

Ústavní soud České republiky  
Joštova 8

660 83 Brno

<b>ÚSTAVNÍ SOUD ČR</b> Joštova 8, 660 83 Brno	
Došlo dne:	23-01-2015
5x 7PM krát Přílohy:	80 - FLAŘEK V Praze dne 20.1.2015
Čj.: viz číselný kód	Vyřizuje:

Navrhovatel:

Senátoři Parlamentu České republiky

Jan Žaloudík, Jozef Regec, Jaroslav Palas, Miroslav Nenutil, Jan Veleba, Václav Homolka, Jaroslav Doubrava, František Čuba, Petr Gawlas, Vladimír Plaček, Alena Dernerová, Zuzana Baudyšová, Zdeňka Hamousová, Ivana Cabrnachová, Hassan Mezian, Miloš Malý, Zdeněk Besta, Božena Sekaninová, Jan Hajda, Jan Látka

Právně zastoupeni:

JUDr. Jana Marečková  
advokátka ev. č. 7781  
JUDr. Janou Marečkovou, advokátkou ev. č. 7781 ČAK, se sídlem advokátní kanceláře Křenova 438/7, 162 00 Praha 6, Česká republika

Další účastníci:

Parlament České republiky

- Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Sněmovní 4, 118 26 Praha 1 - Malá Strana, a
- Senát Parlamentu České republiky, Valdštejnské náměstí 17/4, Praha 1, 118 01

Potenciální vedlejší účastník:

Vláda České republiky, nábřeží Edvarda Beneše 4, Praha 1 - Malá Strana, PSČ 118 01

Veřejný ochránce práv, Údolní 39, Brno, 602 00

Návrh na zrušení ustanovení § 15 odst. 12 ve slovech „v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a na zrušení přílohy č. 3, oddíl C daného zákona v části, kde jsou definovány symboly úhradových limitů „A“ a „B“, jakož i v části, kde je těmito symboly limitována výše úhrady jednotlivých typů zdravotnických prostředků

postupem dle čl. 87 odst. 1 písm. a) Ústavy České republiky a § 64 odst. 1 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu

PĚTKRÁT

Přílohy:

- Plná moc
- Dále dle textu

Nepředchází



K199515

## I.

### Úvod

- 1 Navrhovatelé napadají tímto návrhem ustanovení § 15 odst. 12 a přílohy č. 3, oddílu C zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále též „Zákon“), na základě kterých dochází k neústavnímu stanovení výše úhrady zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění dle nejméně ekonomicky náročného provedení. Napadená právní úprava nestanovuje žádná kritéria definující nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku (tj. jakou úroveň zdravotních služeb má takové provedení zajišťovat) ani kritéria, dle kterých by zdravotní pojišťovna měla při stanovení úhrady postupovat.
- 2 Procedura nastavení konkrétní výše úhrady zdravotnického prostředku je založená na administrativním systému číselníků, které zdravotní pojišťovny vytváří a vydávají na základě arbitrárně stanovených podmínek. Zdravotnické prostředky, které zdravotní pojišťovna do číselníku nezařadí, fakticky vůbec hrazeny ze zdravotního pojištění nejsou – viz dále, byť jinak mohou zcela naplňovat požadavky zákona pro úhradu.
- 3 Neústavnost napadených ustanovení spočívá ve skutečnosti, že daná právní úprava takovýto výsledek plně umožňuje - procedura stanovení výše úhrady konkrétního zdravotnického prostředku zdravotní pojišťovnou není zákonem jednoznačně upravena a zdravotní pojišťovny tak mají velmi širokou škálu možností, jak konkrétní úhradu konkrétního produktu nastavit a zda vůbec konkrétní zdravotnický prostředek do systému úhrad zařadí (tj. zda splňuje zákonná kritéria pro hrazení ze zdravotního pojištění). Až do okamžiku publikace zdravotnického prostředku v číselníku tak pacient/pojištěnec, dodavatelé zdravotnických prostředků (jak výrobci, tak distributoři), ani poskytovatelé zdravotních služeb neví, zda vůbec, případně v jaké výši, bude potřebný zdravotnický prostředek hrazen.
- 4 Takový systém vyvolává značnou právní nejistotu všech zúčastněných subjektů a neposkytuje dostatečnou míru ochrany ústavně zaručených práv dotčených subjektů.
- 5 Napadená právní úprava zakládá systém, díky kterému může pojišťovna fakticky proplatit pouze část ceny, i když by měl mít pojištěnec nárok např. na plnou úhradu daného zdravotnického prostředku. Možnost pacienta domáhat se v takovém případě nápravy formou žaloby je velmi omezená. Neexistují dostatečné faktické ani právní nástroje, kterými by byl postup zdravotní pojišťovny regulován. Díky tomu nemá pojištěnec zajištěno, že úhrada zdravotnického prostředku bude nastavena zdravotní pojišťovnou dle přezkoumatelných kritérií a podmínek s ohledem na jeho zdravotní postižení. Dochází tak k vyprazdňování ústavně zaručeného práva na bezplatnou zdravotní péči v rámci a mezích zákona a principu zákonnosti (povinnosti je možné ukládat pouze na základě zákona a v jeho mezích). Velmi obdobně je pak dotčeno právo dodavatelů zdravotnických prostředků a poskytovatelů na transparentní stanovení výše a podmínek úhrady zdravotnického prostředku, a tedy právo na transparentní a spravedlivý proces, právo být slyšen ve své věci, právo na rovné zacházení a právo podnikat v předvídatelném regulatorním prostředí. Nelze rovněž nezmínit, že netransparentnost systému může v konečném výsledku vést k nehospodárnému a neúčelnému čerpání prostředků veřejného zdravotního pojištění.
- 6 Na těchto základech Navrhovatelé podávají tento návrh na zrušení dotčených ustanovení zákona tak, jak uvedeno dále.

## II.

### Text napadených ustanovení

- 7 Ustanovení § 15 odst. 11, věta druhá zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů uvádí, že zdravotnické prostředky uvedené v oddílu C přílohy č. 3 tohoto zákona se ze zdravotního pojištění hradí ve výši a za podmínek stanovených v této příloze.
- 8 Příloha č. 3, oddíl C daného Zákona obsahuje seznam vybraných typů zdravotnických prostředků hrazených ze zdravotního pojištění, spolu s příslušným omezením (indikačním, množstevním, případně preskripčním) a stanovením maximálního limitu výše úhrady. Jednotlivé typy zdravotnických prostředků jsou dále doplněny o úhradový symbol „A“ nebo „B“. Tyto symboly jsou definovány na konci uvedeného oddílu přílohy č. 3 Zákona<sup>1</sup> a stanovují, že zdravotnický prostředek je hrazen:
- ve výši ceny pro konečného spotřebitele ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku, a že
  - cenu ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.
- 9 Současné znění přílohy č. 3, oddílu C daného zákona bylo do jeho textu vloženo novelou č. 369/2011 Sb., kdy došlo, prostřednictvím pozměňovacích návrhů, k podstatnému přepracování původního znění přílohy č. 3, oddílu C zákona č. 48/1997 Sb. a, mimo jiné, rovněž k doplnění uvedených úhradových symbolů „A“ a „B“. **Právě uvedení těchto úhradových symbolů u jednotlivých typů zdravotnických prostředků, spolu s jejich definicí, Navrhovatelé považují za neústavní a napadají je tímto návrhem.**
- 10 Dále ustanovení § 15 odst. 12 uvedeného Zákona uvádí, že zdravotnické prostředky neuvedené v odstavci 11 se ze zdravotního pojištění hradí ve výši 75 % ceny zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. Ze zdravotního pojištění podle uvedeného odstavce se hradí zdravotnické prostředky předepsané za účelem
- a) pokračovat v léčebném procesu,
  - b) podpořit stabilizaci zdravotního stavu pojištěnce nebo jej výrazně zlepšit anebo vyloučit jeho zhoršení, nebo
  - c) kompenzovat nebo zmírnit následky zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.

---

<sup>1</sup> Doslovná definice symbolů úhradových limitů v textu Zákona zní následovně: „A – Úhrada ve výši ceny pro konečného spotřebitele zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení (dále jen „ekonomicky nejméně náročná varianta“); cenu nejméně ekonomicky náročných variant zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu. B- Úhrada ve výši ceny ekonomicky nejméně náročných variant celého systému složeného ze zdravotnických prostředků skupiny č. 3 tohoto oddílu.“

- 11 Toto ustanovení bylo do zákona č. 48/1997 Sb. včleněno novelizací zákonem č. 298/2011 Sb., a to opět na základě pozměňovacích návrhů vznesených k původní vládní novele skupinou poslanců v průběhu legislativního procesu. Navrhovatelé v tomto textu napadají část hovořící o úhradě zdravotnických prostředků **v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení s tím, že cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.**
- 12 Zákon č. 298/2011 Sb. nabyl platnosti dne 14. října 2011 a napadená ustanovení § 15 odst. 12 nabyly účinnosti dne 1. prosince 2011. Zákon č. 369/2011 Sb. nabyl platnosti dne 6. prosince 2011 a znění napadených ustanovení přílohy č. 3, oddílu C nabylo účinnosti dne 1. dubna 2012.

### III.

#### **Rozpor napadených ustanovení s ústavním pořádkem a mezinárodními smlouvami**

- 13 Navrhovatelé považují za neústavní jednak příliš obecné a nekonkrétní vymezení způsobu stanovení výše úhrady konkrétního zdravotnického prostředku v samotném textu Zákona odkazem na nejméně ekonomicky náročné provedení (ekonomicky nejméně náročnou variantu). Tento termín je neurčitý, příliš obecný a fakticky umožňující zdravotní pojišťovně definování jeho skutečného významu dle jejího uvážení.
- 14 Dále nejsou stanovena dostatečná pravidla pro proceduru průzkumu trhu, kterou zdravotní pojišťovna nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku má vybírat. Tím pádem není zajištěna dostatečná ochrana práv pojištěnců na hrazenou zdravotní péči, ani právo dodavatelů zdravotnických prostředků a poskytovatelů zdravotních služeb podnikat v předvídatelném prostředí ani právo se vyjadřovat k věci, která se jich dotýká a takové rozhodnutí nechat podrobit soudnímu přezkumu.
- 15 Zdravotní pojišťovny tak, byť jsou primárně subjektem soukromého práva, dostávají do rukou nástroj, kterým fakticky rozhodují o tom, které zdravotnické prostředky a v jaké výši jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Tímto způsobem zdravotní pojišťovny rozhodují na základě napadaných ustanovení o prostředcích veřejného zdravotního pojištění v řádu miliard Kč ročně. Přitom neexistuje efektivní možnost přezkumu a kontroly této činnosti zdravotních pojišťoven ze strany dotčených subjektů (pacientů/pojištěnců, dodavatelů a poskytovatelů zdravotních služeb). Všechny tyto aspekty činí celý systém úhrady zdravotnických prostředků netransparentní a neústavní.
- 16 K těmto důvodům uvádí Navrhovatelé následující bližší vysvětlení:

### III.1

#### Dotčené ústavněprávní předpisy

- 17 Česká republika je svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana (čl. 1 odst. 1 Ústavy České republiky, dále jen „Ústava“). Státní moc slouží všem občanům a lze ji uplatňovat jen v případech, v mezích a způsoby, které stanoví zákon (čl. 2 odst. 3 Ústavy). Ministerstva, jiné správní úřady a orgány územní samosprávy mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněny (čl. 79 odst. 3 Ústavy).
- 18 Státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví (čl. 2 odst. 2 Listiny základních práv a svobod, dále jen „Listina“). Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou upraveny pouze zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny). Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu (čl. 4 odst. 4 Listiny).
- 19 Každý má právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (čl. 31 Listiny). Práv podle čl. 31 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí (čl. 41 odst. 1 Listiny).
- 20 Každý má právo vlastnit majetek (čl. 11 odst. 1 Listiny). Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu, jakož i právo podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost (čl. 26 odst. 1 Listiny). Každý se může domáhat stanoveným postupem svého práva u nezávislého a nestranného soudu a ve stanovených případech u jiného orgánu (čl. 36 odst. 1 Listiny).
- 21 Podle čl. 11 Evropské sociální charty (č. 14/2000 Sb. m. s.) se smluvní státy zavázaly s cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví k tomu, že budou buď přímo, nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi, přijímat opatření zaměřená zejména na odstranění příčin nemocí v co nejvyšší možné míře (odst. 1.) a na co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí (odst. 3.). V čl. 13 se s cílem zajistit účinné uplatnění práva na sociální a lékařskou pomoc smluvní státy zavázaly zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu (odst. 1.).

### III.2

#### Rozpor napadených ustanovení s ústavněprávními předpisy

##### III.2.A Úhrada zdravotnických prostředků na poukaz

- 22 Současná právní úprava úhrady zdravotnických prostředků na poukaz ze zdravotního pojištění rozděluje zdravotnické prostředky do tří skupin. Zaprvé je to skupina typů zdravotnických prostředků shromážděných zákonodárcem do seznamu v příloze č. 3, oddílu B zákona

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění s tím, že dané typy zdravotnických prostředků se ze zdravotního pojištění obecně nehradí (touto skupinou se předmětné podání dále nezabývá, jakkoliv ústavnost takového paušálního vyloučení zdravotnických prostředků ze systému úhrad obsažené v právním předpise je také pochybná). Druhou skupinu tvoří typy zdravotnických prostředků shromážděných zákonodárcem v příloze č. 3, oddílu C Zákona, které jsou hrazeny ve výši a za podmínek stanovených v tomto oddílu dané přílohy (druhá skupina). Poslední skupinou zdravotnických prostředků je „sběrná“ kategorie zdravotnických prostředků jinde neuvedených, které jsou hrazeny dle podmínek uvedených v § 15 odst. 12 zákona (třetí skupina).

- 23 Pro druhou i třetí skupinu platí jako základní kritérium pro stanovení výše úhrady cena zdravotnického prostředku **v provedení (ve variantě) ekonomicky nejméně náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení** (dále též „nejméně ekonomicky náročné provedení“). Právě cena takového nejméně ekonomicky náročného provedení pak má být výchozím limitem pro stanovení konkrétní výše úhrady zdravotnického prostředku.
- 24 V případě druhé skupiny je tak výše úhrady jednotlivých typů zdravotnických prostředků fakticky limitována buď právě cenou ekonomicky nejméně náročného provedení zdravotnického prostředku, který lze zařadit do příslušné položky přílohy č. 3, oddílu C Zákona nebo maximální hodnotou úhrady, která je v dané příloze uvedena, podle toho, co je nižší.<sup>2</sup> Vždy by přitom při nastavení výše úhrady měla být respektována míra a závažnost zdravotního postižení (viz definice úhradového symbolu „A“ v příloze č. 3, oddílu C, in fine).
- 25 V případě třetí skupiny (§ 15 odst. 12 zákona) pak platí, že by úhrada ze zdravotního pojištění měla být nastavena ve výši 75 % ceny nejméně ekonomicky náročného provedení/varianty zdravotnického prostředku, opět s ohledem na míru a závažnost zdravotního postižení.
- 26 V obou případech (tj. druhá i třetí skupina popsaná výše) přitom zdravotní pojišťovna zjišťuje tuto cenu nejméně ekonomicky náročného provedení průzkumem trhu.

### III.2.B Podstata neústavnosti napadených ustanovení

- 27 **Naprosto zásadní a klíčový problém pro takovéto nastavování výše úhrady je skutečnost, že v Zákoně (ba dokonce ani v žádném jiném obecně závazném právním předpise) není vymezeno, co se rozumí nejméně ekonomicky náročným provedením zdravotnického prostředku, nejsou stanovena žádná kritéria, která by definovala znaky, které musí takové nejméně ekonomicky náročné provedení naplňovat a nejsou nastavena pravidla, dle kterých má pojišťovna provádět průzkum trhu.**

---

<sup>2</sup> Tak např. první položka v příloze č. 3, oddíl C Zákona jsou prostředky pro klasické hojení ran, které jsou hrazeny max. v rozměru 10x10cm, a to v plném rozsahu ceny pro konečného spotřebitele, maximálně však ve výši 4 Kč za kus. Díky symbolu „A“ v limitaci výše úhrady však bude platit, že pokud nejméně ekonomicky náročné provedení daného typu zdravotnických prostředků bude stát pro konečného spotřebitele 2,50 Kč za kus, pak bude zdravotní pojišťovna vycházet právě z této ceny 2,50 Kč za kus jako limitu výše úhrady pro daný typ zdravotnického prostředku a všechny výrobky náležící do této kategorie by měla hradit pouze a jen v této výši (dlužno podotknout, že tomu tak ne vždy je). Pokud by naopak nejméně ekonomicky náročné provedení tohoto zdravotnického prostředku stálo pro konečného spotřebitele 5 Kč, hradila by zdravotní pojišťovna pouze částku 4 Kč/kus (zákonem stanovený maximální limit úhrady).

- 28 Pacientovi/pojištěnci tak je **na jednu stranu z textu zákona zřejmé, že má nárok na úhradu zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění** tehdy, když i) daný zdravotnický prostředek odpovídá jeho zdravotnímu stavu a účelu, jehož má být dosaženo, je přiměřeně bezpečný, použití/nasazení zdravotnického prostředku v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jeho účinnosti vzhledem k účelu poskytovaných zdravotních služeb (§ 13 odst. 1 Zákona), a když ii) není vymezen v příloze č. 3 oddíl B zákona jako zdravotnický prostředek nehrazený ze zdravotního pojištění (§ 15 odst. 11, věta první Zákona), **na druhou stranu s ohledem na odkaz na nejméně ekonomicky náročné provedení není pacient schopen z textu zákona ani při nejvolnější interpretaci zjistit konkrétní výši úhrady pro daný zdravotnický prostředek.**<sup>3</sup>
- 29 Jedná se tak o obdobný nedostatek, který Ústavní soud vytýkal definici základní varianty v právní úpravě tzv. nadstandardů v nálezu Pl. ÚS 36/11 (viz např. bod 42, 49 a 51 daného nálezu), ba dokonce je zde situace ještě horší. **Nejméně ekonomicky náročné provedení není v Zákoně definováno vůbec a jasnou a ustálenou definicí není možno nalézt ani nikde jinde.** To, jakým způsobem pak identifikují zdravotní pojišťovny nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku a jaké kvalitativní a kvantitativní požadavky musí takové provedení splňovat, je zcela neznámo (snad kromě bazálních požadavků na účinnost a bezpečnost vymezených v zákoně č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích) – i přesto však je právě tento krok zásadní, jelikož dle takto identifikované varianty zdravotnického prostředku **nastavují zdravotní pojišťovny výši úhrad pro ostatní zaměnitelné zdravotnické prostředky, které jsou zdravotní pojišťovnou zařazeny do stejné úhradové skupiny** (tj. vyhodnoceny jako zdravotnické prostředky s obdobnou účinností, bezpečností a využitím).
- 30 Nutno podotknout, že při výběru takového nejméně ekonomicky náročného provedení musí být dle textu Zákona brán ohled na závažnost a míru zdravotního postižení. Rozhodně tak nelze paušálně přijmout závěr, že by se mělo jednat „*vždy o tu nejlevnější variantu*“, jelikož ta nemusí v daném případě vyhovovat potřebě pacienta s ohledem na závažnost a míru jeho zdravotního postižení. Jak uvedl Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 36/11 (bod 42 textu): „... nelze vyloučit, že při více možnostech léčby, z nichž každá splňuje shora uvedené parametry (uvedené v § 13 odst. 1 zákona – pozn. Navrhovatelé) může být dražší postup vhodnější než levnější s ohledem na individuální podmínky konkrétního pacienta.“
- 31 Navíc Zákon ani nestanovuje jednoznačná kritéria pro rozřazení zdravotnických prostředků do jednotlivých úhradových skupin „terapeuticky zaměnitelných produktů“, v rámci kterých by bylo na místě vybírat ono ekonomicky nejméně náročné provedení (rozhodné pro úhradu).
- 32 To se evidentně týká zdravotnických prostředků hrazených dle § 15 odst. 12 zákona, když jednotlivé výrobky (byť i používané za stejným účelem) mohou mít zcela rozdílné vlastnosti,

---

<sup>3</sup> U zdravotnických prostředků uvedených v příloze č. 3, oddíl C zákona může pacient zjistit přímo z textu této přílohy maximální výši úhrady. **To mu však pramálo pomůže při snaze zjistit si skutečně konkrétní výši úhrady, kterou mu zdravotní pojišťovna za daný zdravotnický prostředek uhradí; úhrada se může pohybovat na nekonečně mnoho pozicích mezi úhradou ve výši 0,1 Kč až onou zákonem stanovenou maximální limitací úhrady).** U zdravotnických prostředků spadajících do „sběrné skupiny“ dle § 15 odst. 12 zákona pak pacient nemůže zjistit ze zákona ani onu maximální hranici úhrady, jelikož nikdy neví, jaká je cena nejméně ekonomicky náročného provedení v daném případě a úhrada je k takové ceně Zákonem stanovena pouze procentuálně.

např. velikost, savost, objem, atd., které mohou být z hlediska řádné terapie zásadní. Není tak zřejmé, **jaká mají být dělicí kritéria pro vytvoření jednotlivých skupin**, zda např. všechny absorpční podložky na trhu (např. bez ohledu na savost) mají být hrazeny dle stejného jednoho ekonomicky nejméně náročného provedení, nebo mají být rozděleny do vícera skupin s ohledem na terapeutické použití a nejméně ekonomicky náročné provedení má být vybíráno v rámci těchto podskupin. Požadavek Zákona na zohlednění míry a závažnosti zdravotního postižení dává tušit, že nějaká další stratifikace jednotlivých druhů zdravotnických prostředků by pro účely stanovení výše a podmínek úhrady měla být provedena. **Základním problémem však je, že je nejasné, dle jakých kritérií by se měly takové podskupiny vytvářet – k tomu již Zákon žádné vodítko nedává.**

- 33 Uvedený problém se nicméně netýká pouze § 15 odst. 12 Zákona, ale rovněž zdravotnických prostředků uvedených v příloze č. 3, oddílu C. Zde je sice uvedeno jakési základní členění zdravotnických prostředků dle typu, nicméně i zde existuje v rámci jednoho vymezeného typu zdravotnického prostředku celá škála produktů naprosto rozdílných vlastností, které není možno vždy používat zaměnitelně.<sup>4</sup> **Zákon přitom nejenže sám tuto problematiku neřeší, ale dokonce ani neodkazuje legislativně dostatečným způsobem na žádný prováděcí předpis, který by měl tato kritéria blíže specifikovat.**
- 34 Obdobně pak chybí jakákoli pravidla pro realizaci průzkumu trhu. Není uveden žádný harmonogram, ani procesní postup, který by zajišťoval transparentnost a ochranu práv dotčených subjektů (např. možnost dodavatelů a pacientů vznášet námítky proti průběhu či výsledkům průzkumu trhu).

### III.2.C Faktické fungování procesu stanovení úhrady zdravotnických prostředků

- 35 Díky uvedeným **legislativním nedostatečnostem** tak došlo k více méně živelnému vzniku systému tzv. **číselníků zdravotnických prostředků**, tedy seznamů zdravotnických prostředků, které zdravotní pojišťovny veřejně deklarují jako hrazené.<sup>5</sup> Až číselník pak provádí rozdělení zdravotnických prostředků do jednotlivých „úhradových skupin“ a až v tomto dokumentu je u konkrétního zdravotnického prostředku uvedena výše úhrady ze zdravotního pojištění, kterou mu pojišťovna na základě nikým nekontrolovaných postupů přiřadí. **Bez znalosti číselníku nelze výši úhrady zdravotnického prostředku vůbec odvodit a pacient tak ze zákona ani z jiné obecně závazné normy nedokáže zjistit, na jakou úhradu má nárok.**
- 36 Vydávání číselníků zdravotními pojišťovnami má co do účelu velmi limitovaný právní základ, který zároveň určuje jejich prapůvodní povahu. Dle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, platí, že číselníky mají být **podpůrným smluvním dokumentem, který je pojišťovna povinna vydávat pro své smluvní partnery** (zde tedy poskytovatele zdravotních služeb) **jakožto pomůcku k vykazování a výpočtu**

<sup>4</sup> Tak např. hned první položka přílohy č. 3, oddílu C zákona, „*prostředky pro klasické hojení ran*“ v sobě zahrnuje gázu o různých velikostech (např. 10x10 cm, 5x5 cm, 7,5x 10 cm, atd.), o různém počtu vrstev (8 vrstev, 4 vrstvy), ve sterilním či nesterilním provedení, apod. Pro různé pacienty může být s ohledem na jejich zdravotní stav potřeba úhrady naprosto rozdílná.

<sup>5</sup> Takový číselník zdravotnických prostředků vydává, obvykle s měsíční frekvencí, jednak Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, viz <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky>, jednak, pro všechny ostatní zdravotní pojišťovny působící v České republice, Svaz zdravotních pojišťoven České republiky, viz [http://www.szpcr.cz/kzp.php?c=lk\\_cis\\_pzt](http://www.szpcr.cz/kzp.php?c=lk_cis_pzt).



**úhrady hrazené zdravotní péče.** Žádná jiná právní úprava číselníků (úhradových katalogů), alespoň pokud je Navrhovatelům známo, neexistuje.

- 37 I přesto však je praxe vydávání číselníků pro úhradu zdravotnických prostředků naprosto klíčová. Současná situace je taková, že zdravotní pojišťovny **proplácí z veřejného zdravotního pojištění pouze zdravotnické prostředky uvedené v aktuálním číselníku a pouze ve výši a za podmínek v něm uvedených. Pokud zdravotnický prostředek v číselníku VZP ČR nebo v číselníku Svazu zdravotních pojišťoven uveden není, pak takový výrobek nemá přiřazen tzv. kód VZP.**
- 38 **Bez tohoto kódu přitom žádný lékař takový zdravotnický prostředek pacientovi nepředepíše.** Požadavek na uvedení kódu, pod nímž je zdravotnický prostředek evidován zdravotní pojišťovnou, je totiž dle § 2 odst. 1, písm. c) vyhlášky č. 100/2012 Sb., o předepisování zdravotnických prostředků a o podmínkách zacházení s nimi, povinnou náležitostí poukazu na hrazený zdravotnický prostředek. **Bez této náležitosti tak platný poukaz ani nelze vystavit.**
- 39 Obdobně je požadavek na preskripci pouze zdravotnických prostředků uvedených v číselníku té které zdravotní pojišťovny (tj. zdravotnických prostředků vybavených kódem zdravotní pojišťovny) **součástí smluvního závazku mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami.** Jak vyplývá z čl. 3 odst. 1, písm. a) jednotlivých příloh vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, jsou smluvní strany (zde poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovna) povinny „... *dozrřovat při vykazování a úhradě hrazené zdravotní péče dohodnutou metodiku...*“.
- 40 Takovou metodikou pro oblast zdravotnických prostředků je např. metodika Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky k aktuálnímu číselníku zdravotnických prostředků, konkrétně se jedná o dokument s názvem *Úhradový katalog VZP-ZP, Metodika, verze 968, platnost od 1.10.2014<sup>6</sup>*, který na str. 3 uvádí:

*„METODIKA PŘEDEPISOVÁNÍ ZP NA POUKAZ*

***V Úhradovém katalogu jsou uvedeny ZP, které Pojišťovna (VZP) hradí za účelem:***

- a) pokračování v léčebném procesu,*
- b) podpoření stabilizace zdravotního stavu pojištěnce, jeho výrazného zlepšení či vyloučení jeho zhoršení,*
- c) kompenzace nebo zmírnění následků zdravotní vady včetně náhrady nebo modifikace anatomické struktury nebo fyziologického procesu.*

...

*Způsob předepisování na Poukaz:*

***Na Poukaz (doklad VZP 13/2009) lze předepsat pouze jednu položku uvedenou v Úhradovém katalogu.***

...

---

<sup>6</sup> *Úhradový katalog VZP-ZP, Metodika, verze 968, platnost od 1.10.2014 (Příloha č. 1).*

**Předepsat na Poukaz lze pouze ZP, kterému byl přidělen sedmimístný kód VZP. Poukaz vyplněný lékařem musí splňovat (obsahovat) tyto náležitosti (viz Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR):**

1. jméno a příjmení, číslo pojištění, adresu pojištění
2. kód zdravotní pojišťovny, u které je pacient registrován
3. kód ZP, pod kterým je předepisovaný ZP uveden v Úhradovém katalogu..."

(zvýrazněno Navrhovateli)

- 41 Zařazení konkrétního zdravotnického prostředku do číselníku je tak zásadním krokem k tomu, aby byl daný zdravotnický prostředek zdravotní pojišťovnou hrazen.
- 42 Proces zařazování zdravotnických prostředků do číselníku je přitom zcela svébytnou operací, nemající žádný právní základ, prováděnou pouze na žádost oprávněného subjektu (obvykle výrobce zdravotnického prostředku). Žádost může být dle pokynů Všeobecné zdravotní pojišťovny podána pouze ve velmi limitovaných termínech – zpravidla dvakrát ročně – přičemž je vyžadováno předložení mnoha dalších podkladů a dokumentace, která mnohdy nemá naprosto žádnou souvislost se zákonnými požadavky na úhradu zdravotnických prostředků (např. údaje o úhradě zdravotnického prostředku ze zdravotního pojištění v jiných zemích Evropské unie a to v úředně ověřeném překladu do českého jazyka, viz bod 13 v přehledu podkladů pro zařazení zdravotnického prostředku do číselníku<sup>7</sup>). **Při jakémkoli nedodržení stanovených požadavků odmítají zdravotní pojišťovny daný zdravotnický prostředek do číselníku zapsat a tedy jej v principu ani nehradí.**<sup>8</sup>
- 43 Není přitom jakkoli kontrolovatelné, na základě jakých pravidel zdravotní pojišťovny číselníky vedou a spravují. Naopak lze tvrdit, že díky specifickým požadavkům na zápis do číselníku představuje tento systém ve své podstatě paralelní systém regulace úhrad zdravotnických prostředků nad rámec zákonných kritérií. **Tím se systém číselníků stává jakýmsi pozitivním úhradovým seznamem vytvářeným vedle Zákona, resp. za účelem jeho praktického provedení a specifikace, zdravotními pojišťovnami živelně a svévolně, aniž by je Zákon k této činnosti výslovně zmocňoval.**
- 44 Výše popsanou faktickou svévolí v činnosti zdravotních pojišťoven potvrzuje i Ministerstvo zdravotnictví, které v důvodové zprávě k návrhu zákona,<sup>9</sup> kterým se měly měnit některé zákony v souvislosti s plánovaným přijetím zákona o zdravotnických prostředcích, na str. 221 uvádí:

*„Druhým zásadním problémem stávající regulace úhrad tzv. poukazových zdravotnických prostředků je **právní vakuum, ve kterém jsou dnes fakticky realizovány úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Příloha č. 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví pouze obecné podmínky hrazení, avšak prakticky žádný lékař***

<sup>7</sup> Jednotlivá kritéria pro zápis do Číselníku VZP-ZP jsou uvedena na webových stránkách VZP ČR <http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravnicke-prostredky/podklady-pro-zarazeni-zdravnickych-prostredku-a-provadeni-zmen-v-ciselniku-vzp-zp-uhradovem-katalogu-vzp-zp>, Příloha č. 2.

<sup>8</sup> Případně je nutno úhradu požadovat individuálně skrze § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to zcela bez ohledu na to, že daný zdravotnický prostředek jinak může plně vyhovovat obecným kritériím pro jeho úhradu stanovených v § 15 odst. 11 (a přílohy č. 3, oddílu C daného zákona) nebo § 15 odst. 12 daného zákona.

<sup>9</sup> Návrh zákona je spolu s důvodovou zprávou k dispozici na webových stránkách Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky jako sněmovní tisk 88 (7. volební období). Návrh zákona byl nicméně v únoru 2014 bez náhrady vzat zpět.

*nepředepíše zdravotnický prostředek, který není zařazen v úhradovém katalogu – číselníku zdravotní pojišťovny. Tento režim je nevyhovující z několika důvodů. Dle Ministerstva zdravotnictví není správné, aby takové zařazování prováděly zdravotní pojišťovny, které nejsou nezávislým správním orgánem, jejich postup je prakticky nepřezkoumatelný a navíc jsou přímo zainteresovány na výsledku tohoto procesu. Výsledkem je potom stanovování administrativních překážek, které jsou často motivovány snahou zabránit či alespoň oddálit zařazení nového zdravotnického prostředku do číselníku, přestože zákon o veřejném zdravotním pojištění jednoznačně zakládá právo pacientů na úhradu takového zdravotnického prostředku."*

- 45 I Ministerstvo zdravotnictví si tedy bylo velmi dobře vědomo skutečnosti, že v současnosti je zápis zdravotnického prostředku do číselníku zcela nezbytnou náležitostí pro jejich úhradu, a to bez ohledu na skutečnost, zda zdravotnický prostředek jinak může splňovat požadavky zákona na úhradu ze zdravotního pojištění. **Zdravotní pojišťovny tak mohou na základě tohoto systému limitovat vstup nových zdravotnických prostředků do číselníků (a tedy do systému úhrad veřejného zdravotního pojištění) případně údaje v číselnících měnit, a to opět bez dostatečné kontroly a bez ohledu na to, co o úhradě daných zdravotnických prostředků říká zákonná úprava.**
- 46 Přitom skutečnost, že zásahy zdravotních pojišťoven do systému úhrad zdravotnických prostředků jsou časté, potvrzuje poměrně trefně také nedávná aktivita zdravotních pojišťoven v této oblasti. Tak např. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky **zcela pozastavila příjem žádostí o zařazení zdravotnických prostředků do číselníku od 1. 6. 2011 do 31. 12. 2011, čímž fakticky znemožňovala přístup nových produktů v daném období na český trh<sup>10</sup>.** Toto své opatření VZP ČR zdůvodnila v tehdejší tisku následovně:

*„Toto dočasné pozastavení příjmu žádostí o zařazení zdravotnických prostředků do Číselníku VZP–ZP není vyhlášeno na nijak extrémně dlouhé období, jde víceméně o vynechání jednoho pravidelného období zařazování, a to výhradně z níže uvedených důvodů. V dalších zařazovacích obdobích budou realizované změny generovat snazší pozici všem zúčastněným (a tedy i úsporu času a administrativy).*

*Samotná revize Číselníku VZP–ZP bude v konečném důsledku prospěšná pro všechny zúčastněné strany. Dojde k výraznému „zeštíhlení“ této databáze, čítající desítky tisíc položek, a tím k její větší přehlednosti, větší vzájemné porovnatelnosti stejných zdravotnických prostředků a snazší orientaci v této unikátní databázi – a to jak ze strany firem, preskriptorů a jiných podnikatelských subjektů, tak v konečném důsledku i pojištěnců. Ambicí této databáze zcela určitě není suplování dodacích listů tak, jak je některými dodavateli zdravotnických prostředků v současnosti chápána. I s ohledem na mohutnost celé této databáze jsme přesvědčeni, že už v současné době **obsahuje veškerou dostupnou zdravotní péči (v rámci segmentu zdravotnických prostředků) a pozastavením vstupu nových zdravotnických prostředků do Číselníku VZP–ZP není ohrožena dostupnost zdravotní péče pro pojištěnce VZP ČR.** Naopak, související revize Číselníku VZP–ZP **pomůže racionalizovat preskripci zdravotnických prostředků, a tím i racionalizovat výdaje při zachování kvalitní zdravotní péče. Rovněž s ohledem na frekvenci uvádění skutečně***

<sup>10</sup> Viz např. třetí zpráva s názvem „VZP dočasně pozastavila příjem žádostí o zařazení zdravotnických prostředků do číselníku VZP“ zveřejněná v následujícím dokumentu:  
[http://www.akmareckova.cz/media/files/download/newsletter\\_cerven\\_2011.pdf](http://www.akmareckova.cz/media/files/download/newsletter_cerven_2011.pdf).

*zásadních inovací v oblasti zdravotnických prostředků významným způsobem ovlivňujících nabízený přínos pro pacienta je délka trvání stop stavu zcela zanedbatelnou.*<sup>11</sup>

- 47 Navrhovatelé považují takovýto postup za nepřijatelný z hlediska ústavních principů zákonnosti, rovnosti, nediskriminace, volné soutěže, stejně jako z hlediska evropských principů garantujících volný pohyb zboží a služeb. Uvedené přitom není v souladu ani s potřebami pacientů – Všeobecná zdravotní pojišťovna se zde jakoby sama staví do role jakéhosi arbitra, který posuzuje, nakolik je či není zajištěno právo pacienta na dostupnou hrazenou péči a konstatuje, že ten či onen stav číselníku je pro pacienty dostatečný. Jen stěžít lze takovouto situaci, kdy jeden ze soukromoprávních subjektů podílejících se na systému zdravotního pojištění posuzuje dle svých vlastních kritérií to, zda právo jiného účastníka je naplňováno či nikoli, považovat za ideální řešení odpovídající principům právního státu.
- 48 Velmi obdobný charakter zásahů do systémů hrazených zdravotnických prostředků pak má aktivita zdravotních pojišťoven z ledna 2013, kdy došlo **k dočasnému a nijak neodůvodněnému vyřazení absorpčních podložek pro inkontinenci ze systému úhrad**,<sup>12</sup> případně aktivita z října 2013, kdy zdravotní pojišťovny na svých webových stránkách zveřejnily výzvu, kterou se obrací na dodavatele zdravotnických prostředků a vyzývají je, aby do určitého arbitrárně stanoveného data zaslaly Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky Žádosti o setrvání zdravotnického prostředku v Úhradovém katalogu VZP – ZP (číselníku). Pojišťovny ve výzvě dále popisují, jakým způsobem mají být žádosti podávány, a konstatují, že zdravotnické prostředky, u nichž neobdrží žádost o setrvání v Úhradovém katalogu VZP – ZP se začleněním do příslušné kategorie (která neodpovídá členění oddílu C přílohy č. 3 Zákona!), budou z těchto katalogů **vyřazeny k 1. 1. 2014**.<sup>13</sup>
- 49 Nově je tato aktivita nazývána průzkumem trhu<sup>14</sup>, **nicméně princip tohoto postupu je stále stejný - jde o direktivní a nijak postižitelné ovlivňování rozsahu hrazených zdravotnických prostředků na trhu.**
- 50 Přitom je evidentní, že tato aktivita pojišťoven (zejména pak hrozba vyškrtnutí zdravotnických prostředků z číselníků) může znamenat porušení základních principů právního státu a volného pohybu zboží, když s uvedením zdravotnického prostředku v číselníku bezprostředně souvisí postavení daného produktu na trhu. Při neuvedení zdravotnického prostředku v číselníku se poskytovatelé prakticky nemají možnost dozvědět o tom, že je daný zdravotnický prostředek hrazen ze zdravotního pojištění a nemůžou jej tedy pacientovi fakticky ani technicky (chybějící kód VZP) předepsat. Dodavatelé sice teoreticky mohou zdravotnický prostředek uvádět na trh i bez úhrady, avšak je obecně známou skutečností (a je to i potvrzeno judikaturou Ústavního soudu), že úhrada má bezprostřední vliv na pozici výrobku na trhu a poptávku po něm (viz např. bod 38 nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS. 36/05). **Nehrazení zdravotnického prostředku tak fakticky omezuje jeho prodejnost a konkurenceschopnost.**

<sup>11</sup> Viz vyjádření Mgr. Aleny Veverkové, ředitelky odboru komunikace VZP ČR, které je k dispozici zde: [http://www.tribune.cz/clanek/24025-ad-cas-sluhu-dluhu-a-protimluvu-mt-str-b\(přiloha příloha č. 3 tohoto návrhu\).](http://www.tribune.cz/clanek/24025-ad-cas-sluhu-dluhu-a-protimluvu-mt-str-b(přiloha příloha č. 3 tohoto návrhu).)

<sup>12</sup> Viz <http://www.cus.cz/pro-odborniky/pro-praxi/zdravotni-pojistovny/vzp-cr-od-1-1-2013-vyradilo-z-uhrad-inkontinennci-podlozky/>. K nápravě došlo až na základě mediálního tlaku a intervence Ministerstva zdravotnictví. Daná událost však ukázala, že právní nástroje kontroly takového zjevně nezákonného postupu zdravotní pojišťovny jsou velmi limitované a prakticky nefunkční (příloha č. 4 tohoto návrhu).

<sup>13</sup> Např. viz <http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/verejna-vuzva-pro-dodavatele-zdravotnickych-prostredku> (příloha č. 5 tohoto návrhu).

<sup>14</sup> Viz <http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/verejna-vyzva-pro-dodavatele-individualne-vyrabenyh-zdravotnickych-prostredku> (příloha č. 6 tohoto návrhu).

- 51 **Zůstává zásadním nedostatkem právní úpravy, který podle názoru Navrhovatelů překračuje limity ústavnosti, že takovýto režim umožňuje a že proti takovému postupu zdravotních pojišťoven neskýtá žádné efektivní prostředky právní ochrany (viz dále).**

### III.2.D Možnost ochrany dotčených subjektů proti jednání zdravotních pojišťoven

- 52 Navrhovatelé jsou přesvědčeni, že možnost zdravotních pojišťoven v důsledku nekvalitní legislativy takto široce modifikovat úhradový systém; ba dokonce tento systém fakticky svou činností vytvářet, je principiálně nesprávná a neústavní. Zdravotní pojišťovny jsou dle ustálené judikatury Ústavního soudu primárně subjekty soukromého práva (viz např. Pl. ÚS 19/13). **Právní úprava umožňující takovouto širokou a neomezenou diskreční pravomoc zdravotních pojišťoven v oblasti hrazení zdravotnických prostředků tak nepřiměřeně vychyluje** principiálně rovné postavení subjektů dotčených, či podílejících se na úhradě zdravotnických prostředků ve **prospěch zdravotních pojišťoven, které takto *de facto* rozhodují o stanovení výše úhrady zdravotnických prostředků, aniž by přitom z právní úpravy jednoznačně vyplývalo zákonné zmocnění k této činnosti (viz dále).**
- 53 Nelze rovněž nevidět, že úhradová regulace je svou podstatou regulací cenovou, která má ovšem být opatřením výjimečným a akceptovatelným pouze za zcela omezených podmínek (viz např. Pl. ÚS 19/13). V daném případě však **není upraven žádný formální proces, kterým by se zdravotní pojišťovny měly při této činnosti řídit, a který by zajišťoval, že jejich zásahy do tohoto systému nebudou nepřiměřené.** V napadených ustanoveních není stanoven žádný požadavek na to, aby zdravotní pojišťovny postupovaly v souladu s principy transparentnosti a nediskriminace - s ohledem na soukromoprávní charakter zdravotních pojišťoven je pak velmi sporné, zda na tuto jejich činnost je možno aplikovat principy správního řízení zakotvené v zákoně č. 500/2004 Sb., správní řád, či nikoli.<sup>15</sup> **Díky tomu je možnost subjektů, které jsou nebo mohou být takovouto činností zdravotních pojišťoven dotčeny, domáhat se ochrany proti svévolnému postupu zdravotní pojišťovny při nastavení úhrad zdravotnických prostředků, výrazně limitována.**
- 54 Je např. zcela nereálná představa, že by pacient měl vůči zdravotní pojišťovně namítat, že v jeho případě např. nebylo správně zvoleno nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku s ohledem na míru a závažnost jeho zdravotního postižení. **Drtivá většina pacientů nemá schopnost ani možnost ověřit si nebo zjistit, jaké varianty zdravotnických prostředků jsou k dispozici a jakou výši úhrady by mohl s ohledem na své zdravotní postižení požadovat – takovou aktivitu nelze od pojištěnců jednoduše rozumně očekávat.** Zdravotní pojišťovna tak díky tomuto nekontrolovanému systému může fakticky proplatit pouze část ceny daného zdravotnického prostředku (nebo

<sup>15</sup> Viz např. rozhodnutí Nejvyššího správního soudu České republiky č. j. 4 Ads 74/2013-30 ze dne 17. 10. 2013, kterým byla zamítnuta kasační stížnost dodavatele zdravotnických prostředků Hartmann-Rico, a.s. proti rozhodnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny o snížení úhrady vybraných zdravotnických prostředků ze zdravotního pojištění. Základním argumentem pro zamítnutí kasační stížnosti bylo tvrzení, že v procesu stanovování výše úhrad zdravotnických prostředků nevystupují zdravotní pojišťovny v pozici správních orgánů.

také vůbec nic), i když by pojištěnec měl mít s ohledem na své postižení nárok např. na plnou úhradu daného zdravotnického prostředku.

- 55 **Pacient také nemá reálnou možnost domáhat se (soudně či jinak) toho, aby v jeho případě zdravotní pojišťovna uhradila ze zdravotního pojištění zdravotnický prostředek, který není uveden v číselníku.** Jak již bylo uvedeno, lékař takový zdravotnický prostředek ani nepředepíše (jednak je to bez kódu VZP vyloučeno, jednak by tím lékař jednal v rozporu s metodikou zdravotní pojišťovny a svou vlastní smlouvu se zdravotní pojišťovnou o poskytování a úhradě zdravotních služeb a riskoval by sankci) a zdravotní pojišťovně tak nevznikne povinnost k úhradě takového zdravotnického prostředku dle § 17 odst. 7 Zákona (zdravotní pojišťovna má povinnost hradit poskytovateli jen zdravotnické prostředky předepsané lékařem pojištěnci na lékařský předpis). Motivace, finanční a odborné možnosti pacientů jít do takového sporu se zdravotní pojišťovnou je tak naprosto nulová.
- 56 Minimální motivaci iniciovat takový spor se zdravotní pojišťovnou pak mají také poskytovatelé zdravotních služeb, ať už by se jednalo o předepisující lékaře či poskytovatele lékařské péče. Je známou skutečností, že zdravotní pojišťovny mají vůči poskytovatelům zdravotních služeb velmi silnou pozici (viz např. nálezy Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11, bod 66) a jejich ochota jít s pojišťovnou do otevřeného sporu bude minimální. Navíc tyto subjekty nemají ani materiální motivaci, neboť do jejich právní sféry je fakticky zasaženo minimálně.
- 57 Jedinou skupinou subjektů, která může mít dostatečné odborné a materiální zázemí vést takový spor se zdravotní pojišťovnou, jsou dodavatelé zdravotnických prostředků – ti k tomu navíc mají i věcnou motivaci, neboť jejich přirozeným zájmem je uvádět na trh a prodávat zdravotnické prostředky konkurenceschopně a se ziskem, čemuž může nezařazení zdravotnického prostředku do číselníku či opakované a nekontrolované změny v číselníku efektivně bránit. **Jelikož však dodavatelé zdravotnických prostředků nemají žádný přímý nárok ze zdravotního pojištění a soudy odmítají přiznat činnosti zdravotní pojišťovny při stanovování výše úhrady zdravotnického prostředku povahu rozhodování ve správně-právním smyslu,<sup>16</sup> je i jejich možnost ochrany, zejména ochrany u nezávislého a nestranného soudu, rovněž velmi omezená. Tím je popřeno právo podle čl. 36 Listiny.**
- 58 Díky tomu může napadená právní úprava vést k omezení dostupnosti zdravotní péče, neboť nejasný a nekontrolovatelný systém číselníků může fakticky znamenat omezení nabídky zdravotnických prostředků na trhu a tím i menší možnost pacientů dostat se k hrazeným zdravotnickým prostředkům. Obdobně se však omezení týká rovněž dodavatelů zdravotnických prostředků, kteří za stávající právní úpravy a volatility celého systému (nikdy není jisté, kdy a jak zdravotní pojišťovna do systému zasáhne) mají výrazně sníženu právní jistotu a tím ztíženu možnost racionálního plánování a tedy podnikání.
- 59 Nedostatečná právní úprava umožňuje svévoli pojišťoven v této oblasti a naopak nezakládá dostatečné nástroje ochrany před takovým postupem. Zdravotní pojišťovny fakticky rozhodují o tom, jak (a zda vůbec) bude konkrétní zdravotnický prostředek hrazen – záleží jen na zdravotní pojišťovně, jak definuje nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku (zda se zdravotní pojišťovny vůbec dohodnou a budou za nejméně ekonomicky náročné provedení zdravotnického prostředku považovat ten samý produkt, nebo zda budou nastavovat výši úhrady nezávisle na sobě), jak vymezí skupinu zdravotnických prostředků, pro

---

<sup>16</sup> Viz pozn. pod čarou č. 15.

kteřou bude cena právě této varianty zdravotnického prostředku tou základní úrovní pro stanovení výše úhrady a v neposlední řadě jak provede průzkum trhu, kterým tuto cenu zjistí. Takto nastavená právní regulace (chtělo by se téměř říci **neregulace**) tak nedává prakticky žádnou možnost kontroly činnosti zdravotní pojišťovny ze strany dotčených subjektů, které se v případě nesprávného postupu (při výběru ekonomicky nejméně náročné varianty, při provádění průzkumu trhu, atd.) prakticky nemohou nikterak bránit a dožadovat nápravy.

- 60 Tato konstrukce znamená naprosté popření ústavních principů právní jistoty, zákonnosti, zákazu svévole, jakož i ústavně garantovaného práva na bezplatnou zdravotní péči, práva na podnikání a transparentního a spravedlivého procesu. Navíc tato konstrukce ani nemusí vždy vést ani k dosahování úspor pro systém zdravotního pojištění, což by jistě byl legitimní cíl související s omezenými zdroji veřejného zdravotního pojištění. **Nedostatečná kontrola může ve svém důsledku znamenat plýtvání veřejnými prostředky.** Zdravotní pojišťovny nic nenutí nastavit jednotná a transparentní pravidla, díky čemuž tak mohou vznikat (a vznikají) situace, kdy pro některé skupiny zdravotnických prostředků jsou zdravotní pojišťovnou plně hrazeny všechny zdravotnické prostředky bez rozdílu ceny, aniž by byla identifikována ekonomicky nejméně náročná varianta.<sup>17</sup>
- 61 **Navrhovatelé jsou přesvědčeni, že právní stát nemůže akceptovat systém hrazení zdravotnických prostředků, který jednak popírá základní práva, a jednak ani odpovídajícím způsobem nezajišťuje naplnění jiného legitimního cíle právního státu (stabilita a udržitelnost nákladů veřejného zdravotního pojištění).**

### III.3

#### Dosavadní judikatura Ústavního soudu a její relevance pro předmětný případ

- 62 Ústavní soud se problematikou hrazení produktů či služeb ze zdravotního pojištění zabýval v mnoha svých dosavadních rozhodnutích, přičemž Navrhovatelé jsou toho názoru, že celá řada z nich ve svých závěrech plně podporují stanovisko Navrhovatelů o neústavnosti napadených ustanovení Zákona.

#### III.3.A Ke stanovení výše úhrady ze zdravotního pojištění v oblasti léčivých přípravků

- 63 Za stěžejní v této souvislosti považují Navrhovatelé nález Ústavního soudu Pl. ÚS 36/05, ve kterém Ústavní soud zrušil do té doby platnou a účinnou úpravu stanovování úhrad léčivých přípravků ze zdravotního pojištění obsaženou v § 15 odst. 10 Zákona (ve znění účinném do 31. 12. 2007). Na základě předmětného ustanovení byla úhrada léčivých přípravků ze zdravotního pojištění stanovována Ministerstvem zdravotnictví vyhláškou; samotný proces

<sup>17</sup> Takovou skupinou jsou například *kompresy z gázy nesterilní*, které typově spadají do položky č. 1 přílohy č. 3, oddílu C Zákona, tj. *prostředky pro klasické hojení ran*. Zde lze poukázat kupříkladu na stokusová balení kompresů o velikosti 10x10cm, kdy všechny tyto produkty mají naprosto rozdílnou výši úhrady, ačkoli jejich popis napovídá, že jde o typově zcela shodné zdravotnické prostředky (produkt s kódem VZP 0169362 je hrazen ve výši 95,20 Kč, produkt s kódem VZP 13149 je hrazen ve výši 114,00 Kč a produkt s kódem VZP 170171 je hrazen dokonce ve výši 138,18 Kč) – viz příloha č. 7 tohoto návrhu – kopie stránky č.4 Úhradového katalogu VZP-ZP (Poukaz), verze 968 s vyznačenými položkami zdravotnických prostředků. Evidentně zde tak zdravotní pojišťovna zcela ustoupila od hledání nejméně ekonomicky náročné varianty zdravotnického prostředku.

stanovení konkrétní výše úhrady pro konkrétní léčivý přípravek probíhal interně na ministerstvu bez jakékoli právně garantované možnosti dotčených subjektů (držitelů rozhodnutí o registraci, dovozců nebo výrobců) tento proces ovlivnit.

- 64 **Tato původní právní úprava byla nálezem Pl. ÚS 36/05 zrušena pro rozpor s čl. 36 Listiny základních práv a svobod. Ústavní soud odmítl, že by o těchto nárocích dotčených subjektů mělo být rozhodováno v rámci normativního procesu (tím spíše ve formě podzákoného předpisu).**
- 65 Na tomto základě pak byla přijata nová legislativní úprava procesu stanovování úhrad léčivých přípravků, která je v současnosti obsažena zejména v části šesté Zákona. Na základě této právní úpravy se s účinností od 1. 1. 2008 stanovuje výše a podmínky úhrady léčivých přípravků postupem ve správním řízení před Státním ústavem pro kontrolu léčiv.
- 66 Na adresu této původní právní úpravy procesu stanovení úhrady ze zdravotního pojištění pro léčivý přípravek Ústavní soudu v nálezu Pl. ÚS 36/05 uvádí:

*„38. ... stanovení konkrétní výše úhrady má zásadní význam pro poptávku po tom kterém léčivu, a to dle zásady, že poptávka je tím větší, čím je vyšší podíl úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Toto rozhodnutí ministerstva o konkrétní výši úhrady toho kterého léčiva, resp. v našem případě to, v jaké podobě připraví a publikuje předmětnou vyhlášku, se tak odráží i na hospodářském výsledku a prospěchu příslušného výrobce či distributora. Vytvářením nerovných podmínek pro podnikatele svým způsobem deformuje jejich svobodnou soutěž na trhu humánních léčiv. Podmínky pro podnikání ovšem musí být pro všechny jeho účastníky shodné, a to i pokud jde o jeho omezení daná zákonem. Všichni výrobci a distributoři léčivých přípravků mohou na vnitrostátním trhu podnikat jen za splnění zákonem stanovených podmínek, které však musí být pro všechny stejné. Pokud se zařazením určitého přípravku na seznam léčiv hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění jeho výrobce či distributor dostává proti jiným výrobcům či distributorům do výhody, musí se o to důsledněji dbát na to, aby tuto nerovnost vyvažovala možnost kontroly transparentnosti vytváření těchto podmínek, a to v každém individuálním případě.*

...

*(48) ... Stanovení konkrétní výše, do jaké bude léčivo hrazeno, vyhláškou, fakticky vylučuje plnohodnotnou účast zainteresovaných subjektů na tomto procesu, oslabuje transparentnost jednotlivých kroků, a tím i důvěryhodnost celého procesu. Vhodnost konkrétní výše úhrady toho kterého léčiva by měla být zjišťována v průběhu **správního řízení** na základě poměrování nejrůznějších partikulárních zájmů, s možností uvážit všechny rozpory a připomínky. **Především pak by mělo být rozhodnutí o tom kterém léčivu odůvodněno, aby bylo zřejmé, proč jeho předpoklady pro zařazení do systému úhrad ze zdravotního pojištění jsou lepší než předpoklady léčiv jiných, a jak se rozhodující orgán s podstatnými argumenty vyrovnal.***

- 67 Navrhovatelé si jsou přirozeně vědomi rozdílu v procesu stanovování úhrad léčivých přípravků před 1. 1. 2008 formou podzákoné normotvorby a stávajícím postupem stanovování úhrady zdravotnických prostředků ze strany zdravotních pojišťoven. Navrhovatelé nicméně konstatují, že, ač je právní povaha činnosti zdravotních pojišťoven při stanovování úhrady zdravotnických prostředků poměrně sporná, **lze závěry a principy nálezu Pl. ÚS 36/05 možno**



**považovat ve svém principu aplikovatelné rovněž na právní úpravu stanovení úhrady pro zdravotnické prostředky.**

- 68 Uvedené se zakládá na srovnání materiální náplně činnosti Státního ústavu pro kontrolu léčiv v procesu stanovení výše úhrady léčivých přípravků podle „nové“ právní úpravy úhradového správního řízení v části šesté Zákona (účinné od 1. 1. 2008 a přijaté právě jako důsledek nálezu Pl. ÚS 36/05) a činnosti zdravotních pojišťoven při procesu nastavení úhrady zdravotnického prostředku postupem dle § 15 odst. 11 a 12 Zákona. **V obou případech se výše úhrady stanovuje referencí k určitému produktu** - pro úhradu jednotlivých zdravotnických prostředků by referenční měly být náklady na variantu, která generuje nejnižší náklady - u léčivých přípravků se pak pro skupinu zaměnitelných přípravků stanovuje tzv. základní úhrada, která vychází ze zákonem upraveného postupu zjišťování ceny referenčního přípravku - viz § 39c Zákona – kdy referenční přípravek je ve své podstatě právě nejméně ekonomicky náročnou variantou mezi terapeuticky zásadně zaměnitelnými přípravky (odst. 5 cit. §39c Zákona). Dle této ceny pak Státní ústav pro kontrolu léčiv nastavuje úhradu pro jednotlivé léčivé přípravky, obdobně, jako by z ekonomicky nejméně náročných variant zdravotnického prostředku měla zdravotní pojišťovna odvozovat úhradu ostatních zaměnitelných produktů.
- 69 **Z tohoto srovnání je zřejmé, že materiální podstata činnosti obou subjektů je shodná.** Jestliže pak pro léčivé přípravky není pochyb, že stanovení úhrady bylo svou povahou již před 1. 1. 2008 a nadále je (správním) rozhodnutím (jak bylo potvrzeno nálezem Pl. ÚS 42/10 ze dne 31.3.2010) pak při zachování materiálního hodnocení je třeba uzavřít, že rovněž stanovení úhrady zdravotnického prostředku ze strany zdravotní pojišťovny se postupem dle § 15 odst. 11 a 12 Zákona a odpovídajících ustanovení přílohy č. 3, oddílu C Zákona, mělo dít procesem (správního) rozhodování.
- 70 Stanovování úhrad zdravotnických prostředků mimo tento proces na základě číselníků zdravotních pojišťoven je však obdobně netransparentním procesem, jako stanovení úhrady léčivého přípravku formou vyhlášky Ministerstva zdravotnictví - takto nastavená právní úprava oslabuje právní jistotu a důvěru v právo. V případě zdravotnických prostředků to platí o to více, že napadená ustanovení nechávají samotné nastavení výše úhrady zdravotnických prostředků nikoli na podzákonný předpis, ale zcela na libovůli zdravotních pojišťoven (limitovanou pouze velmi vágními mantinely § 15 odst. 11, 12 a přílohy č. 3, oddílu C Zákona).
- 71 **Tato odchylka oproti systému úhrad léčivých přípravků před 1. 1. 2008 však jen zesiluje relevantnost výtek, které Ústavní soud v nálezem Pl. ÚS 36/05 uvedl, i ve vztahu k právní úpravě hrazení zdravotnických prostředků. Pokud není ústavně konformní stanovení limitů práva na bezplatnou zdravotní péči podzákonnou normotvorbou, tím spíše není v souladu s ústavními principy ponechání konkretizace ústavního práva na bezplatnou zdravotní péči zcela mimo jakoukoli zákonnou regulaci pouze na volném uvážení zdravotních pojišťoven.**

**III.3.B K vymezení rozsahu úhrady z veřejného zdravotního pojištění v podzákonném předpise**

- 72 Navrhovatelé dále považují za velmi relevantní judikaturu Ústavního soudu zabývající se tím, nakolik mohou být pravidla pro hrazení služby a limity úhrad vymezeny až podzákonným

předpisem. Navrhovatelé odkazují na recentní **nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/11**. V tomto nálezu se Ústavní soud vyjadřoval, mimo jiné, ke skutečnosti, že právní úprava v § 13 odst. 3 až 7 Zákona, ve znění účinném do 4. 8. 2013, upravovala tzv. základní a ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb, přičemž základní varianta nebyla dostatečně definována v samotném textu Zákona, ale byla blíže upravena prováděcí vyhláškou. V této souvislosti Ústavní soud uvedl (bod 44):

*Bylo řečeno, že hospodářská, sociální a kulturní práva, mezi něž patří i právo na bezplatnou zdravotní péči dle čl. 31 Listiny, jsou konkretizována výslovně až příslušným zákonem a teprve na jeho základě (v jeho mezích) je možné se těchto práv a svobod domáhat (čl. 41 odst. 1 Listiny). Na druhou stranu to musí být zákon, nestačí právní předpis podzákonný. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 to Ústavní soud formuloval naprosto jednoznačně: „Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“ Co do podstaty se stejně vyslovil i v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02: „Má-li se veřejné zdravotní pojištění přibližovat evropskému standardu, bylo by patrně třeba, aby zákon jednoznačně a srozumitelně vymezil možnosti soukromé platby pojištěnců, patrně podobně, jako je tomu ve vyspělých evropských státech, Německu, Švýcarsku aj.“*

- 73 Navrhovatelé se domnívají, že kontrast mezi uvedenými formulacemi Ústavního soudu a zcela nekontrolovatelným režimem stanovování výše úhrady zdravotnických prostředků systémem číselníků nemůže být zřetelnější. Jak přitom Ústavní soud ve vztahu k nadstandardům ve zdravotnictví judikuje dále, nemohou Zákonem zmiňované pojmy *nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku* a *provádění průzkumu trhu* (na nichž je systém číselníků založen) v případě zdravotnických prostředků požadavku na dostatečně určitou zákonnou definici dostát (bod 49 téhož nálezu):

*„Je pravda, že obecný základ variant základní a ekonomicky náročnější je obsažen přímo v zákoně. Z pohledu Ústavního soudu je ale podstatné, zda úprava v zákoně sama o sobě, tedy i bez prováděcí vyhlášky, je adresátům dostatečně srozumitelná a zda by byla aplikovatelná. Prováděcí předpis má stanovit již jen její detaily. Napadená úprava variant péče v současné době funguje tak, že kromě výše reprodukováného obecného rámce v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jsou ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, Ministerstvem zdravotnictví označeny zdravotní výkony, u nichž lze pojištěncům nabízet volbu mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatelům zdravotních služeb, pojišťovněm i pojištěncům je tedy teprve z vyhlášky zřejmé, co je základní variantou a za jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a zdravotní materiál je možno či nutno doplácet nad rámec úhrady z veřejného pojištění. Ze zákona samotného to neplyne a nelze to z něj dovodit ani nejvolnější interpretací. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy udělal pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu (slovy zákona*

*o veřejném zdravotním pojištění základní a ekonomicky náročnější varianty). Druhá, ovšem podstatná část, bez níž je institut neživotaschopný, tedy konkrétní určení toho, co je v intencích čl. 31 Listiny bezplatnou péčí, je upravena až v prováděcí vyhlášce. Zákodárce tím dle Ústavního soudu požadavkům nastaveným ústavním pořádkem a opakovaně vyloženým dosavadní rozhodovací praxí nedostál."*

- 74 Zcela obdobně jako v citovaném nálezu, tak i v případě napadených ustanovení není situace o nic lepší. Také v našem případě vymezuje termín nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku jakýsi první krok ke stanovení výše úhrady zdravotnického prostředku, avšak **poskytovatelům zdravotních služeb, pojištěncům a dodavatelům je až teprve z číselníků (pokud vůbec) zřejmé, jaké technické parametry odpovídají nejméně ekonomicky náročnému provedení zdravotnického prostředku a jakou výši úhrady na tomto základě zdravotní pojišťovna jednotlivým produktům přiřazuje.**
- 75 I když Zákon vymezuje nad rámec termínu nejméně ekonomicky náročného provedení rovněž maximální limity úhrady, ať už množství, objemové či finanční (viz příloha č. 3, oddíl C Zákona, případně procentuální výši úhrady v případě § 15 odst. 12 Zákona), jsou tyto limity jen jakýmsi vrchním stropem úhrad a o konkrétní výši nároku pojištěnce ze zdravotního pojištění nám neříkají nic víc než to, že úhrada by tyto limity neměla překročit - pod tímto limitem se však může pohybovat na jakékoli pozici, která bude odpovídat arbitrárně zvolené ekonomicky nejméně náročné variantě zdravotnického prostředku.
- 76 Fakticky tak nastavení maximálních limitů úhrady v Zákoně nelze považovat za dostatečnou garanci práv pojištěnce na hrazenou zdravotní péči, jelikož tato ustanovení spíše naopak **chrání zdravotní pojišťovny a systém veřejného zdravotního pojištění před excesivními platbami.** Tato ochrana na straně nákladů je bezesporu potřebná, ale bez současného konkrétního vymezení minimální výše úhrady, které by garantovalo práva třetích subjektů, jichž se úhrada zdravotnického prostředku dotýká, nastavení transparentního procesu, či přímo zafixování výše úhrady v zákoně, nemůže při ústavně právním přezkumu obstát.
- 77 Zejména pak neprojde napadená úprava tzv. testem rozumnosti a testem proporcionality, který Ústavní soud rozvinul ve své judikatuře, viz např. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 61/04 ze dne 5. 10. 2006, sp. zn. Pl. ÚS 83/06 či sp. zn. Pl. ÚS 54/10 ze dne 24. 4. 2012 a v neposlední řadě též nálezy Pl. ÚS 19/13, bod 50 a 51. **Dle Navrhovatelů se napadená právní úprava přímo dotýká samotné existence práva na bezplatnou zdravotní péči (ve vztahu k pacientům), jakož i práva podnikat (ve vztahu k dodavatelům zdravotnických prostředků), resp. skutečné realizace těchto práv.** Při testu proporcionality tak lze sice konstatovat, že napadenými ustanoveními aprobovaná pravomoc zdravotních pojišťoven nastavovat úhradu zdravotnických prostředků (tím, že mohou velmi volně definovat nejméně ekonomicky náročné provedení a provádět průzkum trhu mnoha různými způsoby bez možnosti reálné kontroly) sice může sledovat legitimní cíl dosažení úspor v systému veřejného zdravotního pojištění (první krok testu proporcionality), avšak že takový zásah do ústavně garantovaných práv ostatních dotčených subjektů není vhodným mechanismem, resp. že **požadovaného cíle by bylo možno lze dosáhnout jiným způsobem, jenž by byl k dotčenému základnímu právu šetrnější (požadavek potřebnosti).**

- 78 Takovým alternativním způsobem, který by výrazně lépe chránil práva pacientů a dodavatelů zdravotnických prostředků, by mohla být právní úprava, která by zajišťovala přezkoumatelnost a transparentnost procesu výběru nejméně ekonomicky náročného provedení a tím i nastavení výše úhrady ze zdravotního pojištění. V úvahu připadá přenesení této agendy na některý z orgánů státní správy a podřízení tohoto procesu např. správnímu řádu (viz nález Pl. ÚS 35/06) nebo obdobnému právnímu procesu s prvky přezkoumatelnosti rozhodovací činnosti a dovolujícím dotčeným subjektům uplatnit svá práva a umožňujícím kontrolu, že nedochází k žádné formě diskriminace při stanovování úhrady jednotlivých zdravotnických prostředků.
- 79 Namísto toho však zákonodárce v daném případě zvolil řešení, **kdy ponechal prakticky veškerou diskreci na zdravotních pojišťovnách, které nemají fixní pravidla, kterými by se musely při stanovování úhrady řídit, ani nemají výslovně nařízeno postupovat přezkoumatelně dle správního řádu tak, aby bylo zajištěno právo dotčených subjektů na spravedlivý proces.** Tím napadená právní úprava ústavně garantovaná práva dostatečně nechrání – ba dokonce lze považovat zvolené řešení z hlediska ochrany práv třetích subjektů za nejhorší možnou variantu ze všech možných (subjektu soukromého práva je Zákonem svěřena možnost bez vnější kontroly rozhodovat o tom, které zdravotnické prostředky a v jaké výši budou hrazeny). Ze všech těchto důvodů Navrhovatelé navrhuji zrušení této právní úpravy.

### III.3.C K neurčitému vymezení právní úpravy v samotném textu zákona

- 80 Je zřejmé, že nálezy Ústavního soudu sp. zn. Pl.ÚS. 35/06 a Pl.ÚS. 36/11 otevírají zásadní otázku přiměřené legislativní úpravy hrazení zdravotnických prostředků. Přitom nejde až tolik o filozofickou koncepci mechanismu, který je zákonodárcem pro stanovení úpravy zvolen. Navrhovatelé nemají ve své podstatě nic proti tomu, že je v případě zdravotnických prostředků úhrada utvářena na základě jakéhosi referenčního systému, zcela obdobně jako tomu bylo v případě nadstandardů - viz základní varianta péče definovaná v § 13 odst. 3 Zákona ve znění do 4. 8. 2013, nebo jako je tomu v případě léčivých přípravků od 1. 1. 2008, kdy je úhrada pro zaměnitelné léčivé přípravky nastavována dle ceny tzv. referenčního přípravku - viz § 39c Zákona v aktuálním znění).
- 81 I v případě zdravotnických prostředků je hrazena pouze jakási „základní varianta péče“, tedy úhrada je poskytována jen do výše ceny zdravotnického prostředku, který byl zdravotní pojišťovnou zvolen jako provedení ekonomicky nejméně náročné (v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení). Pokud cena zdravotnického prostředku tuto nejméně ekonomicky náročnou variantu převyšuje, pak ji hradí pojištěnec ze svého. Taková možnost byla již v minulosti Ústavním soudem opakovaně arobována (viz nález sp. zn. Pl. ÚS. 35/95, nález sp. zn. Pl. ÚS. 14/02, nález sp. zn. Pl. ÚS 1/08, nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11).
- 82 **Zcela zásadní otázkou však je, aby při zvoleném mechanismu stanovení úhrady nedocházelo k nepřiměřeným zásahům do ústavně zaručených práv. Systém úhrady zdravotnických prostředků může při ústavním přezkumu obstát pouze tehdy, pokud budou samotným zákonem stanoveny dostatečně určité hranice (anebo přezkoumatelný proces určení) toho, jaká úroveň péče je onou základní hrazenou variantou – ekonomicky nejméně náročným provedením, a která úroveň péče již tuto hranici přesahuje (a může být tedy hrazena pojištěncem přímo).** Jak uvádí Ústavní soud (nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 42 a 51):

„(42) Z pohledu Ústavního soudu je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny nebyl zákonem fakticky vyprazdňován. **V jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní. ... Je tedy třeba stanovit zákonem hranice mezi informováním o základní variantě a ekonomicky náročnější variantě či variantách a doporučením k použití jedné z možných variant léčebného postupu.** Pokud se ošetřující lékař rozhodne doporučit pro konkrétní diagnózu ekonomicky náročnější variantu, může tak učinit jedině za té podmínky, že bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. **Nelze přehlížet, že pacient je slabší stranou při sjednávání podmínek léčebného postupu, a poskytuje-li právní úprava ochranu spotřebiteli v oblasti závazkových právních vztahů majících materiální podstatu, tím spíše musí právní úprava poskytovat ochranu pacientovi, kde jde o hodnoty podstatnější.** Příkladem takové situace mohou být pacienti s přidruženými chorobami, u kterých by základní varianta výkonu znamenala zvýšené riziko komplikací, eventuálně ohrožení života, a proto je u nich nutno ekonomicky náročnější výkon považovat za výkon základní v zájmu ochrany zdraví konkrétního pacienta. V takovém případě je vyloučeno, aby tento, vzhledem k individuálním podmínkám pacienta vhodnější výkon nebyl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

...

(52) Jak bylo řečeno, podzákoná normotvorba je protiústavní, jestliže meze základních práv a svobod nemůže stanovovat nic jiného než přímo zákon. Tak je tomu i v řešeném případě mezi práva na bezplatnou zdravotní péči. **Problematika je sice upravena v základních rysech již v samotném zákoně o veřejném zdravotním pojištění, ovšem jen zčásti. Nutný základní rámec pro podzákoný právní předpis je proto příliš stručný a neurčitý.** Kromě toho nelze přehlédnout mezeru zákonné definice, na kterou je poukázáno v bodě 42 odůvodnění.“

- 83 Navrhovatelé jsou toho názoru, že uvedené principy by se v plné míře měly uplatňovat také v případě úhrady zdravotnických prostředků, coby specifického medicínského produktu hrazeného ze zdravotního pojištění a tedy podléhajícího čl. 31 Listiny. **Rovněž v jejich případě by měly být zákonem jasně stanoveny konkrétní hranice a záruky, které budou pojištěncům garantovat naplnění ústavního práva na hrazenou péči, aniž by toto právo mohlo být rozměňováno arbitrární činností zdravotních pojišťoven při výběru nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku.**
- 84 V případě nadstandardů Zákon v § 13 odst. 3 (ve znění do 4. 8. 2013) definoval základní variantu zdravotních služeb jako způsob poskytnutí zdravotních služeb, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění, a to za situace, že služby jde poskytnout více než jedním způsobem, všechny tyto způsoby splňují podmínky uvedené v § 13 odst. 1 Zákona a mají stejný terapeutický účinek. V případě zdravotnických prostředků váže § 15 odst. 12, resp. příloha č. 3, oddíl C Zákona stanovení úhrady na pojem „zdravotnický prostředek v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.“<sup>18</sup> **Jakákoli bližší definice tohoto pojmu však zcela chybí a lze tak jen spekulovat, jaký je jeho konkrétní obsah.**

<sup>18</sup> V příloze č. 3, oddíl C používá definice úhradového symbolu „A“ a „B“ pojem ekonomicky nejméně náročná varianta, přičemž tento pojem je identický s pojmem zdravotnického prostředku v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení.

85 **Pokud tedy Ústavní soud považoval za nedostatečnou garanci práva pojištěnců založeného v čl. 31 Listiny vymezení základní varianty v případě § 13 odst. 3 Zákona (ve znění do 4. 8. 2013) a označil jej za neurčité, tím spíše je nutno nahlížet jako na ústavně nedostatečné a neurčité pouhé uvedení pojmu *zdravotnický prostředek v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení, v textu napadených ustanovení jakožto základního kritéria pro stanovení výše úhrady zdravotnických prostředků, a to bez jakékoli bližší specifikace (dokonce ani na podzákonné úrovni).***

86 Obdobně se k otázce nedostatečného legislativního vymezení v textu zabýval Ústavní soud v nálezu **sp. zn. Pl. ÚS 23/02**, kterým Ústavní soud zrušil ustanovení zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Jedním ze základních problémů napadených ustanovení daného zákona byla nedostatečná zákonná definice pojmu „smluvní rodina“; tento pojem a jeho konkrétní specifika a kritéria měla být upravena podzákonným předpisem. V tomto nálezu Ústavní soud konstatuje:

*„V zákoně zcela chybí definice pojmu "smluvní rodina" a vymezení požadavků kladených na tuto rodinu. Smluvní rodina není definována ani pozitivně, ani negativně, tj. není stanoveno, jaká rodina např. smluvní rodinou být nemůže. **Chybí vymezení kritérií a kvalifikačních předpokladů, které by smluvní rodina měla splňovat a jakým způsobem bude ověřována schopnost zájemců - fyzických osob - zajistit řádnou péči o dítě ve smluvní rodině.** Není jasné, zda půjde o smluvní vztahy pouze s manželskými páry nebo s jednotlivci, zda a jakým způsobem bude omezen počet dětí v jedné smluvní rodině atd.*

...

*Z tohoto výčtu jednoznačně vyplývá, že práva a povinnosti osob a orgánů zúčastněných na tomto institutu a jejich pravomoci by musely být stanoveny vyhláškou ministerstva, aby se tento institut vůbec mohl stát funkčním.*

...

*Ustanovení čl. 79 odst. 3 Ústavy zmocňuje ministerstva vydávat právní předpisy pouze na základě zákona a v jeho mezích. Napadená ustanovení zákona jsou v rozporu s tímto článkem Ústavy, **protože ministerstvo je zmocněno úpravou něčeho, pro co samotný zákon nestanoví žádné meze, co sám vůbec neupravuje. Nejednalo by se tedy o provedení zákona, ale o jeho doplnění, neboť prováděcí předpis by institut smluvní rodiny musel přesně vymezit.** Chybí tedy příslušná zákonná úprava, kterou by měla ministerská vyhláška provést. **Zákon svou stručností a neurčitostí nedává nutný základní rámec pro zmíněný podzákonný předpis.**"*

87 Navrhovatelé jsou toho názoru, že v daném případě velmi obdobně jako v citované věci chybí **vymezení kritérií a kvalifikačních předpokladů, které musí zdravotnický prostředek v provedení nejméně ekonomicky náročném splňovat.** Například je nejistá i tak zásadní otázka, zda musí nejméně ekonomicky náročné provedení vůbec naplňovat kritéria § 13 odst. 1 Zákona, či nakolik (v jaké míře) musí být terapeuticky zaměnitelný se zdravotnickými prostředky, pro které má být základem pro stanovení úhrady.

88 Dostatečně určité vymezení nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku s ohledem na míru a závažnost zdravotního postižení přitom nelze dovodit ani interpretačně za použití standardních interpretačních metod (viz např. sp. zn. Pl. ÚS 9/95). Požadavek na náležitou odbornou úroveň zdravotních služeb je sice zakotven rovněž v zákoně

č. 372/2011 Sb., resp. požadavek na vhodné, bezpečné a účinné zdravotnické prostředky je jasně definován v § 1 zákona č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích. **Tato ustanovení, která zahrnují podstatně širší skupinu zdravotnických prostředků, než jen těch, které jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, nevypovídají nic bližšího o tom, jak mají být rozděleny skupiny vzájemně zaměnitelných zdravotnických prostředků a jaká kritéria (z hlediska účinnosti, bezpečnosti a klinického využití) má nejméně ekonomicky náročné provedení splňovat. Neříkají nic o kvalitativních požadavcích na ekonomicky nejméně náročné provedení.**

- 89 Toto bližší vymezení pak s ohledem na uvedenou mezeru v zákoně a neurčitou právní formulaci obsaženou v Zákoně provádí zdravotní pojišťovny **v číselnících, čímž teprve materializují obecnou právní úpravu.** Dle Navrhovatelů je jednak velmi sporná jejich pravomoc k takové činnosti (zda jim napadená ustanovení Zákona takovou kompetenci svěžují), jednak je velmi sporná povaha této činnosti, tj. zda jde o normotvornou činnost nebo jakési materiální rozhodnutí o individuálních právech a nárocích pojištěnců na úhradu ze zdravotního pojištění. **V případě, že by se jednalo o normotvornou činnost, tak je třeba namítnout rozpor takové činnosti s čl. 79 odst. 3 Ústavy; v případě, že by se jednalo materiálně o rozhodnutí, individuální či skupinové, pak je nutno namítnout skutečnost, že zdravotní pojišťovny naprosto nedodrží základní postupy právního procesu, ve kterém se autoritativně rozhoduje o obsahu práv a povinností třetích osob, zejména pak zákonnosti, transparentnosti a přezkoumatelnosti takové činnosti, čímž dochází k zásadnímu zásahu do práva na spravedlivý proces garantovaného čl. 36 Listiny.**
- 90 Tato nejednoznačnost Zákona je přitom v přímém rozporu s principy právního státu a nezajišťuje ochranu základních práv dotčených subjektů (ve smyslu konkrétní a jednoznačně stanovené výše úhrady zdravotnických prostředků, nebo přezkoumatelného procesu, který by takové jednoznačné nastavení výše úhrad umožňoval).
- 91 **Ze všech těchto důvodů se Navrhovatelé domnívají, že právní úprava je v napadených ustanoveních naprosto neurčitá a odporuje principům právního státu, jako je princip právní jistoty a zákonnosti. Dochází tak k rozporu tohoto zákona s čl. 1 Ústavy, který stanoví, že Česká republika je demokratický právní stát založený na úctě k právům člověka a občana.**

### **III.3.D K nerovnému postavení účastníků řízení a zvýhodněné pozici zdravotních pojišťoven**

- 92 Navrhovatelé v neposlední řadě chtějí upozornit na skutečnost, že napadená ustanovení Zákona jsou rozporná s ústavním pořádkem také s ohledem na to, že neodůvodněně zakotvují ve prospěch zdravotních pojišťoven naprosto nepřiměřená oprávnění, která ve své podstatě mají být upraveny buď přímo v textu zákona, nebo náležet správnímu orgánu.
- 93 Ústavní soud již také opakovaně posuzoval otázku nerovnosti v postavení zdravotních pojišťoven. Např. v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 řešil Ústavní soud pravomoc zdravotních pojišťoven ukládat pokuty poskytovatelům zdravotních služeb za porušení vybraných ustanovení Zákona. Ústavní soud k tomu uvádí (bod 65):

*„(65) Ústavní soud obecně interpretuje princip rovnosti z dvojího pohledu [viz např. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 16/93 ze dne 24. 5. 1994 (N 25/1 SbNU 189;*

131/1994 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 36/93 ze dne 17. 5. 1994 (N 24/1 SbNU 175; 132/1994 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 5/95 ze dne 8. 11. 1995 (N 74/4 SbNU 205; 6/1996 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 9/95 ze dne 28. 2. 1996 (N 16/5 SbNU 107; 107/1996 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 33/96 ze dne 4. 6. 1997 (N 67/8 SbNU 163; 185/1997 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 9/99 ze dne 6. 10. 1999 (N 135/16 SbNU 9; 289/1999 Sb.) atd.]. **První je dán požadavkem vyloučení libovůle v postupu zákonodárce při odlišování skupin subjektů a jejich práv, druhý pak požadavkem ústavněprávní akceptovatelnosti hledisek odlišování, tj. nepřipustnosti dotčení některého ze základních práv a svobod odlišováním subjektů a práv ze strany zákonodárce.** Z postulátu rovnosti sice nevyplývá požadavek obecné rovnosti každého s každým, plyne z něj však požadavek, aby právo bezdůvodně nezvýhodňovalo ani neznevýhodňovalo jedny před druhými. Ústavní soud tedy připouští i zákonem založenou nerovnost, pokud jsou pro to ústavně akceptovatelné důvody.

(65) Tak tomu ale v daném případě není. Dominantní postavení pojišťoven, zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny, v kombinaci se sankčním oprávněním a regulacemi vůči poskytovatelům zdravotních služeb, konkrétně limitací výkonů, finančními sankcemi za preskripci léků a vyžádanou péčí při překročení stanovených limitů, není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváženo, například kontraktační povinností ze strany pojišťoven v případech, kdy jsou splněny objektivně obecně závaznými právními předpisy stanovené podmínky. Sankční oprávnění zdravotních pojišťoven, které vyplývá z napadených ustanovení § 16a odst. 10 a 11, jakož i § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená podle odstavců 1 až 5“ zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak vybočuje z mezí ještě ústavně přijatelné nerovnosti, jak ji Ústavní soud vymezil ve shora citovaných nálezech. Tuto nerovnost ještě navíc násobí velké rozpětí většiny sankcí, které samo o sobě není protiústavní, jak bude dále uvedeno, ale zvýrazňuje ji právě v kombinaci se shora uvedenými skutečnostmi. Označená zákonná ustanovení jsou tak v rozporu s čl. 1 Listiny garantujícím rovnost v právech.

...

(69) *Obiter dictum* Ústavní soud konstatuje, že rozsah sankčních oprávnění nemůže být vyvážen ani legitimním cílem, který je jejich ukládáním sledován, tj. šetrné nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění. **Takové opatření se jeví jako nepřiměřené za situace, kdy s těmito veřejnými prostředky hospodaří kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které mají charakter ryze soukromoprávních subjektů. Zákonodárce by měl zvážit úspornější způsob nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění i z pohledu organizačního uspořádání. Pokud jde o horizontální vztah zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, aby bylo zabráněno jeho pokračující distorzi, k níž dochází mimo jiné i svěřením sankčního oprávnění zdravotním pojišťovnám, mělo by být za současných podmínek subjektem nadaným tímto oprávněním buď samo Ministerstvo zdravotnictví, příp. (alternativně) v případě státních a krajských poskytovatelů zdravotních služeb jejich zřizovatelé a v případě soukromých poskytovatelů zdravotních služeb k tomu kompetentní subjekty, jakými jsou např. odborná profesní sdružení lékařů.**

94 Obdobně v nálezu sp. zn. Pl. ÚS. 19/13, ve kterém se Ústavní soud zabýval návrhem na zrušení tzv. úhradové vyhlášky 475/2012 Sb. Při této otázce se Ústavní soud rovněž vyslovil k pozici zdravotní pojišťovny v tomto systému.



„61.

... 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 úhrady 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 úhrady 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."**

- 95 Navrhovatelé jsou toho názoru, že právní úprava úhrady zdravotnických prostředků, která je napadena tímto podáním, vede ve své podstatě zcela zbytečně k posilování pozice zdravotních pojišťoven na úkor pojištěnců, dodavatelů zdravotnických prostředků a poskytovatelů zdravotních služeb. Problém je z tohoto pohledu zejména v **zákonném zmocnění zdravotních pojišťoven provádět průzkum trhu za účelem zjištění ceny nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku.**<sup>19</sup>
- 96 S ohledem na skutečnost, že chybí bližší vymezení kritérií nejméně ekonomicky náročného provedení a procesního postupu při provádění průzkumu trhu se tato činnost (která by za jiných okolností mohla mít čistě administrativní povahu) stává fakticky zcela klíčovou pro stanovení úhrady **a nabývá obdobnou intenzitou, jako by v daném ustanovení bylo výslovně uvedeno zákonné zmocnění pro zdravotní pojišťovnu rozhodovat o výši úhrady zdravotnických prostředků.**<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Konkrétní znění uvedené části § 15 odst. 12 zní: „cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu“, přičemž zcela stejný text je obsažen v definici symbolu „A“ na konci přílohy č. 3, oddílu C Zákona.

<sup>20</sup> Interpretace vůle zákonodárce je v tomto případě velmi obtížná, neboť daná ustanovení jsou výsledkem pozměňovacích návrhů k novelám Zákona, které byly schváleny Parlamentem České republiky a publikovány ve sbírce zákonů pod č. 298/2011 Sb. a 369/2011 Sb.

- 97 Za takové situace ovšem nelze nevidět, že takovýto prostor pro činnost zdravotních pojišťoven výrazně zasahuje do principu právní jistoty a předvídatelnosti stanovování úhrady zdravotnických prostředků a je v rozporu se 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 pojištěnců na bezplatnou zdravotní péči v rámci a mezích zákona dle čl. 31 Listiny, jakož i do práva poskytovatelů zdravotních služeb a dodavatelů zdravotnických prostředků podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, **nebot' umožňuje zdravotní pojišťovně bez jasných kritérií jednostranně měnit výši úhrad za zdravotnické prostředky, a tím i podmínky a rozsah hrazené zdravotní péče, stejně jako podmínky pro podnikání. Rovněž z těchto důvodů Navrhovatelé napadená ustanovení Zákona považují za neústavní a požadují jejich zrušení Ústavním soudem.**

### III.4

#### Závěrečné shrnutí

- 98 Navrhovatelé se domnívají, že současná právní úprava hrazení zdravotnických prostředků nemůže při ústavním přezkumu obstát, neboť:
- Porušuje principy právního státu obsažené v čl. 1 odst. 1 a čl. 2 odst. 3 Ústavy a čl. 2 odst. 2 a čl. 4 odst. 2 Listiny, zejména zásadu zákonnosti a zákaz libovůle;
  - Nepřiměřeně omezuje právo vlastnit majetek (čl. 11 odst. 1 Listiny), právo podnikat (čl. 26 odst. 1 Listiny) a právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky (čl. 31 odst. 1 Listiny);
  - Je v rozporu s právem na spravedlivý proces (čl. 36 odst. 1 Listiny);
  - Je v rozporu s čl. 11 a 13 Evropské sociální charty, dle které mají členské státy povinnost přijímat opatření zaměřená zejména na odstranění příčin nemocí v co nejvyšší možné míře, stejně jako povinnosti zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu.

### IV.

#### Petit

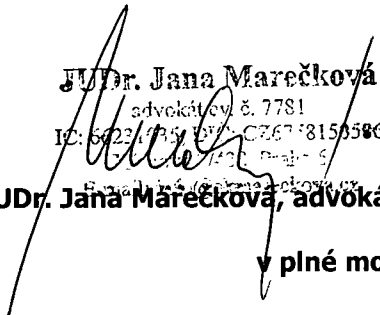
Vzhledem ke shora uvedenému Navrhovatelé navrhují, aby Ústavní soud vydal následující

#### N á l e z

**ustanovení § 15 odst. 12 ve slovech „v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení; cenu nejméně ekonomicky náročného provedení zdravotnického prostředku zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu.“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších**

**předpisů, a ustanovení přílohy č. 3, oddílu C daného zákona v části, kde jsou definovány symboly úhradových limitů „A“ a „B“, jakož i v části, kde je těmito symboly limitována výše úhrady jednotlivých typů zdravotnických prostředků, se ruší dnem vyhlášení nálezů ve Sbírce zákonů.**

Za navrhovatele

  
JUDr. Jana Marečková  
advokát ev. č. 7781  
IČ: 69234795 DIČ: CZ6978150586  
E-mail: j.mareckova@advokaty.cz  
JUDr. Jana Marečková, advokát,  
y plné moci

Přílohy:

- Plná moc včetně seznamu senátorů podávajících předmětný návrh*
1. *Úhradový katalog VZP-ZP, Metodika, verze 968, platnost od 1.10.2014, str. 1 až 5 (kompletní verze Metodiky je předložena na přiloženém elektronickém nosiči dat)*
  2. *Printscreen internetových stránek:*  
<http://www.vzp.cz/poskytovatele/ciselniky/zdravotnicke-prostredky/podklady-pro-zarazeni-zdravotnickych-prostredku-a-provadeni-zmen-v-ciselniku-vzp-zp-uhradovem-katalogu-vzp-zp>
  3. *Printscreen internetových stránek:*  
<http://www.tribune.cz/clanek/24025-ad-cas-sluhu-dluhu-a-protimluvu-mt-str-b/přiloha>
  4. *Printscreen internetových stránek:*  
<http://www.cus.cz/pro-odborniky/pro-praxi/zdravotni-pojistovny/vzp-cr-od-1-1-2013-vyradilo-z-uhrad-inkontinencni-podlozky/>
  5. *Printscreen internetových stránek:*  
<http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/verejna-vuzva-pro-dodavatele-zdravotnickych-prostredku>
  6. *Printscreen internetových stránek:*  
<http://www.vzp.cz/poskytovatele/aktuality/verejna-vyzva-pro-dodavatele-individualne-vyrabenych-zdravotnickych-prostredku>
  7. *kopie stránky č.4 Úhradového katalogu VZP-ZP (Poukaz), verze 968 s vyznačenými položkami zdravotnických prostředků (kompletní text Úhradového katalogu VZP-ZP (Poukaz), verze 968 je předložen na elektronickém nosiči dat)*