47 odst. 1 písm. a) tohoto zákona je sazba daně stanovena na 21 %. Částka daně tak činí 2 142 Kč. Žalobce má dále právo na náhradu zaplaceného soudního poplatku ve výši 3 000 Kč. Celkem tak žalobci náleží náhrada nákladů řízení ve výši 15 342 Kč, kterou je žalovaný povinen uhradit ve lhůtě 1 měsíce od právní moci tohoto usnesení k rukám zástupce žalobce.

**P o u ě n í :** Proti tomuto rozhodnutí **l z e** podat kasační stížnost ve lhůtě dvou týdnů ode dne jeho doručení. Kasační stížnost se podává ve dvou (více) vyhotoveních u Nejvyššího správního soudu, se sídlem Moravské náměstí 6, Brno. O kasační stížnosti rozhoduje Nejvyšší správní soud.

Lhůta pro podání kasační stížnosti končí uplynutím dne, který se svým označením shoduje se dnem, který určil počátek lhůty (den doručení rozhodnutí). Případně-li poslední den lhůty na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den. Zmeškání lhůty k podání kasační stížnosti nelze prominout.

Kasační stížnost lze podat pouze z důvodů uvedených v § 103 odst. 1 s.ř.s. a kromě obecných náležitostí podání musí obsahovat označení rozhodnutí, proti němuž směřuje, v jakém rozsahu a z jakých důvodů jej stěžovatel napadá, a údaj o tom, kdy mu bylo rozhodnutí doručeno.

V řízení o kasační stížnosti musí být stěžovatel zastoupen advokátem; to neplatí, má-li stěžovatel, jeho zaměstnanec nebo člen, který za něj jedná nebo jej zastupuje, vysokoškolské právnické vzdělání, které je podle zvláštních zákonů vyžadováno pro výkon advokacie.

Soudní poplatek za kasační stížnost vybírá Nejvyšší správní soud. Variabilní symbol pro zaplacení soudního poplatku na účet Nejvyššího správního soudu lze získat na jeho internetových stránkách: [www.nssoud.cz](http://www.nssoud.cz).

V Praze dne 22. září 2017

**JUDr. Eva P e c h o v á, v.r.**  
předsedkyně senátu

Za správnost vyhotovení:  
Sylvie Kosková