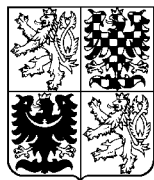


Ročník 2013



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 154

Rozeslána dne 6. prosince 2013

Cena Kč 65,-

O B S A H:

396. Nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ve věci návrhu na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

396**N Á L E Z****Ústavního soudu****Jménem republiky**

Ústavní soud rozhodl pod sp. zn. Pl. ÚS 19/13 dne 22. října 2013 v plénu složeném z předsedy soudu Pavla Rychetského a soudců Stanislava Balíka, Ludvíka Davida, Jaroslava Fenyka, Jana Filipa, Vladimíra Kůrky, Jana Musila, Jiřího Nykodýma, Vladimíra Sládečka, Kateřiny Šimáčkové a Michaeily Židlické o návrhu skupiny 39 senátorů Senátu Parlamentu České republiky, jejichž jménem jedná senátorka MUDr. Alena Dernerová, na zrušení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, eventuálně na zrušení § 17, přílohy č. 1, přílohy č. 3 části A bodu 1 písm. g) a části B, přílohy č. 4, přílohy č. 5 bodu 5 a přílohy č. 14 vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, za účasti Ministerstva zdravotnictví jako účastníka řízení

takto:

I. Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, je v rozporu s čl. 1 odst. 1 Ústavy České republiky a čl. 1 a čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod.

II. Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, se ruší uplynutím dne 31. 12. 2014.

Odůvodnění**I.****Vymezení věci a rekapitulace návrhu**

1. Ústavnímu soudu byl dne 25. 3. 2013 doručen návrh skupiny 39 senátorů Senátu Parlamentu České republiky (dále jen „navrhovatel“) podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) a podle ustanovení § 64 odst. 2 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, na zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, (dále jen „vyhláška“ nebo „úhradová vyhláška“), eventuálně na zrušení § 17, přílohy č. 1, přílohy č. 3 části A bodu 1 písm. g) a části B, přílohy č. 4, přílohy č. 5 bodu 5, přílohy č. 14 a jiných ustanovení úhradové vyhlášky, která budou shledána ústavně nekonformními. Napadená vyhláška je podle navrhovatele v rozporu s čl. 1 a čl. 79 odst. 3 Ústavy a čl. 1, čl. 26 odst. 1, čl. 28, 31 a 36 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“). S návrhem byla spojena žádost o přednostní projednání návrhu.

2. Navrhovatel spatřuje porušení čl. 1, a to konkrétně v něm obsaženého zákazu libovůle a svévole a zásady předvídatelnosti coby základních hodnot právního státu, a čl. 79 odst. 3 Ústavy především v tom, že ve srovnání s předchozími léty snížila vyhláška úhrady téměř ve všech segmentech hrazených zdravotních služeb, a to navzdory tomu, že náklady na provoz v roce 2013 prokazatelně porostou. Poskytovatelé zdravotních služeb (dále též „poskytovatelé“) proto očekávali spíše navýšení úhrad, které by alespoň částečně pokrylo zdražení vstupů. I setrvání na stávajících hladinách, což se děje již od roku 2009, je pro ně dlouhodobě neudržitelné. Snížení úhrad ministerstvo nezdůvodnilo, respektive tak neučinilo ústavně konformním způsobem.

3. O změně úhrad nebyli poskytovatelé předem nijak informováni, neboť obsah úhradové vyhlášky, jež nabyla účinnosti dne 1. 1. 2013, byl zveřejněn až publikací předpisu ve Sbírce zákonů dne 31. 12. 2012. Reálně však není skutečná výše úhrad zřejmá ani po jejím vydání. Způsob výpočtu je totiž nastaven tak, že poskytovatelé v řadě segmentů nebudou do poloviny roku 2014 vědět, kolik dostanou zapláceno za práci odvedenou během roku 2013. Obdrží pouze tzv. předběžné měsíční úhrady, jejichž výši zdravotní pojišťovna stanoví podle úhrad v referenčním období, jímž je období před dvěma lety, ovšem zcela bez vazby na aktuální objem vykázané péče. Podle názoru navrhovatele má nepředvídatelnost několik příčin. U poskytovatelů lůžkové péče je způsob výpočtu úhrady (pomocí 14 vzorců se 45 proměnnými) nastaven natolik složitě a překombinovaně, že bez expertního posouzení není možno matematické vzorce „vyluštit“. Jen úhrada lůžkové péče se skládá z 5 samostatně vypočítávaných složek úhrady a samostatným výpočtem pro každou ambulanci a odborné pracoviště. U nemocnic s 20 ambulantami by se tak měl výpočet úhrady provádět samostatně ve 25 složkách úhrady pro každou ze 7 zdravotních pojišťoven, což představuje celkem 175 částí úhrady. Kromě toho lze vyhlášku interpretovat různě a do ní dosazené veličiny z ničeho logicky nevyplývají a jsou výrazem libovůle tvůrce vyhlášky. Tento systém tak činí péči poskytovanou nemocnicemi neřiditelnou a možnost vyhovět omezením a regulacím je minimální. Výpočet, oproti předchozím obdobím ještě ztížený, dokáží reálně provést pouze speciálně vybavené instituce, dokonce ani ne všechny zdravotní pojišťovny, a nemocnice nejsou schopny správnost výpočtu úhrady zpětně ověřit. I nejlépe vybavená Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále též jen „Všeobecná zdravotní pojišťovna“ nebo „VZP“) ve výpočtu chybí a opakovaně jej opravuje, protože v době podání tohoto návrhu neměla řada nemocnic ještě vypočtenou úhradu za rok 2011 a některé dokonce ani za rok 2010.

4. Problematickou činí vyhlášku i rozptyl ve výši úhrad mezi jednotlivými poskytovateli. Podle statistiky z 58 nemocnic zveřejněné Asociací českých a moravských nemocnic dochází k rozptylu předběžných úhrad od 83 % do 101 % předběžných úhrad v roce 2012, ačkoliv vstupní data z roku 2011, včetně struktury poskytované péče, zůstala v podstatě nezměněná. Nemocnice tak stojí před rozhodnutím, zda po celý rok 2013 poskytovat omezenou péči úměrně omezení úhrady, anebo v listopadu poskytování péče zastavit. Ambulantní specialisté nemohou v dané chvíli vědět, za jakou cenu pracují, neboť tato cena bude stanovena až po uplynutí celého kalendářního roku, nejdříve však ke konci první poloviny roku 2014, podle počtu ošetřených pojištěnců a toho, jak nákladná péče jim bude v souhrnu muset být poskytnuta. Neúměrný je i sám termín, kdy dojde k vyúčtování. Podle navrhovatele je celá vyhláška koncipována tak, aby platby byly prováděny zpětně a zdravotní pojišťovny je mohly nastavit způsobem zajišťujícím jejich vyrovnané hospodaření. Veškeré riziko zdravotního pojištění je tak přenášeno na poskytovatele zdravotních služeb.

5. Ministerstvo vytvořením překombinovaného způsobu úhrady překročilo rámec zákonného zmocnění vyplývajícího ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Dle jeho § 17 odst. 5 může Ministerstvo zdravotnictví, nedojde-li k dohodě v dohodovacím řízení, stanovit vyhláškou hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Odstavec 2 téhož ustanovení vyhrazuje smlouvám mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami stanovit způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, jakož i práva a povinnosti účastníků smlouvy, nejsou-li stanoveny zákonem. V rozporu s tím vyhláška stanoví způsob úhrady včetně detailního vymezení jeho jednotlivých složek i práva a povinnosti účastníků smlouvy, což je vyhrazeno jen zákonu nebo smlouvě.

6. Přesvědčení o porušení čl. 26 odst. 1 a čl. 28 Listiny vychází ze skutečnosti, že vyhláška úhrady snižuje, ačkoliv náklady na provoz zdravotnických zařízení rostou. Důsledkem je skutečnost, že navzdory své stejné náročné a odpovědné práci nejsou lékaři a další zdravotnický pracovníci spravedlivě odměňováni za vykonanou práci. Přitom na snížení úhrad není dán veřejný zájem, neboť výběr pojistného na zdravotní pojištění v roce 2012 dosáhl 102 % výběru z roku 2011. Omezení dopadá zvláště na vybrané poskytovatele. Vyhláška totiž na jedné straně vypočítává ty poskytovatele, kteří nejsou objemem poskytnutých zdravotních služeb limitováni (u nich je úhrada transparentní, snadno spočitatelná a předvídatelná), a ty, kteří limitováni jsou, což znamená, že část služeb je jim hrazena

v plné výši a část sníženou hodnotou bodu. Poměr těchto částí nemůže poskytovatel nijak ovlivnit. V plné výši mu bude uhrazeno maximálně to, co vykázal v referenčním období (tj. v roce 2011), resp. 98 % této hodnoty. Všechny zdravotní služby poskytnuté nad tuto hodnotu budou uhrazeny za sníženou hodnotu bodu. Na modelovém příkladu navrhovatel demonstruje, že za sníženou hodnotu bodu může být a je poskytována značná část služeb. Vyhláška neobsahuje ani žádnou vyvíňovací klauzuli, ukládající zdravotní pojišťovně uhradit službu v plné výši v případě, kdy poskytovatel zdůvodní její potřebnost či vyšší nákladnost. V případě překročení stanoveného objemu hrazené zdravotní péče je úhrada poskytována ve zcela nepřiměřené výši a nepokrývá ani náklady poskytovatelů (navrhovatel poukazuje na případy, kdy se péče poskytnutá nad stanovený objem hradí ve výši 0,30 Kč za bod, přičemž plná hodnota bodu je 1,02 Kč). Dle jeho názoru jde o svévoli vydavatele vyhlášky, o formu jakési pokuty za překročení objemu péče. Taková úhrada je ovšem netransparentní, neboť v průběhu příslušného období poskytovatel neví a nemůže vědět, která péče a jak mu bude uhrazena, neboť neví, zda již vyčerpal povolený limit zdravotní péče. I kdyby to ale věděl, nemůže jako jiný podnikatel konstatovat, že vyčerpal limit a za cenu nepokrývající ani náklady pracovat nebude.

7. Porušení rovnosti v právech, garantované čl. 1 Listiny, spatřuje navrhovatel ve způsobu odměňování neodkladné péče. Pro neodkladnou péči poskytnutou nesmluvními poskytovateli se stanoví hodnota bodu ve výši 75 % běžné úhrady. Taková nerovnost v odměňování stejné práce je dle navrhovatele zcela neodůvodněná. Paradoxně tento typ služby obvykle klade na zdravotnické pracovníky vyšší nároky. Povinnost zdravotních pojišťoven hradit neodkladnou péči poskytovatelům nad rámec dohodnutého objemu péče uložil jak Nejvyšší soud, tak i Ústavní soud. Není zřejmé, proč by měla být tatáž (neodkladná) péče hrazena jednotlivým poskytovatelům různě, navíc když pojem „nesmluvní poskytovatel“ není úplně jasný. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá zdravotním pojišťovnám zajistit smluvně péči pro své pojištěnce, nesplnění této povinnosti – řada menších zdravotních pojišťoven nezajišťuje péči po celém území České republiky – ovšem paradoxně bonifikuje 25% snížením úhrady.

8. Další nerovnost vyhláška zavádí výši úhrady podle změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven v jednotlivých krajích uplatněním koeficientu K_{Pp}, který ve výpočtu úhrady zohledňuje vedle počtu pacientů skutečně ošetřených i počet pojištěnců pojišťovny v daném kraji. Rozdíly v úhradách stejné péče za jednotlivé pojištěnce jsou pak dány nejen podle zdravotní pojišťovny, ale i podle kraje, ve kterém byli ošetřeni. Největší nerovnost pak působí jen částečné dodržováním principu stejné úhrady za poskytnutou péči, neboť kombinace tzv. technické celostátní základní sazby a individuální základní sazby jako proměnných vede k rozptylu úhrad nemocnicím ve výši 17 000 až 39 000 Kč u její nejdůležitější složky – lůžkové péče. Obdobně vyhláška zakládá nerovnost u péče nehrázené platbou za diagnózu se základní sazbou výpočtem úhrady na základě individuální ceny bodu odlišné pro každého poskytovatele lůžkové péče.

9. Ve smyslu čl. 31 Listiny má pojištěnec právo požadovat dostupnou léčbu, a i to, aby byla uhrazena z veřejného zdravotního pojištění. Vyhláška nastavuje parametry tak, že poskytovatelé nebudou schopni pojištěncům péči sice zákonem garantovanou, ve skutečnosti však pojišťovnami nehrázenou, poskytnout.

10. Rozpor s právem na spravedlivý proces spatřuje navrhovatel ve složitosti její aplikace, která se neobejde bez expertního matematického posouzení. V celé České republice jsou 2 až 3 společnosti s několika odborníky schopnými provést výpočet (alespoň dle dosavadních, méně komplikovaných předpisů). Nutnost ověření případného nároku neúměrně komplikuje probíhající soudní spory mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli o výši úhrad. V jednom konkrétním řízení již odvolací soud vyzval soud prvního stupně, aby o přepočty požádal Ministerstvo zdravotnictví. Takovým pověřováním je ohrožen samotný princip dělby moci, každopádně pro účastníky je náročnost vyhlášky překážkou uplatnění práva na soudní ochranu. Navíc není nijak právně podchycen a upraven způsob úhrady prostřednictvím platby za diagnózu, pracuje se jen s metodikou vypracovanou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Vyhláška tak operuje s pojmy nijak a nikde právně nedefinovanými, jejichž výklad je nejednoznačný.

II. A)

Vyjádření Ministerstva zdravotnictví

11. Ministerstvo ve svém vyjádření uvedlo, že pravomoc regulovat vyhláškou objem poskytnuté péče a objem úhrad za ni se opírá o zmocňovací ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, což potvrdil i rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Cdo 3067/2010 ze dne 31. 7. 2012. Vyhláška respektuje rozsah a meze předmětného zákonného zmocnění a k jejímu vydání ministerstvo přistoupilo z důvodu zde předpokládaného, čili poté, co v dohodovacím řízení nedošlo mezi jeho účastníky k dohodě. Dohodovací řízení pro úhrady na rok 2013 bylo svoláno dne 6. 3. 2012 a ukončeno závěrečným jednáním dne 21. 8. 2012, přičemž k dohodě dospěli jeho účastníci pouze ve třech z jedenácti segmentů zdravotní péče. Tento kladný výsledek jednání byl do vyhlášky převzat. Obecně platí, že výsledkem dohodovacího řízení, které mezi sebou vedou zástupci zdravotních pojišťoven a profesních sdružení poskytovatelů zdravotních služeb, musí být kompromis. Výši plateb nelze nastavit jen s přihlédnutím k zájmu poskytovatelů, neboť proti nim stojí zájem zdravotních pojišťoven a nepřímý i veřejný zájem na zachování stability financování zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Vyhláška vydaná v případě neúspěšného dohodovacího řízení proto nemusí beze zbytku reflektovat zisk poskytovatelů. Ti nemohou kalkulovat dokonce ani s tím, že budou vždy za každé situace plně uhrazeny i všechny jejich náklady na podnikání. Opačný přístup by při zachování současného počtu poskytovatelů znamenal destabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění, který je v propadu 4 mld. Kč. Ve svém důsledku by to vedlo k omezení dostupnosti zdravotní péče, neboť pojišťovny by byly nuceny uzavírat méně smluv. Konečně v roce 2012 se mimořádně přerозdělilo 6 mld. Kč z rezerv zdravotních pojišťoven, čímž byl zajišťovací fond víceméně vyčerpán, takže k podobnému kroku již v roce 2013 nebude možné přistoupit. V této souvislosti ministerstvo poukazuje na nálezný sp. zn. Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. 7. 1996 (N 64/5 SbNU 487; 206/1996 Sb.), v němž Ústavní soud konstatoval, že systém veřejného zdravotního pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, které získává z pojistného, přičemž objem finančních prostředků na úhradu zdravotní péče jako limitující faktor veřejného zdravotního pojištění je přímo obsažen v čl. 31 Listiny. Ministerstvo respektuje, že poskytovatelé zdravotních služeb mají právo realizovat přiměřený zisk, který je smyslem podnikání, a současně nemohou poskytovat zdravotní péči ke své tíži. Tento účel se ve vyhlášce také promítl. Ovšem současně vyhláška musí odrážet fakt, že systém zdravotního pojištění není schopen ufinancovat proplácení veškerých nákladů poskytovatelů a že zachování systému zdravotního pojištění je veřejným zájmem, který je ministerstvo povinno chránit.

12. Protože k dohodě o výši úhrad pro rok 2013 nedošlo, muselo ministerstvo přistoupit k vydání vyhlášky. Odmitá však, že by jeho postup byl nepředvídatelný či netransparentní. Výsledky dohodovacího řízení sice obdrželo dne 3. 9. 2012, do listopadu však muselo čekat na podklady od Všeobecné zdravotní pojišťovny (v systému přerozdělovaných prostředků veřejného zdravotního pojištění obhospodařuje cca 66 %, a tedy bez těchto údajů se ministerstvo nemohlo obejít a muselo čekat). Dne 28. 11. 2012 byl návrh vyhlášky rozeslán do vnitřního připomínkového řízení, od 29. 11. 2012 byla veřejně přístupná první verze návrhu (tedy měsíc předtím, než uvádí návrhovač), operativně se pak projednaly připomínky. Finální verze vyhlášky byla v zásadě zveřejněna již momentem zaslání do pracovních komisí Legislativní rady vlády (při standardnímu způsobu projednávání návrhů se na nich v této fázi již po věcné stránce nic nemění), tj. 17. 12. 2012. Zástupci poskytovatelů zdravotních služeb i veřejnost se mohli s obsahem vyhlášky seznámit již tento den. Navíc, kde to bylo možné, respektovala vyhláška výsledky dohodovacího řízení. Pokud jde o vytýkanou nepředvídatelnost, ministerstvo již na počátku dohodovacího řízení jeho stranám deklarovalo, že je s ohledem na finanční situaci systému zdravotního pojištění třeba počítat s restriktivnější formou vyhlášky oproti roku 2012. Obsah vyhlášky není zásadně jiný, je založen na stejných principech, v případě akutní lůžkové péče především na tzv. případovém paušálu – DRG. Ten se používá v řadě jiných zemí, v České republice je užíván od roku 2007 a stále se vyvíjí tak, aby byl co nejspravedlivější k malým i velkým nemocnicím. Ani v případě ambulantních specialistů není systém úhrady na principu bodového hodnocení výkonů s regresí u označených výkonů žádnou novinkou. Ministerstvo nezastírá, že výpočet úhrady je zejména u akutní lůžkové služby komplikovanější a rozhodně není určen pro laiky, tedy osoby nepohybující se ve zdravotnictví, které nemají s úhradovým systémem zkušenost. Ministerstvo však poskytuje pomoc

a radu v případech, kdy mohou s aplikací nastat potíže. Z uvedených důvodů odmítá námitky o libovůli a svévoli při tvorbě předpisu.

13. Hodnoty a omezení ve vyhlášce se stanoví pro předem určené kategorie poskytovatelů rozlišené obecnými znaky. Každému poskytovateli z dané kategorie se úhrada vypočte stejně. Skutečnost, že u jednotlivých kategorií se vypočítává odlišně, je odrazem rozdílnosti těchto kategorií v reálném životě a s tím související objektivně různé výše nákladů. Kategorizace nicméně navazuje na přechozí úpravu.

14. Práva podnikat se vyhláška, která nijak nereguluje podmínky pro získání oprávnění poskytovat zdravotní péči, netýká, neboť nabízet tyto služby, ať hrazené z veřejného zdravotního pojištění či nikoliv, poskytovatelům nebrání. Poskytovatelé však nemohou založit své podnikání na tom, že jim jejich aktivity budou bez dalšího proplaceny z veřejného zdravotního pojištění, disponujícího omezenými zdroji, které je navíc třeba spravedlivě rozdělovat. Dle principu smluvní volnosti mohou krom toho poskytovatelé uzavřít smlouvu se zdravotní pojišťovnou o způsobu a výši úhrady a regulačních omezeních, kterou aplikaci vyhlášky vyloučí. Vazba zkoumané problematiky na Listinou zaručené právo na spravedlivou odměnu pak dle ministerstva chybí tím více.

15. Taktéž s právem na spravedlivý proces postrádá právní úprava obsažená ve vyhlášce jakoukoliv souvislost. Vyhláška nemá žádný vliv na to, zda, s kým, z jakého titulu, u kterého soudu či jakými procesními prostředky budou poskytovatelé žádat ochranu svých práv před soudy. Poskytovatelé i zdravotní pojišťovny, jejichž vztah i Ústavní soud označil za soukromoprávní, mají možnost obracet se na obecné soudy, aby řešily jejich vzájemné spory. Obtíže s obstaráním znalce k ověření správnosti výpočtu způsobené jeho mimořádnou komplikovaností jsou spekulací navrhovatele, krom toho na webových stránkách ministerstva je k dispozici manuál pro výpočet úhrad.

II. B)

Stanovisko veřejného ochránce práv

16. Veřejný ochránce práv Ústavnímu soudu sdělil, že svého práva vstoupit do řízení nevyužívá.

II. C)

Replika k vyjádřením a stanoviskům

17. Navrhovatel podal k postoupenému vyjádření Ministerstva zdravotnictví repliku. Podle jeho názoru ministerstvo vyvrací argumenty, s nimiž vůbec nepracoval, a naopak se nevyjadřuje k zásadním předestřeným otázkám. Není tak zřejmé, z čeho usuzuje, že je ústavně konformní, když za stejné zdravotní služby obdrží poskytovatel jednou určitou částku a jindy (po překročení stanoveného limitu) částku méně než třetinovou. Totéž platí pro krácení úhrad za neodkladné zdravotní služby poskytnuté nesmluvními poskytovateli. Ministerstvo rovněž nedává odpověď na nastolenou otázku, jak mají poskytovatelé plnit zákonem uložené povinnosti, když k tomu nemají vytvořeny elementární ekonomické předpoklady. Naopak se obšírně zabývá procesem přijímání vyhlášky a tvrdí, že odpovídá zákonnému zmocnění, ačkoliv proti tomu navrhovatel nic nenamítal. Stejně tak nijak neakcentoval právo poskytovatelů na přiměřený zisk, jak se ve vyjádření tvrdí, ale poukazoval hlavně na to, že aktuální nastavení úhrad jim neumožňuje pokrýt ani běžné náklady, natož realizovat přiměřený zisk, což je situace většiny poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb a některých poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb. Navrhovatel nenapadá systém DRG jako takový, jak je mu vytýkáno, ale systém, který kategoricky limituje úhrady dle DRG bez ohledu na skladbu a diagnózy ošetřených pacientů. Sám nespátňuje ani nerovnost v tom, že je nastavena jiná úhrada pro praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, ambulantní specialisty, poskytovatele lůžkových služeb atd., jak ministerstvo podsouvá, nýbrž v tom, že za zcela stejné zdravotní služby se poskytuje při překročení stanoveného objemu úhrada nižší než jedna třetina úhrady běžné, ačkoliv překročení bylo nutné, neměl-li poskytovatel porušit zákon. Ani k dalšímu klíčovému bodu, totiž poskytování neodkladných zdravotních služeb nesmluvním

poskytovatelem za úhradu o 25 % nižší, ačkoliv se jedná o stejnou službu, poskytnutou navíc v náročnějších podmínkách, se ministerstvo nevyjádřilo.

II. D)

Vyjádření amicum curiae

18. Během projednávání věci dospělo plénium Ústavního soudu k závěru, že je žádoucí získat k obsahu návrhu vyjádření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, Svazu zdravotních pojišťoven České republiky (dále jen „Svaz zdravotních pojišťoven“ nebo „Svaz“) a Asociace nemocnic České republiky (dále jen „Asociace nemocnic“ nebo „Asociace“) coby reprezentanta poskytovatelů zdravotních služeb.

19. VZP s argumenty navrhovatele nesouhlasí. Pojmy libovůle a svévole používá podle ní navrhovatel spíše emotivně, ve skutečnosti ministerstvo vychází z jednoznačného zákonného zmocnění. To dokonce ukládá povinnost vyhlášku vydat, přitom ale nechává jednotlivým poskytovatelům a zdravotním pojišťovnám prostor pro vyjednávání o výši úhrad i regulačních omezení. Ministerstvo je při vydání vyhlášky povinno sledovat veřejný zájem, kterým je vedle dostupnosti kvalitní zdravotní péče i finanční rovnováha systému. Překročením zmocnění by proto naopak bylo vydání prováděcího předpisu v podobě nerefluktující finanční možnosti a stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. Ten je totiž dlouhodobě v propadu a navyšování úhrad dle požadavků poskytovatelů by jej destabilizovalo. V tomto směru mohli poskytovatelé v období hospodářské krize a jejího doznívání celkové snížení úhrad očekávat. Vyhláška navazuje na dohodovací řízení, v němž došlo ke shodě jen v některých segmentech. Její podoba je kompromisem vzešlým z řady jednání, v rámci kterých se mohly dotčené subjekty k věci vyslovit, veškeré jejich připomínky ale není možné akceptovat. Text vyhlášky je srozumitelný, s výpočtem úhrad potíže nejsou. Za zcela zavádějící považuje VZP tvrzení navrhovatele, že zdravotní pojišťovny soustředí finanční prostředky na svých kontech a ke konečnému vyúčtování poskytnutých služeb dochází s velkou prodlevou. Platby od VZP naopak probíhají průběžně, dokonce dochází k přeplatkům, které po vyúčtování musí pojišťovna žádat zpět. Podíl předběžných úhrad na celkovém souhrnu úhrad činí dle statistik VZP 88 % až 101,1 %, převážnou většinu finančních zdrojů mají tak poskytovatelé k dispozici průběžně v předem dohodnuté výši. Vyhláška nenarušuje ani princip rovnosti, neboť rozdíly mezi jednotlivými kategoriemi široké škály poskytovatelů odpovídají jejich objektivním potřebám. Celkově nebyl prostor pro navýšení úhrad, argument navrhovatele o zvýšení výběru pojistného zdravotními pojišťovnami je účelově vytržen z kontextu dalších okolností. Současně totiž kontinuálně rostou náklady na zdravotní péči, v posledních letech dokonce tempem násobně vyšším. Z vládou schváleného materiálu – Souhrnného hodnocení předpokládaného vývoje systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 na základě vyhodnocení údajů zdravotně pojistných plánů pojišťoven – vyplývá kromě výše uvedených údajů o růstu výběru pojistného a růstu nákladů na zdravotní péči i to, že přes restriktce napadené vyhlášky bude mít systém zdravotního pojištění vyšší výdaje než příjmy. Vyhláška tak má jednoznačně stabilizační charakter. Pokud jde o výhrady proti regulacím, snížení hodnoty bodu v případě překročení limitů představuje dle VZP sui generis množstevní slevu za plnění poskytnutá nad sjednaný objem. Současně vyhláška umožňuje, aby všechna překročení limitů nevyústila v regulační omezení. Pokud jde o úhrady neodkladné péče poskytnuté nesmluvním poskytovatelem, nejde dle VZP o menší ohodnocení poskytnuté péče, ale pouze vyjádření a důsledek toho, že daný poskytovatel nemá uzavřenou smlouvu s pojišťovnou, tedy není povinen zajišťovat celé spektrum hrazených služeb vyžadovaných pojišťovnou od smluvních partnerů, což představuje vedle materiálově nenáročných a lukrativních služeb i služby materiálově náročné a nelukrativní. Každopádně podíl úhrad vypočtených ze sestupné hodnoty bodu činil dle podkladů VZP v roce 2011 okolo 3 % z celkové úhrady, což je podíl spíše zanedbatelný. Konečně zásah do čl. 31 Listiny VZP odmítá. Ten totiž předpokládá existenci finančně stabilizovaného systému veřejného zdravotního pojištění, což vyhláška pomáhá naplňovat.

20. Svaz zdravotních pojišťoven považuje navrhovatelem tvrzený rozpor s ústavněprávními pravidly pouze za domnělý a s jejich argumenty se neztotožňuje. Ministerstvo vydalo vyhlášku v intencích zákonného zmocnění v reakci na to, že k dohodě v rámci dohodovacího řízení došlo pouze v několika

segmentech zdravotních služeb. Ke konkrétní věcně obsahové stránce vyhlášky, tedy zejména zda jsou úhrady nastaveny ve správné výši, odpovídají ekonomickým možnostem státu a zda bylo možné takto nastavenou výši úhrad očekávat, se Svaz nevyjádřil, neboť hodnocení těchto aspektů podle něj nemůže být předmětem přezkumu Ústavním soudem. Upozorňuje proto spíše na některé aspekty s vydáním vyhlášky související. Předně ministerstvo je zmocněno vydat úhradovou vyhlášku vždy na následující a zároveň pouze na celý kalendářní rok. I kdyby tedy Ústavní soud návrhu vyhověl a napadenou vyhlášku zrušil, nemohlo by ministerstvo vydat vyhlášku jen pro zbývající část roku, neboť to je v rozporu s § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud by vydalo novou vyhlášku pro celý rok 2013, působila by retroaktivně, což je nepřipustné. Vstupovala by do cenových dohod uzavřených v dobré víře v ústavnost a zákonnost vyhlášky nyní napadené. Pokud jde o vliv vyhlášky na její adresáty, Svaz sice připouští, že některé konstrukce nejsou nejjednodušší, ale vyhlášku jako celek proto nelze hodnotit negativně, či dokonce jako protiústavní. Poznámává, že podle vyhlášky se postupuje, jen nesjedná-li si pojišťovna s poskytovatelem výši úhrad a regulací jinak. Předpis má tedy povahu doporučení, s možností se od jeho obsahu odchýlit, což se také ve většině smluvních vztahů o úhradách hrazených služeb děje. Dále Svaz zdůrazňuje, že návrh je z věcného hlediska neopodstatněný, neboť hypotetické zrušení vyhlášky nemůže mít žádné důsledky na již uzavřené cenové dohody pro rok 2013. Závěrem se Svaz ohrazuje proti některým tvrzením obsaženým v návrhu, například že ve výbavě pojišťoven absentuje výpočetní systém umožňující aplikaci vyhlášky nebo že pojišťovny zneužívají regulace ve svůj prospěch. Návrh na zrušení vyhlášky jako celku by měl být dle Svazu zamítnut, alternativní návrh na zrušení jejích vybraných ustanovení považuje dokonce za absurdní, neboť sleduje zájmy jen některých vybraných poskytovatelů.

21. Asociace nemocnic ve své zprávě uvedla, že její členové považují vyhláškou provedené snížení úhrady lůžkové péče za neodůvodněné, neodpovídající dané ekonomické situaci. Jestliže se nemocnice a léčebny musí vypořádat s navýšením DPH, zdražením energií i státem nařízenou úpravou platů zdravotnických pracovníků, pak snížení úhrad ohrožuje základní fungování jednotlivých zařízení i poslání poskytovat zdravotní péči v rozsahu stanoveném zákony, a to zejména po vyčerpání vnitřních rezerv. Nedostatek financí se promítá do plánování poskytování péče, vede k jejímu celkovému omezení, odkládání neakutní péče, propouštění zaměstnanců. Složitost výpočtu úhrad podle názoru Asociace stále narůstá a potvrzuje, že zdravotnická zařízení mohou z toho důvodu jen těžko předvídat, jaké skutečné úhrady se jim nakonec dostane. Asociace se shoduje s návrhovatelem stran tvrzené nepředvídatelnosti úhrad založené složitostí mechanismu výpočtu. Vyhláška se sice snaží některé nevyváženosti napravit, nicméně nerovnost v úhradách přetrvává, například to, že každá pojišťovna hradí za stejnou péči jinou cenu. Vyhlášce dále vytýká, že pracuje s DRG výstupy, což jsou instrumenty zákonem nepředvídané. Nakonec Asociace vyjadřuje obavu, že případné zrušení vyhlášky během její účinnosti by v případě, že ministerstvo nepřipraví novou, nejhůře dolehlo právě na poskytovatele, jejichž postavení by po ekonomické stránce ještě více znejistělo.

II. E)

Informace o zahraničních právních úpravách

22. Ústavní soud si ve snaze získat lepší přehled o řešené problematice obstaral rovněž informace o tom, jak jsou nastavena pravidla úhrad poskytnuté zdravotní péče a její regulace v okolních zemích, konkrétně na Slovensku, ve Spolkové republice Německo, v Rakousku, v Polsku a ve Francii. Ukázalo se, že zejména pro zcela odlišné výchozí parametry jednotlivých úprav jsou předložené zprávy pro řízení nepoužitelné, neboť je není jak do odůvodnění promítnout. Z toho důvodu není jejich obsah ani v naraci rekapitulován.

III.

Shrnutí obsahu napadené vyhlášky a dílce některých jejích ustanovení

23. Napadená vyhláška stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro smluvní poskytovatele ve vyjmenovaných oborech nebo odbornostech a v rámci neodkladné péče

také pro poskytovatele nesmluvní. Tyto parametry jsou konkretizovány v jejích jednotlivých přílohách, a to konkrétně v příloze č. 1 pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, v příloze č. 2 pro hrazené služby poskytované v oboru všeobecného praktického lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, v příloze č. 3 pro specializovanou ambulantní péči, v přílohách č. 4, 5, 6 a 7 pro ambulantní zdravotní péči v různých odbornostech a v příloze č. 8 pro hrazené služby poskytované poskytovateli zdravotnické dopravní služby. Přílohy č. 9 až 13 obsahují výčty související s předchozími přílohami, příloha č. 14 koeficienty změny počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven podle krajů České republiky a příloha č. 15 obsahuje léčivé přípravky vyjmuté z platby případovým paušálem.

24. Protože Ústavní soud nepovažoval za účelné reprodukovat na tomto místě úplné znění napadené vyhlášky, omezil se na citaci jejího ustanovení § 2, jež obsahuje některé relevantní definice, dále na ustanovení § 17, jež stanoví výši úhrad pro nesmluvní poskytovatele, a nakonec na podstatné části přílohy č. 3, jež se týká výše úhrad u poskytovatelů ambulantní zdravotní péče a na níž lze zároveň ilustrovat způsob, jakým vyhláška stanoví limitaci a jiná regulační omezení. Tyto části vyhlášky zní:

„Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 117/2006 Sb., zákona č. 245/2006 Sb., zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.:

...

§ 2

(1) Referenčním obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2011.

(2) Hodnoceným obdobím se rozumí pro účely příloh č. 1, 3 až 8 k této vyhlášce rok 2013.

(3) Unikátním pojištěncem se pro účely této vyhlášky rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený poskytovatelem zdravotních služeb (dále jen „poskytovatel“) v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jednou, s tím, že není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastních služeb nebo služeb vyžádaných. Pokud byl tento pojištěnec poskytovatelem v dané odbornosti ošetřen v příslušném hodnoceném období nebo referenčním období vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jednou. V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních pojištěnců rozumí součet unikátních pojištěnců zdravotních pojišťoven, které se sloučily. Pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou.

(4) Při výpočtu celkového počtu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za výkony za referenční období podle příloh č. 3, 5 až 8 k této vyhlášce se těmito body rozumí body přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013.

(5) Pokud došlo v referenčním období nebo v roce 2012 ke sloučení dvou zdravotních pojišťoven, použije se pro výpočet úhrad součet údajů za referenční období sloučených zdravotních pojišťoven.

...

§ 17

Pro neodkladnou zdravotní péči poskytovanou nesmluvními poskytovateli hrazenou podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 75 % hodnoty bodu stanovené v § 8, 12 a 14 a v přílohách č. 1 až 8 k této vyhlášce. Výsledná hodnota bodu se zaokrouhluje na 2 desetinná místa.

...

Příloha 3

Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 6

A) Hodnota bodu a výše úhrad

1. Výše úhrad se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu ve výši

a) ...

...

g) 1,02 Kč pro poskytovatele hrazených služeb poskytující specializovanou ambulantní zdravotní péči výše neuvedenou, do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti podle seznamu výkonů takto:

$$\text{PBro} \times \frac{\text{POPho}}{\text{POPro}} \times 0,98$$

kde:

PBro celkový počet těch poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly za referenční období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu

POPho počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v hodnoceném období

POPro počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v odbornosti v referenčním období

Zdravotní péče poskytnutá poskytovatelem nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony poskytovatelem vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané za referenční období, se hraadí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

2. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, popřípadě který neposkytoval péči v dané odbornosti, může zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

3. U poskytovatele, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytovaných hrazených služeb v některé odbornosti k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se objem počtu bodů podle bodu 1 písm. g) navýší o počet bodů, který odpovídá poskytovatelem vykázaným a zdravotní pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.

4. Snížená hodnota bodu v dané odbornosti podle bodu 1 písm. g) se nepoužije:

a) v případě poskytovatele, který v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřil 100 a méně unikátních pojištěnců při nasmlouvané kapacitě poskytovaných hrazených služeb nejméně 30 ordinačních hodin týdně. V případě nasmlouvané kapacity poskytovaných hrazených služeb menší než 30 ordinačních hodin týdně se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců přepočítává koeficientem $n/30$, kde n se rovná kapacitě nasmlouvaných hrazených služeb pro danou odbornost.

b) v případě hrazených služeb poskytované zahraničním pojištěncům.

V případech uvedených v písmenu a) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč.

5. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období nebo ve výši hodnoty poskytovatelem vykázaných a uznaných hrazených služeb za příslušný měsíc. Zvolenou formu předběžných úhrad zdravotní pojišťovna zachová po celé hodnocené období, pokud poskytovatel během hodnoceného období nepožádá o snížení výše předběžných úhrad. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

B) Regulační omezení

1. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za zvlášť účtované léčivé přípravky, s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků označených symbolem „S“ podle § 39 odst. 1 vyhlášky, a zvlášť účtovaný materiál v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení roku 2013 snížit úhradu o 40 % částky, o niž celková úhrada za uvedené zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny.

2. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období vyšší než 100 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 50 % částky, o niž celková úhrada za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona.

3. Pokud poskytovatel dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období vyšší než 100% průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce v referenčním období, zdravotní pojišťovna může poskytovateli po skončení hodnoceného období snížit úhradu o 40 % částky, o niž celková úhrada za vyžádanou péči ve vyjmenovaných odbornostech v hodnoceném období překročila takovou úhradu v referenčním období, a to způsoby obsaženými ve smlouvě poskytovatele a zdravotní pojišťovny. Do vyžádané péče se nezahrnují ... Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky podle věty první se výkony vyžádané péče v hodnoceném i referenčním období ocení podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1. lednu 2013 hodnotou bodu platnou v hodnoceném období.

4. Regulační omezení podle bodů 1 až 3 se nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle bodů 1, 2, popřípadě 3.

5. ...“

IV.

Dosavadní relevantní judikatura Ústavního soudu

25. Návrh na zrušení úhradové vyhlášky není Ústavnímu soudu předložen poprvé. Nálezem sp. zn. Pl. ÚS 24/99 ze dne 23. 5. 2000 (N 73/18 SbNU 135; 167/2000 Sb.) bylo zrušeno tehdejší znění ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. To určovalo, že hodnoty bodu a výše

úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se dohodnou v dohodovacím řízení mezi jeho označenými účastníky a že pokud se v dohodovacím řízení nedospěje k výsledku či půjde o výsledek jsoucí v rozporu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, rozhodne o hodnotách bodu a výši úhrad vláda a své rozhodnutí vyhlásí ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Důvod derogace spočíval v tom, že příslušný akt vlády není vzhledem ke své obecné povaze rozhodnutím, ale právním předpisem. S prameny (formami) práva nemohou zákonodárce ani exekutiva nakládat libovolně, a je-li dle čl. 78 Ústavy nařízení jedinou formou normativního aktu, který je oprávněna přijmout vláda, pak v posuzované věci vznikl rozpor mezi normativním obsahem aktu vlády a absencí tomu odpovídající právní formy. Toto plenární řízení inicioval III. senát Ústavního soudu v rámci projednávání ústavní stížnosti skupiny lékařů, směřující proti části rozhodnutí vlády z 23. 6. 1999 o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Vlastní ústavní stížnost pak byla vzhledem k závěrům pléna pro nedostatek aktivní legitimace navrhovatelů nálesem sp. zn. III. ÚS 407/99 ze dne 9. 11. 2000 (N 165/20 SbNU 171) zamítnuta. Závěr o právní povaze aktu vlády se promítl i do dalších rozhodnutí: usnesením sp. zn. III. ÚS 60/2000 ze dne 10. 11. 2000 (ve Sbírce nálezů a usnesení Ústavního soudu nepublikováno; všechna usnesení jsou dostupná na <http://nalus.usoud.cz>) byla odmítnuta ústavní stížnost lékaře proti rozhodnutí vlády o stanovení hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění pro 1. pololetí roku 2000 jakožto podaná osobou zjevně neoprávněnou a z téhož důvodu byla dne 30. 11. 2000 odmítnuta usnesením sp. zn. I. ÚS 498/98 ústavní stížnost skupiny stěžovatelů proti rozhodnutí vlády o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro IV. čtvrtletí roku 1998.

26. Usnesením sp. zn. IV. ÚS 407/99 ze dne 15. 6. 2001 odmítl Ústavní soud jako zjevně neopodstatněnou ústavní stížnost skupiny soukromých praktických lékařů směřující proti opatření Ministerstva zdravotnictví – Výsledkům dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 3. a 4. čtvrtletí 1999. Stěžovatelé tvrdili, že výsledek dohodovacího řízení není v souladu s právními předpisy o cenách, neboť neumožňuje realizovat přiměřený zisk, že nastavení regulačních limitů je staví do nerovného postavení vůči zdravotním pojišťovnám a že byl porušen princip reprezentativnosti, neboť plné moci k zastupování neudělili buď nikomu, anebo je udělili zástupci, který pro regulace nehlasoval. Ministerstvo nemělo výsledky dohodovacího řízení akceptovat a o úhradách měla rozhodnout vláda. Ústavní soud konstatoval, že zmocňovací ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle něhož se hodnota bodu a úhrady zdravotní péče stanoví v dohodovacím řízení, má vůči zákonu o cenách (zákon č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů) povahu speciálního zákona. Smyslem institutu je dosáhnout dohody mezi zdravotními pojišťovnami a skupinami poskytovatelů na vyvážených úhradách ze zdravotního pojištění tak, aby ekonomické požadavky zdravotnických zařízení byly prosazeny při zachování finanční stability systému zdravotního pojištění. V mechanismu dohodovacího řízení je na každém poskytovateli, zda a jak zplnomocní příslušné profesní sdružení k obhajobě svých zájmů. Opomenutí či nečinnost konkrétního poskytovatele v tomto směru nemůže zpochybnit regulérnost celého procesu. Bylo věcí stěžovatelů a jejich profesních sdružení, aby vystupovali v duchu názorového a zájmového konsensu. Pokud došlo v dohodovacím řízení k dohodě na výši úhrad, nemohou se stěžovatelé závazků z této dohody vyplývajících zbavit poukazem na zásah do základních práv.

27. Usnesením sp. zn. Pl. ÚS 13/03 ze dne 25. 8. 2004 se Ústavní soud vyjádřil k pravomoci Ministerstva zdravotnictví rozhodnout o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče. Odmítl jako zjevně neopodstatněný návrh skupiny senátorů na zrušení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 101/2002 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, eventuálně na zrušení v návrhu přesně označených ustanovení této vyhlášky. Návrh stál na tvrzení, že po derogaci (nálesem sp. zn. Pl. ÚS 24/99) zmocňovacího ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění nemůže ministerstvo rozhodnout o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění mimo dohodovací řízení, tedy v případě nedohody jeho subjektů. Ústavní soud tomu nepřisvědčil s tím, že ze zrušení předmětného ustanovení nelze dovodit vázanost Ministerstva zdravotnictví výsledky dohodovacího řízení při určení hodnoty bodu a výše úhrad způsobem, jak to činí navrhovatelé. Smyslem zákonného ustanovení upravujícího dohodovací řízení je zakotvení mechanismu vyjednávání zainteresovaných subjektů, a tedy minimalizace veřejnoprávních dopadů cenové regulace. Tímto ustanovením ale není

založena normotvorná kompetence uvedených nestátních subjektů (ve smyslu korporativního systému), neboť ta zůstává Ministerstvu zdravotnictví.

28. Usnesením sp. zn. IV. ÚS 127/03 ze dne 7. 4. 2003 (U 9/30 SbNU 523) byl jako zjevně neopodstatněný odmítnut návrh skupiny třiapadesáti zdravotnických zařízení na zrušení části vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 532/2002 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2003, jelikož legislativní činnost, spočívající ve vydání obecně závazného právního předpisu, nelze považovat za zásah orgánu veřejné moci způsobilý porušit základní právo či svobodu. Z téhož důvodu byl usnesením sp. zn. IV. ÚS 128/03 ze dne 11. 11. 2003 odmítnut návrh Sdružení praktických lékařů České republiky a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost České republiky na zrušení téže vyhlášky, tentokrát jako celku.

29. Návrh na zrušení posledně uvedené vyhlášky pro rozpor se zákonem a ústavním pořádkem pak podala i skupina senátorů a skupina poslanců. Návrh argumentoval především tím, že regulace provedená vyhláškou jde nad rámec zákonného zmocnění. Usnesením sp. zn. Pl. ÚS 53/03 ze dne 17. 10. 2006 byl návrh odmítnut jako zjevně neopodstatněný, neboť po zahájení řízení byla zrušena zmocňovací ustanovení zákona, na základě kterých byla napadená vyhláška vydána, a byla nahrazena zmocňovacími ustanoveními novými, odlišně formulovanými. Vyhláška sice před skončením řízení nepozbyla platnosti, ale právní vztahy z ní vzniklé byly bezesporu již z velké části realizovány a vyhláška již nebyla způsobilá nadále vyvolávat právní účinky. Věcné posouzení by nemělo smysl ani z toho důvodu, že hlavním jeho smyslem by byla obecná specifikace rozsahu zákonného zmocnění pro Ministerstvo zdravotnictví, přičemž zmocňovací ustanovení bylo zrušeno.

30. Skupina senátorů navrhla zrušit i vyhlášku Ministerstva zdravotnictví č. 50/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2005, a to s argumenty, že byla porušena procedura přijímání vyhlášky, že ministerstvo vydalo vyhlášku mimo a nad rámec svého zákonného zmocnění a že pro období od prvního do pětadvacátého ledna 2005 je retroaktivní. Usnesením sp. zn. Pl. ÚS 16/05 ze dne 4. 5. 2007 Ústavní soud návrh odmítl jako zjevně neopodstatněný z téhož důvodu jako ve věci sp. zn. Pl. ÚS 53/03. V mezidobí totiž došlo ke zrušení zmocňovacího ustanovení, podle něhož byla napadená vyhláška přijata, a k jeho nahrazení zmocňovacím ustanovením novým, jinak formulovaným. Vzhledem k absenci materiálních podmínek dalšího normativního působení, dané tím, že chybí zákonné zmocnění, je sice vyhláška i nadále platným právním předpisem, ale stala se předpisem, který není ani účinným ani aplikovatelným, tedy takovým, který by byl způsobilý vyvolávat v realitě právní účinky pro futuro.

31. O dalším návrhu senátorů na zrušení úhradové vyhlášky, tentokrát vyhlášky č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí roku 2006, odůvodněném jejími formálněprávními a materiálněprávními nedostatky, Ústavní soud rozhodoval v řízení sp. zn. Pl. ÚS 23/06. Ministerstvo dle navrhovatelů fakticky neposkytlo prostor pro uzavření dohody o výši úhrad zdravotní péče, když účastníkům dohodovacího řízení účelově pod záminkou dotčení veřejného zájmu vrátilo uzavřené dohody a vytvořilo si tím uměle předpoklad pro vydání napadené vyhlášky. Ta navíc překročila zákonné zmocnění, neboť upravila i vztahy, které jí regulovat nepřísluší, a nastavením způsobu výše úhrad založila nerovnost mezi dotčenými subjekty. Ústavní soud návrh usnesením ze dne 13. 3. 2007 dílem odmítl z důvodu uplatněného již ve věci sp. zn. Pl. ÚS 53/03, tedy zrušení příslušného zmocňovacího ustanovení, a dílem řízení o něm zastavil, neboť podstatná část vyhlášky pozbyla v průběhu řízení platnosti.

32. Stejný předpis – vyhlášku č. 550/2005 Sb. – navrhli zrušit v rámci konkrétní kontroly ústavnosti ještě další dva stěžovatelé, lékaři, kteří se ústavní stížností bránili proti specifikovaným rozhodnutím zdravotní pojišťovny o uplatnění regulačních mechanismů. Usneseními sp. zn. I. ÚS 701/06 ze dne 10. 7. 2007 a sp. zn. IV. ÚS 1544/07 ze dne 21. 8. 2007 byly obě ústavní stížnosti odmítnuty jako nepřijatelné (stěžovatelé nevyužili možnosti domáhat se ochrany proti postupu smluvní strany – zdravotní pojišťovny – u obecného soudu) a připojené návrhy na zrušení právního předpisu procesně sdílely jejich osud.

V.

Vlastní přezkum

33. Ačkoliv je poskytování zdravotních služeb předmětem soukromoprávních vztahů mezi jejich poskytovateli a pacienty, jde o oblast, v níž je významným způsobem omezena kontraktační svoboda a zároveň je dán výrazný prostor pro veřejnoprávní regulaci. Právo zde reflektuje rizika, která jsou při poskytování zdravotní péče spojena se zásahy do tělesné integrity, a stanoví pravidla, která mají v maximální možné míře vést k jejich eliminaci. Současně však z něho vyplývají i další povinnosti, jejichž smyslem je zajistit, aby měli občané ve všeobecnosti reálný přístup ke zdravotní péči, a byly jim tak vytvořeny podmínky pro jejich důstojný život i v případech, kdy by si tuto péči nemohli dovolit z vlastních prostředků. Ve všech těchto případech opodstatňuje uložení příslušných povinností požadavek ochrany života a zdraví člověka, jakož i jeho důstojnosti.

34. K dosažení těchto účelů slouží v České republice systém povinného veřejného zdravotního pojištění, jehož zákonnou úpravu výslovně předvídá věta druhá čl. 31 Listiny. Tento systém významným způsobem modifikuje právní vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem. Je-li totiž poskytovatel ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou, pak právě jí vzniká (v rozsahu vymezeném právními předpisy a předmětnou smlouvou) povinnost k úhradě zdravotních služeb poskytnutých jejím pojištěncům. Mezi pacientem a pojišťovnou současně existuje veřejnoprávní vztah, jehož součástí je, nejde-li o státního pojištěnce (§ 7 zákona o veřejném zdravotním pojištění), i zákonem vymezená povinnost platit pojistné. Lze jen dodat, že zákon nebrání tomu, aby jednotliví poskytovatelé poskytovali zdravotní služby i pojištěncům zdravotních pojišťoven, s nimiž nemají uzavřenou smlouvu. Tito poskytovatelé však s výjimkou neodkladné péče a některých dalších zákonem vymezených případů poskytnutí zdravotních služeb (§ 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění) nemají nárok na jejich úhradu vůči zdravotním pojišťovnám, ale přímo vůči pacientům.

35. Vzhledem k tomu, že účastníky veřejného zdravotního pojištění jsou povinně v zásadě všechny osoby trvale žijící nebo pracující na území České republiky, je pochopitelné, že právě tento systém má na výdajích na zdravotnictví dominantní podíl. Podle zveřejněných (předběžných) statistických údajů představovaly v roce 2011 výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotnictví částku 225 547 mil. Kč z celkové částky 242 410 mil. Kč veřejných výdajů, zatímco soukromé výdaje představovaly částku 46 376 mil. Kč (srov. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, s. 33, dostupné na <http://www.uzis.cz/system/files/zdmarekon2011.pdf>). Přímé platby za zdravotní výkony, které se navíc v zásadě týkají pouze jejich úzkého okruhu (např. stomatologická péče, estetická chirurgie), přitom představují jen dílčí část posledně uvedené skupiny výdajů, kterou dále tvoří např. platby za léky a zdravotnické prostředky či regulační poplatky. Za těchto okolností není nikterak sporné, že v případě poskytovatelů zdravotních služeb závisí možnost jejich podnikání v rozhodující míře na tom, zda jim za provedené výkony (resp. obecně služby) vznikne nárok na úhradu vůči některé ze zdravotních pojišťoven. Podmínky jejich podnikání pak dotváří regulace výše úhrad hrazených služeb, ke které dochází podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění vždy na období kalendářního roku tzv. úhradovou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví.

36. Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační opatření stanovené touto vyhláškou se promítají do obsahu smluv mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Jak vyplývá ze znění rámcových smluv stanovených vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, vydanou Ministerstvem zdravotnictví podle § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, uvedené smlouvy předpokládají, že výše úhrad bude uvedena v jejich dodatku (tzv. cenový dodatek). Tento dodatek se přitom zpravidla uzavírá každý rok a zpravidla odkazuje na znění úhradové vyhlášky účinné pro příslušné období, ledaže se strany dohodnou na výši úhrad jinak. Předmětná vyhláška se na tyto vztahy aplikuje přímo pouze v případě, že se na výši úhrad nedohodnou. Vždy se ale použije na právní vztahy mezi tzv. nesmluvními poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, jež vznikly z důvodu po-

skytnutí neodkladné péče pojištěnci nebo z jiného právním předpisem stanoveného důvodu. Právě zrušení této vyhlášky, vydané pro rok 2013, se domáhá navrhovatel v tomto řízení.

V. A)

Posouzení, zda byla napadená vyhláška vydána na základě a v mezích zákona

37. V souladu s § 68 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb., se Ústavní soud v projednávané věci zabýval nejdříve otázkou, zda byla napadená vyhláška přijata a vydána ústavně konformním způsobem a v mezích Ústavou stanovené kompetence. Zatímco při posuzování procedury jejího přijetí se Ústavní soud z povahy věci zabýval vyhláškou jako celkem, v případě otázky, zda byla vydána v mezích zákonného zmocnění, se omezil toliko na ty její části, na které dopadá navrhovatelem uplatněná argumentace.

38. Ustanovení čl. 79 odst. 3 Ústavy svěřuje ministerstvům a jiným správním úřadům pravomoc k vydávání podzákonných právních předpisů, k její realizaci však může dojít jen na základě a v mezích zákona, jsou-li k tomu zákonem zmocněny. Uvedené ustanovení je třeba vykládat restriktivně v tom smyslu, že toto zmocnění musí být konkrétní, jednoznačné a jasné [nález. sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 ze dne 21. 6. 2000 (N 93/18 SbNU 287; 231/2000 Sb.)]. Pakliže tomu tak je, Ústavní soud zkoumá, zda byl podzákonný právní předpis vydán státním orgánem k tomu oprávněným a v mezích jeho kompetence, tedy zda se při výkonu této pravomoci pohyboval v mezích a na základě zákona (*secundum et intra legem*), a nikoliv mimo zákon (*preter legem*). Zjednodušeně řečeno, jde o to, aby v případě, kdy má být podle zákona X, tento předpis nestanovil, že má být Y, ale že má být X1, X2, X3. Ze zmocňovacího ustanovení musí být zřejmá vůle zákonodárce k úpravě nad zákonný standard. Ani v takovém případě však podzákonný právní předpis nesmí zasahovat do věcí vyhrazených k regulaci toliko zákonem (tzv. výhrada zákona) [srov. nález. sp. zn. Pl. ÚS 7/03 ze dne 18. 8. 2004 (N 113/34 SbNU 165; 512/2004 Sb.)].

39. Zmocnění Ministerstva zdravotnictví k vydání vyhlášky, kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení, vyplývá z § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Toto ustanovení zároveň předpokládá, že jejímu vydání bude předcházet dohodovací řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupců příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů, které svolá ministerstvo. Bude-li výsledkem tohoto řízení dohoda na uvedených parametrech, ministerstvo ji vydá jako vyhlášku. Pokud by však obsah této dohody byl v rozporu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, jímž se ve smyslu § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění rozumí zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění, nebo by k předmětné dohodě nedošlo do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku, posoudí ministerstvo hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok samostatně.

40. Napadená vyhláška byla vydána právě na základě § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to státním orgánem k tomu oprávněným, přičemž, jak Ústavní soud zjistil z vyžádaných vyjádření, v souladu s tímto ustanovením se uskutečnilo i předmětné dohodovací řízení, byť v jeho rámci došlo ke včasné dohodě účastníků pouze ohledně tří z jedenácti segmentů zdravotní péče [k otázce významu dohodovacího řízení pro využití zmocnění a závaznosti eventuální dohody srov. nález. sp. zn. Pl. ÚS 6/07 ze dne 9. 2. 2010 (N 20/56 SbNU 207; 66/2010 Sb.), bod 77]. Protože byla napadená vyhláška zároveň uveřejněna ve Sbírce zákonů, a to konkrétně pod č. 475/2012 v částce 178, jež byla rozeslána dne 31. prosince 2012, lze konstatovat, že k jejímu přijetí a vydání došlo ústavně konformním způsobem.

41. Pokud jde o otázku, zda napadená vyhláška byla vydána v mezích zákonného zmocnění, předmětné zmocňovací ustanovení nevymezuje, co přesně se rozumí hodnotou bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačního omezení. Ústavní soud má za to, že pojem výše úhrad je širší a že pravomoc k jejich stanovení bez dalšího zahrnuje i stanovení hodnoty bodu a regulačních omezení, jež jsou

v podstatě toliko prostředky k jejímu určení. Tím, že je zákonodárce přesto považoval za potřebné výslovně zmínit, dal najevo především svou představu o způsobu výpočtu těchto úhrad, který sice má být založen na tzv. bodovém systému, a tedy výše úhrad se v něm má odvíjet od počtu bodů za jednotlivé zdravotní výkony, avšak s možností jejich celkového omezení, které by současně zohledňovalo i jiné skutečnosti relevantní zejména z hlediska stability systému zdravotnictví. S ohledem na poslední větu § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zřejmé, že toto zmocnění zahrnuje i možnost stanovení způsobu úhrad, byť nikoliv způsobu provedení úhrad (§ 17 odst. 2 tohoto zákona a contrario). Způsobem úhrad je přitom třeba rozumět především jejich časové rozložení, např. formou poskytování měsíčních úhrad.

42. Podstata regulace výše úhrad spočívá v tom, že ve stanovených případech jsou poskytovatelé povinni poskytovat zdravotní služby právě za úhradu (cenu) v určité výši. Tato povinnost má s ohledem na svůj obsah povahu podmínek nebo omezení výkonu práva na podnikání (viz níže), a podléhá tak výhradě zákona podle čl. 26 odst. 2 Listiny, což však nevylučuje, aby podzákonným právním předpisem – jak tomu nakonec je i v případě napadené vyhlášky – došlo k zpřesnění zákonem stanovených omezení a vymezení jejich podrobností [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 5/01 ze dne 16. 10. 2001 (N 149/24 SbNU 79; 410/2001 Sb.)]. Konkrétní výše úhrad, k jejímuž stanovení dochází vyhláškou, se pak musí odvíjet od celkové (předpokládané) výše příjmů systému veřejného zdravotního pojištění a současně reflektovat rozsah hrazené zdravotní péče a již zmíněné kritérium veřejného zájmu podle § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Lze jen dodat, že vůle zákonodárce k úpravě nad zákonný standard je ze zmocňovacího ustanovení § 17 odst. 5 uvedeného zákona zřejmá.

43. Zatímco při posuzování procedury přijetí se Ústavní soud z povahy věci zabýval vyhláškou jako celkem, v případě otázky, zda byla vydána v mezích zákonného zmocnění, se omezil toliko na ty její části, na které podle jeho názoru dopadá navrhovatelem uplatněná argumentace. Nedospěl přitom k závěru, že by některá z těchto částí nebyla vydána v mezích zmocnění podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V. B)

Východiska přezkumu zejména z hlediska práva poskytovatelů zdravotních služeb na podnikání (čl. 26 odst. 1 Listiny) a principu předvídatelnosti práva (čl. 1 odst. 1 Ústavy)

44. Napadená vyhláška podle navrhovatele nepřipustným způsobem zasahuje do postavení poskytovatelů zdravotních služeb, v důsledku čehož není v souladu s jejich právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Stěžejní část jeho námitek se týká její nepředvídatelnosti (resp. porušení principu předvídatelnosti a zákazu svévole ve smyslu čl. 1 odst. 1 Ústavy), a to jednak s ohledem na celkové snížení výše úhrad, jednak s ohledem na složitost jejich výpočtu. Rovněž je této vyhlášce vytýkáno, že z hlediska výše úhrad zakládá v několika směrech nerovnost mezi jednotlivými poskytovateli, ať už mezi smluvními a nesmluvními nebo pouze mezi smluvními navzájem, a že z důvodu nepoměru mezi jejich povinnostmi poskytovat některé výkony a výši úhrad, na které mají nárok, působí ve vztahu k některým z nich nepřiměřeně zatěžujícím způsobem. Tyto nedostatky se mají negativně promítat i do dostupnosti zdravotní péče, a být tak z tohoto důvodu v rozporu s právem pacientů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny.

45. Ústavní soud považoval za žádoucí, aby ještě předtím, než přistoupil k vlastnímu přezkumu napadené vyhlášky, vymezil alespoň v obecné rovině jeho základní východiska.

46. Z čl. 1 odst. 1 Ústavy, podle něhož je Česká republika právním státem, vyplývají základní principy vztahující se obecně na normotvorbu. Jejich součástí je i princip předvídatelnosti práva, jeho srozumitelnosti a vnitřní bezrozpornosti [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 21/01 ze dne 12. 2. 2002 (N 14/25 SbNU 97; 95/2002 Sb.) nebo nález sp. zn. Pl. ÚS 77/06 ze dne 15. 2. 2007 (N 30/44 SbNU 349; 37/2007 Sb.), bod 36]. Jakákoliv právní úprava může dostát tomuto požadavku pouze za předpokladu, že je adekvátně přístupná tak, aby osoby byly schopné seznat, že pravidlo, které vytvořila, dopadá na konkrétní věc. Současně však musí být formulována dostatečně precizně, aby umožnila osobám při-

způsobit jí své chování. Osoba musí být schopna, jsouc eventuálně vybavena vhodnou odbornou radou, předvídat důsledky, jež může vyvolat určité (její) chování, a to se stupněm jistoty, který odpovídá okolnostem [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 29/11 ze dne 21. 2. 2012 (N 34/64 SbNU 361; 147/2012 Sb.), též rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 26. 4. 1979 ve věci stížnosti Sunday Times proti Spojenému království č. 6538/74, § 49].

47. Při posuzování, zda právní úprava obстоjí z hlediska požadavku na vnitřní koherenci právního řádu a na jeho určitost a srozumitelnost [srov. např. nález sp. zn. Pl. ÚS 9/95 ze dne 28. 2. 1996 (N 16/5 SbNU 107; 107/1996 Sb.) nebo nález sp. zn. Pl. ÚS 2/97 ze dne 2. 7. 1997 (N 91/8 SbNU 325; 186/1997 Sb.)], nelze obecně upřít relevanci poukazům na možné složitější nebo nejednoznačné případy její aplikace. Samotná skutečnost, že tyto případy mohou nastat, však ještě neodůvodňuje závěr o její protiústavnosti. Ten by přicházel v úvahu toliko tehdy, pokud by znění právního předpisu neumožňovalo určit jeho normativní obsah ani pomocí obvyklých interpretačních metod [k tomu blíže zejména nález sp. zn. Pl. ÚS 2/97, rovněž nález sp. zn. Pl. ÚS 83/06 ze dne 12. 3. 2008 (N 55/48 SbNU 629; 116/2008 Sb.), bod 186; nález sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012 (č. 437/2012 Sb.), body 338 a 339].

48. Napadená vyhláška má povahu cenové regulace (srov. právní závěry obsažené v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 24/99), která tím, že na základě § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví výši úhrad hrazených služeb, zásadním způsobem ovlivňuje celkové podmínky pro podnikání v oblasti poskytování zdravotních služeb, a zasahuje tak do práva poskytovatelů podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. V jejím důsledku jsou totiž jednotliví poskytovatelé ve stanovených případech povinni poskytovat zdravotní služby právě za úhradu stanovenou na základě této vyhlášky. Ústavní soud již v minulosti vyslovil, byť formou obiter dicti, že „nezbytnou součástí demokratického právního státu je i ochrana svobody smluvní vůle, jež je derivátem ústavní ochrany práva vlastnického dle čl. 11 odst. 1 Listiny (jehož základním komponentem je ius disponendi). Cenová regulace je proto opatřením výjimečným a akceptovatelným pouze za zcela omezených podmínek“, přičemž „vycházejíc ze zohlednění důležitých faktorů (v dané oblasti výše vybraného pojistného, výše nákladů při poskytování zdravotní péče atd.), musí při stanovení ceny zohlednit i možnost tvorby zisku. Důsledkem absence této maximy při regulaci cen se“ totiž „může stát znemožnění určité oblasti podnikatelské aktivity a vytvoření státního monopolu, tj. dotčení podstaty a smyslu základního práva, plynoucího z čl. 26 Listiny.“ Je namístě zdůraznit, že smyslem podnikání je právě dosažení zisku. Z ústavně zaručeného práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost sice neplyne právo mít zisk, stát je však povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům reálně usilovat o jeho dosažení. Ve vztahu k předmětu přezkoumávané regulace to znamená nastavit spravedlivé podmínky nákupu zdravotních služeb, a to z hlediska jejich ceny i rovného postavení subjektů smluvního vztahu, chránit svobodnou soutěž mezi nimi a adekvátně vyrovnávat případné deformace.

49. Práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny se může jednatlivec ve smyslu čl. 41 odst. 1 Listiny domáhat pouze v mezích zákonů, které jej provádějí. Ustanovení čl. 26 odst. 2 Listiny současně předpokládá možnost omezení výkonu některých povolání nebo činností zákonem, aniž by specifikovalo účel takového omezení [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 38/04 ze dne 20. 6. 2006 (N 125/41 SbNU 551; 409/2006 Sb.), bod 29]. Zákonodárce má tedy relativně širokou dispozici pro konkrétní vymezení obsahu a způsobu realizace tohoto článku, leč ani ta není absolutní. Ve svém uvážení je vázán především čl. 4 odst. 4 Listiny, který brání tomu, aby se omezení základního práva podnikat dotýkalo samotné jeho podstaty a smyslu [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 24/99, též nález sp. zn. Pl. ÚS 11/2000 ze dne 12. 7. 2001 (N 113/23 SbNU 105; 322/2001 Sb.), část VIII písm. H]. Rovněž je však povinen respektovat zásadu rovnosti v právech ve smyslu čl. 1 Listiny, resp. čl. 3 odst. 1 Listiny [nález sp. zn. Pl. ÚS 1/12, bod 278].

50. Ústavní soud při posouzení souladu napadené právní úpravy s právem podnikat, jež má povahu práva hospodářského, postupuje obdobně jako v případech práv sociálních, k jejichž přezkumu byl v dosavadní judikatuře konstruován a rozvinut tzv. test rozumnosti [srov. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 61/04 ze dne 5. 10. 2006 (N 181/43 SbNU 57; 16/2007 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 83/06 či sp. zn. Pl. ÚS 54/10 ze dne 24. 4. 2012 (č. 186/2012 Sb.), bod 48], sestávající ze čtyř následujících kroků:

1. vymezení smyslu a podstaty hospodářského nebo sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu,
2. zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence hospodářského nebo sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu,
3. posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, a
4. zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.

51. Dospěje-li Ústavní soud ve druhém kroku tohoto testu k závěru, že napadená právní úprava se dotýká samotné existence některého z těchto práv nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu, posoudí přípustnost zásahu do tohoto práva v rámci testu proporcionality. To znamená, že bude v následujícím pořadí hodnotit, zda

- a) předmětný zásah sleduje legitimní (ústavně aprobovaný) cíl jeho omezení,
- b) je tento zásah k dosažení tohoto cíle vhodný (požadavek vhodnosti),
- c) tohoto cíle nelze dosáhnout jiným způsobem, jenž by byl k dotčenému základnímu právu šetrnější (požadavek potřebnosti), a
- d) zájem na dosažení tohoto cíle v rámci určitého právního vztahu převáží nad dotčeným základním právem (požadavek proporcionality v užším smyslu).

Nebude-li přitom splněna některá z těchto podmínek, Ústavnímu soudu nezbude než konstatovat nesoulad s ústavním pořádkem. Stejným způsobem Ústavní soud postupuje i v případech, kdy by důvod porušení práva měl spočívat současně v porušení principu rovnosti.

52. Pokud jde o právo občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny, Ústavní soud v minulosti vymezil podstatu tohoto práva v tom smyslu, že mu odpovídá povinnost státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality [usnesení sp. zn. Pl. ÚS 23/98 ze dne 5. 5. 1999 (U 33/14 SbNU 319)]. Všichni pojištěnci by tak měli mít nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. 6. 2003 (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Sb.)]. I v případě tohoto sociálního práva aplikuje Ústavní soud výše uvedený test rozumnosti. Zároveň si je vědom, že napadená vyhláška přímo nestanoví práva a povinnosti pacientů, a tedy i její případný nesoulad by bylo možné konstatovat toliko v případě, pokud by v jejím důsledku byla fakticky ohrožena nebo dokonce znemožněna samotná realizace tohoto práva.

53. Závěrem obecné části svého odůvodnění Ústavní soud poznamenává, že navrhovatel namítal rovněž nesoulad napadené vyhlášky s právem zaměstnanců na spravedlivou odměnu podle čl. 28 Listiny. Této námitce nicméně nelze přisvědčit již z toho důvodu, že poskytovatelé zdravotních služeb mají standardně postavení podnikatelů nebo neziskových organizací, a tedy z povahy věci nelze jejich příjmu poskytnout takový stupeň ochrany, jaký se předpokládá v případě zaměstnanců. Stejně tak se nebylo třeba dále zabývat námitkou rozporu napadené vyhlášky s právem na spravedlivý proces podle čl. 36 odst. 1 Listiny, neboť její obsah je v podstatě shodný s námitkou nepředvídatelnosti právní úpravy. Její průběh do aktuálně probíhajících soudních sporů v tomto řízení posuzovat nelze.

V. C)

Předvídatelnost výše úhrad hrazených služeb, na které vznikne poskytovatelům nárok

54. Ústavní soud přistoupil k posouzení jednotlivých námitek, přičemž jako první se zabýval námitkou složitosti a nepředvídatelnosti vyhláškou stanoveného způsobu výpočtu výše úhrad, na které vznikne poskytovateli nárok vůči zdravotní pojišťovně za poskytnuté hrazené služby.

55. Předně je třeba uvést, že výše těchto úhrad se v případě jednotlivých výkonů odvíjí od počtu bodů, kterými je tento výkon ohodnocen, a hodnoty bodu vyjádřené peněžní částkou, která je stanovena rozdílně pro jednotlivé skupiny výkonů, vymezené zpravidla taxativním výčtem nebo podle odborností. Přesný seznam výkonů a jejich ohodnocení počtem bodů, které by mělo reflektovat jejich finanční i odbornou náročnost, stanoví na základě zmocnění podle § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění pro všechny druhy zdravotní péče vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. Na jí provedenou klasifikaci pak navazuje vyhláška podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, která stanoví konkrétní hodnoty bodu vždy pro příslušný kalendářní rok. Výpočet výše úhrad za určitý výkon přitom zásadně spočívá ve vynásobení hodnoty bodu příslušným počtem bodů.

56. Nastíněný způsob výpočtu se v takto jednoduché podobě uplatní jen výjimečně, neboť napadená vyhláška jej v různých směrech doplňuje a modifikuje. Především tak činí prostřednictvím snížení hodnoty bodu nad určitý objem poskytnuté zdravotní péče nebo regulačních srážek v případě překročení stanovené výše úhrad. Smyslem obou omezení je působit na jednotlivé poskytovatele v tom smyslu, aby dodrželi uvedené limity, neboť v případě jejich překročení by se jim poskytování dalších zdravotních služeb již ekonomicky nevyplatilo. Z tohoto důvodu je v jejich vlastním zájmu, aby v průběhu celého roku dbali o to, že zdravotní péče a jiné služby budou poskytovat jen tehdy, kdy je to potřebné. V opačném případě se totiž vystavují riziku, že na konci tohoto období sami ponесou náklady poskytnutých zdravotních služeb. Další modifikace způsobu výpočtu mohou spočívat v jeho doplnění o nástroje umožňující promítnout do výše úhrad některé rozdíly mezi jednotlivými poskytovateli, které mají vliv na výši jejich nákladů a jejichž nezohlednění by mohlo představovat překážku při zajišťování kvalitní a dostupné zdravotní péče.

57. Navrhovatelem tvrzená nepředvídatelnost napadené vyhlášky, ze které dovozuje její nesoulad s čl. 1 odst. 1 Ústavy a potažmo také s čl. 26 odst. 1 Listiny, má několik rovin. Je zřejmé, že zjištění celkové výše úhrad, na kterou vznikne poskytovateli nárok v roce 2013, vyžaduje aplikaci více či méně složitých matematických operací. Její výpočet může v závislosti na druhu zdravotních služeb sestávat dokonce z desítek dílčích výpočtů zahrnujících velký počet proměnných. Ústavní soud nicméně nedospěl k závěru, že by samotná tato charakteristika postačovala pro závěr o neurčitosti napadené vyhlášky (srov. body 46 a 47). Vzal přitom v úvahu, že jde o právní předpis dopadající na velmi specifický okruh právních vztahů, u jejichž subjektů se předpokládá určitá odborná znalost, a že jeho složitost je v míře nikoliv nepodstatné důsledkem složitosti samotné materie, kterou upravuje. Aniž by Ústavní soud na tomto místě zaujímal stanovisko k vyhlášce jako celku, a v tomto směru tak do budoucna obecně zakládal překážku věci rozhodnuté, v případě těch jejích částí, kterými se v tomto řízení zabýval, bylo normativní vyjádření jednotlivých výpočtů vždy dostatečně určité na to, aby je po dosazení vstupních hodnot (proměnných) bylo možné provést. Jestliže proto lze uvažovat o nepředvídatelnosti napadené vyhlášky, její hlavní důvod nelze spatřovat v její pouhé složitosti, nýbrž je nezbytné zabývat se podrobně samotnou strukturou výpočtu výše úhrad, včetně uvedených limitací a regulačních omezení, které výši úhrad umožňují snižovat. Právě na posouzení těchto dvou typů omezení se v této části zaměřil i Ústavní soud, a to konkrétně v tom smyslu, zda jsou s ohledem na svou regulační funkci, kdy je překročení stanovených limitů fakticky sankcionováno snížením hodnoty bodu nebo možností snížení výše úhrad, ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb dostatečně určitá a předvídatelná.

58. Podstata limitace poskytování některých zdravotních služeb spočívá v tom, že pro výpočet výše úhrad za výkony poskytnuté nad stanovený objem se použije snížená hodnota bodu. Tento objem

je nicméně vymezen prostřednictvím vzorce, pro jehož použití nejsou relevantní jen souhrnné údaje o poskytnutých zdravotních službách za referenční období roku 2011, nýbrž také za hodnotící období roku 2013, jež z povahy věci nemohou být poskytovatelům známy již v jeho průběhu. Tuto skutečnost lze ilustrovat např. na hodnotě bodu v případě specializované ambulantní péče podle části A odst. 1 písm. g) přílohy č. 3 napadené vyhlášky (podrobně viz bod 68), kde se uvedený objem vypočte tím způsobem, že se počet poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za rok 2011, které byly uhrazeny v plné hodnotě bodu, vynásobí podílem počtu unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v roce 2013 a jejich počtu v roce 2011. Ústavní soud se proto zabýval otázkou, zda tito poskytovatelé vůbec mohou přizpůsobit své chování takovéto regulaci, když stanovený objem, který by měli dodržet v průběhu roku, bude možné přesně určit až po jeho skončení. Dospěl přitom k závěru, že na ni i přes některé výhrady lze odpovědět kladně. Poskytovatelé totiž mohou a měli by mít přehled o rozsahu jimi poskytované zdravotní péče a počtu unikátních pojištěnců a z tohoto důvodu mohou v průběhu roku také sledovat, jakým způsobem se vyvíjí hodnota předmětného limitu. Určitou představu o tomto vývoji nakonec mohou mít již z toho důvodu, že tento způsob limitace používaly i úhradové vyhlášky pro minulé roky. Nic na tom nemění ani návrhovatelem tvrzená skutečnost, že v praxi došlo k situacím, kdy někteří poskytovatelé neměli ani počátkem roku 2013 k dispozici souhrnné údaje za rok 2011, neboť ta není nedostatkem právní úpravy, nýbrž pochybením příslušné zdravotní pojišťovny.

59. Je třeba dodat, že tyto závěry aprobují toliko samotný způsob stanovení limitu prostřednictvím souhrnného údaje o počtu unikátních pojištěnců za rok 2013, neznamenají však, že Ústavní soud považuje konkrétní úpravu limitace objemu poskytované zdravotní péče za ústavně konformní. Problému, že nezohledňuje rozsah poskytnuté neodkladné péče, respektive obecně péče, k jejímuž poskytnutí je poskytovatel bez ohledu na jakékoliv limity povinen, a jeho ústavněprávním důsledkům je věnována část V. E) tohoto nálezu.

60. Za problematickou z hlediska předvídatelnosti shledal Ústavní soud naopak právní úpravu tzv. regulačních srážek. Podle části B odst. 2 přílohy č. 3 úhradové vyhlášky může zdravotní pojišťovna poskytovateli, jemuž v roce 2013 vznikne za předepsané léčivé přípravky a zdravotní prostředky nárok na úhradu, jejíž průměrná výše na jednoho unikátního pojištěnce bude vyšší než 100 % této úhrady v roce 2011, po skončení roku 2013 snížit úhradu o 50 % částky, o niž celková úhrada za tyto prostředky v roce 2013 překročila celkovou úhradu v roce 2011. Obdobným způsobem, byť toliko v rozsahu 40 %, lze uplatnit tuto srážku v případě překročení předmětného limitu u zvláště účtovaných léčivých přípravků (odst. 1) nebo vyžádané péče v některých odbornostech (odst. 3). Tyto srážky uplatňuje zdravotní pojišťovna ve vztahu k výši úhrad, na které vznikne poskytovatelům nárok za rok 2013. Ve své podstatě jde přitom o sankci za překročení uvedených limitů, která má bránit tomu, aby nedocházelo k nadbytečné preskripci léků nebo vyžadování péče po jiných poskytovatelích. Tuto úpravu v obecné rovině dotváří odstavec 4, podle něhož se uvedená regulační omezení nepoužijí, pokud poskytovatel odůvodní poskytnuté hrazené služby, na jejichž základě došlo k překročení průměrných úhrad. V praxi dostávají za tímto účelem poskytovatelé informaci od zdravotní pojišťovny, v jakém rozsahu vůči nim budou uplatněny regulace s tím, že se k tomuto rozsahu mohou vyjádřit a uplatnit námitky, které pojišťovna buď uzná, nebo neuzná.

61. První problém této právní úpravy spatřuje Ústavní soud již v tom, že předmětné limity nejsou v žádné souvztažnosti s výše uvedenými limity pro celkový roční objem poskytované zdravotní péče, resp. jsou mnohem restriktivnější. To znamená, že vyhláška na jedné straně umožňuje poskytovatelům poskytnout bez jakýchkoliv restrikcí určitý objem zdravotních služeb, na straně druhé však stanoví výrazně menší limity pro preskripci léčiv, která však s poskytováním zdravotních služeb neoddělitelně souvisí. Tím přitom zákonitě dochází k tomu, že u podstatné části poskytovatelů vzniká prostor pro uplatnění regulačních srážek (čili pro uplatnění sankce!) již v důsledku toho, že poskytovatel při poskytování zdravotních služeb v nasmlouvaném objemu či objemu, u něhož se neuplatní limitace prostřednictvím snížené hodnoty bodu, plní svou povinnost a předepisuje léčiva, aby byla léčba účinná. Obdobná situace vzniká i v případě vyžádané péče, kde navíc poskytovatel nemá možnost ovlivnit, zda si jiný poskytovatel, od něhož byla zdravotní péče vyžádána, nevyúčtuje péči ve větším rozsahu, než o jakou byl žádán, což by šlo z hlediska možnosti uplatnění regulačních srážek zas jen k tíži prvně

uvedeného poskytovatele. Další a z hlediska otázky předvídatelnosti stejně závažný problém se pak týká toho, že nejde-li o případy, kdy uplatnění regulační srážky brání to, že poskytovatel ve smyslu části B odst. 4 přílohy č. 3 odůvodnil poskytnutí hrazené služby (což v praxi závisí především na posouzení zdravotní pojišťovny), nebo případně jiný vyhláškou stanovený důvod, není zdravotní pojišťovna nijak omezena ve své úvaze, zda a v jakém rozsahu (v rámci procentuálního vymezení) regulační srážky uplatní. To znamená, že pojišťovna může tyto srážky uplatňovat selektivně a podle své vlastní úvahy některé poskytovatele (jejich uplatněním) znevýhodňovat a jiné zase (jejich neuplatněním) zvýhodňovat. Rovněž tak je může pojišťovna bez jakkoliv formulovaných kritérií využívat ke snižování vlastních výdajů, a tím fakticky jednostranně modifikovat výši úhrad oproti tomu, jak ji stanoví vyhláška. Dotčeným poskytovatelům, kteří nemají možnost rozsah, v jakém dojde k uplatnění regulačních srážek, předvídat, tak zůstává jen možnost akceptovat v roce 2014 dodatečné rozhodnutí zdravotní pojišťovny o tom, v jaké výši jim vlastně za rok 2013 vznikl nárok na úhradu, a se skloněnou hlavou doufat, že za rok bude pojišťovna při nakládání s jí svěřenými veřejnými prostředky o něco vstřícnější.

62. Takovýto stav činí právní úpravu regulačních srážek v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole podle čl. 1 odst. 1 Ústavy a též se zásadou rovnosti podle čl. 1 Listiny. Tento rozpor má přitom zjevný přesah do práva poskytovatelů zdravotních služeb podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, neboť umožňuje zdravotní pojišťovně bez jakýchkoliv kritérií jednostranně měnit výši úhrad za poskytnuté zdravotní služby, a tím i podmínky pro podnikání v této oblasti. V tomto smyslu se tato úprava dotýká samotné podstaty práva podnikat. Lze jen dodat, že uvedený derogační důvod se uplatní ve vztahu k celé části B přílohy č. 3 vyhlášky, jakož i ve vztahu k části D přílohy č. 2 a k části B přílohy č. 4 vyhlášky.

V. D)

Snížení celkové výše úhrad zdravotních služeb

63. Navrhovatel dále brojí proti tomu, že napadená vyhláška překvapivě (celkově) snižuje výši úhrad poskytnutých zdravotních služeb o 2 %, a to navzdory tomu, že se v tomto roce předpokládá oproti roku předchozímu jak nárůst nákladů poskytovatelů zdravotních služeb, tak nárůst výběru pojistného. Tato skutečnost podle jeho názoru zakládá nesoulad s právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny a s ohledem na předpokládané důsledky tohoto stavu (omezení rozsahu a kvality zdravotní péče) také s právem na bezplatnou zdravotní péči ve smyslu čl. 31 Listiny.

64. Z důvodové zprávy k napadené vyhlášce Ústavní soud zjistil, že jako základní parametr výše úhrad pro rok 2013 určilo Ministerstvo zdravotnictví sazbu ve výši 98 % objemu referenčního období (roku 2011) s výraznou regresí nad tento objem. Tímto snížením chtělo ministerstvo vyvinout tlak na zvýšení efektivity celého systému veřejného zdravotního pojištění a zabránit nepotřebné nadprodukci péče, a to i s ohledem na předpokládané nominální snížení příjmů zdravotního pojištění o 1,4 % v tomto roce. V textu vyhlášky je přitom vyjádřeno použitím koeficientu 0,98 pro výpočet počtu bodů, kterým je limitována úhrada zdravotní péče při plné hodnotě bodu.

65. Je třeba zdůraznit, že konkrétní nastavení výše úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění závisí především na politickém rozhodnutí, k němuž je v rámci své zákonodárné kompetence příslušný Parlament a v rozsahu a mezích jím přijatého zákonného zmocnění také Ministerstvo zdravotnictví. Ústavnímu soudu naopak zásadně nepřísluší vstupovat do jejich kompetence a nahrazovat nebo přehodnocovat jejich rozhodnutí toliko z důvodu odlišného názoru na jeho správnost či účelnost, a proto se musí i v řízení o kontrole norem, jejichž předmětem je právním předpisem vyjádřené snížení výše těchto úhrad, omezit na posouzení jejich souladu s ústavním pořádkem. Základní otázka, kterou tak musel v dané věci zodpovědět, zní, zda povinnost poskytovatelů poskytovat zdravotní služby za úhradu v takto snížené výši ob stojí z hlediska jejich práva podnikat podle čl. 26 Listiny.

66. Ústavní soud takovéto posouzení samozřejmě nemůže provést paušálně ve vztahu ke všem poskytovatelům, neboť výše úhrad se liší v závislosti na konkrétní specializaci nebo segmentu zdravotních výkonů, a stejně tak se liší i dopad jejich případného snížení. Pro závěr o tom, že byla takovýmto snížením dotčena podstata a smysl práva podnikat, by přitom nepostačovalo pouhé zjištění, že se pro jednotlivé poskytovatele ztížily podmínky pro dosažení zisku, nebo že se dokonce snížil počet poskytovatelů. Musela by reálně vzniknout situace, kdy stát na jedné straně formálně umožňuje podnikání v určité oblasti, na straně druhé však pro něj stanoví takové podmínky, které fakticky vylučují jeho smysl. Důvod domnívat se, že takovýto stav nastal nebo může nastat v důsledku vyhláškou provedeného snížení úhrad, však Ústavní soud, aniž by v tomto směru po stránce věcné jakkoliv relativizoval související argumentaci navrhovatele a vyjádření Asociace nemocnic, neshledal. Stejně tak neměl důvod učinit závěr, že by v důsledku tohoto snížení došlo k takovým změnám v systému zdravotnictví, jež by vedly k ohrožení dostupnosti a kvality poskytované zdravotní péče. Za této situace nelze dospět k závěru o tom, že by byly tímto snížením dotčeny podstata a smysl práv podle čl. 26 odst. 1 a čl. 31 Listiny. Protože je toto opatření navíc způsobilé dosáhnout sledovaného účelu (viz bod 64) a nelze jej považovat za nerozumné, neshledal ani nesoulad napadené vyhlášky s těmito ustanoveními.

67. Nad rámec uvedeného je žádoucí poznamenat, že argumentace navrhovatele nebyla v obecné rovině nezpůsobilá odůvodnit tvrzený nesoulad s ústavním pořádkem. Realizace práva podle čl. 31 Listiny závisí na objemu finančních prostředků, které jsou prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění vynakládány na zdravotní péči. Tento objem přitom musí reflektovat i případný nárůst nákladů vznikajících v souvislosti s jejím poskytováním, neboť v opačném případě by dřív nebo později vedl ke ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči nebo dokonce k jejich ohrožení. Jak již bylo uvedeno, nalezení optimálního způsobu financování zdravotnictví je v plné kompetenci Parlamentu a exekutivy. Náleží-li proto Ústavnímu soudu v rámci řízení o kontrole norem možnost určité ingerence, pak jejím smyslem není nahrazovat uvedené orgány při hledání věcného řešení, nýbrž dbát o to, aby si tyto řádně plnily svou z ústavního pořádku vyplývající povinnost a aktivně využívaly své pravomoci k zajištění ochrany života, zdraví a důstojnosti jednotlivce. Prostor pro zásah Ústavního soudu tak v zásadě může vzniknout i tehdy, pokud by se tyto orgány při výkonu své normotvorné pravomoci nezabývaly okolnostmi, které by mohly mít dopad z hlediska práva na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, mezi něž nárůst nákladů na poskytování zdravotních služeb nepochybně patří. Takovéto posouzení lze přitom od nich očekávat ve vztahu ke všem segmentům hrazené zdravotní péče. Zbývá jen dodat, že realizace uvedeného práva může za určitých okolností vyžadovat i navýšení prostředků veřejného zdravotního pojištění.

V. E)

Limitace výše úhrad objemem poskytnutých zdravotních služeb

68. V příloze č. 3 napadené vyhlášky je stanovena hodnota bodu pro specializovanou ambulantní péči, a to zvláště pro jednotlivé druhy výkonů. V případě výkonů, jež jsou taxativně uvedeny v části A odst. 1 písm. a) až f) této přílohy, jde o částky 0,68 až 1,08 Kč za bod, přičemž výše úhrad za každý z nich se vypočte jako násobek hodnoty bodu, vyjádřeného počtem bodů. Tento výpočet se však již neuplatní v případě výkonů uvedených pod písm. g), tedy všech ostatních výkonů specializované ambulantní péče. Základní hodnota bodu ve výši 1,02 Kč se zde totiž použije jen do vypočteného objemu poskytnuté zdravotní péče v dané odbornosti, zatímco pro výkony, které ho přesahují, je určující snížená hodnota bodu ve výši 0,30 Kč. Tento objem se vypočte podle matematického vzorce tak, že se celkový počet těch poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů, které nebyly za referenční období uhrazeny ve snížené hodnotě bodu, vynásobí podílem počtu unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti v roce 2013 a jejich počtu v roce 2011, a pak se vynásobí číslem 0,98. Jinými slovy, lze jej vyjádřit počtem bodů, které byly poskytovateli zdravotní služby hrazeny v plné výši již v roce 2011, zvýšeným nebo sníženým poměrně podle toho, o kolik se v roce 2013 zvýšil nebo snížil počet unikátních pojištěnců ošetřených poskytovatelem v dané odbornosti oproti roku 2011, a současně sníženým o 2 %.

69. Dosažení uvedeného objemu se významným způsobem dotýká výše úhrady, na kterou vznikne poskytovatelům specializované ambulantní péče nárok vůči zdravotní pojišťovně, nemá však vliv na rozsah, v jakém jsou povinni poskytovat zdravotní péči. Ti totiž ani po jeho dosažení nemohou odmítnout poskytnutí neodkladné péče, a nestanoví-li zákon jinak, tak v případě pojištěnců, s jejichž zdravotní pojišťovnou mají uzavřenou smlouvu, ani poskytnutí péče jiné [srov. § 48 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)]. Za těchto okolností vzniká otázka, zda uvedené rozlišování dvou hodnot bodu za stejné výkony vůbec může z ústavněprávního hlediska obstát.

70. Je evidentní, že plná hodnota bodu ve výši 1,02 Kč neumožňuje, aby zisk poskytovatelů z každého bodu dosahoval výše až dvou třetin této částky, což zároveň znamená, že jeho snížená hodnota ve výši 0,30 Kč nemůže být postačující k pokrytí nákladů poskytované péče nebo jejich podstatné části. Účel jejího zavedení je proto třeba spatřovat v působení na jednotlivé poskytovatele, aby při poskytování zdravotních služeb postupovali efektivně, a zamezovali tak plýtvání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Pokud by tak totiž nepostupovali, dostali by se do situace, kdy se s ohledem na objem jimi poskytnuté zdravotní péče stane její další poskytování (po zbytek kalendářního roku) ekonomicky nevýhodným.

71. Ústavní soud se při posuzování této části návrhu zabýval otázkou, zda povinnost poskytovat zdravotní péči za úhradu vypočtenou ze snížené hodnoty bodu podle části A odst. 1 písm. g) přílohy č. 3 napadené vyhlášky není v rozporu s čl. 26 odst. 1 Listiny, jenž zaručuje dotčeným poskytovatelům právo na podnikání. K jejímu zodpovězení přitom aplikoval již zmíněný test rozumnosti, v jehož rámci v první řadě zkoumal, co je třeba z hlediska projednávané věci považovat za podstatu a smysl uvedeného práva (krok 1).

72. Výše bylo uvedeno, že ačkoliv z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost neplyne právo na zisk, stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům usilovat o jeho dosažení. Tento závěr se v plné míře uplatní i ve specifických poměrech podnikání v oblasti poskytování zdravotní péče, kde jsou v některých odbornostech hrazeny zdravotní výkony převážně nebo dokonce výlučně z veřejného zdravotního pojištění. Důsledkem jsou tak požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnuv od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb. Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele. Právní závěr, podle něhož „cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti“ (nález sp. zn. Pl. ÚS 3/2000), se zde uplatní přiměřeně.

73. Pro posouzení, zda se napadená povinnost dotýká takto vymezené podstaty a smyslu práva na podnikání (krok 2), bylo rozhodující, že předmětné snížení hodnoty bodu může vést ke vzniku situace, kdy celková roční výše úhrad, na kterou vznikne poskytovateli nárok, nebude pokrývat ani jen nezbytné náklady poskytované zdravotní péče. To by znamenalo, že po určitou část roku bude její poskytování tímto poskytovatelem fakticky dotováno. Ústavní soud opětovně zdůrazňuje, že takovýto stav není sám o sobě problémem v případech, kdy příčinou vzniku ztráty jsou vlastní podnikatelská rozhodnutí poskytovatele, nelze jej však akceptovat tehdy, pokud vzniká jako nezbytný důsledek nastavení výše úhrad. Poskytovatelé nemohou předvídat celkový rozsah zdravotních služeb, které budou v průběhu roku nuceni poskytnout, a stejně tak nemohou ovlivnit, zda nedojde k jejich výraznému navýšení v důsledku mimořádných událostí, typicky např. hromadných nehod, přírodních katastrof nebo epidemií. Hlavní důvod, pro který je třeba na otázku druhého kroku prováděného testu odpovědět kladně, nicméně spočívá v tom, že vyhláška nepřiznává takto dotčeným poskytovatelům ani jen dodatečný nárok na kompenzaci takto vzniklé ztráty. Pouhou možností, že zdravotní pojišťovna takovouto částku poskytne ze svých zdrojů dobrovolně (tj. na základě individuálního ujednání mezi ní a poskytovatelem podle poslední věty § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění), nelze považovat ve vztahu k poskytovatelům za relevantní garanci nebo systémové řešení problému. Podle Ústavního soudu je totiž problematická již samotná možnost uzavírání těchto individuálních dohod, jež nemá

žádná transparentní pravidla a z podstaty věci umožňuje nerovný přístup vůči poskytovatelům ze strany zdravotní pojišťovny. Napadená vyhláška tak zcela nepřijatelně platí pro jednoho adresáta méně a pro jiného více.

74. Vzhledem k tomu, že napadenou povinností byly dotčeny podstata a smysl práva na podnikání, přistoupil Ústavní soud v rámci tohoto kroku testu rozumnosti k posouzení, zda předmětná povinnost ob stojí jako přípustný zásah do ústavně zaručeného práva na podnikání i v testu proporcionality. V této souvislosti neměl pochybnosti o tom, že cíl sledovaný touto povinností, jímž je zajištění efektivního poskytování zdravotní péče, resp. zamezení plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění, lze považovat z hlediska možnosti omezení práva na podnikání za legitimní a že napadená povinnost je vhodným (způsobilým) prostředkem k jeho dosažení. Ústavní soud ale neshledal splnění podmínky potřebnosti, jež se posuzuje s ohledem na případnou existenci jiných, k ústavně zaručenému právu šetrnějších prostředků. I když totiž lze v některých směrech připustit větší efektivnost limitace výše úhrad před jinými způsoby kontroly hospodárního vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele. Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci. Již dnes nakonec judikatura soudů přiznává nárok na úhradu neodkladné péče i v případech, kdy byl dohodnutý finanční limit v daném období vyčerpán [srov. nále z sp. zn. I. ÚS 2785/08 ze dne 13. 9. 2011 (N 157/62 SbNU 373) nebo rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3507/2008 ze dne 27. 4. 2011], přičemž to, že tak činí nad rámec, a nikoliv na základě úhradové vyhlášky, samo o sobě vypovídá o jejím obsahovém deficitu. Právě z tohoto důvodu napadená povinnost neobstála v tomto kroku testu proporcionality, a tudíž je v rozporu s právem dotčených poskytovatelů na podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny.

75. Tato argumentace nezpochybňuje ústavnost povinnosti poskytovat zdravotní služby podle § 48 zákona o zdravotních službách obecně, nýbrž pouze za podmínek, kdy poskytovateli za výkony poskytnuté nad objem stanovený napadenou vyhláškou náleží úhrada vypočtená nikoliv podle hodnoty bodu ve výši 1,02 Kč, nýbrž ve snížené výši 0,30 Kč. Zjištěný derogační důvod proto dopadá pouze na ustanovení části A odst. 1 písm. g) přílohy č. 3 napadené vyhlášky, a to jako na celek. Ústavnímu soudu totiž zásadně nepřisluší, aby zrušením toliko části tohoto ustanovení, upravující předmětnou limitaci a sníženou hodnotu bodu, měnil vyhláškou stanovený systém úhrad pro určitou část zdravotní péče, a ve své podstatě tak ve vztahu k některým výkonům poskytovatelů specializované ambulantní péče navýšil jejich úhrady.

76. Ústavní soud dále konstatuje, že uvedené derogační důvody se mutatis mutandis vztahují i na limitaci úhrad podle ustanovení části B bodu 2 písm. b) přílohy č. 1 napadené vyhlášky, které se týká zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění, podle bodů 1 a 2 přílohy č. 4 napadené vyhlášky, které se týkají odborností 603 (gynekologie a porodnictví) a 604 (dětská psychologie), podle bodů 2 až 5 přílohy č. 5, bodů 1, 2 a 4 přílohy č. 6 a bodů 1 a 3 přílohy č. 7 napadené vyhlášky, které se týkají hrazených služeb poskytovaných poskytovateli ambulantní zdravotní péče v některých odbornostech, a bodů 1 a 2 přílohy č. 8 napadené vyhlášky, které se týkají hrazených služeb poskytovaných poskytovateli zdravotnické dopravní služby.

77. Uvedené nedostatky napadené právní úpravy nejsou neutrální ani z hlediska čl. 31 Listiny. Vyhláškou nastavené limitace totiž pro nedostatek garancí jakéhokoliv dorovnání fakticky nutí jednotlivé poskytovatele k tomu, aby ve vlastním ekonomickém zájmu omezovali poskytovanou zdravotní péči (např. odkládali operace či jiné výkony na příští rok) nebo se jejímu poskytování v maximální přípustné míře vyhýbali. V situaci, kdy to, zda jde v určitém případě o neodkladnou péči, nelze před poskytnutím zdravotní služby zcela jednoznačně zjistit, tak tento stav může vést k obecně restriktivnímu přístupu ze strany lékařů při tomto posuzování, a v konkrétních případech tak i k ohrožení života jednotlivých pacientů, došlo-li pod tímto tlakem k tomu, že jim bylo poskytnutí zdravotní péče odmítnuto z důvodu nesprávného posouzení neodkladnosti. Ústavní soud se domnívá, že i na tuto negativní stránku napadené právní úpravy musí brát ministerstvo do budoucna zřetel.

V. F)

Nerovné postavení smluvních a nesmluvních poskytovatelů z hlediska výše úhrad za poskytnutou neodkladnou zdravotní péči

78. Ve smyslu § 17 odst. 1 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění má poskytovatel, který poskytl neodkladnou péči pojištěnci, nárok na věcné plnění vůči jeho zdravotní pojišťovně i tehdy, nemá-li s ní uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Jeho výše se však podle § 17 napadené vyhlášky vypočítá pouze z hodnoty bodu ve výši 75 % hodnoty, kterou pro tuto péči jinak stanoví ostatní ustanovení (resp. přílohy) vyhlášky, což podle navrhovatele zakládá neodůvodněnou nerovnost mezi smluvními a nesmluvními poskytovateli.

79. Obsahem principu rovnosti v právech ve smyslu čl. 1 Listiny se ve své rozhodovací činnosti zabýval již Ústavní soud České a Slovenské Federativní Republiky, který v této souvislosti vyslovil závěr, že rovnost je třeba chápat jako kategorii relativní, nikoliv absolutní (nález sp. zn. Pl. ÚS 22/92 ze dne 8. 10. 1992, publikován pod č. 11 ve Sbírce usnesení a nálezů Ústavního soudu ČSFR). Na jeho pojetí následně navázal v řadě svých rozhodnutí i Ústavní soud, který v obecné rovině připustil zákonem založenou nerovnost, avšak pouze za předpokladu, že ji lze odůvodnit na základě ústavně akceptovatelných hledisek. O takovýto případ se přitom nejedná tehdy, pokud je tato založena na libovůli (nerovnost neakcesorická) nebo je jejím důsledkem dotčení některého ze základních práv a svobod (nerovnost akcesorická) [srov. např. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 33/96 ze dne 4. 6. 1997 (N 67/8 SbNU 163; 185/1997 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 36/01 ze dne 25. 6. 2002 (N 80/26 SbNU 317; 403/2002 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 7/03 nebo sp. zn. Pl. ÚS 17/11 ze dne 15. 5. 2012 (č. 220/2012 Sb.)].

80. V projednávané věci si musel Ústavní soud nejprve položit otázku, jaký účel vlastně sleduje stanovení rozdílné hodnoty bodu za poskytnutou neodkladnou péči. Vzhledem k tomu, že povinnost k jejímu poskytnutí mají ve stejné míře jak smluvní, tak nesmluvní poskytovatelé, lze důvod tohoto rozlišení spatřovat v tom, že v případě prvních z nich nejsou tyto úhrady posuzovány samostatně, nýbrž jako součást poskytnuté zdravotní péče v určité odbornosti, a z tohoto důvodu podléhají i omezením celkové výše úhrad podle napadené vyhlášky, např. prostřednictvím snížené hodnoty bodu nebo regulačních srážek. Protože se však tato omezení nemohou uplatnit i vůči nesmluvním poskytovatelům, nelze považovat za bez dalšího nepřipustné, aby se tato skutečnost v jejich případě promítla určitým způsobem již do výše hodnoty bodu.

81. Za předpokladu, že by takto vymezený účel bylo možné považovat za legitimní, by Ústavní soud musel posoudit v rámci testu proporcionality, zda by povinnost nesmluvního poskytovatele poskytovat neodkladnou péči při hodnotě bodu ve výši pouze 75 % hodnoty bodu, od níž se odvíjí výše úhrady pro smluvní poskytovatele, obstála jako důvod nerovnosti, pokud jde o související míru zásahu do jejich práva podnikat. Nesmluvní poskytovatel bude mít totiž v tomto případě výrazně horší postavení než poskytovatel smluvní. Ústavní soud má za to, že takovouto povinnost by bylo nepochybně možné považovat za vhodný prostředek k dosažení uvedeného účelu, v rámci poměřování s čl. 1 ve spojení s čl. 26 odst. 1 Listiny by však mohl být problematický předmětný rozdíl činící 25 %. Bylo by tomu tak z toho důvodu, že hodnoty bodu při poskytování zdravotních služeb zjevně nejsou stanovovány tak, aby obecně vytvářely podmínky pro zisk až ve výši jejich 25 %, a tedy je otázkou, zda by případné poskytnutí neodkladné péče ze strany nesmluvního poskytovatele ve větším objemu nevedlo k situaci, kdy by on sám tuto péči dotoval. Právě absence mechanismu, který by při výpočtu výše úhrad bránil vzniku takovéto situace, nakonec byla důvodem, pro který Ústavní soud neakceptoval napadenou vyhláškou stanovenou úpravu limitací objemu poskytované zdravotní péče prostřednictvím snížené hodnoty bodu.

82. Posledně uvedený závěr se paradoxně promítá do samotné otázky legitimnosti účelu posuzované nerovnosti. Má-li být totiž důvodem nižší hodnoty bodu u nesmluvních poskytovatelů skutečnost, že se na ně nemohou uplatnit omezení výše úhrad vztahující se na smluvní poskytovatele a že jinak by byli vlastně oni ve výhodnějším postavení, pak tento důvod přestává být opodstatněným (a tím i legi-

timním) v důsledku výše uvedených právních závěrů Ústavního soudu [část V. E) tohoto nálezu], jež zpochybňují možnost bezvýjimečně uplatňovat předmětná vyhláškou stanovená omezení práv v případech, kdy je poskytována neodkladná péče.

83. Za této situace tak vyšší hodnota bodu v případě smluvních poskytovatelů představuje pouze určité beneficium, jež má v obecné rovině povahu nepřímé kompenzace za další povinnosti plynoucí ze smluvního vztahu. Ústavní soud však takto vymezený důvod nepovažuje za způsobilý odůvodnit předmětnou nerovnost ve výši úhrad za neodkladnou péči. Přitom, i kdyby tomu bylo jinak, sníženou hodnotu bodu ve výši 75 % plné hodnoty bodu by nebylo možné akceptovat bez toho, aby byly součástí výpočtu výše úhrad podle vyhlášky garance bránící tomu, že bude poskytování zdravotní péče fakticky dotováno ze strany nesmluvních poskytovatelů. Z těchto důvodů není § 17 napadené vyhlášky v souladu s čl. 1 ve spojení s čl. 26 odst. 1 Listiny.

84. Pokud jde o ostatní navrhovatelem uplatněné námitky nerovnosti (viz bod 8), Ústavní soud v obecné rovině neshledává problém v tom, aby se do výše úhrad za lůžkovou péči promítaly i rozdíly mezi jednotlivými typy zdravotnických zařízení nebo rozdíly vyplývající z různé struktury obyvatelstva v jednotlivých krajích. V projednávané věci nicméně neshledává prostor pro podrobné zkoumání případných neodůvodněných nerovností, které by v důsledku aplikace jednotlivých výpočtů mohly v individuálních případech nastat. Tím není vyloučeno, aby se k této otázce podrobně vyjádřil v budoucnu v souvislosti s konkrétní věcí, ať už v řízení o ústavní stížnosti nebo v rámci konkrétní kontroly norem.

VI. Závěr

85. Z výše podrobně uvedených důvodů dospěl Ústavní soud k závěru, že napadená vyhláška je v částech, kterými stanoví regulační srážky, v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazem svévole podle čl. 1 odst. 1 Ústavy, dále zásadou rovnosti v právech podle čl. 1 Listiny a právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. V částech, kterými stanoví limitace výše úhrad prostřednictvím snížené hodnoty bodu, je napadená vyhláška v rozporu s čl. 26 odst. 1 Listiny. Ustanovení § 17 vyhlášky je pak v rozporu s čl. 1 a čl. 26 odst. 1 Listiny, neboť zakládá neodůvodněnou nerovnost mezi smluvními a nesmluvními poskytovateli z hlediska výše úhrad za poskytnutou neodkladnou péči.

86. Uvedená zjištění podle názoru Ústavního soudu zpochybňují soulad celé vyhlášky s ústavním pořádkem. Jejím prostřednictvím provedené nastavení výše úhrad je totiž vzájemně provázáno a nelze do něho zasáhnout tím způsobem, že se zrušením některých jejích částí v podstatě změní význam ostatních parametrů, v důsledku čehož by došlo bez jakéhokoliv ústavněprávního zdůvodnění ke zvýšení nebo snížení některých nároků jednotlivých poskytovatelů vůči zdravotním pojišťovnám, a tím i k ohrožení stability v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

87. Ústavní soud si je vědom faktických i právních limitů svého případného derogačního zásahu v projednávané věci a nezastírá, že právní závěry obsažené v tomto nálezu se mají promítnout především do podoby úhradových vyhlášek, jež budou vydány pro následující roky. Okamžité zrušení některých částí napadené vyhlášky by vedlo ve velkém množství případů k tomu, že se poskytovatelé zdravotních služeb mohou v důsledku absence právní úpravy výše úhrad ocitnout v mnohem horším postavení, než jaké by měli za její účinnosti. Místo odstranění zásahu do jejich ústavně garantovaných práv by tak tento nález naopak vedl k jeho prohloubení, což by bylo zcela v rozporu s jeho smyslem. Přehlédnout ale nelze ani možný dopad ve vztahu k veřejným financím, kde by případný nezamýšlený nárůst výdajů veřejného zdravotního pojištění v důsledku dílčí derogace napadené vyhlášky musel být kompenzován v příštích letech.

88. Vzhledem k těmto skutečnostem bylo namísto zvážit odklad vykonatelnosti tohoto nálezu ve smyslu čl. 89 odst. 1 Ústavy, který by zabránil uvedeným negativním následkům. Ústavní soud tak předně zvažoval možnost, že by napadenou vyhlášku zrušil uplynutím dne 31. prosince 2013, neboť

tato vyhláška by se stejně nemohla aplikovat na výpočet výše úhrad za zdravotní služby, k jejichž poskytnutí by došlo až v roce 2014, tedy po tomto okamžiku. Takovémuto kroku nicméně brání skutečnost, že tato vyhláška by jinak zůstala i po skončení roku 2013 účinným právním předpisem, jenž vedle toho, že zůstane aplikovatelným ve vztahu k již poskytnutým zdravotním službám (na čemž by nic nezměnilo ani případné pozbytí účinnosti), bude dále zakládat přinejmenším oprávnění zdravotní pojišťovny k uplatnění regulačních srážek. K těm může totiž z povahy věci dojít až po skončení hodnotícího období. Je třeba zdůraznit, že jejich uplatnění je právním úkonem (právním jednáním), který může působit změnu výše nároku poskytovatelů na úhradu pouze za předpokladu, že s ním takovýto následek bude spojovat účinná právní norma. Jestliže tedy napadená vyhláška počítala s uplatněním regulačních srážek, a tomu přizpůsobila i výši jednotlivých dalších svých parametrů, pak Ústavní soud, a to přes výše uvedenou kritiku jejich právní úpravy, nemůže k této skutečnosti s ohledem na možné výše popsané negativní důsledky nepřihlídnout. Za účelem vytvoření dostatečného časového prostoru pro zúčtování výše úhrad jednotlivých poskytovatelů ze strany zdravotních pojišťoven, jakož i k eventuálnímu uplatnění regulačních omezení, rozhodl Ústavní soud o zrušení napadené vyhlášky až uplynutím dne 31. prosince 2014.

89. Napadená vyhláška tak může, a to i přes uvedené výhrady, i nadále plnit svou regulační funkci ve vztahu k výdajům veřejného zdravotního pojištění vztahujícím se k roku 2013. Závěr o její protiústavnosti přitom nelze interpretovat v tom smyslu, že by neměla být vůbec aplikována, čemuž nakonec neodpovídá ani rozsah ani povaha derogačních důvodů. V této souvislosti Ústavní soud podotýká, že napadená vyhláška zůstává i přes své zrušení nadále aplikovatelným právním předpisem ve vztahu k posouzení výše úhrad za jednotlivé zdravotní služby poskytnuté v roce 2013, neboť v tomto smyslu založila nárok jednotlivých poskytovatelů již okamžikem jejich poskytnutí. Zdravotní pojišťovny však mohou uplatnit regulační omezení ve vztahu k výši úhrad za rok 2013 pouze do konce roku 2014, přičemž při jejich uplatňování jsou povinny postupovat v intencích tohoto nálezu. Možnost domáhat se v důvodných případech úhrady za poskytnutou neodkladnou péči i tehdy, došlo-li k překročení touto vyhláškou stanovených limitů, zůstává ve smyslu, jak byla uznána dosavadní judikaturou Ústavního soudu i Nejvyššího soudu, i přes závěr o odkladu vykonatelnosti nedotčena. Závěrem Ústavní soud dodává, že s ohledem na čl. 89 odst. 2 Ústavy je Ministerstvo zdravotnictví povinno postupovat při vydávání úhradových vyhlášek pro další roky (včetně roku 2014) takovým způsobem, aby ve vztahu k nim již dále nebyly relevantní výše uvedené derogační důvody.

90. Ze všech těchto důvodů rozhodl Ústavní soud podle § 70 odst. 1 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb., tak, jak je uvedeno ve výrocích tohoto nálezu.

Předseda Ústavního soudu:
JUDr. **Rychetský** v. r.

Odlišná stanoviska podle § 14 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, zaujali k rozhodnutí pléna soudci Stanislav Balík a Vladimír Kůrka.



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 289, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, tel.: 516 205 175, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2013 činí 6 000,- Kč, druhá záloha na rok 2013 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné a objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávky-knihkupci – 516 205 175, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 319 045; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Přibíková, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Olomouc:** Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** ABONO s. r. o., Sportovců 1121, LEJHANEK, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, K Červenému dvoru 24; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 6:** PERIODIKA, Komornická 6; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po – pá 7 – 12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@top-dodavatel.cz, DOVOZ TISKU SUWECO CZ, Klečákova 347; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, MONITOR CZ, s. r. o., Třebohostická 5, tel.: 283 872 605; **Přerov:** Jana Honková-YAHO-i-centrum, Komenského 38; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Zatec:** Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevídování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamace:** informace na tel. čísle 516 205 175. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.