

Ústavní soud ČR  
Joštova 8  
660 83 Brno

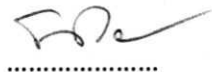
ÚSTAVNÍ SOUD ČR Joštova 8, 660 83 Brno		
Došlo dne:	25-04-2016	3
2x PH krát Přílohy: 2x		
Čj.: viz číselný kód Vyřizuje: 2		

V Praze dne 11.4.2016

Navrhovatelé: skupina senátorů Senátu Parlamentu České republiky

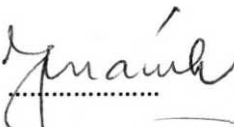
1. Ing. Petr Šilar

senátor za obvod č. 46 Ústí nad Orlicí



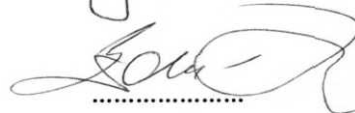
2. Ing. Stanislav Juránek

senátor za obvod č. 58 Brno – město



3. Mgr. Bc. Zdeněk Brož

senátor za obvod č. 65 Šumperk



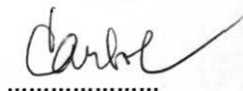
4. Ing. František Bradáč

senátor za obvod č. 51 Žďár nad Sázavou



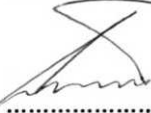
5. Ing. Jiří Carbol

senátor za obvod č. 69 Frýdek – Místek



6. Jiří Čunek

senátor za obvod č. 77 Vsetín



7. prof. RNDr. Václav Hampl, DrSc.

senátor za obvod č. 27 Praha 1



8. Mgr. Miluše Horská

senátor za obvod č. 43 Pardubice



9. Ing. Patrik Kunčar

senátor za obvod č. 80 Zlín



10. PhDr. Zdeněk Papoušek

senátor za obvod č. 60 Brno – město



11. MUDr. Alena Šromová

senátor za obvod č. 66 Olomouc



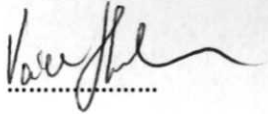











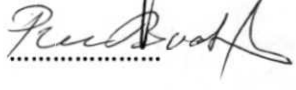
12. Ing. Jan Veleba

senátor za obvod č. 44 Chrudim



Nepředchází



- |   |   |   |
|---|---|---|
| 13. <b>PaedDr. Václav Homolka</b>         | senátor za obvod č. 5 Chomutov          |    |
| 14. <b>Jaroslav Doubrava</b>              | senátor za obvod č. 31 Ústí nad Labem   |    |
| 15. <b>doc. Ing. František Čuba, CSc.</b> | senátor za obvod č. 78 Zlín             |    |
| 16. <b>Ing. Jaroslav Palas</b>            | senátor za obvod č. 64 Bruntál          |    |
| 17. <b>Josef Regec</b>                    | senátor za obvod č. 49 Blansko          |    |
| 18. <b>PhDr. Milan Pešák</b>              | senátor za obvod č. 19 Praha 11         |    |
| 19. <b>Ing. Jan Horník</b>                | senátor za obvod č. 1 Karlovy Vary      |    |
| 20. <b>Ing. Zbyněk Linhart</b>            | senátor za obvod č. 33 Děčín            |   |
| 21. <b>Mgr. Luděk Jeništa</b>             | senátor za obvod č. 41 Benešov          |  |
| 22. <b>Ing. Leopold Sulovský</b>          | senátor za obvod č. 71 Ostrava-město    |  |
| 23. <b>Mgr. Jiří Šesták, Ph.D.</b>        | senátor za obvod č. 14 České Budějovice |  |
| 24. <b>Jiří Vosecký</b>                   | senátor za obvod č. 36 Česká Lípa       |  |
| 25. <b>Petr Brátský</b>                   | senátor za obvod č. 25 Praha 6          |  |

jejichž jménem jedná v řízení před Ústavním soudem v této věci **senátor Jiří Čunek**.

Účastník řízení: Ministerstvo zdravotnictví ČR

trojmo

**Návrh na zrušení některých ustanovení vyhlášky č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016**

## I.

### Aktivní legitimace navrhovatelů, procesní náležitosti

Návrh podává skupina senátorů Senátu Parlamentu České republiky.

Aktivní legitimace navrhovatelů vyplývá z ust. § 64 odst. 2 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, v platném znění (dále jako „zákon o Ústavním soudu“).

S ohledem na specifika napadené vyhlášky si navrhovatelé dovolují požádat, ve smyslu ust. § 39 zákona o Ústavním soudu, o přednostní projednání svého návrhu. S ohledem na zmocnění Ministerstva zdravotnictví ČR (viz ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění), jsou jednotlivé vyhlášky vydávány vždy na příslušný kalendářní rok. S ohledem na obvyklou dobu, která uplyne mezi podáním návrhu k Ústavnímu soudu a jeho projednáním, by navrhovatelé zcela chápou příčiny v podobě vysokého a stále rostoucího nápadu věcí na Ústavní soud, existuje významné riziko, že by ústavnost napadené vyhlášky byla de facto nepřezkoumatelná, neboť dříve, než se dostane projednání tohoto návrhu na pořad jednání pléna Ústavního soudu, již půjde o předpis zrušený. Zásadní podstatou tohoto návrhu je nedostatek zmocnění Ministerstva zdravotnictví ČR k vydání vyhlášky č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2016, kdy však rozhodnutí o této otázce není vázáno dobou účinnosti této vyhlášky a je zcela zásadní i po uplynutí roku 2016. Je totiž nanejvýš pravděpodobné, že ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR bude v otázce úhrad zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro rok 2017 postupováno stejným způsobem a je tedy nezbytné rozhodnout o oprávněnosti tohoto postupu.

Navrhovatelé rovněž souhlasí, aby Ústavní soud rozhodl bez ústního jednání.

## II.

### Předmět návrhu

Dne 15.10.2015 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jako „Ministerstvo zdravotnictví“) vyhlášku č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (dále jako „Úhradová vyhláška“). Úhradová vyhláška byla uveřejněna v částce 111 Sbírkky zákonů České republiky a vstoupila v platnost dne 23.10.2015. Účinnosti nabyla Úhradová vyhláška dnem 1.1.2016.

Navrhovatelé se, v souladu s ust. Článku 87 odst. 1 písm. b) Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) ve spojení s ust. § 64 odst. 2 písm. b) zákona o Ústavním soudu, tímto návrhem domáhají zrušení některých ustanovení Úhradové vyhlášky, konkrétně zrušení slov „a e)“ v ust. § 4 odst. 2 Úhradové vyhlášky a zrušení slov „a e)“ v příloze č. 1 k vyhlášce č. 273/2015 Sb. v části B odstavce 2 písm. b).

Napadená ustanovení Úhradové vyhlášky stanoví pro rok 2016 hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro ošetřovatelskou péči poskytovanou na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb (§ 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění), přičemž jsou, dle názoru navrhovatelů, v rozporu s:

- Článkem 1 odst. 1 Ústavy, a to konkrétně v něm obsaženého zákazu libovůle a svévole a zásady předvídatelnosti coby základních hodnot právního státu;
- Článkem 79 odst. 3 Ústavy, neboť Úhradová vyhláška nebyla Ministerstvem zdravotnictví vydána, ve vztahu k ošetřovatelské péči pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, v mezích a na základě zákona (secundum et intra legem), ale mimo zákon (preater legem).

### III.

#### **Poskytovatelé sociálních služeb**

Postavení poskytovatelů sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“). Význam přijetí zákona o sociálních službách, který byl uveřejněn v částce 37 Sbirky zákonů České republiky, a který nabyl účinnosti dnem 1.1.2007, je dvojitý. V první řadě byla přijata komplexní právní úprava v oblasti poskytování sociálních služeb, když dosavadní vycházela ze zákonů přijatých na sklonku osmdesátých let minulého století, kdy bylo na sociální politiku i v oblasti sociálních služeb nahlíženo podstatně odlišným způsobem. Dle důvodové zprávy k návrhu zákona o sociálních službách je *„Hlavním cílem navrhované právní úpravy vytvoření podmínek pro uspokojování potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování. Návrh vychází z obecného principu solidarity ve společnosti a současně podporuje princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti. Zákon o sociálních službách bude zabezpečovat základní rámec k zajištění potřebné podpory a pomoci. Podporou a pomocí se rozumí takové spektrum činností, které jsou nezbytné pro sociální začleňování osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti.“* Podstata významu přijetí zákona o sociálních službách je pak důvodovou zprávou shrnuta následovně: *„Systém sociálních služeb je charakterizován množstvím vztahů založených na objektivních skutečnostech, které mají významný vliv na kvalitu života jedinců i společnosti. Jedná se o vztahy, jejichž význam vyžaduje zákonnou oporu, a to zejména z důvodu ochrany oprávněných zájmů osob, které jsou oslabeny ve schopnosti je prosazovat.“*

Kromě výše uvedeného je však přijetí zákona o sociálních službách dále významné tím, že byly ukončeny dlouholeté diskuse, zda, v tehdejší terminologii ústavy sociální péče, mohou či nemohou poskytovat zdravotní péči a v případě, že mohou, kdo je k poskytování této péče oprávněn, za jakých podmínek a zda má být poskytnutá zdravotní péče hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přestože dle tehdy platného zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), měla být z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena též zdravotní péče v ústavech sociální péče, jakožto zvláštní ambulantní péče<sup>1</sup>, vedly se spory o to, kdo tuto zvláštní ambulantní péči může poskytovat a z jakých zdrojů má být hrazena (zda z prostředků veřejného zdravotního pojištění nebo zda je poskytnutá zdravotní péče součástí sociální péče). Základním problémem byla skutečnost, že dle právních předpisů (ve znění účinných k 31.12.2006) upravujících poskytování zdravotní péče, bylo možno poskytovat zdravotní péči výhradně ve zdravotnických zařízeních<sup>2,3</sup>. Jediným v úvahu připadajícím způsobem byla registrace ústavu sociální péče jako nestátního zdravotnického zařízení, a to postupem dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon stanovil pravidla pro zřizování nestátních zdravotnických zařízení, tj. zdravotnických zařízení, u nichž zřizovatelskou či zakladatelskou funkci nevykonával stát, a podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče. Chtěl-li tedy ústav sociální péče poskytovat zdravotní péči, musel požádat o vydání příslušného oprávnění (registraci) k provozování nestátního zdravotnického zařízení. Pokud by zdravotní péči poskytoval svými zaměstnanci bez příslušné registrace, jednal by contra legem<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> § 22 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2006, dle kterého *„Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako: d) zdravotní péče v ústavech sociální péče.“*

<sup>2</sup> § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, dle kterého *„Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.“*

<sup>3</sup> § 18 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle kterého *„Zdravotní péči poskytují ve zdravotnických zařízeních, nebo je-li to nezbytné s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, na jiném místě, kde je nutno péči poskytnout, zdravotničtí pracovníci, popřípadě další odborní pracovníci ve zdravotnictví, a to v rozsahu své odborné způsobilosti. Jiní zdravotničtí pracovníci než lékaři poskytují hrazenou péči na základě ordinace ošetřujícího lékaře, není-li dále stanoveno jinak.“*

Získání registrace však ještě nevedlo k uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče s příslušnou zdravotní pojišťovnou, na základě které by poskytnutá zdravotní péče byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění<sup>4</sup>, ale toliko k právu zúčastnit se výběrového řízení<sup>5</sup>, jehož závěr však nezakládá právo na uzavření smlouvy<sup>6</sup>.

Značně chaotická a právně nejistá situace týkající se poskytování zdravotní péče ústavy sociální péče byla do jisté míry stabilizována rozhodovací činností soudů, které, zpravidla na podnět právě ústavů sociální péče, řešily spory v této věci<sup>7</sup>. Judikaturu lze shrnout do následujících závěrů:

- ústavy sociální péče poskytují svým obyvatelům vedle péče sociální též péči zdravotní;
- zdravotní péče, na kterou má každý občan nárok na základě čl. 31 Listiny základních práv a svobod, a která je poskytována obyvatelům ústavů sociální péče podle § 22 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění jako tzv. zvláštní ambulantní péče, musí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění;
- ústavy sociální péče mohou být registrovány jako nestátní zdravotnické zařízení podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, přičemž tato registrace zároveň ústav aktivně legitimuje k účasti na výběrovém řízení podle § 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění a na jeho základě k uzavření smlouvy podle § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Zákon o sociálních službách je zcela zjevně, alespoň co do, dle dnešní terminologie poskytování zdravotních služeb poskytovateli sociálních služeb, koncipován dle výše uvedených judikatorních závěrů s přihlédnutím k problémům z nich plynoucím (např. získání registrace nestátního zdravotnického zařízení, účast na výběrovém řízení). Tímto zákonem bylo předně legislativně zakotveno, že v případě pobytových zařízeních sociálních služeb<sup>8</sup> jsou klientům vedle služeb sociálních poskytovány též zdravotní služby, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Zákonem o sociálních službách, ve znění účinném do 31.7.2009, byla dokonce výslovně stanovena povinnost poskytovatele sociálních služeb zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové sociální služby<sup>9</sup>. Poskytování zdravotních služeb je nedílnou součástí poskytování služeb sociálních, bez nichž by nemohlo dojít ani k naplnění účelu zákona o sociálních službách, kterým je poskytování pomoci a

<sup>4</sup> § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2006, dle kterého „*Za účelem věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízení podle zvláštního zákona, smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.*“

<sup>5</sup> § 46 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2006, dle kterého „*Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče se koná výběrové řízení. Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.*“

<sup>6</sup> § 52 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2006, dle kterého „*Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení a ke stanoviskům vyhlašovatele při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení a stanovisko vyhlašovatele nezakládají právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.*“

<sup>7</sup> Např. rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 29.9.1997, čj. 39 Co 261/97-57

<sup>8</sup> Týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem

<sup>9</sup> § 36 zákona o sociálních službách, ve znění účinném do 31.7.2009, dle kterého „*Poskytovatel sociálních služeb je povinen zajistit zdravotní péči osobám, kterým poskytuje pobytové služby v zařízeních sociálních služeb uvedených v § 34 odst. 1 písm. c) až f). Tuto povinnost plní formou zvláštní ambulantní péče poskytované podle zvláštního právního předpisu a) prostřednictvím zdravotnického zařízení, b) jde-li o ošetřovatelskou a rehabilitační péči především prostřednictvím svých zaměstnanců, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu; rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění stanoví zvláštní právní předpis.*“

podpory fyzickým osobám, které jsou oslabeny ve schopnosti prosazovat své oprávněné zájmy. Obzvláště to platí právě v případě pobytových zařízení sociálních služeb, jejichž klienti využívají tyto služby zpravidla doživotně (zejména v případě domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem), a které své služby poskytují ve formě ústavní resp. lůžkové péče. Ostatně v této věci důvodová zpráva k návrhu zákona o sociálních službách k ust. § 36 uvádí, že „v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami, zejména domovech pro seniory a domovech pro osoby se zdravotním postižením, jsou poskytovány sociální služby také osobám se stabilně zhoršeným zdravotním stavem, kterým musí být zajištěna zdravotní péče. Stanoví se povinnost poskytovatelů sociálních služeb zajistit potřebnou zdravotní péči. Tuto povinnost mohou plnit tak, že zdravotní péči bude poskytovat zdravotnické zařízení nebo v rozsahu ošetrovatelské zdravotní péče sám poskytovatel sociálních služeb, pokud jeho zaměstnanci mají odbornou způsobilost k poskytování takové zdravotní péče.“

I za účelem naplnění povinnosti poskytovatelů pobytových sociálních služeb zajistit zdravotní péči svým klientům, došlo zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, k novelizaci souvisejících právních předpisů. V této souvislosti se především jednalo o změnu:

- ust. § 11 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který s účinností od 1.1.2007 zněl: „Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony. Zdravotní péči poskytují dále zařízení sociálních služeb s pobytovými službami, jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační zdravotní péči o pojištěnce v nich umístěné, a to za podmínek a v rozsahu stanoveném ve zvláštním právním předpisu.“
- zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to tak, že:
  - za stávající § 17 byl vložen nový § 17a, který s účinností od 1.1.2007 zněl: „Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona zvláštní smlouvy s těmito zařízeními sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů.“
  - druhy zvláštní ambulantní péče, jakožto péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, upravené v § 22 zákona o veřejném zdravotním pojištění, byly s účinností od 1.1.2007 rozšířeny o novou formu, kterou je „ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu tato zařízení uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.“

Jak již bylo shora uvedeno, přijetím zákona o sociálních službách a změnou souvisejících právních předpisů, byly odstraněny pochybnosti, zda zařízení sociálních služeb (dříve ústavy sociální péče) mohou poskytovat zdravotní péči, a zda tato péče podléhá úhradě z veřejného zdravotního pojištění. Pobytová zařízení sociálních služeb tedy mohla poskytovat vlastními odborně způsobilými zaměstnanci ošetrovatelskou a rehabilitační péči svým klientům, a to na základě ordinace ošetřujícího lékaře, pokud byla za tímto účelem uzavřena zvláštní smlouva se zdravotní pojišťovnou. Na uzavření zvláštní smlouvy měla pobytová zařízení sociálních služeb ze zákona o veřejném zdravotním pojištění nárok (byla stanovena kontraktační povinnost), pokud o uzavření požádala a prokázala odbornou způsobilost svých zaměstnanců. Kontraktační povinností zdravotních pojišťoven tak byl uzákoněn nárok klientů pobytových zařízení sociálních služeb na poskytnutí komplexní sociálně-zdravotní péče, který je vyjádřením hlavního účelu zákona o sociálních službách, tj. ochrana oprávněných zájmů osob, které

z důvodu věku či nepříznivého zdravotního stavu ztratily schopnost tyto zájmy prosazovat nebo u nichž je tato schopnost oslabena.

Z právní úpravy provedené s účinností od 1.1.2007 však lze dovodit ještě jeden závěr, který je podstatný pro podání tohoto návrhu. Do této doby musely být ústavy sociální péče, pokud chtěly poskytovat zdravotní péči, registrovány postupem dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, a byly tak postaveny na roveň zdravotnických zařízeních, včetně veškerých práv a povinností, které se na zdravotnická zařízení vztahovala. Tento princip však byl změnou zákonů, k nimž došlo v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, opuštěn. Pobytová zařízení sociálních služeb, pokud se jednalo o poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče svým klientům, nepotřebovala nadále žádné veřejnoprávní povolení, pokud byla tato péče poskytována vlastními odborně způsobilými zaměstnanci. Současně novelizované právní předpisy (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákon o veřejném zdravotním pojištění) zcela důsledně rozlišovaly mezi postavením zdravotnických zařízení a zařízeních sociálních služeb, včetně práv a povinností s tím souvisejících. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tak zařízením sociálních služeb „pouze“ stanovoval povinnosti ve vztahu k vedení a nakládání se zdravotnickou dokumentací a plnění některých informačních povinností<sup>10</sup>. V případě zákona o veřejném zdravotním pojištění však bylo rozdílné postavení zdravotnických zařízení a zařízení sociálních služeb ještě výraznější:

- Předně zařízení sociálních služeb nebyla, s ohledem na kontraktační povinnost zdravotní pojišťovny, součástí sítě zdravotnických zařízení, kterou vytváří zdravotní pojišťovna prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Síť smluvních zdravotnických zařízení tvoří výhradně zdravotnická zařízení<sup>11</sup>.
- S ohledem na kontraktační povinnost zdravotní pojišťovny nevzniká zařízením sociálních služeb ani povinnost k účasti na výběrovém řízení ve smyslu ust. § 47 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění.
- Zdravotnická zařízení uzavírala **smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče** dle ust. § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, zatímco zařízení sociálních služeb dle ust. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění uzavírala **zvláštní smlouvu**.
- V případě uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se tato řídila rámcovou smlouvou (§ 17 odst. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Zvláštní smlouvy uzavírané se zařízeními sociálních služeb se však rámcovou smlouvou neřídily.

Přestože v období od 1.1.2007 byla výše uvedená stěžejní ustanovení příslušných právních předpisů (§ 36 zákona o sociálních službách, § 17a a § 22 zákona o veřejném zdravotním pojištění) novelizována, nikterak se nezměnilo postavení pobytových zařízení sociálních služeb při poskytování ošetrovatelské péče, přičemž shora uvedené závěry popisující stav po přijetí zákona o sociálních službách jsou platné i v současné době. Na těchto závěrech se však nic nemění ani po přijetí zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), který nabyl účinnosti dnem 1.4.2013. Zákon o zdravotních službách nahradil již překonanou úpravu provedenou zejména zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, které byly tímto zákonem zrušeny a představuje zákon kodexového typu obsahující obecnou právní úpravu, novou terminologii, základní podmínky poskytování zdravotních služeb, postavení státu, poskytovatele zdravotních služeb a pacienta a jejich vzájemné vztahy. Přijetím tohoto zákona bylo kontinuálně převzato postavení zařízení sociálních služeb

<sup>10</sup> § 67f zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění účinném od 1.1.2007, dle kterého „Ustanovení § 67a až 67e se použijí přiměřeně pro poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče zařízením sociálních služeb podle § 11 odst. 1 věty třetí.“

<sup>11</sup> § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném od 1.1.2007, dle kterého „Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).“

z dob účinnosti zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zachováno důsledné rozlišení mezi poskytováním zdravotních služeb poskytovatelem zdravotních služeb a poskytováním zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb. Zatímco k poskytování zdravotních služeb je oprávněna fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb<sup>12</sup>, poskytovat zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o sociálních službách lze bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb<sup>13</sup>. Krom toho, se na poskytovatele sociálních služeb vztahuje z celého katalogu práv a povinností vyplývajících ze zákona o zdravotních službách pouze omezený taxativní výčet<sup>14</sup>.

V současné době v případě pobytových zařízení sociálních služeb platí:

- Klientům pobytových zařízení sociálních služeb je poskytována ošetrovatelská a rehabilitační péče prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání<sup>15</sup>.
- Ošetrovatelská péče se poskytuje formou zvláštní ambulantní péče<sup>16</sup> na základě ordinace ošetroujícího lékaře, přičemž se jedná o péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.
- Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče uzavírají pobytová zařízení sociálních služeb se zdravotní pojišťovnou zvláštní smlouvu, v níž se mj. sjednávají též podmínky úhrady.
- Zvláštní smlouvu je příslušná zdravotní pojišťovna povinna uzavřít, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a prokáže, že ošetrovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání. Pobytová zařízení sociálních služeb tedy neabsolvují výběrové řízení postupem dle ust. § 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění.
- V zařízeních sociálních služeb je možné poskytovat zdravotní služby bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách.

#### IV.

##### **Postavení poskytovatelů sociálních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění**

Současně s vytvořením podmínek pro poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče pobytovými zařízeními sociálních služeb, musel být též zvolen způsob úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění. Pro tento případ byl zvolen tzv. výkonový způsob úhrady, tj. úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, upraveném vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „vyhláška č. 134/1998 Sb.“). Vyhláškou č. 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., byla s účinností od 1.1.2007 vytvořena nová odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách (dále jen „odbornost 913“) a příslušné výkony této odbornosti. Všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb, přičemž poskytnutá zdravotní péče se vykazuje na základě ordinace ošetroujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913<sup>17</sup>.

<sup>12</sup> § 2 odst. 1 zákona o zdravotních službách

<sup>13</sup> § 11 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách

<sup>14</sup> § 11 odst. 8 zákona o zdravotních službách, dle kterého „*Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb podle odstavce 2 písm. b) je poskytovatel sociálních služeb povinen před jejich započítáním oznámit krajskému úřadu příslušnému podle místa jejich poskytování. Při poskytování zdravotních služeb je poskytovatel sociálních služeb povinen dodržovat povinnosti stanovené poskytovateli v § 45 odst. 1, odst. 2 písm. n), § 51 odst. 1 a § 53 odst. 1.*“

<sup>15</sup> § 36 zákona o sociálních službách

<sup>16</sup> § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění

<sup>17</sup> Část 1. Textová část, kapitola 4, bod 40 přílohy k vyhlášce, ve znění účinném od 1.1.2007



Při úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, která byla poskytnuta klientům pobytových zařízení sociálních služeb, tedy vystupují tři subjekty. Zdravotní pojišťovna, ošetřující lékař a pobytové zařízení sociálních služeb. Ošetřujícím lékařem<sup>18</sup> se rozumí zejména registrující lékař (dříve praktický lékař) nebo ambulantní specialista, který má klienty pobytového zařízení sociálních služeb ve své péči. Ošetřující lékař je poskytovatelem zdravotních služeb, který disponuje vlastním oprávněním pro poskytování zdravotních služeb a má se zdravotní pojišťovnou uzavřenu, dle ust. § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb. Ve své podstatě se jedná o libovolného registrujícího lékaře, jehož vztah k pobytovému zařízení sociálních služeb je definován pouze tím, že někteří jeho pacienti jsou zároveň klienty sociálního zařízení. O tyto své pacienty pak ošetřující lékař pečuje mj. tak, že na základě sestaveného ošetrovatelského plánu objednává provedení konkrétních zdravotních výkonů u pobytového zařízení sociálních služeb, které tyto výkony provede vlastními zaměstnanci s příslušnou odbornou způsobilostí. Má-li pobytové zařízení sociálních služeb uzavřenu, ve smyslu ust. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, zvláštní smlouvu, je následně oprávněno poskytnutou zdravotní péčí zdravotní pojišťovně vykázat. Konkrétní postup stanoví Metodika pro pořizování a předávání dokladů, kterou vyhotovují zdravotní pojišťovny (dále jen „Metodika“). Dle Metodiky ordinuje ošetřující lékař poskytnutí ošetrovatelské a rehabilitační péče prostřednictvím dokladu VZP-06orp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP, ve kterém mj. uvádí číslo požadovaného zdravotního výkonu a slovní specifikaci požadavku. Pokud takto naordinovanou péčí poskytuje jiný odborný zdravotnický pracovník než ošetřující lékař (např. všeobecná sestra v zařízení sociálních služeb), pak je zařízení pobytových služeb oprávněno zdravotní pojišťovně vykázat pouze péči nejvýše v rozsahu uvedeném v dokladu VZP-06orp/2009 Poukaz na vyšetření/ošetření ORP. Jinými slovy pobytové zařízení sociálních služeb má nárok na úhradu poskytnuté péče pouze v rozsahu objednávky ošetřujícího lékaře, který poskytnutí této péče vyhodnotil jako potřebnou, přičemž se jedná o samostatného poskytovatele zdravotních služeb stojícího mimo smluvní vztah zdravotní pojišťovny a pobytového zařízení sociálních služeb.

V případě výkonového způsobu úhrady je přirozeně dále nutné určit, kdo je oprávněn stanovit hodnotu bodu, neboť jinak by nebylo možné převést objem poskytnuté zdravotní péče na finanční plnění. Posouzení otázky, zda je Ministerstvo zdravotnictví oprávněno stanovit pobytovým zařízením sociálních služeb hodnotu bodu Úhradovou vyhláškou, je zcela zásadní pro posouzení tohoto návrhu. Zákon o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2015, zmocňuje ke stanovení hodnoty bodu Ministerstvo zdravotnictví, a to ust. § 17 odst. 5, dle kterého *„Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“* Přestože bylo toto ustanovení několikrát novelizováno, byl vždy zachován stejný princip cenotvorby. V rámci dohodovacího řízení je nejprve ponechán prostor pro zdravotní pojišťovnu a poskytovatele zdravotních služeb k dosažení dohody tak, aby ekonomické požadavky poskytovatelů byly prosazeny při zachování finanční stability systému zdravotního pojištění. Pokud k takové dohodě dojde a je v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, je Ministerstvem zdravotnictví vydána

<sup>18</sup> § 18 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění

jako vyhláška. Pokud k dohodě nedojde, případně je v rozporu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu samo Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Je nepochybné, že Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno stanovit hodnotu bodu a další podmínky úhrad zdravotních služeb pouze těch poskytovatelů, kteří jsou legitimováni být účastníky dohodovacího řízení, a to bez ohledu na skutečnost, zda se tito poskytovatelé dohodovacího řízení účastnili či nikoliv. Dohodovacího řízení se na straně jedné účastí zdravotní pojišťovny a na straně druhé profesní sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Historickým a gramatickým výkladem ust. § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění však lze dospět k závěru, že „smluvními poskytovateli“ nejsou pobyťová zařízení sociálních služeb, byť poskytují zdravotní služby a jsou ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Důvody vedoucí k těmto závěrům jsou následující:

- Smluvním poskytovatelem je bezpochyby poskytovatel, který je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Pojem poskytovatel je legislativní zkratkou vyplývající z ust. § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění, dle kterého má pojištěnec právo „na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky (dále jen „poskytovatel“), který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně, .....“ a jedná se tedy o poskytovatele zdravotních služeb. Legislativní zkratka se stala součástí zákona o veřejném zdravotním pojištění na základě zákona č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. Dle důvodové zprávy k návrhu tohoto zákona je důvodem změny zákona o veřejném zdravotním pojištění skutečnost předložení návrhu zákona o zdravotních službách, který zavádí terminologicky i obsahově novou právní úpravu zdravotních služeb dosud upravených jako zdravotní péče. Cílem navrhované právní úpravy bylo zajistit soulad dotčených právních předpisů s návrhem zákona o zdravotních službách, neboť po nové úpravě vztahů v oblasti poskytování zdravotních služeb by mnohé právní úpravy byly zcela nesrozumitelné nebo duplicitní. Pojem poskytovatel zdravotních služeb dle zákona o veřejném zdravotním pojištění je tedy třeba vykládat v kontextu se zákonem o zdravotních službách, dle kterého je poskytovatelem výhradně fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb a nelze jej zaměňovat s poskytováním zdravotních služeb v zařízení sociálních služeb. Jak již bylo výše v části III. Poskytovatelé sociálních služeb uvedeno, v zařízeních sociálních služeb je možné poskytovat zdravotní služby bez oprávnění dle zákona o zdravotních službách.
- Před přijetím zákona č. 369/2011 Sb., avšak v době účinnosti zákona o sociálních službách, tj. v období od 1.1.2007 do 31.3.2012, se dohodovacího řízení účastnily zdravotní pojišťovny na straně jedné a profesní sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Poskytovatelé sociálních služeb tedy nebyli legitimováni k účasti na dohodovacím řízení, přičemž na této skutečnosti ničeho nezměnila ani novela provedená č. 369/2011 Sb., na základě které byly provedeny pouze terminologické změny, nebyla však změněna podstata zmocňovacího ustanovení uvedeném v § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ani okruh účastníků dohodovacího řízení.
- Dle ust. § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní pojišťovna „*povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny (dále jen „síť“).* Smluvním poskytovatelem dle tohoto ustanovení tedy není každý subjekt ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou, ale pouze ten, s nímž zdravotní pojišťovna uzavřela **smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb**. S poskytovateli sociálních služeb jsou však za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské péče uzavírány dle ust. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění **zvláštní smlouvy**, nikoliv **smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb**.

Shrnutím shora uvedené je tedy možné učinit závěr, že Ministerstvo zdravotnictví je na základě zmocnění ust. § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění oprávněno stanovit hodnoty bodu,

výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro smluvní poskytovatele, kteří jsou legitimováni k účasti v dohodovacím řízení. K účasti v dohodovacím řízení jsou však oprávněni pouze fyzické a právnické osoby, která mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách a mají uzavřenu **smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb** dle ust. § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Poskyvatelé pobytových sociálních služeb však nejsou, ve smyslu zákona o veřejném zdravotním pojištění, smluvními poskytovateli, byť jsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami a hrazené služby poskytují. Tyto závěry jsou zjevně též důvodem, proč po dobu účinnosti zákona o sociálních službách, nebyla odbornost 913, resp. ošetrovatelská péče poskytovaná pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, nikdy předmětem vyhlášky o stanovení hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení vydávané Ministerstvem zdravotnictví na základě zmocnění zákona o veřejném zdravotním pojištění. K úpravě odbornosti 913 došlo poprvé až v Úhradové vyhlášce pro rok 2016, což je zjevným excesem Ministerstva zdravotnictví a překročením zákonného zmocnění k vydání Úhradové vyhlášky.

Výše uvedené závěry, že není možné pobytové zařízení sociálních služeb ztotožňovat se smluvním poskytovatelem zdravotních služeb, potvrzuje ostatně samotné znění Úhradové vyhlášky, které vymezením předmětu vylučuje její aplikovatelnost na pobytová zařízení sociálních služeb. Dle ust. § 1 Úhradové vyhlášky, tato stanoví pro rok 2016 hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 18, poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb uvedených pod písm. a) až k). V § 4 odst. 2 Úhradové vyhlášky se sice pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění odkazuje na přílohu č. 1, avšak mezi smluvními poskytovateli zdravotních služeb taxativně uvedenými v § 1 písm. a) až k) Úhradové vyhlášky nejsou pobytová zařízení sociálních služeb uvedena. Je nepochybné, že parametry úhrad uvedených v jednotlivých přílohách Úhradové vyhlášky jsou aplikovatelná pouze v případě kumulativního splnění obou podmínek, tj. jedná se úhrady uvedené v § 3 až 18 Úhradové vyhlášky a současně se jedná o úhrady poskytované smluvními poskytovateli zdravotních služeb, kde však pobytová zařízení sociálních služeb absentují. Ministerstvo zdravotnictví tedy na jednu stranu sice deklaruje úmysl stanovit hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro ošetrovatelskou péči poskytovanou pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, avšak současně pobytová zařízení sociálních služeb nepovažuje za smluvní poskytovatele zdravotních služeb a není tedy splněna podmínka nezbytná pro to, aby bylo lze aplikovat přílohu č. 1 Úhradové vyhlášky na pobytová zařízení sociálních služeb.

Navrhovatelům je přirozeně známa skutečnost, že oblast poskytování zdravotních služeb, které jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, je oblastí podléhající regulaci ze strany státu, neboť systém veřejného pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, který se získává na základě povinnosti platit pojistné zdravotního pojištění. Zařízení sociálních služeb však při poskytování ošetrovatelské péče nejsou neregulovány. Zmocnění Ministerstva zdravotnictví k regulaci úhrad hrazených služeb totiž není jediným zmocněním k cenové normotvorbě. Ministerstvo zdravotnictví je k regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb zmocněno též zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách, v platném znění (dále jen „zákon o cenách“) ve spojení se zákonem č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, v platném znění (dále jen „zákon o působnosti orgánů ČR v oblasti cen“). Dle § 2a odst. 1 zákona o působnosti orgánů ČR v oblasti cen vykonává Ministerstvo zdravotnictví působnost při uplatňování a regulaci cen u zdravotních výkonů, léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, stomatologických výrobků a zdravotnických prostředků. S odkazem na zákon o cenách a zákon o působnosti orgánů ČR v oblasti cen byl ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví v částce 19 zveřejněn, ostatně jako každý rok, Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2016/DZP ze dne 1.12.2015 o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů (dále jen „Cenový předpis“). Dle Cenového předpisu:

- se hrazenými službami rozumí zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů;
- se reguluje hodnota bodu pro zdravotní výkony, kde se pro účely vyúčtování a úhrady použije vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;
- maximální cena jednoho bodu je 1,12 Kč a maximální cena zdravotního výkonu je v případě ambulantní zdravotní péče součinem celkového počtu bodů za výkon a maximální ceny jednoho bodu s tím, že celkový počet bodů se vypočte jako součet bodů za výkon a času vynásobeného minutovou režijní sazbou.

Pokud jsou poskytovatelé sociálních služeb vyloučeni z účasti na dohodovacím řízení, pak je právě Cenový předpis regulativem jimi poskytnutých zdravotních služeb. Ostatně regulovat ze zdravotního pojištění hrazené zdravotní služby poskytnuté pobytovými zařízeními sociálních služeb jinak než stanovením výše hodnoty bodu je nesmyslné, neboť ošetrovatelská péče se poskytuje výhradně na základě objednávky ošetřujícího lékaře. Pobytové zařízení sociálních služeb nemá žádný vliv na objem poskytnuté péče a může vykonat a vykázat pouze takovou péči, kterou klientovi naordinoval jeho ošetřující lékař. Ostatně sama skutečnost, že pobytové zařízení sociálních služeb je oprávněno vykonat a zdravotní pojišťovně vykázat pouze indukovanou péči, je pro pobytová zařízení sociálních služeb již regulujícím prvkem, který znemožňuje nadhodnocovat objem poskytnuté péče.

## V.

### Postup při přijetí úhradové vyhlášky

Úhradová vyhláška byla Ministerstvem zdravotnictví vydána ve smyslu ust. § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to po předchozím dohodovacím řízení, které probíhalo od 1.4.2015 do 19.8.2015 za účasti:

- skupiny poskytovatelů mimoústavních ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů;
- skupiny poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb;
- skupiny poskytovatelů ambulantních stomatologických služeb
- skupiny poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost;
- skupiny poskytovatelů mimoústavních laboratorních a radiodiagnostických služeb;
- skupiny poskytovatelů fyzioterapie – nelékařských profesí;
- skupiny poskytovatelů domácích zdravotních služeb;
- skupiny poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, přepravy pacientů neodkladné péče a lékařské služby první pomoci, vyjma stomatologické;
- skupiny poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích;
- skupiny poskytovatelů následné lůžkové péče;
- skupiny poskytovatelů zdravotnické dopravní služby;
- skupiny poskytovatelů lázeňské léčebně rehabilitační péče a zdravotní péče v ozdravnách;
- České průmyslové zdravotní pojišťovny;
- Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a ve stavebnictví;
- Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny;
- Vojenské zdravotní pojišťovny ČR;
- Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR;
- Zaměstnanecké pojišťovny Škoda;
- Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR.

Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (dále jen „návrh úhradové vyhlášky“) byl, v souladu s Legislativními pravidly vlády, předložen

k projednání pracovní komisi Legislativní rady vlády (dále jen „Pracovní komise“). Předmětem návrhu úhradové vyhlášky bylo dle ust. § 1 stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb „poskytovaných pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), a dále hrazených služeb poskytovaných pojištěncům z ostatních členských států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru a Švýcarské konfederace podle přímo použitelných předpisů Evropské unie upravujících koordinaci systémů sociálního zabezpečení<sup>17)</sup> a pojištěncům dalších států, se kterými má Česká republika uzavřeny mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení vztahující se i na oblast hrazených služeb<sup>18)</sup>, (dále jen „zahraniční pojištěnec“), a regulační omezení pro úhrady uvedené v § 3 až 15“ poskytované mj. poskytovateli ambulantní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů (§ 1 písm. g) návrhu úhradové vyhlášky). Dle ust. § 10 návrhu úhradové vyhlášky se hodnota bodu a výše úhrad hrazených služeb pro hrazené služby poskytované poskytovateli ambulantní zdravotní péče v odbornostech 911, 913, 914, 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů hrazené podle seznamu výkonů stanoví v příloze č. 6, přičemž dle této přílohy měly být zdravotní služby hrazeny následovně:

#### **„Hodnota bodu a výše úhrad podle § 10**

1. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.
2. Pro poskytovatele hrazených služeb poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 913, 914, 916, 921 a 925 celková výše úhrady poskytovateli nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$POPic z \times PUROIc z \times 1,01,$$

kde:

**POPic z** počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období,  
**PUROIc z** průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období.

3. Výše úhrady se stanoví podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony s hodnotou bodu:

- a) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 913 a 925 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.
- b) Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornosti 911, 914, 916 a 921 podle seznamu výkonů se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

4. U poskytovatele, s nímž zdravotní pojišťovna nasmlouvala oproti referenčnímu období nové výkony, jejichž vlivem dojde v některé odbornosti k nárůstu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce či průměrnému počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce, se celková výše úhrady poskytovateli podle bodu 2 navýší o hodnotu poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných nově nasmlouvaných výkonů, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků. Nově nasmlouvané výkony se pro tyto účely ocení podle seznamu výkonů s použitím hodnoty bodu podle bodu 3.

5. U poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, neměl smlouvu se zdravotní pojišťovnou, popřípadě který neposkytoval hrazené služby v dané odbornosti, u kterého nelze výši referenčních hodnot stanovit z důvodu, že poskytovatel vznikl v průběhu referenčního období, nebo který ošetřil v referenčním období 50 a méně pojištěnců, použije zdravotní pojišťovna pro účely výpočtu průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce podle bodu 2 hodnotu za referenční období srovnatelných poskytovatelů.

6. Měsíční předběžná úhrada se poskytne poskytovateli ve výši jedné dvanáctiny 101 % objemu úhrady za referenční období. Předběžné úhrady za hodnocené období se finančně vypořádají v rámci celkového finančního vypořádání, a to nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.“

[toliko z citace přílohy č. 6 návrhu úhradové vyhlášky předložené Ministerstvem zdravotnictví Pracovní komisí]

K návrhu úhradové vyhlášky přijala Pracovní komise stanovisko, v němž členové komise souhlasí s vydání vyhlášky, avšak při respektování této připomínky: „Členové komise upozorňují na to, že návrh vyhlášky je v určitém rozporu se zákonným zmocněním, představovaným § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, kdy vydání takové vyhlášky předchází dohodovací řízení poskytovatelů zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Pobytová zařízení sociálních služeb – odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách – nejsou poskytovateli zdravotních služeb, ale poskytovateli sociálních služeb, byť zabezpečují v určitém rozsahu i služby zdravotní. Proto tato odbornost nemůže být navrhovanou vyhláškou upravena – její poskytovatelé, reprezentovaní Asociací poskytovatelů sociálních služeb se neúčastnili a ani nemohli účastnit dohodovacího řízení, požadovaného zákonem č. 48/1997 Sb. jako obligatorní krok před vydáním vyhlášky, neboť nejde o reprezentanty poskytovatelů zdravotních služeb. Ošetrovatelská péče, kterou poskytují všeobecné sestry v zařízeních poskytovatelů sociálních služeb, má být hrazena na základě zvláštní smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, uzavřené podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb., a nikoliv podle smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou uzavřenou podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. Z těchto důvodů požadovala Pracovní komise vypustit slovo „913“ z ust. § 1 písm. g), z § 10 a dalších ustanovení návrhu úhradové vyhlášky.

Ministerstvo zdravotnictví sice slova „913“ z návrhu úhradové vyhlášky vypustilo, zároveň však upravilo znění § 4 odst. 2 Úhradové vyhlášky, dle kterého se v příloze č. 1 stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované mj. poskytovateli zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, což je ošetrovatelská péče poskytovaná pobytovými zařízeními sociálních služeb v odbornosti 913. Ministerstvo zdravotnictví ČR tedy tímto svým postupem zcela flagrantním způsobem obešlo nejen stanovisko Pracovní komise, ale též Legislativní pravidla vlády (dále jen „Legislativní pravidla“). Tím, že v konečném znění Úhradové vyhlášky byla odbornost 913 nahrazena odkazem na zákon o veřejném zdravotním pojištění, nadále trvá stanovisko Pracovní komise, kterým namítá překročení zákonného zmocnění Ministerstva zdravotnictví k vydání Úhradové vyhlášky dle čl. 16 odst. 9<sup>19</sup> Legislativních pravidel. Vzhledem k této skutečnosti mělo Ministerstvo zdravotnictví dále postupovat dle čl. 16 odst. 11<sup>20</sup> Legislativních pravidel a předložit návrh úhradové vyhlášky ke stanovisku Legislativní radě vlády a následně případně též ke stanovisku Vládě ČR ve smyslu čl. 16 odst. 12<sup>21</sup> Legislativních pravidel. Tento postup však Ministerstvo zdravotnictví zcela ignorovalo.

V této souvislosti též nelze nepřipomenout, že se, bez jakéhokoliv předchozího projednání či vyčlenění dopadu na veřejné rozpočty, zcela zásadním způsobem změnil způsob hrazení odbornosti 913, neboť původně měla být tato odbornost hrazena způsobem uvedeným v příloze č. 6 návrhu úhradové vyhlášky a po úpravě ze strany Ministerstva zdravotnictví má být hrazena způsobem uvedeným v příloze č. 1 Úhradové vyhlášky. Jednotlivé přílohy Úhradové vyhlášky však upravují způsoby hrazení zdravotních služeb pro jednotlivé segmenty jejich poskytovatelů a není možné bez dalšího jednotlivé odbornosti „přehazovat“ z jedné přílohy do druhé.

<sup>19</sup> Čl. 16 odst. 9 Legislativních pravidel, dle kterého „Pracovní komise ve stanovisku uvede, zda a) doporučuje vydání vyhlášky v navržené podobě; b) doporučuje vydání vyhlášky v navržené podobě po zapracování změn uvedených ve stanovisku; v takovém případě uvede konkrétní připomínky k jednotlivým ustanovením návrhu vyhlášky, ve kterých navrhne způsob, jak navržené ustanovení upravit, popřípadě konkrétní úpravu navrženého ustanovení; c) nedoporučuje vydání vyhlášky v navržené podobě z toho důvodu, že návrh obsahuje nedostatky podle odstavce 11 písm. a), b) nebo c); v takovém případě uvede konkrétní důvody, o které se tyto výhrady opírají.“

<sup>20</sup> Čl. 16 odst. 11 písm. a) Legislativních pravidel, dle kterého pokud orgán, který návrh vyhlášky vypracoval, nesouhlasí se stanoviskem pracovní komise v té jeho části, v níž se namítá překročení zákonného zmocnění k vydání vyhlášky, předloží věc ke stanovisku Legislativní radě vlády.

<sup>21</sup> Čl. 16 odst. 12 Legislativních pravidel, dle kterého „Pokud orgán, který návrh vyhlášky vypracoval, nesouhlasí se stanoviskem Legislativní rady, zaujatým podle odstavce 11, předloží věc ke stanovisku vlády.“

## VI.

### Další nedostatky Úhradové vyhlášky

Krom výše uvedeného navrhovatelé poukazují na další nedostatky Úhradové vyhlášky, a to zejména absenci nároku na dorovnání či kompenzaci v případě řádného plnění povinností, absenci pravidel pro úhradu v případě nově vzniklého pobytového zařízení sociálních služeb a neurčitost pojmu „srovnatelný poskytovatel“.

Úhradová vyhláška stanoví v části B odstavci 2 písm. b) přílohy č. 1 k vyhlášce č. 273/2015 Sb. maximální a nepřekročitelnou celkovou výši úhrady pro rok 2016, která se stanoví následovně:

**POPzpo x PUROo x 1,03,**

kde:

- POPzpo** počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti v hodnoceném období, tj. v roce 2016
- PUROo** průměrná úhrada za výkony, včetně zvláště účtovaného materiálu a zvláště účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti poskytovatelem v roce 2015.

Smyslem stanovení maximální výše úhrady za výkony v roce 2016 je bezpochyby zajištění efektivního poskytování zdravotní péče, resp. zamezení plýtvání prostředky veřejného zdravotního pojištění. Úhradová vyhláška však žádným způsobem neřeší situaci, kdy k překročení takto stanoveného limitu dojde nikoliv z důvodu plýtvání či nadužívání, ale v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany pobytového zařízení sociálních služeb, což je v tomto případě výkon ošetrovatelské péče v objemu, který byl předepsán indikujícím lékařem. Pobytová zařízení sociálních služeb nemohou v případě dosažení maximálního limitu úhrad pro rok 2016 odmítnout poskytování potřebné indukované péče svým klientům. Právě absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tyto situace, byl jedním z důvodů zrušení vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, a to nálezem Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013. I přes skutečnost, že napadená povinnost neobstála v kroku testu proporcionality a byla shledána v rozporu s právem na podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (viz nález Pl. ÚS 19/13 bod 74), Ministerstvo zdravotnictví opětovně v Úhradové vyhlášce tento závěr Ústavního soudu ignoruje.

Úhradová vyhláška dále žádným způsobem neřeší situaci těch pobytových zařízení sociálních služeb, kteří v roce 2015 neexistovaly, neměly smlouvu se zdravotní pojišťovnou nebo u nichž nelze stanovit hodnotu PUROo z důvodu, že pobytové zařízení sociálních služeb vzniklo v průběhu roku 2015. V části B odstavci 2 písm. c) přílohy č. 1 k vyhlášce č. 273/2015 Sb. se řeší pouze situace, kdy pobytovým zařízením sociálních služeb bylo ošetřeno v referenčním období (tj. v roce 2014) deset a méně pojištěnců. Není tedy zřejmé, jakým způsobem bude postupováno v případech neexistence pobytového zařízení sociálních služeb v roce 2015, zda bude mít toto zařízení nárok na úhradu veškeré poskytnuté péče či zda je zdravotní pojišťovna oprávněna vycházet z údajů „srovnatelných poskytovatelů“. V této části je tedy Úhradová vyhláška neurčitá a nesrozumitelná.

Nesrozumitelnost a neurčitost Úhradové vyhlášky dále způsobuje též pojem „srovnatelný poskytovatel“, z jehož údajů je zdravotní pojišťovna oprávněna vycházet v případě ošetření 10 a méně pojištěnců v roce 2014. Tento pojem není v Úhradové vyhlášce nikterak definován, přičemž zdravotním pojišťovnám umožňuje značnou variabilitu při tvorbě hodnot těchto „srovnatelných poskytovatelů“. V rámci odbornosti 913 je možné poskytovat ošetrovatelskou péči např. klientům domovů pro seniory,

ale též klientům domovů se zvláštním režimem. Zatímco v prvně uvedeném případě se zpravidla jedná o klienty umístěné v domovech pro seniory z důvodu věku, kteří vyžadují poskytování ošetrovatelské péče pouze v omezené míře, pak ve druhém případě se jedná o osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence vyžadující poskytování ošetrovatelské péče v mnohonásobně vyšším objemu. Pokud by zdravotní pojišťovny zahrnuly, a Úhradová vyhláška jim v tom nikterak nebrání, pod pojem „srovnatelný poskytovatel“ údaje od všech pobytových zařízení sociálních služeb, bez ohledu na druh sociální služby, může mít tato skutečnost velmi závažné ekonomické dopady především na pobytová zařízení sociálních služeb, která mají v péči ošetrovatelsky náročnější klienty.

## VII.

### Rozpor napadených ustanovení s čl. 1 odst. 1 Ústavy

Z čl. 1 odst. 1 Ústavy, podle něhož je Česká republika právním státem, vyplývají základní principy vztahující se obecně na normotvorbu. Postupem při přijetí Úhradové vyhlášky byly tyto principy porušeny, a to konkrétně z čl. 1 odst. 1 Ústavy vyplývající zákaz libovůle a svévole a zásada předvídatelnosti.

Ministerstvem zdravotnictví byla odbornost 913 zařazena do Úhradové vyhlášky poprvé od doby účinnosti zákona o sociálních službách, tj. od 1.1.2007, a to aniž by se jakkoliv změnil smysl či význam zmocnění Ministerstva zdravotnictví k vydání vyhlášky regulující úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Krom toho, že k tomuto kroku chybí logické zdůvodnění ze strany Ministerstva zdravotnictví, došlo zásadním způsobem k zásahu do již uzavřených zvláštních smluv mezi zdravotními pojišťovnami a pobytovými zařízeními sociálních služeb. Zvláštní smlouvy jsou totiž uzavírány dle ust. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění a neřídí se tak, jako je tomu v případě poskytovatelů zdravotních služeb, rámcovými smlouvami vydanými formou vyhlášky. Ostatně aktuálně platná vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ani žádnou takovou smlouvu pro pobytová zařízení sociálních služeb neobsahuje. Podmínky hrazení zvláštní ambulantní péče dle ust. § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění tedy jsou výsledkem dohody smluvních stran. Navrhovatelé připouští, že konkrétní podmínky byly zpravidla sjednávány na období kalendářního roku, avšak zcela neočekávaným zařazením odbornosti 913 do Úhradové vyhlášky, byla pobytovým zařízením sociálních služeb zcela odňata možnost vyjednávat se zdravotními pojišťovnami cenu a podmínky úhrad ošetrovatelské péče. V této souvislosti je nutné připomenout též skutečnost, že poskytovateli pobytových sociálních služeb nejsou jen příspěvkové organizace státu či územních samosprávných celků, ale též další fyzické či právnické osoby soukromého práva, které nejsou žádným způsobem navázány na veřejné rozpočty. Obzvláště pro tyto osoby je zařazení odbornosti 913 do Úhradové vyhlášky, bez změny právního prostředí, událostí zcela nečekanou a významným způsobem ovlivňující jejich podnikatelskou činnost.

Legislativní pravidla, byť se svou povahou jedná spíše o vnitřní směrnici, představují jediná procedurální pravidla pro odvozenou normotvorbu. Jejich smyslem tedy není pouze vymezení požadavků na tvorbu právních předpisů, smyslem je též zajistit možnost zainteresovaných subjektů vyjádřit se, prostřednictvím připomínkových míst, k obsahu připravovaného právního předpisu a zajistit kontrolu nad formou připravovaného právního předpisu, a to prostřednictvím odborných skupin představovaných Legislativní radou vlády a Pracovními komisemi. Stanovisko Pracovní komise však neznamená nemožnost vydat vyhlášku v navržené podobě. Předkladatel návrhu vyhlášky je oprávněn nesouhlasit se stanoviskem Pracovní komise, avšak v případě zcela zásadních nedostatků předloženého materiálu jej má předložit „nadrízeným“ orgánům Pracovní komise, což je Legislativní rada vlády, případně přímo Vláda ČR, která je odpovědná za úroveň prováděcích právních předpisů. Jedním z těchto zásadních nedostatků je mj. též námitka překročení zákonného zmocnění<sup>22</sup>, která byla Pracovní komisí v případě Úhradové vyhlášky vznesena. Tím, že Ministerstvo zdravotnictví nadále

<sup>22</sup> Čl. 16 odst. 11 písm. a) Legislativních pravidel vlády



odbornost 913 v Úhradové vyhlášce zachovalo, je zjevné, že se stanoviskem Pracovní komise ohledně překročení zákonného zmocnění nesouhlasilo, a návrh vyhlášky měl být předložen Legislativní radě vlády, což však Ministerstvo zdravotnictví neučinilo.

V souvislosti s namítaným porušením čl. 1 odst. 1 Ústavy, navrhovatelé odkazují na níže uvedený názor Ústavního soudu vyjádřený v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 77/06 ze dne 15.2.2007, na nějž ostatně Ústavní soud odkazuje též v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22.10.2013, kterým byla zrušena vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Z nálezu sp. zn. Pl. ÚS 77/06 (body 37 a 38):

*„Normativní princip demokratického právního státu je obsažen v čl. 1 odst. 1 Ústavy, který Českou republiku výslovně označuje jako demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana. Úcta k právům a svobodám jedince je nepochybně také právě jedním z oněch principů právního státu, jak má na mysli preambule Ústavy, resp. účel fungování státu a státní moci. Stejný účel vyjadřuje i čl. 2 odst. 3 Ústavy, podle něhož lze státní moc uplatňovat jen v případech, v mezích a způsoby, které stanoví zákon.*

*Z uvedeného plyne, že i Parlament České republiky, resp. jeho obě komory nemohou postupovat libovolně, ale jsou vázány právem. Při výkonu legislativní činnosti jsou tak vázány především Ústavou a s ní konformně vykládanými jednacími řády, ustálenou praxí parlamentní komory a jejích orgánů, kterou lze díky dlouhodobému opakování považovat za nepsanou část legislativní procedury, lze-li ji shledat za souladnou s vyššími hodnotami tvorby práva, demokratického politického systému apod. Dodržování procedurálních pravidel obsažených v uvedených pramenech práva je třeba vyžadovat proto, že ač adresátem těchto norem nejsou soukromé osoby, jejich nedodržení se v konečném důsledku může významně dotknout jejich základních práv. Adresáti právních norem mají nepochybně právo legitimně očekávat, že případná omezení jejich základních práv provedená zákonem jsou výsledkem diskursu vedeného napříč politickým spektrem, a to diskursu, v němž všichni zúčastnění dostali příležitost se s projednávanou materií podrobně seznámit a informovaně se k ní vyjádřit. Náležitým je tak takový proces, který umožňuje otevřenou diskusi mezi zastánci konkurenčních názorů, včetně názorů menšinových. Proto vystupují do popředí procedury zajišťující jednak slyšení stranám, jednak formální kvalitu zákonodárského díla. Zákonodárská procedura se v této optice stává „skutečným zdrojem legitimacy zákona“.*

Výše uvedené se sice vztahuje na zákonodárský proces, avšak tyto závěry jsou tím spíše aplikovatelné též na odvozenou normotvorbu. Ani moc výkonná nemůže při vydávání podzákonných právních předpisů postupovat libovolně, ale je též vázána právem. Kromě Ústavy a zákonů jsou to jistě též procedurální pravidla při přijímání podzákonných norem, jsou-li souladná s vyššími hodnotami tvorby práva, a to obzvláště za situace, kdy jsou tato pravidla vytvořena samotnou mocí výkonnou, tedy Vládou ČR. Adresáti právních předpisů mají pak též nepochybně právo legitimně očekávat, že právní předpis prošel diskurzem nejen co do jeho obsahu, ale též co do jeho formální správnosti. Pokud předkladatel návrhu vyhlášky svým postupem de facto zabrání možnosti odborného diskursu, zda tento právní předpis, či některá jeho ustanovení nejsou v rozporu s Ústavou, musí být porušení Legislativních pravidel vnímáno jako porušení základních principů normotvorby vyplývajících z čl. 1 odst. 1 Ústavy. Rezignace na kontrolu ústavnosti přijetí prováděcího právního předpisu v souladu s Legislativními pravidly, by znamenala možnost orgánů moci výkonné, nadaných právem odvozené normotvorby, zaplevelit právní řád celou řadou nařízení či vyhlášek sice vydaných na základě zákonného zmocnění, ale jinak vydaných mimo jejich kompetenci.

Ke kontrole rozhodování orgánů veřejné moci navrhovatelé též poukazují na náleží Pl. ÚS 5/02 ze dne 2.10.2002, dle kterého:

*Ústavní soud v řadě svých nálezů, dotýkajících se kontroly rozhodování orgánů veřejné moci, opakovaně vyložil zásady, pro které - mimo jiné též z hledisek znaků právního státu - je respekt k procesním (procedurálním) pravidlům nezbytný; stručně poznamenáno: ustálená rozhodovací praxe Ústavního soudu dovedla, že jen v procesně bezchybném procesu (ústavně souladném řízení) lze dospět k zákonnému a ústavně souladnému výsledku (rozhodnutí), a proto procesní čistotě rozhodovacího*

*procesu (řízení) je nezbytné věnovat zvýšenou pozornost a poskytnout jí důraznou ochranu. Jestliže takto připomenuté zásady vztahují se k ústavnosti řízení před orgány veřejné moci a k jejich v něm vydaným rozhodnutím (ke stanovenému postupu ve smyslu čl. 36 odst. 1 Listiny základních práv a svobod), není nijakého rozumného důvodu se od těchto zásad odchýlit ve věcech kontroly zákonodárného procesu a v něm přijatých aktů (právních norem), neboť, byť se rozhodovací proces v zákonodárné činnosti do jisté míry liší od rozhodovacích procesů v řízeních před jinými orgány veřejné moci - a v tomto smyslu jej lze chápat jako rozhodovací proces sui generis - vůdčí zásady rozhodování, v němž se dospěje ke konečnému výsledku, jsou v obou případech identické; nadto nelze ztrácet ze zřetele, že důsledky plynoucí ze zákonodárných aktů jsou pro svůj celospolečenský dopad zajisté významnější než je tomu v případech jednotlivých (vadných) rozhodnutí jiných orgánů veřejné moci. Vystupuje tedy - v zákonodárném procesu - do popředí požadavek stálosti, přesvědčivosti a nezbytnosti právních aktů, na nichž právní stát, a souvztažně také život občanů v něm, spočívá; takovýchto aktů, a také dosažení potřebné autority zákonodárných sborů nelze však dosíci jinak, než respektem k pravidlům (zásadám legislativní činnosti), které si ostatně Poslanecká sněmovna jako významný nositel zákonodárné moci pro tuto svou činnost zákonem sama stanovila.“*

Stejně jako ve výše cit. nálezu Pl. ÚS 5/02, který nečiní rozdíl mezi rozhodnutím vydaným orgánem veřejné moci a právními normami vydanými v rámci zákonodárného procesu, nelze činit rozdíl mezi zákonodárným procesem a procesem při vydávání podzákoných právních předpisů, které mají stejné dopady na společnost, jako zákony.

#### VIII.

##### **Rozpor napadených ustanovení s čl. 79 odst. 3 Ústavy**

Napadené části Úhradové vyhlášky vybočují z ústavních kautel, které stanoví čl. 79 odst. 3 Ústavy: „*Ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou k tomu zákonem zmocněny.*“

Zmocnění k vydání Úhradové vyhlášky obsahuje ust. § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění účinném do 31.12.2015, které zní:

*„Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“*

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno, po proběhnuvším dohodovacím řízení, vydat vyhlášku stanovící hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Dohodovací řízení je obligatorním krokem před vydáním příslušné vyhlášky, neboť úkolem Ministerstva zdravotnictví je posouzení, zda výsledek dohodovacího řízení je či není v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, případně jednat, pokud v zákonem stanovené době nedojde mezi zúčastněnými stranami k dohodě. Tím je současně vymezen předmět vyhlášky, který může upravovat pouze úhrady hrazených služeb těch poskytovatelů, kteří jsou legitimováni účastnit se dohodovacího řízení, a tím pádem předkládat své návrhy, diskutovat o nich či přistupovat na

kompromisní řešení. V opačném případě by byl zcela popřen smysl a význam dohodovacího řízení, kterým je vytvoření prostoru pro nalezení shody zúčastněných subjektů na ceně hrazených služeb a podmínek jejich úhrad. Pokud je vyloučena účast některého z poskytovatelů hrazených služeb na dohodovacím řízení, pak ani Ministerstvo zdravotnictví nemůže plnit svou základní povinnost, kterou je posouzení výsledků dohodovacího řízení s právními předpisy nebo veřejným zájmem.

Ministerstvo zdravotnictví limity výše uvedeného zákonného zmocnění výrazně překročilo, když v Úhradové vyhlášce stanovilo hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení též pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, tj. pro ošetrovatelskou péči poskytovanou pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění vymezuje okruh účastníků dohodovacího řízení následovně:

- zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven;
- profesní sdružení poskytovatelů, jako zástupců smluvních poskytovatelů.

K posouzení ústavní konformity napadených ustanovení Úhradové vyhlášky je tedy klíčovým pojmem „smluvní poskytovatel“. Dle ust. § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění je poskytovatelem poskytovatel zdravotních služeb. Vzhledem ke skutečnosti, že pojem poskytovatel byl do zákona o veřejném zdravotním pojištění zařazen v souvislosti s novelizací provedenou zákonem č. 369/2011 Sb., tj. v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, je nutné pojem poskytovatel zdravotních služeb vykládat právě v souvislosti s tímto zákonem. Dle ust. § 2 odst. 1 zákona o zdravotních službách je poskytovatelem zdravotních služeb fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona o zdravotních službách. Pobytová zařízení sociálních služeb jsou však poskytovateli sociálních služeb, kterým se umožňuje, bez získání oprávnění, poskytovat zdravotní služby, a to při splnění dalších podmínek stanovených souvisejícími právními předpisy. Krom toho, že účastníkem dohodovacího řízení může být pouze poskytovatel zdravotních služeb, musí se současně jednat též o smluvního poskytovatele, tj. poskytovatele, který je ve smluvních vztahu se zdravotní pojišťovnou. Dle ust. § 46 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, přičemž tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé pak tvoří síť smluvních poskytovatelů. Zařízení pobytových sociálních služeb však neuzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, ale zvláštní smlouvy, dle ust. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dle výše uvedeného je tedy nepochybné, že smluvním poskytovatelem je tedy fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb a současně má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, což však nejsou pobytová zařízení sociálních služeb. Ke stejnému závěru je pak možné dojít též porovnáním zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění účinném do 31.3.2012, tj. do doby přijetí zákona č. 369/2011 Sb., kterým v této souvislosti došlo pouze k terminologickým změnám zákona o veřejném zdravotním pojištění, kdy účastníky dohodovacího řízení mohli být zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a profesní sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení, přičemž smluvní zdravotnická zařízení byla ta zdravotnická zařízení, která měla uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

Pobytová zařízení sociálních služeb tedy nejsou poskytovateli zdravotních služeb, ale poskytovateli sociálních služeb. Tomu odpovídá i legislativní konstrukce úpravy této problematiky v zákoně o veřejném zdravotním pojištění ve znění účinném od 1.4.2012, kdy byl dříve v textu používaný termín „zdravotnické zařízení“ nahrazen obecným pojmem „poskytovatel zdravotních služeb“, avšak v § 22 zákona o veřejném zdravotním pojištění definující zvláštní ambulantní péči zůstalo ono rozdělení zachováno, když tato péče se poskytuje jako:

- „c) zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče osobám, které jsou v nich umístěny v jiných než zdravotních důvodů,*
- d) zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb,*

*e) ošetrovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a.“*

Jakkoli by se nabízelo, že zavedení obecného termínu „poskytovatel“ umožní i zařazení pobytových zařízení sociálních služeb mezi ostatní poskytovatele (zdravotnická zařízení), nestalo se tak. I nadále zůstala odchylná úprava uzavírání smluv dle § 17 a § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Tyto subjekty mají rozdílně upraven i kontraktační proces se zdravotními pojišťovnami a zůstává zachována i kontraktační povinnost zdravotních pojišťoven ve vztahu k pobytovým zařízením sociálních služeb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění také neupravuje žádný vztah mezi úpravou § 17 a § 17a, jde o zcela autonomní vzájemně nepropojená ustanovení. Tento princip oddělené právní úpravy ponechal zákonodárce v zákoně bez jakékoliv změny.

Je nepochybné, že Ministerstvo zdravotnictví přistupovalo při vydávání vyhlášek na základě zmocnění § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a k vymezení subjektů podléhajících úpravě těchto vyhlášek ve shodě s výše uvedeným výkladem, což dokládá dosavadní absence odbornosti 913 či zvláštní ambulantní péče dle § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění ve všech dosud vydaných vyhláškách. Zcela neočekávaným zařazením ošetrovatelské péče poskytované klientům v pobytových zařízeních sociálních služeb do Úhradové vyhlášky pro rok 2016 je tedy překročením zákonného zmocnění a porušením zákazu libovůle a principu předvídatelnosti práva.

#### **IX.**

#### **Petit**

S ohledem na výše uvedené navrhovatelé navrhuji, aby Ústavní soud vydal následující

nález:

**„V § 4 odst. 2 vyhlášky č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 a v části B odstavci 2 písm. b) přílohy č. 1 k vyhlášce č. 273/2015 Sb. se slova „a e)“ zrušují.“**

Přílohy:

Příloha č. 1 – Zmocnění

Příloha č. 2 – Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

Příloha č. 3 – Sdělení Úřadu vlády ČR

Příloha č. 4 – Stanovisko pracovní komise Legislativní rady vlády ČR k návrhu vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

Příloha č. 5 – Dohodovací řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016 – závěrečný protokol ze dne 19.8.2015