

Česká republika
NÁLEZ
Ústavního soudu

Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl v plénu složeném z předsedy Pavla Rychetského a soudců Josefa Fialy, Jana Filipa, Jaromíra Jirsy, Tomáše Lichovníka, Vladimíra Sládečka, Radovana Suchánka, Pavla Šámala, Vojtěcha Šimíčka (soudce zpravodaje), Milady Tomkové, Davida Uhlíře a Jiřího Zemánka o návrhu **skupiny senátorů Senátu Parlamentu České republiky**, zastoupené JUDr. PharmDr. Vladimírem Bíbou, advokátem se sídlem Duškova 45, Praha 5, na zrušení ustanovení § 15 odst. 10, § 17 odst. 2, 4 a 5, § 39b odst. 10, § 39g odst. 1, § 46 odst. 1 věty druhé a následující, § 47, § 48 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 112 a § 113 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, a vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, § 32 a § 39 vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, a vyhlášky č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019, za účasti **Parlamentu České republiky, jehož jménem jednají Poslanecká sněmovna a Senát, a Ministerstva zdravotnictví**, jako účastníků řízení, a **vlády**, jako vedlejšího účastníka řízení,

takto:

Návrh se zamítá.

O d ů v o d n ě n í:

I. Předmět řízení a obsah podaného návrhu

1. Návrhem ve smyslu čl. 95 odst. 2 Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) a § 64 odst. 3 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o Ústavním soudu“), doručeným Ústavnímu soudu dne 31. prosince 2018, se skupina senátorů (dále také „navrhovatel“) domáhala zrušení v záhlaví označených ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů („zákon o veřejném zdravotním pojištění“ nebo „ZVZP“), zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „zákon o zdravotních službách“ nebo „ZoZS“), vyhlášky č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění („vyhláška č. 376/2011 Sb.“), vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy („vyhláška č. 618/2006 Sb.“), vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami („vyhláška č. 134/1998 Sb.“) a vyhlášky č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019 („vyhláška č. 201/2018 Sb.“).

2. Počet senátorů, podepsaných na plné moci vystavené ke dni 19. 12. 2018, byl 51, avšak později senátoři Ing. T. Czernin (15. 2. 2019), Mgr. Herbert Pavera (28. 2. 2019) a MUDr. Lumír Kantor, Ph.D. (7. 5. 2019) vzali svůj podpis na této plné moci zpět.

3. Navrhovatel má za to, že napadená ustanovení právních předpisů jsou rozporná s čl. 21, 26, 31 a 36 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“). Souhrnně řečeno tvrdí, že (1.) v přístupu k solidárně hrazené zdravotní péči vznikají značné rozdíly v kvalitě a čekacích dobách v závislosti na místě bydliště, druhu onemocnění a sociálním postavení; (2.) pravidla úhrad jsou neetická, kdy jsou zdravotníci „*finančně trestáni za poskytování medicínsky žádoucí péče a tím jsou vedeni k protiprávnímu odmítání nemocných pacientů a také k poskytování zbytečné péče pacientům zdravým*“; (3.) cenotvorné mechanismy nezohledňují náklady a přiměřený zisk, neboť jsou výsledkem korporativistických dohod zájmových skupin a (4.) úhradový systém je nepředvídatelný, jelikož úspěch podnikatele ve zdravotnictví není dán jeho úsilím, kvalitou či etickým přístupem k pacientům, nýbrž schopností vyjednat si v netransparentním prostředí ekonomické výhody s pojišťovny. Důsledkem toho je permanentní krize zdravotnictví. Ta je zapříčiněna v důsledku spolupůsobení všech napadených prvků smluvní a úhradové regulace jako celku. Samotné zrušení úhradové vyhlášky by proto mohlo situaci ještě zhoršit. Navrhovatel zdůrazňuje, že po Ústavním soudu nežádá přebírat politickou roli zákonodárce, protože požaduje pouze odstranění těch prvků regulace, které zasahují do základních práv poskytovatelů zdravotní péče a pojištěnců nepřezkoumatelně, nepředvídatelně a v závislosti pouze na aktuální politické či úřednické garnituře. Nastíněné možnosti řešení nemají ambici situovat Ústavní soud do role pozitivního zákonodárce, nýbrž mají představovat pouze podklady pro test rozumnosti.

1.1. Vytváření smluvní sítě

4. První okruh námitek se týká ustanovení § 46 a násl. ZVZP, které upravují výběr poskytovatelů tvořících smluvní síť zdravotní pojišťovny. Uchazečem o zařazení do této sítě je poskytovatel, který získal tzv. registraci, tzn. oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle § 15 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách („ZoZS“), v jehož rámci musel doložit příslušné předpoklady. Registrace sice opravňuje k poskytování zdravotní péče; pro její poskytování bezplatné však musí být vybrán do sítě zařízení, které mají smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

5. Tento výběr je dvoufázový: nejprve se koná výběrové řízení před komisí (jejím členem je zástupce kraje, zdravotní pojišťovny, profesní komory a odborník), které končí případným doporučením, a teprve poté rozhoduje o uzavření smlouvy pojišťovna, která však tímto doporučením není vázána. Není-li doporučení dáno, smlouva uzavřena být nesmí. Navíc, protože zdravotních pojišťoven je sedm [dominantní je Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále též jen „VZP“) s více než 60 % pojištěnců], musí poskytovatel aspirující na poskytování bezplatné péče všem pojištěncům uspět v obou procesech sedmkrát. Ke složení komise navrhovatel uvádí, že je překonané a zrcadlí nejistotu zákonodárce, jelikož u zástupce vyhlášovatele není zřejmé, podle čeho má hodnotit žádosti (krajský úřad péči nefinancuje), účast zástupce zdravotní pojišťovny je duplicitní (pojišťovna sama rozhoduje o uzavření smlouvy), profesní komora nehraje žádnou roli ve financování hrazené péče a osoba „odborníka“ je zcela bezkriteriální (Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně je soukromoprávním spolkem, uznávaným právně-historicky a nikoliv platnou legislativou).

6. Dochází tak k zásahu do práva poskytovatele podnikat podle čl. 26 Listiny a práva občanů na zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, jelikož časová a místní dostupnost hrazené péče je ovlivněna hustotou smluvní sítě. Pro uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou

totiž neplatí žádná zákonem stanovená objektivní kritéria, která by byla nestranná a přezkoumatelná. Navrhovatel namítá rovněž porušení čl. 36 Listiny, neboť je relevantní, „*zda má pojištěnec jako uživatel možnost procesní účasti v rozhodování o tom, kdo jej bude bezplatně léčit*“, což má dopady též na čl. 21 odst. 1 Listiny, tzn. na právo občana podílet se na správě věcí veřejných. Mezi občanem a členy komise stejně jako zdravotní pojišťovnou neexistuje žádná demokratická zpětná vazba. Občan – pojištěnec tak nemá žádnou možnost spolurozhodovat o tom, který poskytovatel bude zařazen do smluvní sítě jeho zdravotní pojišťovny a v důsledku toho může být i neobnovena či vypovězena smlouva s lékařem, ke kterému má důvěru, resp. může dojít ke zhoršení dostupnosti lékařské péče.

7. Navrhovatel se domnívá, že proces výběru smluvních poskytovatelů je svojí povahou blízký zadávání veřejných zakázek (zákon č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek – „ZZVZ“) a na poskytovatele zdravotních služeb by mělo být nahlíženo jako na soutěžitele, zatímco zdravotní pojišťovny jsou spíše veřejnými fondy. Z porovnání obou zákonných úprav se však podává, že poskytovatel nemá žádnou možnost napadnout nevyhlášení či účelové stanovení kritérií výběrového řízení, přičemž kritéria obsažená v § 51 ZVZP jsou nepřiměřeně vágní a subjektivní. Problematická je přitom okolnost, že mezi nimi není uvedena cena. Ze zákona přitom není zřejmé, jak jsou tato kritéria vážena, zpravidla nejsou zveřejňována odůvodnění a jak se sestavuje pořadí uchazečů a ani jaký vliv má toto pořadí na ne/uzavření smlouvy. Zákon nepamatuje ani na možnost uplatnění námítky podjatosti vůči členům komise. Neexistuje tak žádná překážka zabránění zvl. a korupce.

8. Navíc, s poskytovatelem úspěšným v první fázi výběrového řízení následně není povinna uzavřít smlouvu zdravotní pojišťovna, a to opět zcela bezkriteriálně, bez ohledu např. na nabízenou cenu či definovanou kvalitu. Oproti postupu podle ZZVZ poskytovatel nemá žádnou právní možnost vymoci si uzavření smlouvy. Zdravotní pojišťovna není povinna svoje rozhodnutí odůvodnit a pokud tak učiní, nelze přezkoumat jeho pravdivost. Důsledkem napadené zákonné úpravy je proto absence cenové konkurence, což způsobuje koexistenci poskytovatelů s až několikanásobně rozdílnými úhradami za tytéž služby, a dále „prodej smluv“, kdy pro začínajícího lékaře je velmi obtížné sám si „*zasmluvnit*“ novou praxi a je tak nucen si „*kupovat*“ smlouvy s pojišťovnami. Vzniká tak absurdní stav nevratného pokřivení tržního prostředí, srovnatelný snad jen s obchodem s nájemními dekrety v prostředí regulovaného nájemného. Důsledkem je pak absence konkurenčního prostředí, kdy pacienti musí chodit tam, kde byla s jejich pojišťovnou uzavřena smlouva, byť chování personálu shledávají neetickým a nevstřícným.

1.2. Centra specializované péče

9. Další problém spatřuje navrhovatel v centrech specializované péče, která vyžadují rozsáhlé a dlouhodobé investice. Jejich současná právní úprava je však neuspokojivým kompromisem mezi koncepcí státem řízené sítě a koncepcí soutěžní. Ustanovení § 112 a § 113 ZoZS totiž sice upravují podmínky pro získání statusu centra specializované péče pro státní i soukromé uchazeče, nicméně na přidělení a udržení statusu centra není právní nárok a jde tak o „*libovůli státu*“. Ani státem uznaná centra pak nemají nárok na smlouvu se zdravotními pojišťovnami a tyto mohou naopak uzavřít smlouvu na specializovanou péči s „*ne-centrem*“, tzn. poskytovatelem oprávněným poskytovat daný typ péče dle § 15 a násl. ZoZS, ovšem bez statusu centra podle § 112 ZoZS. Získání statusu centra je tak

formálně právně bezvýznamné, avšak přináší jim v soutěži faktickou výhodu („*ministerský glejt*“). Rovněž specializovaná péče je proto sice podnikáním, avšak vstup na tento velmi výnosný trh s praktickou absencí cenové konkurence je umožněn pouze těm, kteří „*si dokáží zajistit politický souhlas se zřízením centra specializované péče, s pořízením přístrojů (optimálně z dotace), se zasloužením centra u zdravotních pojišťoven a přiznáním úhrady.*“ Pro tyto kroky totiž neexistují žádná kritéria ani procesní rámec. Rovněž v tomto případě se proto navrhovatel domnívá, že dochází k porušování čl. 26 a čl. 31 Listiny. Zvolené řešení totiž vyvolává výrazné regionální nerovnosti v přístupu ke specializované péči, což navrhovatel blíže rozvádí. Navíc, je-li mezi požadovanými kritérii pro získání statusu centra též počet prováděných zákroků, jedná se o zjevnou překážku vstupu nových poskytovatelů na trh, což má negativní dopad na regiony, kde specializovaná péče chybí.

10. S právě uvedeným souvisí též činnost Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků („*přístrojová komise*“), jejíž existence a činnost nemá žádnou právní oporu a byla zřízena příkazem ministra ze dne 10. 4. 2014. Přesto však její doporučení zvyšují šance na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou a na přiznání dotací. Přístrojová komise je složena převážně ze soukromých osob a u některých z nich je dána pochybnost o jejich nepodjatosti. Ani v tomto případě neexistuje žádná procesní možnost bránit se proti nedoporučení této komise. Navrhovatel si je vědom okolnosti, že Ústavní soud v tomto řízení nemůže zrušit instituci, která není právně upravena, nicméně daná argumentace má význam ve vztahu právě k navrhovanému zrušení ustanovení o tvorbě smluvní sítě a výběrových řízeních (§ 46 a násl. ZVZP).

11. Navrhovatel (v rámci problematiky tvorby smluvní sítě) zpochybňuje rovněž oblast léčivých přípravků, jejichž úhrada je podmíněna používáním na specializovaném pracovišti. Předepisování a výdej léčivých přípravků upravuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech („*ZoL*“). Výše a podmínky úhrady léčiv upravuje § 15 odst. 5 a část šestá ZVZP, podstatná část regulace je však obsažena ve vyhlášce č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění („*vyhláška č. 376/2011 Sb.*“), přičemž však neexistuje žádné kritérium, podle kterého je u některých léčiv stanoveno preskripční omezení symbolem „*S*“, které představuje podmínění úhrady použitím na specializovaném pracovišti (tzv. centrové léky). Tyto centrové léky jsou ovšem obtížněji dostupné, jelikož je nemůže předepisovat běžná ordinace a navíc pojišťovny stanoví smluvním pracovištím omezené rozpočty na tyto léky. V některých regionech tak pojištěnci fakticky nemohou získat potřebnou péči, což je v rozporu s čl. 31 Listiny. Navrhovatel si je vědom okolnosti, že „*léková část*“ ZVZP byla přijata zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kdy se Ústavní soud procesem schvalování tohoto zákona již zabýval v nálezu ze dne 20. 6. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (č. 238/2013 Sb., N 111/69 SbNU 765) a konstatoval jeho ústavní souladnost, nicméně přesto je třeba připomenout řadu neobvyklých postupů.

I.3. Centrové léky a léková centra

12. Další námitky se týkají nedostatečnosti kritérií úhrady léčivých přípravků (§ 39b odst. 2 ZVZP), která jsou velmi vágní (např. závažnost onemocnění, nákladová efektivita, veřejný zájem, doporučené postupy odborných institucí a odborníků). Státní úřad pro kontrolu léčiv („*SÚKL*“) má v tomto směru široký prostor uvážení pro stanovení podmínek úhrady. Vzniká tak situace, že lékař sice řádně předepíše lék, nicméně nejsou-li splněny preskripční či indikační omezení úhrady, musí pacienta poučit o ceně nehraně

péče. K oprávnění lék předepsat tak fakticky dochází rozhodnutím o výši a podmínkách úhrady dle ZVZP a toto omezení je tedy čistě ekonomické, nikoliv odborné či bezpečnostní. Tím ovšem dochází ke zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro pojištěnce a tomu odpovídající snížení nákladů zdravotních pojišťoven. Tato omezení porušují ústavní princip výhrady zákona, protože nejsou popsány v zákoně, nýbrž ve vyhlášce č. 376/2011 Sb. V tomto případě přitom nejde o nějakou medicínskou technikálii, nýbrž o „ekonomickou regulaci vymezující práva pojištěnců, poskytovatelů, pojišťoven a výrobců a zasahující silně do hospodářské soutěže mezi poskytovateli i mezi výrobci.“ Participace pojištěnců je při tomto rozhodování vyloučena a nemohou tak např. ani navrhnout zařazení některého léku do úhrad.

13. Úhradové předpisy rozlišují tři režimy účtování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků:

- receptový režim: lékař lék předepíše, lékárna jej nakoupí, poskytne pojištěnci a vykáže zdravotní pojišťovně;
- režim léčivých přípravků a zdravotnického materiálu zahrnutého přímo v hodnotě výkonu, který lékař nakoupil, při výkonu spotřeboval a dále jej nevykazuje (zpravidla levnější spotřební materiál);
- režim zvláště účtovaného materiálu a léčivých přípravků („ZUM“, „ZULP“, které lékař odebere od lékárny na žádanku, spotřebuje při výkonu a pojišťovně přiúčtuje nad rámec platby za výkon.

14. Centrové léky (symbol „S“) sice vyhláška č. 376/2011 Sb. řadí mezi ZULP (§ 39 odst. 2), nicméně často se jedná jen o tablety, které nejsou spotřebovávány „při výkonu“ za nezbytné asistence lékaře. Proto se tato úprava obchází tím, že lékaři tyto léky vydávají sami a vykazují je v režimu ZULP a dochází tak k „institucionalizovanému baťůžkáření“. Protože však tyto léky nakupuje lékař, je omezen ročním limitem pojišťovny a ekonomicky proto „nadpočetné“ pacienty k léčbě neindikuje anebo jejich léčbu odkládá do dalšího roku, má-li již vyčerpaný rozpočet. To ovšem poškozují vážně nemocné pacienty. Existenci těchto „stop stavů“ lze doložit kazuisticky i statisticky. Na tyto léky se navíc nevztahuje ochranný limit (§ 16b ZVZP).

15. Shora popsany systém má dopady rovněž na podnikání poskytovatelů lékařské péče, jelikož vyloučí-li je preskripční omezení z možnosti předepisovat svým pacientům potřebné léky jako hrazené, tyto pacienti přejdou k poskytovatelům jiným (např. od „obyčejného“ ambulantního specialisty ke specialistovi s centrovým dodatkem). V případě specializovaných center ZVZP neobsahuje žádná kritéria ani proces pro stanovení toho, kterým poskytovatelům pojišťovna umožní uzavření tzv. centrového dodatku, což jim teprve umožní poskytovat nákladnou péči jako hrazenou.

I.4. Rámcové smlouvy

16. Vztah mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče je založen soukromoprávní smlouvou, která však musí obsahovat ustanovení tzv. rámcové smlouvy, od nichž se strany nesmí odchýlit. Zmocnění pro vydání prováděcí vyhlášky je zakotveno v § 17 odst. 2 ZVZP. Proces přijímání této vyhlášky je podobný procesu vydávání tzv. úhradových vyhlášek a je zatížen obdobnými nedostatky, jelikož ani v tomto případě není ministr vázán výsledky kolektivního vyjednávání. Navrhovatel proto napadá § 17 odst. 2, 4 a 5 ZVZP.

17. Především tvrdí, že institut dohodovacího řízení je v rozporu se základními principy demokratického právního státu, jelikož odvozy povinně vybrané od všech občanů jsou vynakládány podle korporativisticky stanovených pravidel. Výsledek dohody je totiž pro Ministerstvo zdravotnictví (dále též jen „ministerstvo“) závazný, není-li v rozporu s veřejným zájmem anebo s právními předpisy. Na tom nic údajně nemění ani faktický stav, kdy ministerstvo vykládá pojem veřejného zájmu zcela libovolně. Výsledek dohodovacího řízení přitom dopadá velmi silně na práva občanů jako pojištěnců.

18. Rovněž z hlediska práv poskytovatele je dohodovací řízení problematické, jelikož nikde není uvedeno, jak jsou skupiny poskytovatelů (jejichž zástupci „dohodují“) definovány a kdo za ně vystupuje. To stanoví pouze Jednací řád dohodovacího řízení, který ovšem není právním předpisem, nýbrž jen výsledkem konsensu účastníků dohodovacího řízení. Jde tedy o zacyklený proces, kdy „dohodovací moc ustavující“ se protíná s „dohodovací mocí ustavenou“. Členění segmentů popsanych v tomto Jednacím řádu vykazuje znaky libovůle a odpovídá snad jen historickým osobním vztahům a rivalitám mezi zdravotníky. Toto členění je přitom významné, jelikož podle segmentů jsou členěny i přílohy vyhlášek o Rámcových smlouvách a Úhradových vyhlášek. Jednotlivé segmenty přitom nejsou homogenní, nýbrž jsou v nich sdruženy subjekty, jejichž ekonomické zájmy jsou i v přímém rozporu. Přitom za každý segment hlasuje jediný koordinátor. V dohodovacím řízení navíc nejsou zastoupeni potenciální soutěžitelé, kteří na trh teprve hodlají vstoupit, a také pojištěnci, jejichž zájmy tak nemusí být zohledněny. Navrhovatel proto považuje model dohodovacího řízení za překonaný, který mohl být přechodně tolerován jen v čase transformace systému veřejného zdravotního pojištění, kdy se ještě naplno neprojevila hospodářská soutěž mezi poskytovateli zdravotní péče. V současnosti je však namístě tento institut zrušit a nahradit standardními nástroji smluvního práva, hospodářské soutěže a případné cenové regulace tam, kde jsou účinky soutěže omezeny existencí veřejnoprávního nároku pojištěnce na bezplatnou péči. Tam, kde zákonodárce uzná potřebu regulace obecně závazným předpisem, může být dohodovací řízení nahrazeno standardním postupem dle Legislativních pravidel vlády, umožňujícím seznat potřeby všech zainteresovaných subjektů.

19. Navrhovatel pokládá za protiústavní rovněž definici veřejného zájmu, uvedenou v ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP. Tato definice je totiž natolik vágní, že prakticky každé myslitelné úhradové opatření je v souladu a současně v rozporu s některým z jeho prvků (typicky zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb vs stabilita zdravotnictví v rámci finančních možností systému). Ve skutečnosti tak nejde o zákonnou definici, nýbrž o pouhou proklamaci, u níž nelze předvídat, zda příslušný orgán vydá kladné či záporné stanovisko. Určit, zda je prioritou léčba rakoviny anebo vytvoření finančních rezerv, je totiž úkolem zákonodárce a tuto kompetenci nelze bezkriteriálně delegovat na ministra zdravotnictví anebo manažery zdravotních pojišťoven. V tomto směru navrhovatel odkazuje na nálezh Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 3/15 ze dne 30. 5. 2017 (bod 121 a násl.), který shledal protiústavně vágními např. pojmy „provedení nejméně ekonomicky náročné, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení“, anebo „průzkum trhu“, přičemž tyto pojmy jsou daleko konkrétnější než zmíněná definice veřejného zájmu. Přitom tento pojem se objevuje v řadě dalších ustanovení ZVZP a v praxi je nahodilé, co vše pod něj lze podřadit.

20. Navrhovatel dále poukazuje na obsah aktuálních Rámcových smluv, které stanoví povinný obsah smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Relevantní jsou zejména ustanovení o metodice a číselnících a o úhradě. Číselníky jsou

přítom produktem interní praxe zdravotních pojišťoven a nejsou nijak právně upraveny, odkazují na ně však blanketně Rámcové smlouvy a jsou tak fakticky „oktrojovány“ poskytovateli, tedy jedné ze smluvních stran. Nejde tak o pravidla, která by svobodně sjednaly strany smlouvy, nýbrž jsou poskytovateli vnuceny. To by nevadilo, pokud by číselníky a metodiky upravovaly jen ryze technické aspekty vykazování a datové komunikace. Ve skutečnosti však obsahují množství ekonomicky významných definic a pravidel stanovených *praeter legem*, ovlivňujících výši a podmínky úhrady. Jakkoliv upravují pouze pravidla vykazování péče, léků a pomůcek zdravotní pojišťovně, nelze bez příslušného podřazení plnění vykázat a následně uhradit. Vzniká tak paralelní systém regulace úhrad, mnohdy odchylný od zákonné regulace. K problematice číselníku zdravotnických prostředků se rovněž kriticky zabýval cit. náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 3/15. Ve výsledku tak může nastat situace, kdy např. zdravotnický prostředek použitý v lůžkové péči, který je v konkrétním případě ekonomicky nejméně náročnou variantou (např. oční čočka) a má být proto plně hrazen, nelze vykázat a tedy ani uhradit z důvodu nezařazení do číselníku. Paradoxně si jej však pojištěnec nemůže ani zaplatit sám, protože jde podle ZVZP o péči plně hrazenou. To se pak v praxi řeší falešným sponzorským darem anebo odmítnutím péče a odkázáním pacienta na „soukromé zařízení“. U léčiv v ambulantním použití (§ 15 odst. 5 a část šestá ZVZP) platí, že jejich cenu a úhradu stanoví SÚKL ve správním řízení. Jeho výstupem je podle § 39 a násl. ZVZP Seznam cen a úhrad („SCAU“), který by měl být závazný. Číselníky vydávané zdravotními pojišťovнами se však od něj odchyľují, a to opět bez jakékoli právní opory. Protože číselníky a metodiky nejsou právními předpisy, nemůže je Ústavní soud zrušit, a řešením je proto pouze zrušení čl. 3 příloh vyhlášky č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách, které jejich závaznost „oktrojuje“ do všech smluv s pojišťovnými.

21. Dalším problémem je čl. 4 příloh vyhlášky č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách, podle kterého se hrazené hodnoty bodu pro zdravotní péči uvedou v dodatku ke smlouvě podle zvláštního právního předpisu, kterým je úhradová vyhláška (§ 17 odst. 5 ZVZP). Tato úprava vede k závěru, že nelze plánovat v horizontu delším jednoho roku, protože úhrada sjednaná dodatkem přestane platit – byť rozsah péče může být nasmlouván na několik let dopředu.

1.5. Seznam výkonů s bodovými hodnotami

22. Regulace ceny a úhrady zdravotních služeb je provedena třemi nástroji: vyhláškou č. 134/1998 Sb. („Seznam výkonů“), cenovým předpisem o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb („Cenový předpis DZP“) a tzv. úhradovou vyhláškou. Seznam výkonů obsahuje popisy jednotlivých zdravotnických výkonů a u každého z nich stanoví tzv. bodovou hodnotu (která však nevyjadřuje cenu ani úhradu výkonu), Cenový předpis DZP stanoví regulovanou maximální cenu bodu v korunách pro vymezené účely a úhradová vyhláška určuje hodnotu jednoho bodu v korunách pro různé segmenty zdravotní péče.

23. Navrhovatel upozorňuje na problém, že není zřejmé, pro koho je vlastně Seznam výkonů závazný, kdy Ministerstvo zdravotnictví aktuálně zastává názor, že podmínky a omezení zde obsažená se vztahují pouze na vztah pojišťoven k poskytovatelům, s čímž však navrhovatel polemizuje. Po věcné stránce je regulace hrazených výkonů údajně v naprostém rozkladu, neboť existují výkony, které jsou *lege artis*, účinné a finančně efektivní, nicméně nejsou zařazeny do Seznamu výkonů a pojišťovna je proto nehradí. Jiné výkony nejsou v Seznamu výkonů zařazeny a jsou velmi nákladné, přesto je však VZP hradí, když jim „vyrobila“ kód a ve smlouvách je uznává. V Seznamu výkonů

konečně existují „ne-výkony“ s nulovou hodnotou bodu, kterým neodpovídá žádná práce a náklady, a přesto za ně pojišťovny platí z politických důvodů miliardy (např. tzv. signální výkony kompenzace regulačních poplatků). Platí-li proto logičtější výklad, že Seznam výkonů se vztahuje i na samotný nárok pojištěnce na hrazenou péči, je dán rozpor s výhradou zákona a s čl. 31 Listiny.

24. Navrhovatel popisuje proces vzniku Seznamu výkonů a jeho obsah a s odkazem na nálezy Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/05 [ze dne 16. 1. 2007, č. 57/2007 Sb. (N 8/44 SbNU 83)], kde šlo o stanovování úhrady léčiv, spatřuje v absenci možnosti odvolání proti zamítavému rozhodnutí zásah do práva svobodně podnikat. Pracovní skupina, jejíž stanoviska ministr zpravidla akceptuje, je tvořena zástupci úřadů a náhodně vybraných soukromých entit. Účast zástupců Ministerstva zdravotnictví je sporná s ohledem na činnosti poradního orgánu vlastního úřadu, jedním zástupcem je zastoupena VZP a všechny ostatní pojišťovny rovněž jedním zástupcem. České lékařská komora je zákonem zřízenou profesní organizací, nicméně chybí další komory (stomatologická, lékárnická); zastoupena je naopak Česká asociace sester – soukromoprávní spolek. ČLS JEP a ČFS JEP jsou rovněž soukromoprávní spolky, které nezastupují poskytovatele ani pojištěnce. Nejproblematictější je však výběr zástupců poskytovatelů (spolky SAS ČR, SPL a ANČR), kdy není zřejmé, proč nebyli vybráni zástupci jiní (např. Svaz lázní, Grémium majitelů lékáren, Asociace českých a moravských nemocnic), kteří mají také oprávněný zájem na podobě Seznamu výkonů. Jedná se proto spíše o projev korporativismu nežli demokratického státu.

1.6. Úhradová vyhláška

25. Navrhovatel poukazuje na ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP, přibližuje jeho genezi a popisuje proces vydávání úhradové vyhlášky. Ten začíná tzv. dohodovacím řízením, k němuž má navrhovatel stejné výhrady, jako je tomu v případě rámcových smluv. Jednání se totiž účastní zástupci zdravotních pojišťoven a segmentů poskytovatelů a uzavírají dohodu, která však silně dopadá do práv třetích subjektů, na dohodovacím řízení nezúčastněných – zejména pojištěnců, ale také výrobců a dodavatelů léčiv a zdravotnických prostředků. Problémem je rovněž legitimita zástupců v rámci jednotlivých segmentů, neboť není výjimkou, že se v rámci stejného segmentu vyskytuje více skupin poskytovatelů s výrazně odlišnými zájmy a představami o úhradových mechanismech (např. fakultní, krajské a menší nemocnice obcí či nemocnice soukromé; řetězce ordinací a asociace drobných podnikatelů apod.). Segmentový zástupce je však pouze jeden.

26. V další fázi ministerstvo posoudí dosaženou dohodu z hlediska souladu s právními předpisy a (vágně vyjádřeným, k tomu viz shora) veřejným zájmem a vydá ji jako vyhlášku, anebo v případě nedohody vydá vyhlášku podle své úvahy. V tomto případě ministr není nijak limitován bližšími kritérii a je mu tak umožněna značná libovůle. Přitom jde o předpis, kterým se rozdělují takřka 300 miliard korun mezi soukromé a veřejné poskytovatele se zásadním dopadem na jejich hospodaření. Poskytovatelé nemají žádný procesní nástroj, jak do tvorby této vyhlášky zasáhnout (a uplatnit tak např. námitku podjatosti osob, které se na vyhlášce podílejí), a neexistuje ani žádná možnost odvolání.

27. Úhradové vyhlášky v posledních letech obsahují takřka totožné úhradové mechanismy, kdy základem je kapitace (paušální platba za registrovaného pacienta),

v nemocničním sektoru se lůžková péče hradí *de facto* paušálem s ročním stropem, vypočteným dle předminulého roku. Tento systém vede k výsledku, že „peníze nejdou za pacientem“ a při překročení regulačního limitu jsou pacienti pro poskytovatele ekonomicky nežádoucí a setkávají se proto s omezováním či odmítáním péče. Vznikají tak i soustavné konflikty mezi lékařskou etikou a pokyny nadřízených. Tyto mechanismy křiví i podnikatelské prostředí, zejména z důvodu historicky vzniklých nerovností udržovaných výpočtem úhrady z výsledků referenčního období. Tyto mechanismy (paušály, DRG, kapitace, průměry na unikátního pojištěnce) nikdy neměly základ v zákoně a nejsou výsledkem společenského konsensu.

28. Konkrétně u akutní lůžkové péče, která probíhá podle úhradové vyhlášky jako případový paušál se zohledněním historické úhradové reference, ve skutečnosti jde o „paušál bez přívlastku“, kdy vyhláška motivuje nemocnice, aby za více peněz pojištěnců poskytly méně péče. V případě praktiků je dominantním úhradovým mechanismem tzv. kapitační platba, což je však pochybné i proto, že dnes máme systém bez „gatekeepingu“, kdy zákon umožňuje pojištěnci volit nemocniční či specializovanou péči i bez doporučení praktika. Kapitace je tak ve skutečnosti platbou „za kartu registrovaného pojištěnce“, nikoliv za poskytnutou péči. To nutně vede k ekonomické motivaci registrovat co nejvíce pojištěnců a poskytovat co nejméně péče. Vyhláška naopak demotivuje pečlivé lékaře, protože za provedení výkonů zahrnutých do kapitace nedostanou nic navíc a ještě mohou narazit na sankce kvůli překročené regulaci na preskripci léčiv či vyžádané péče. Dle dat pojišťoven proto existují přes 3 miliony lidí bez prevencí a statisíce pojištěnců 3 roky bez návštěvy praktického lékaře, ale s vykázaným výkonem u zdravotnické záchranné služby či nemocnice. Nevhodnou regulací se tak ministerstvu „podařilo“ eliminovat přínos primární péče a přesunout pacienty do mnohem nákladnějších segmentů nemocnic, specialistů a záchranné služby.

29. Navrhovatel poukazuje také na problém regulace průměrem na unikátní rodné číslo, což vytváří nežádoucí motivaci léčit zdravé lidi, resp. „naředit“ nemocné zdravými. Zejména protiústavní je tato regulace u poskytovatelů – nelékařů, kteří o intenzitě péče nerozhodují. Rozdíly v průměrné sazbě za unikátní rodné číslo jsou mezi regiony až pětinasobné, což vede k hrubé regionální diskriminaci.

30. Podstatnou vadou omezení v úhradové vyhlášce je rovněž to, že předmětné mechanismy platí pouze ve vztahu pojišťovna – poskytovatel a nemohou zkrátit nárok pojištěnce na hrazenou péči, která je definována zákonem. V případě striktních výdajových omezení proto není možné, aby poskytovatel (často nestátní) prováděl „rationing“, aby dostal do správy omezené zdroje a přiděloval je jen těm, které vyhodnotí jako nejpotřebnější. Je-li však úhradová vyhláška na tomto principu založena, vytváří zásah do čl. 26 a 31 Listiny. Rolí veřejných pojišťoven (ve skutečnosti se jedná o veřejné fondy) není financovat provoz stávající sítě zdravotnických zařízení, zohledňovat zadluženost nemocnic, představy jejich zaměstnanců o platech apod., nýbrž zajistit pojištěncům dostupnost hrazené péče. Poskytovatelé zdravotní péče jsou soutěžiteli a alokace veřejných prostředků mezi ně by neměla nikoho zvýhodňovat a měla by odpovídat principu nabídky a poptávky. To platí zejména pro ambulantní sektor, kde je velké množství nestátních poskytovatelů a je dán prostor pro cenovou konkurenci. I v oblastech péče, kde konkurence neexistuje, by však nemělo být vycházeno z pravidla „letos dostanou hodně, protože byli i loni drazí“, ale je třeba vycházet z analýzy nákladů běžného, řádně řízeného podniku. Úhradová vyhláška v podstatě říká, že historicky drahým poskytovatelům bude přiděleno více než poskytovatelům v minulosti financovaným za srovnatelnou péči hůře, a kdo poskytoval menší rozsah péče, nemůže jej rozšířit, a to bez ohledu na lepší cenu a kvalitu. „Zatímco tržní soutěž nebo férová

regulace by přebujelé či neefektivní poskytovatele odstranila z trhu, historická reference je odměňuje konkurenční výhodou.“ V důsledku politického rozhodnutí zrušit regulační poplatky měly tyto výpadky kompenzovat zdravotní pojišťovny, a to prostřednictvím tzv. signálních výkonů (§ 16 a 17 úhradové vyhlášky). ZVZP však nezakládá pravomoc ministerstva hradit poskytovatelům z veřejných prostředků „platby za nic“.

31. Léky ve specializovaných centrech (hrazené, ale velmi nákladné – úhradový symbol „S“) jsou hrazeny v omezené míře s výpočtem dle historické reference k finančním objemům v minulých letech. Tato objemová regulace na vážná onemocnění je však právně i morálně nepřijatelná a je také zjevně neproporcionální, jelikož u relativně malého množství drahých položek lze případnému plýtvání zabránit cílenou revizí, nikoliv objemově. Tato objemová regulace je rovněž diskriminační dle zdravotního stavu a také nemístná, protože výši ani podmínky úhrady již nelze s přihlédnutím k evropské Transparenční směrnici a nálezů Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/05 stanovovat vyhláškou, nýbrž jedině v procesu s předem danými kritérii a s možností odvolání.

1.7. Individuální úhradový doplatek

32. Ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP umožňuje zdravotní pojišťovně, aby se s individuálním poskytovatelem dohodla na výši úhrady, odchylné od úhradové vyhlášky. Tato možnost je využívána často a u VZP v roce 2014 se údajně jednalo až o 75% smluv; teprve od roku 2015 jsou tyto dodatky veřejné. Stále však neexistuje žádná právní úprava, která by odstranila možnost subjektivního a nerovného přístupu pojišťoven vůči jednotlivým poskytovatelům. Potenciální libovůle by měla být omezena povinností „dodržení zdravotně pojistného plánu“, nicméně zákon nestanoví žádná pravidla ani pro tyto plány, které jsou navíc schvalovány až na konci období, pro která by měly platit. Tento stav proto zvýrazňuje vágnost, nepředvídatelnost a nespravedlivost kritérií pro úhradu zdravotních služeb.

II. Vyjádření účastníků řízení

33. Ve smyslu ustanovení § 42 odst. 4 a § 69 zákona o Ústavním soudu zaslal Ústavní soud návrh na zahájení řízení Poslanecké sněmovně Parlamentu České republiky, Senátu Parlamentu České republiky, Ministerstvu zdravotnictví, vládě a Veřejné ochránkyni práv.

II.1. Vyjádření Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky

34. Poslanecká sněmovna se ve svém vyjádření v souladu se zavedenou praxí omezila na popis průběhu legislativního procesu, který vedl k přijetí zákona o veřejném zdravotním pojištění, a konstatovala, že návrh zákona před svým vyhlášením prošel ústavně předepsaným postupem, že s ním vyslovily souhlas obě komory Parlamentu, byl podepsán příslušnými ústavními činiteli a řádně vyhlášen. Je na Ústavním soudu, aby posoudil otázku protiústavnosti napadených ustanovení.

II.2. Vyjádření Senátu Parlamentu České republiky

35. Senát podrobně popsal legislativní proceduru, která předcházela přijetí uvedených norem, a ponechal na Ústavním soudu, aby návrh na zrušení napadených zákonných ustanovení posoudil a ve věci rozhodl.

II.3. Vyjádření vlády

36. Vláda přijala dne 28. 1. 2019 usnesení číslo 69, kterým schválila svůj vstup do řízení před Ústavním soudem a zároveň uložila ministrovi spravedlnosti, aby společně s ministrem zdravotnictví vypracoval vyjádření vlády k předmětnému návrhu.

37. Vláda vymezuje obecná východiska systému veřejného zdravotního pojištění. Platí, že rozsah bezplatné zdravotní péče („hrazené služby“) je obecně stanoven v § 13 ZVZP, který platí vždy, není-li rozsah hrazené péče upraven v některém z navazujících zákonných ustanovení. Volba léčebného postupu je pak věcí odborného medicínského posouzení konkrétního pacienta, a to v rámci obecné formulace ustanovení § 13 ZVZP. Léčebné postupy nelze zcela standardizovat a povyšovat je na úroveň právně závazných pravidel.

38. *Seznam zdravotních výkonů* – coby podzákoný právní předpis – proto nemůže nijak omezovat rozsah hrazených služeb, resp. nárok pojištěnce na úhradu zdravotních služeb zdravotní pojišťovnou. Jeho smysl spočívá ve standardizaci medicínských postupů, prokazatelně představujících optimální způsob léčby. To však nevylučuje existenci dalších medicínských postupů, které sice naplňují podmínky ustanovení § 13 ZVZP pro úhradu zdravotní pojišťovnou, avšak nejsou zatím zařazeny do Seznamu zdravotních výkonů.

39. Z těchto důvodů je také nutno ponechat zdravotním pojišťovnám jistou volnost v tom, aby součástí smluv o úhradě zdravotních služeb byly i zdravotní výkony, zatím nezařazené do Seznamu zdravotních výkonů (*individuální smluvní dohody*). Podle zákona totiž mají povinnost je v některých případech hradit. Tyto individuální dohody přitom nejsou neomezené. Jednak se na ně vztahuje cenový předpis o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb („Cenový předpis DZP“), jednak zdravotní pojišťovny podléhají zákonu č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole, ve znění pozdějších předpisů, a jsou proto povinny nakládat se svěřenými veřejnými prostředky hospodárně, efektivně a účelně. Nemohou proto postupovat libovolně, nýbrž právě naopak každá odchylka od „centrálně“ stanoveného režimu úhrad musí být objektivně zdůvodněna (např. lokálním zvýšením nabízených úhrad jsou poskytovatelé motivováni k přesunu svého podnikání do některých regionů). Centrální předpis (úhradová vyhláška) nemůže na tyto regionální odlišnosti reagovat.

40. K *tvorbě smluvní sítě zdravotních pojišťoven* vláda uvádí, že zdravotní pojišťovny mají podle ustanovení § 46 odst. 1 ZVZP povinnost zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost zdravotních služeb, kdy např. maximální dojezdová doba je stanovena na maximálně 35 minut. V zájmu zdravotní pojišťovny je proto uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb v odbornostech a oblastech, v nichž nemá zajištěnu dostatečnou kapacitu smluvní sítě. Naopak v oblastech, kde má pojišťovna zajištěnu dostatečnou smluvní síť a kapacitu není dána potřeba uzavírat další smlouvy a pokud by tak činila, mohla by porušit v předchozím odstavci zmíněné zásady nakládat se svěřenými veřejnými prostředky hospodárně, efektivně a účelně. Rozsáhlejší smluvní síť

totiž zvyšuje administrativní náklady zdravotní pojišťovny. Rovněž počet lékařů není neomezený a je proto namístě, aby pojišťovny svoji smluvní politiku využívali ke směřování do nedostatkových oblastí. Určitá míra smluvní volnosti zdravotních pojišťoven je proto opodstatněná a ústavně konformní. Jestliže by byl dán na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou po splnění zákonných podmínek nárok, „*zcela by to popřelo zákonodárcem zvolený systém veřejného zdravotnictví založený na pluralitě zdravotních pojišťoven*“, jelikož by se od sebe nemohly odlišit a disponovaly by shodnou sítí poskytovatelů, což by popřelo hlavní přínos plurality zdravotních pojišťoven a demotivovalo by je to v oblasti tvorby smluvní sítě.

41. Vláda se dále vyjádřila k neurčitému právnímu pojmu „*veřejný zájem*“ podle ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP, kterým je správnímu orgánu (Ministerstvu zdravotnictví a Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv) otevřen prostor, aby jej v konkrétní situaci aplikoval způsobem, který je pro danou situaci nejvhodnější. Pojmy „zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb“ a „stabilita systému zdravotnictví v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění“ totiž vláda nepovažuje za protichůdné či příliš obecné, neboť směřují k zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb nejen v současnosti, nýbrž i v budoucnu. Jestliže by nebylo umožněno hodnotit různá opatření i z hlediska takto definovaného veřejného zájmu, nebylo by možné systém vyvažovat, a to i z hlediska partikulárních zájmů jeho účastníků. K tomuto pojmu se ostatně Ústavní soud vyslovil již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 43/17 [ze dne 29. 1. 2019, č. 75/2019 Sb. (N 12/92 SbNU 133), bod 72].

42. K tzv. *úhradové vyhlášce* vláda uvádí, že jejím legitimním účelem, akceptovaným v minulosti i Ústavním soudem, je (1) regulovat jednotkové ceny zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a (2) zastropovat celkové náklady systému, aby výdaje v dlouhodobém měřítku nepřesahovaly příjmy. K výhradám ohledně procesu přijímání úhradové vyhlášky vláda oponuje, že pojištěnci nemají žádný legitimní zájem na účasti při rozhodování o úhradách, neboť jejich nárok vyplývá přímo ze zákona. Poskytovatelé zdravotních služeb i zdravotní pojišťovny mohou svoje připomínky uplatnit v dohodovacím řízení i v navazujícím legislativním procesu. Pojmovým znakem právního předpisu je přitom odpovědnost za jeho obsah výhradně subjektu, který ho vydává, a těžko lze dovozovat, že úprava tohoto procesu může sama o sobě vést k jeho protiústavnosti. Tento proces totiž nad rámec ústavních pravidel nemusí být vůbec zakotven. Regulační omezení, využívaná úhradovými vyhláškami, jsou celosvětově považována za nejlepší způsob, jak zastropovat zdravotnické úhrady. Jejich volba není dokonalou, nicméně maximalizuje pozitivní motivace a minimalizuje motivace negativní. Rozhodující vliv na to, co je hrazenou službou pro konkrétního pacienta, má v praxi vždy ošetřující zdravotnický pracovník a právě proto musí být vůči poskytovatelům zdravotních služeb směřována největší část regulačních mechanismů, aby byly výdaje systému udrženy na přijatelné úrovni. Veřejné zdravotnictví totiž nemůže při stanovování cen a celkového objemu poskytovaných služeb spoléhat jen na tržní mechanismy (nabídka vs. poptávka), neboť pojištěnec není plátcem čerpaných hrazených služeb a jeho poptávka je z ekonomického hlediska v podstatě neomezená. Současně od něj nelze očekávat znalost odborných medicínských otázek a ekonomiky zdravotnictví. Smyslem regulace je nahradit chybějící funkce tržních mechanismů, nikoliv omezovat nároky konkrétních pojištěnců. Cenové i objemové regulace jsou známy před začátkem kalendářního roku a podnikatelské riziko je tak předem známé, takže situace je obdobná ostatním oborům podnikání. Vláda je přesvědčena, že stávající model širšího rozsahu hrazených služeb a regulačních omezení více naplňuje smysl čl. 31 Listiny než omezenější rozsah hrazených služeb a plýtvání prostředky v důsledku absence regulací.

Alternativa navrhovatele spočívající v zavedení režimu veřejných zakázek by nutně vedla k tomu, že by tato zakázka musela zahrnovat jak jednotkovou cenu hrazených služeb, tak i jejich poptávaný objem. Její výherce by tak byl ve stejné situaci jako současný poskytovatel, čelící regulačním omezením. Současně by se zvýšily administrativní náklady pojišťoven, spojené s agendou veřejných zakázek, což by opět vedlo k omezení rozsahu hrazených služeb. Konečně, v této oblasti nelze spoléhat výhradně na lékařskou etiku, jelikož zdravotníci jsou současně podnikateli a smysl všech regulací spočívá v jejich motivaci poskytovat pouze potřebné a ekonomicky optimální hrazené služby.

43. K jednotlivým konkrétním námitkám navrhovatele uvádí vláda následující.

44. Vláda nesouhlasí s tvrzením, že mezi pojištěnci vznikají nerovnosti v přístupu k hrazeným službám podle jejich sociálního postavení. Jediné rozdíly mohou být dány regionálním rozmístěním hrazených služeb, což je však dáno větší či menší atraktivitou některých oblastí. Je odpovědností zdravotních pojišťoven, aby poskytovatele dostatečně finančně motivovaly k působení v problémových lokalitách. Není ani pravda, že pravidla úhrad jsou neetická. Případné negativní dopady je totiž nutno poměřovat s jejich pozitivními přínosy a nikoliv s hypotetickou ideální situací, která by však po zrušení regulací samovolně nenastala. Cenotvorné mechanismy (zákon č. 526/1990 Sb., o cenách) umožňují i další legální postupy při regulaci cen vedle zahrnutí oprávněných nákladů a přiměřeného zisku. Prostředí úhrad není ani netransparentní, protože primárně se vychází z úhradové vyhlášky a teprve není-li to možné, lze přistoupit ke sjednání úhrad odlišně, což musí být vždy odůvodněno objektivními důvody. Každé smluvní ujednání je pak povinně zveřejňováno.

45. Vláda dále tvrdí, že jsou dány legitimní důvody pro ponechání určité smluvní volnosti zdravotním pojišťovnám, se kterými poskytovateli uzavřou smlouvu. Právo poskytovatele na uzavření této smlouvy vůbec neexistuje a nemůže být proto porušeno ani právo na spravedlivý proces podle čl. 36 Listiny. Neplní-li pojišťovna svoji povinnost zajištění místní dostupnosti hrazených služeb, je toto jednání postižitelné jako přestupek. Nevyhovuje-li pojištěnci smluvní síť jeho stávající zdravotní pojišťovny, má právo ji změnit. Nemůže však přímo zasahovat do tvorby této smluvní sítě. Tato smluvní síť je totiž konkurenční výhodou (či nevýhodou) této pojišťovny.

46. Vláda oponuje názoru o podobnosti procesu uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb a úpravou zadávání veřejných zakázek. Jedná se totiž o soukromoprávní smlouvu a určitá smluvní volnost je nutná. Kritériem v rámci výběrových řízení skutečně není cena, avšak to proto, že tato je stanovena úhradovou vyhláškou, a rovněž objektivní měření kvality je ve zdravotnictví velmi obtížné. Hlavním indikátorem je totiž zlepšení zdraví pacientů, které je však objektivně neměřitelné, jelikož závisí na řadě jiných faktorů (životní prostředí, způsob života, genetické předpoklady atp.). Skutečně měřitelné jsou proto jen některé dílčí indikátory spíše technické či ekonomické povahy. Zdravotní pojišťovny sice existující systémy a postupy měření kvality údajně využívají i v rámci individuálních smluvních ujednání o výpočtu úhrad, avšak není zřejmé, jak by tento proces měření kvality měl probíhat na úrovni právních předpisů.

47. K otázce *centrových léků a lékových center* vláda uvádí, že stávající systém stanovování výší a podmínek úhrad ve správních řízeních funguje již 10 let a je etablován rovněž judikaturou správních soudů a Ústavního soudu. Při poskytování zdravotních služeb mohou být používána i neregistrovaná léčiva (§ 8 odst. 3 zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech), je-li to odůvodněno vědeckými poznatky. Proces při registraci léčiva je tedy oddělen od procesu stanovení výše a podmínek úhrad z prostředků veřejného zdravotního

pojištění. Byla-li by totiž dána povinnost z těchto prostředků hradit všechna registrovaná i neregistrovaná léčiva, došlo by k finančnímu kolapsu veřejného zdravotního pojištění. Stát si totiž nemůže dovolit financovat všechny terapeutické postupy, které mají dostatečnou odbornou evidenci. Cenová regulace je proto nezbytná, odvíjí se od ekonomické situace systému a bezplatnou zdravotní péči rozšiřuje, neboť díky nižším regulovaným cenám je celkový objem péče vyšší.

48. V případě centrových léčiv (symbol „S“ v podmínkách úhrady) je třeba dbát zvýšené pozornosti na jejich hospodárné užití a nepřekročitelný rámec při stanovení jejich úhrady určuje ustanovení § 39b odst. 10 ZVZP, přičemž na soustředění terapie hrazeným léčivem do specializovaných pracovišť musí být dán veřejný zájem. V případě dočasné úhrady u vysoce inovativních léčiv se hrazená terapie soustřeďuje do specializovaných pracovišť vždy, protože pro tato léčiva je příznačný nedostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby v klinické praxi. Někdy je z odborného či ekonomického hlediska vhodné soustřeďovat hrazenou terapii do specializovaných pracovišť i proto, že se jedná o odborně komplikovaný způsob použití. Obdobně pokud by ambulantní lékaři bez smlouvy s pojišťovnou indikovali k úhradě z prostředků veřejného pojištění např. léčiva s nejistým ekonomickým profilem, mohl by systém veřejného pojištění finančně zkolabovat. ZVZP skutečně nevymezuje konkrétní síť specializovaných pracovišť, to však není důvodem protiústavnosti. Protože jsou totiž centrové léky rizikovější (odborně i ekonomicky), je zvýšená opatrnost opodstatněná a řeší se uzavřením zvláštní smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, čímž je zajišťována hospodárnost užití zvýšeně rizikového léčiva.

49. Pojišťovny jsou povinny zajistit místní dostupnost hrazených služeb [§ 40 odst. 7 písm. a) ZVZP], a to i pod sankcí do výše 10 mil. Kč [§ 45a odst. 2 písm. c) ZVZP], přičemž vycházejí ze svých znalostí o demografickém rozložení pojištěnců s onemocněním, které je třeba léčit centrovým lékem. Jestliže tak proto nečiní, není to vada zákonné úpravy, nýbrž zdravotních pojišťoven. Z povahy věci však vzdálenost pojištěnců může být pouze přiměřená a nikoliv identická.

50. Definice konkrétního seznamu specializovaných pracovišť pro úhradu centrových léčiv v zákoně by nebylo praktické, odporovalo by požadavku obecnosti zákona a ve svém důsledku by porušovalo čl. 31 Listiny. Legislativní proces je totiž mnohem pomalejší než uzavírání zvláštních smluv, takže by reálně chyběla příslušná specializovaná pracoviště. Navíc právě zdravotní pojišťovny disponují daty o pojištěncích indikovaných k léčbě centrovými léčivy a není nutné, aby např. v každém okresním městě byla centrová pracoviště, když objektivně tato potřeba nebude dána.

51. K vymezení účastníků správního řízení o stanovení maximálních cen výrobce a výše a podmínek úhrady pro ambulantní léčivé přípravky či potraviny pro zvláštní lékařské účely vláda uvádí, že volba účastníků je racionální a proporcionální z hlediska vyvážení dotčených zájmů a jejich počet je takový, aby probíhalo řízení rychle. Zrušením § 39g odst. 1 ZVZP by se proto okruh účastníků správního řízení enormně zvýšil, narušila by se poměrnost zastoupení zájmů a správní řízení by se zkomplikovala a prodloužila, což by poškodilo pacienty. Centrové léky sice tvoří menšinu hrazených léčiv, nicméně zrušení tohoto ustanovení by se dotklo i velké skupiny necentrových léčiv.

52. Vláda dále popírá, že by ustanovení § 32 a § 39 vyhlášky č. 376/2011 byla protiústavní, když tvrdí, že i když by tato vyhláška vůbec neexistovala, byla by úhrada ambulantních léčiv stanovována přímo podle ZVZP.

53. Ke stanovování úhrad pro centrová léčiva a podmínění jejich používání na specializovaném pracovišti zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou vláda

navrhovateli oponuje, že k žádnému porušování ústavních práv pojištěnců nedochází. Právní základ je totiž dán přímo ZVZP a stanovení podmínek úhrad centrových léčiv probíhá ve správním řízení a v souladu s nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/05, kdy vydaná rozhodnutí jsou přezkoumatelná ve správním soudnictví. Má-li pojištěnec za to, že úhrada centrového léčiva je nedostupná, má možnost podat podnět na ministerstvo k zahájení řízení o přestupku. Zvolené řešení je efektivní, hospodárné a prospěšné pro ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči. Při uzavírání zvláštní smlouvy nedochází ani k libovůli, protože nelze-li dosáhnout hospodárného užívání centrového léčiva, zvláštní smlouva uzavřena být nemůže.

54. Brojí-li navrhovatel proti údajně protiústavnímu legislativnímu procesu při přijímání napadených právních předpisů, odkazuje vláda na náleze Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 21/15 (body 52-53).

55. Vláda dále odmítá, že by současná regulace úhrad ambulantních léčiv vedla k odstavení pojištěnce od nákladné péče a ochrany jeho zdraví a života. Zákonná kritéria jsou totiž dostatečná a na jejich základě je rozhodováno již 10 let ve správních řízeních; četná je rovněž navazující judikatura správních soudů. Zajištění dostupnosti hrazené péče je zákonnou povinností pojišťoven, kterou lze i vymáhat. Z pohledu konkrétního pacienta, který nedosahuje na běžnou úhradu konkrétního léčiva z důvodu regulace úhrad (např. rakovina nebo roztroušená skleróza) údajně vždy existuje možnost hrazené alternativy anebo přiznání výjimečné úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění postupem podle § 16 ZVZP. Současný systém tak pamatuje na potřeby všech pojištěnců. Tito pojištěnci sice nejsou účastníky správních řízení, ale obsah správních spisů je veřejně dostupný a kdokoliiv proto může Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv posílat svoje podněty, který na jejich základě může z moci úřední zahajovat řízení o stanovení vyšší a podmínek úhrad.

56. K argumentaci navrhovatele k ustanovení § 39b odst. 2 ZVZP vláda uvádí, že petit návrhu toto ustanovení nezmiňuje a v tomto směru je proto návrh zmatečný. Toto ustanovení se však netýká jen problematiky centrových léčiv a jeho dikce není vágní. Absence kritérií závažnosti různých nemocí v zákoně je dána tím, že medicínská věda je natolik obsáhlá a dynamická, že by jejich výčet v zákoně byl nedokonalý a neúčelný. ZVZP proto rozlišuje závažná (s podkategorií vysoce závažných) a nezávažná onemocnění, přičemž však hrazena jsou léčiva k terapii všech onemocnění. Definice nezávažných a závažných onemocnění je obsažena v § 2 písm. f) a g) vyhlášky č. 376/2011 Sb. Státní ústav pro kontrolu léčiv se nesmí dopouštět arbitrárního postupu či diskriminace, a jestliže se při jeho rozhodování vyskytne dílčí pochybení, lze je napravit zákonem předvídaným způsobem. Protiústavní není ani absence metodiky hodnocení nákladové efektivity, protože tato je vymezena v § 15 odst. 8 ZVZP. Státní ústav pro kontrolu léčiv vydává pouze doporučující metodiku, která však není závazná a je plně na účastnících správního řízení, jakým konkrétním farmakoekonomickým postupem tento základní zákonný rámec dodrží. Odhad finančního rozpočtu je nezbytný, neboť není možné, aby v zájmu jedné skupiny pacientů byl zcela vyčerpán rozpočet určený pro všechny pacienty, a je úkolem Státního ústavu pro kontrolu léčiv odhalit případné nežádoucí jevy ve farmakoekonomických podkladech, předkládaných soukromými subjekty. Vláda rovněž popírá, že by bylo ustanovení § 39b odst. 2 písm. k) ZVZP zmatečné co do posuzování odborných doporučení. Tato jsou důležitá proto, aby Státní ústav pro kontrolu léčiv nebyl odkázán jen na informace od účastníků správního řízení, přičemž současně platí, že jimi není vázán, takže není dána ani kolize s principem nepodjatosti.

57. Podmínky úhrady uvedené v § 39b odst. 10 ZVZP se týkají všech hrazených léčivých přípravků, nejen centrových léčiv. Tato pravidla však nejsou vágní, neboť uvádějí základní odborná a ekonomická kritéria, která ovšem musí být tak obecná, aby dokázala pokrýt všechny možné situace. Bližší podrobnosti pak stanoví vyhláška č. 376/2011 Sb. na základě zákonného zmocnění. Okolnost, že o konkrétních podmínkách úhrady ambulantních léčiv rozhoduje až Státní ústav pro kontrolu léčiv ve správním řízení, je v souladu s nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 36/05.

58. Vláda připouští, že v některých případech lékař může pacientovi předepsat léčivý přípravek hrazený z veřejného zdravotního pojištění, nicméně nesplňuje-li pacient dané podmínky, musí si ho zaplatit sám. Nelze totiž připustit situaci, kdy by mohl lékař předepsat jakýkoliv lék, jelikož takto by systém veřejného zdravotního pojištění zkolaboval. Účelem preskripčních a indikačních omezení u hrazených léčivých přípravků rizikových je (kromě aspektu hospodárnosti) větší specializace daného lékaře, která zaručuje ochranu zdraví pacienta. Proto např. onkologické léky nepředepisuje všeobecný lékař. Navíc má systém veřejného zdravotního pojištění vždy nějakou hrazenou alternativu a není-li tomu tak, může pojištěnec požádat zdravotní pojišťovnu o výjimečnou úhradu dle § 16 ZVZP.

59. K podmínkám úhrady ambulantních léčiv vláda uvádí, že tyto jsou stanovovány ve správních řízeních v přímé spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi a - na rozdíl od registrační procedury - jsou zohledňována i např. specifika léčby určité skupiny pacientů a provádí se rovněž komparativní posouzení odborných vlastností léčiv, která jsou dostupná. Uplatňovat odborná hlediska při stanovení podmínek úhrady je proto fundamentální potřebou a k omezení dostupnosti hrazené zdravotní péče dochází jen u takových přípravků, které nejsou z odborného hlediska vhodné či jsou nepřijatelně ekonomicky rizikové (hrozba kolapsu veřejného zdravotního pojištění). I zde platí, že pojištěnci mají zajištěnu dostupnou alternativu hrazené péče.

60. Vláda nesouhlasí s námitkou, že ZVZP neobsahuje dostatečný právní základ pro stanovování podmínek úhrady. Tento je totiž zakotven v § 39b odst. 10 ZVZP a vyhláška č. 376/2011 Sb. tento zákonný rámec jen konkretizuje.

61. Pojištěnci, lékaři a poskytovatelé zdravotních služeb skutečně nejsou účastníky správních řízení o stanovení výši a podmínek úhrady pro ambulantní léčiva, nicméně mají právní nástroje, jak proces rozhodování SÚKL ovlivnit, a to prostřednictvím odborných společností, ve kterých se organizují a tyto se ve správních řízeních vyjadřují. V rámci těchto řízení existují partikulární zájmy: držitelé rozhodnutí o registraci a také třeba i lékárny mají zájem na co nejvyšším objemu léků a za nejvyšší cenu; pojištěnci a zdravotní pojišťovny naopak usilují o nejlepší možnou péči za nejnižší finanční spoluúčasti. Lékaři jsou nezdědkou ovlivňováni představiteli farmaceutických firem. Bez speciálního vymezení účastníků správního řízení v § 39g odst. 1 ZVZP by proto mohly převážit zájmy na co nejvyšší úhradě a nejvyššího rozsahu klinického využití léčiva, což by mohlo vést k extrémní finanční zátěži a také k nedodržení závazných lhůt k rozhodování podle směrnice Rady 89/105/EHS. Tomu současný model, kdy se střetávají pouze zájmy držitelů rozhodnutí o registraci a zdravotních pojišťoven, dokáže čelit a je proto optimální.

62. K námitce absence zákonného vymezení centrových léčiv vláda odkazuje na § 15 odst. 10, § 17 odst. 2 a § 39b odst. 10 ZVZP. Existují dostatečná zákonná kritéria pro uzavírání tzv. centrových dodatků, přičemž zdravotní pojišťovna uzavírá smlouvy jen s takovým počtem zdravotnických zařízení, který je pro daný územní celek hospodárný a současně při zachování místní a časové dostupnosti hrazených služeb. Pacient může svoji

zdravotní pojišťovnu (resp. Ministerstvo zdravotnictví) případně upozorňovat, že tuto svoji povinnost nedodržují, anebo svůj konkrétní nárok vymáhat soudně; může dát také podnět na využití mimořádného opravného prostředku proti správnímu rozhodnutí.

63. Protiústavní není ani způsob vykazování úhrady centrového léčiva na základě zvláštní smlouvy. Bez této smlouvy by se totiž stěží prosazovalo hospodárné klinické využití centrového léčiva na specializovaném pracovišti. Příslušný léčivý přípravek je totiž nutno správně aplikovat, což by nebylo možné tehdy, vyzvedl-li by si jej pacient sám v lékárně (např. by hrozilo nedodržení teplotních podmínek). Vyúčtování léčiva pojišťovně přímo zdravotnickým zařízením proto garantuje správné odborné použití léčiva. Navíc zdravotnické zařízení u těchto specifických přípravků je schopno sjednat množstevní slevu, což u běžné lékárny není reálné.

64. K definici zvlášť účtovaného přípravku vláda uvádí, že rozhodné je ustanovení § 15 odst. 10 ZVZP, které určuje, že finanční transakce probíhá fakticky mezi specializovaným pracovištěm a zdravotní pojišťovnou, nikoliv prováděcí vyhlášky, které jen upřesňují podobu této transakce; konkrétní forma je následně dána až zvláštní smlouvou na základě zákona. Okolnost, že je podrobnější provedení ponecháno podzákoně úpravě, není protiústavní.

65. Je pravdou, že léčivé přípravky většinou nesmí vydávat lékař, a to ani v případě centrových léčiv. Lékař proto buď aplikuje centrové léčivo, anebo odešle pacienta do lékárny s předpisem na centrový lék. Má-li však kdokoliv za to, že dochází k porušování zákona o léčivech, je namístě obrátit se s podnětem na provedení kontroly na SÚKL.

66. Navrhovatel se rovněž mylí, tvrdí-li, že centrové léky se účtují vždy spolu s konkrétním zdravotním výkonem. Ve skutečnosti totiž je podle § 39b odst. 2 vyhlášky č. 376/2011 Sb. způsob vyúčtování úhrady centrového léčiva řešen zvláštní smlouvou a není proto vyloučeno, že ho vydá lékárna. V tomto kontextu vláda vysvětluje způsoby používání centrových léků u jednotlivých druhů poskytování zdravotní péče na specializovaném pracovišti, a to buď samotným lékařem, anebo lékárníkem (lékařská a lékárenská zdravotní péče). Nedochozí však k tvrzenému „bat’ůžkaření“, kdy by lékaři vydávali a vykazovali úhradu léků zdravotní pojišťovně: lékař totiž buď spotřebuje centrové léky při výkonu, anebo je lékárník vydá pacientovi.

67. Smyslem zvláštní smlouvy upravující nakládání s centrovými léčivy na specializovaném pracovišti není pojištěncům bránit v dostupnosti hrazené péče, jelikož tím by pojišťovna porušila svoji zákonnou povinnost. Doplatky na některá léčiva nejsou ničím neobvyklým a bez nich by nebylo možné ufinancovat ceny u všech hrazených léčiv. Cena hrazeného léčiva však nesmí být libovolná a je regulována; mohou ji dále snížit i množstevní slevy na specializovaném pracovišti. Není přitom pravdou, že v rámci specializovaného pracoviště nelze řádně předepisovat centrová léčiva. Lékař z tohoto pracoviště totiž může předepsat toto léčivo a chce-li pacient, aby bylo uhrazeno z prostředků veřejného pojištění, pak je mu vydáno v lékárně, která je součástí tohoto pracoviště.

68. Vláda nesouhlasí ani s tvrzením ohledně porušování práva poskytovatelů zdravotních služeb svobodně podnikat. Jednak totiž platí, že práva podle čl. 26 odst. 1 Listiny nejsou bezbřehá a zejména nesmí kolidovat s právy jinými. V případě centrových léčiv se jedná o léčiva odborně i ekonomicky zvýšeně riziková, a pokud by jejich používání nebylo spjato se specializovaným pracovištěm, které má za účelem jejich hospodárného využití uzavřeno zvláštní smlouvu se zdravotní pojišťovnou, mohlo by docházet k ohrožení práva pacientů na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči. Nedochozí údajně ani k diskriminaci specializovaných pracovišť, které nemají se

zdravotní pojišťovnou uzavřenu zvláštní smlouvu. Počet těchto pracovišť by totiž měl být takový, aby bylo zajištěno hospodárné užití centrových léčiv a aby byla zajištěna místní a časová dostupnost hrazených služeb, což by nebylo zajištěno při jejich nadbytku. Smyslem systému hrazené zdravotní péče je totiž zajištění ústavních práv pacientů a nikoliv ambicí některých poskytovatelů zdravotních služeb. V každém případě však mohou oslovit zdravotní pojišťovny.

69. Ke kritériím symbolu „S“ vláda uvádí, že u centrových léčiv je třeba specificky dbát zvýšené opatrnosti na jejich hospodárné užití, neboť jsou zvýšeně odborně i ekonomicky riziková, což u ambulantních léčiv není nutné. Proto je racionální jejich soustředění do specializovaných pracovišť s pojiškou jejich hospodárného užití v podobě zvláštní smlouvy. Takto jsou chráněna nejen práva pacientů, nýbrž dlouhodobě i podnikatelské zájmy držitelů rozhodnutí o registraci centrových léčiv. V tomto ohledu vláda odkazuje i na nálezy Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 43/17.

70. Vláda nesouhlasí s tvrzením o „*silné libovůli*“ ministra zdravotnictví ohledně obsahu rámcových smluv, protože zasáhlo-li by do nich ministerstvo oproti znění dohody bez patřičného odůvodnění, mohlo by tím překročit zákonné zmocnění k vydání vyhlášky a tato by z tohoto důvodu mohla být zrušena. Proces dohodovacího řízení představuje kolektivní vyjednávání sui generis, do kterého může ministr zdravotnictví zasáhnout jen v zákonem předvídaných případech a odůvodněně. Protože toto dohodovací řízení je obsaženo v zákoně, odpovídá principu demokratického právního státu (srov. také nálezy sp. zn. Pl. ÚS 21/15). Samotné členění jednotlivých segmentů vzniklo působením praxe a nemá proto základ právní, nýbrž faktický (vzájemná podobnost zdravotních služeb poskytovaných v těchto segmentech). Neúčast soutěžitelů, kteří na trh teprve hodlají vstoupit, je logická a neúčast pojištěnců vysvětluje vláda tím, že nárok pojištěnce vyplývá přímo ze zákona a na tom nemůže nic změnit ani dohoda.

71. Vláda dále poukazuje na okolnost, že Metodika pro pořizování a předávání dokladů stanoví pouze závazná pravidla ohledně vykazování zdravotních služeb a nestanoví žádné nové povinnosti nad rámec zákona.

72. K Seznamu zdravotních výkonů vláda uvádí, že § 17 odst. 4 ZVZP výslovně umožňuje odchylnou dohodu zdravotní pojišťovny s poskytovatelem. Dohodnou-li se proto např. na tom, že výkon s úhradovým omezením „H“ bude prováděn ambulantně a je-li to v souladu s požadavkem náležité odborné péče, je to možné. Nedojde-li k takové dohodě, uplatní se omezení Seznamu zdravotních výkonů a výkon může být vykázán, jen byl-li proveden v rámci lůžkové péče v souladu se symbolem „H“. Zdravotní pojišťovna by v rámci své smluvní politiky měla volit vždy takové řešení, které odpovídá požadavkům náležité odborné péče i zásadám efektivity a hospodárnosti. Smyslem symbolů omezení úhrad proto není stanovení závazných nezměnitelných omezení způsobu a frekvence poskytování příslušných výkonů, nýbrž mají spíše medicínskou relevanci. Možnost smluvního ujednání by měla reagovat na aktuální stav medicínskému poznání a potřeby praxe. Vláda odmítá názor, že Seznam zdravotních výkonů je relevantní pro stanovení zákonného rozsahu zdravotních služeb. Pracovní skupina k tomuto seznamu je pouze poradním orgánem ministra odborné povahy.

73. Ustanovení § 14 odst. 3 a § 14a ZVZP transponují směrnici Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. 3. 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Využití možnosti náhrady zdravotních služeb čerpaných v jiném členském státě EU představuje výjimku z pravidla, že české pojišťovny zásadně přímo neproplácejí pojištěnci jím čerpanou a uhrazenou péči, ale vždy hradí péči přímo poskytovatelům zdravotních služeb. Proto je bezpodmínečně nutné, aby právní předpis

stanovil jednoznačný způsob určení částky, na kterou má pojištěnec nárok a tato částka může být omezena do výše, která by byla poskytovateli hrazena na území ČR. Tato transpozice evropského práva není protiústavní, protože všechny podmínky nároku na náhradu nákladů péče čerpané v jiném členském státě stanoví přímo zákon a nejedná se ani o stanovení hrazených služeb, nýbrž pouze o výši náhrady nákladů vynaložených pojištěncem, který v zahraničí čerpal služby nekvalifikované jako hrazené.

74. K mechanismu úhradové vyhlášky vláda uvádí, že nástroj historických referencí slouží k nastavení objemových regulací adekvátních pro konkrétního poskytovatele. Objemová regulace léků ve specializovaných lékových centrech nepředstavuje regulaci počtu pacientů nebo množství léků, nýbrž celkového maximálního objemu úhrad za tyto služby. Ministerstvo při stanovení této regulace vychází ze statistického modelu, který je exaktní a historický, neboť přihlíží k prevalenci a incidenci příslušných diagnóz za současného zohlednění ekonomických dopadů nových léků při jejich vstupu do veřejného zdravotnictví. Cílem této regulace je motivovat poskytovatele k preskripci generických a biosimilárních léčivých přípravků, které jsou levnější. U akutní lůžkové péče případový paušál již několik let nefunguje jako prostý paušál, jak tvrdí navrhovatel, ale jako úhrada podle DRG s tolerančním pásmem ± 3 až 4 procenta celkové produkce s nezměněnou úhradou. Při překročení horní hranice tolerančního pásma produkce se sice uplatňuje degresivní úhrada, která je však stanovena tak, aby poskytovateli pokryla minimálně variabilní (marginální) náklady poskytování těchto služeb a proto je nepoškozuje. Tento úhradový mechanismus poskytovatelům i pojišťovnám umožňuje plánovat jejich ekonomickou činnost. DRG systém nyní prochází zásadní rekonstrukcí. V oblasti primární péče praktických lékařů je kapitační platba celosvětově uznávaným úhradovým mechanismem. Výkony prevence jsou z kapitační platby vyčleněny a vykazují se zvlášť. Regulace průměrem na rodné číslo umožňuje objemově regulovat široké spektrum poskytovatelů s diametrálně různorodou nákladovostí. Rozdíly v průměrné úhradě na pacienta tak nejsou známkou diskriminace, nýbrž různé náročnosti péče v konkrétní odbornosti a u konkrétního poskytovatele.

75. Vláda nesouhlasí s tvrzením, že úhradové dodatky mohou být uzavírány jen na následující rok. Tento omyl navrhovatele zřejmě plyne z nepochopení první věty § 17 odst. 5 ZVZP, přičemž však zákonem uvedené časové určení „na následující kalendářní rok“ se týká výhradně dohodovacího řízení, zatímco individuální úhradové dohody umožňuje poslední věta cit. ustanovení. Z ní je zřejmé, že dohodnout jinak se mohou zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotních služeb bez časového omezení. Uvedené rovněž umožňuje pojišťovnám dostatečně pružně řešit situace, kdy by během roku došlo u některého poskytovatele k vyčerpání limitů daných regulačními opatřeními, a to jejich navýšením tak, aby nedošlo k omezení dostupnosti hrazených služeb.

76. Vláda z výše uvedených důvodů navrhl, aby Ústavní soud návrh zamítl. Pro případ, že by Ústavní soud návrhu (nebo jeho části) vyhověl, žádá vláda odložit vykonatelnost nálezu na přiměřeně dlouhou dobu.

II.4. Vyjádření Veřejné ochránčyně práv

77. Veřejná ochránčyně práv Ústavnímu soudu sdělila, že nevyužije svého práva podle ustanovení § 69 odst. 3 zákona o Ústavním soudu a do řízení nevstoupí.

II.5. Sdělení Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

78. VZP zaslala Ústavnímu soudu dne 9. 4. 2019 nevyžádané vyjádření, v němž zevrubně odůvodnila, proč dle jejího názoru napadená právní úprava není v rozporu s ústavním pořádkem. Ústavnímu soudu proto navrhla podaný návrh zamítnout.

79. K otázce *rámcových smluv* VZP uvádí, že nepovažuje vymezení účastníků dohodovacího řízení (§ 17 odst. 2 a 5 ZVZP) za protiústavní. Je logické, že tohoto řízení se účastní zástupci potenciálních smluvních stran, tzn. zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Jde tak svojí podstatou o kolektivní vyjednávání (náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 40/02) a Ministerstvo zdravotnictví je poté povinno rámcové smlouvy vydat jako vyhlášku, přičemž však musí respektovat vůli účastníků řízení (srov. náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 6/07, kde nebyl zjištěn rozpor vyhlášky o rámcových smlouvách s ústavním pořádkem). VZP nepovažuje za problematickou ani okolnost, že pravidla jednání dohodovacího řízení jsou upravena pouze jednacím řádem, který není „dogmatickou a neměnnou úpravou dohodovacího řízení“. Protiústavní by mohla být pouze taková úprava, která by účastníky svazovala nepřiměřenými pravidly. VZP nepovažuje za přílehuavou ani kritiku ohledně absence smluvních pokut v rámcové smlouvě, jelikož jednak smluvní pokuta v těchto smlouvách zakotvena je a jednak lze postupovat podle obecné úpravy obsažené v občanském zákoníku. Zakotvením povinnosti sjednat smluvní pokutu by se však ze smluvního nástroje stala zákonná sankce. K účinnému vymáhání povinnosti poskytovatele plnit svoje smluvní povinnosti slouží proto jiné nástroje – např. možnost vypovědět smlouvu, kontrolní oprávnění zdravotních pojišťoven nebo odejmutí oprávnění poskytovat zdravotní služby. K hodnocení pojmu „veřejný zájem“ VZP odkazuje na náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 43/17 a uvádí, že jeho protiústavnost nemůže být dána jen jeho neurčitostí. V konkrétním případě by mohla být zrušena až vyhláška o rámcových smlouvách (popř. úhradová vyhláška), u níž by ministerstvo nenaplnilo kritérium veřejného zájmu. Ostatně veřejný zájem je kritériem pro vydání jakéhokoliv normativního právního aktu, takže ministerstvo by ho muselo hodnotit před vydáním vyhlášky o rámcových smlouvách i tehdy nebyl-li by tento pojem v zákonu vůbec použit. V tomto směru VZP odkazuje i na závěry náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 24/99. Konečně k úpravě tzv. metodik a číselníků VZP zdůrazňuje, že se svojí povahou jedná o nástroje pro vykazování hrazených služeb a lze si obtížně představit desetitisíce individuálně sjednávaných podmínek pro toto vykazování.

80. VZP se dále vyjádřila k tvorbě *seznamu zdravotních výkonů*, kde především upozornila na náleží Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 [ze dne 20. 5. 2008, č. 251/2008 Sb. (N 91/49 SbNU 273)], kterým byl zamítnut návrh na zrušení tehdejšího způsobu úhrad hrazených služeb prostřednictvím seznamů zdravotních výkonů. Jakkoliv se přitom současné znění zmocnění obsažené v § 17 odst. 4 ZVZP částečně liší od znění tehdejšího, jsou závěry Ústavního soudu stále aplikovatelné, jelikož současná úprava dokonce aplikaci režimu seznamu zdravotních výkonů definuje jako subsidiární [srov. též body 59. a 60. náleží sp. zn. Pl. ÚS 5/15 ze dne 8. 12. 2015, č. 15/2016 Sb. (N 204/79 SbNU 313)].

81. Je zřejmé, že seznam zdravotních výkonů nebude nikdy schopen postihnout veškeré možné zdravotní výkony; je však potřebné mít k dispozici katalog zdravotních výkonů umožňující komunikaci mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami při vykazování a úhradě hrazených služeb.

82. Další část návrhu se týká § 17 odst. 5 ZVZP, který upravuje *tvorbu úhradových vyhlášek*. K tomu VZP nad rámec již uvedeného připomíná, že vydání úhradové vyhlášky

pro rok 2019 předcházelo dohodovací řízení ukončené dohodou a její zrušení by proto vedlo k narušení právní jistoty účastníků tohoto řízení. VZP dále odkazuje na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 a nesouhlasí s tvrzením, že poskytovatelé krachují a označuje je za nepodložené. Úhradová regulace není protiústavní a problematickými mohou být pouze individuální případy, které však lze řešit žalobou v civilním řízení. VZP nesouhlasí ani s tvrzením ohledně protiústavnosti odvozování úhrad od historických referencí – byť připouští, že do budoucna by přesnější metodou mohlo být např. navázáno na projekt DRG restart. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 však Ústavní soud již konstatoval, že stávající metoda není protiústavní. Podobně není protiústavní možnost uzavřít dohodu o jiné výši úhrady, než jaká plyne z úhradových vyhlášek, což v minulosti rovněž dovodil Ústavní soud. Možnosti pro sjednávání dohod jdoucích nad rámec úhradových vyhlášek proto nejsou neomezené a bezkriteriální. Smluvní praxe zdravotních pojišťoven navíc podléhá rozsáhlé veřejné kontrole, a to prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva financí a orgánů zdravotních pojišťoven.

83. Vyhovění návrhu by údajně zasáhlo i do kontinuity právní úpravy provádění veřejného zdravotního pojištění v kontextu potřeby plánování výdajů za hrazené služby. Jakkoliv úhrada zdravotních služeb je již z podstaty věci komplikovaná a stávající systém jistě není dokonalý, není ani protiústavní. K řešení jednotlivých sporných případů jsou povolány soudy a z důvodu jejich existence není namístě derogovat podstatnou část právní úpravy.

84. VZP nesouhlasí ani s kritikou tzv. centrové péče, neboť zde je zajišťována vysoce specializovaná a nákladná léčba, vyžadující vysokou kvalifikaci a specializaci (např. hematologie, traumatologická péče pro pacienty s popáleninami atp.). Již jen proto není možné zajistit tuto péči tak, aby k ní měli všichni pacienti přístup ve svém bydlišti. Proto musí někteří pojištěnci cestovat za touto specializovanou péčí i mimo svůj kraj, z čehož však ještě neplyne nerovnost. Ostatně, i v jiných oblastech života je normální, že občané musí dojíždět do jiných regionů např. za účelem kvalitního vzdělávání anebo rekreace v národních parcích.

85. Závěrem VZP shrnuje, že návrh nepovažuje za důvodný a Ústavní soud by mu proto neměl vyhovět. Derogace napadených ustanovení by ohrozilo celý systém poskytování hrazených zdravotních služeb. Ministerstvo zdravotnictví navíc usiluje o změnu a kultivaci v řadě složitých míst veřejného zdravotního pojištění a derogační zásah Ústavního soudu by v tomto ohledu vedl ke značné nestabilitě a právní nejistotě.

II.6. Sdělení České hematologické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně

86. Česká hematologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně („ČHS“) zaslala Ústavnímu soudu dne 21. 6. 2019 nevyžádané vyjádření, v němž zejména vysvětlila, že geografická dostupnost hematologické péče nepředstavuje problém. Centrová léčba se totiž zaměřuje na nevelkou skupinu pacientů, o které se nedokáže postarat regionální poskytovatel zdravotních služeb. Jedná se totiž o vzácné formy onemocnění vyžadující nejen nákladnou léčbu, ale především úzkou specializaci zdravotnického personálu. ČHS kategoricky odmítá argumentaci, podle které by geografické rozložení takto specializované péče mělo kopírovat administrativní členění státu, jelikož navyšování počtu těchto center by nutně vedlo k nízké nákladové efektivitě. Nákladová efektivita center totiž klesá s jejich počtem a stejné platí pro kvalitu poskytované zdravotní péče. Je vědecky prokázáno, že k tomu, aby si zdravotnický tým

udržel svou faktickou kompetenci, potřebuje určitý objem péče, neboť s klesajícím počtem výkonů klesá pravděpodobnost, že výkon bude poskytnut dostatečně odborně. V jednotlivých krajích se přitom nenachází dostatek pacientů potřebných k tomu, aby si zdravotníci udrželi svoji odbornost a existence centra v každém kraji by vedla k tomu, že označení „centrum“ by bylo pouhým štítkem na dveřích. Toto tvrzení ČHS dokládá konkrétními statistickými údaji. Snaha regionálních politiků zabezpečit pro svoje občany centrum vysoce specializované péče je sice pochopitelná, nicméně existence centra nemůže být otázkou jednorázového politického či investičního rozhodnutí, nýbrž faktického uznání kvality konkrétního poskytovatele, k níž se propracuje teprve systematickým rozvojem. Stávající procesní rámec přitom nebrání vzniku nových center v regionech.

87. ČHS závěrem uvádí, že s vědomím řady dílčích nedostatků není zásah Ústavního soudu nutný.

II.7. Replika navrhovatele a jeho reakce na nabytí platnosti zákona č. 371/2021 Sb.

88. Ústavní soud zaslal shora citovaná vyjádření navrhovateli, který v reakci na ně dne 25. 5. 2021 uvedl, že trvá na podaném návrhu a důvody pro vyslovení neústavnosti současného úhradového systému jsou i nadále (tzn. po otřesu způsobeném pandemií) validní, jelikož úhradový systém je pro poskytovatele zdravotních služeb nepředvídatelný.

89. Základem zdravotnictví je vztah mezi lékařem a pacientem, založený na důvěře pacienta v léčbu podle jeho nejlepšího zájmu (a nikoliv např. vlastního ekonomického zájmu), a vztah mezi poplatníkem a nemocným, který vychází ze solidarity systému zdravotního zabezpečení. Plnění ze solidárních zdrojů však nesmí být nejisté a závislé na dohodách mezi osobami, které nedisponují demokratickým mandátem. Po roce 1989 však údajně nebyla nikdy dokončena transformace financování zdravotnictví, nedošlo k explicitnímu vymezení rozsahu péče hrazené a nehrazené přímo v zákoně a systém proto trpí velkou nestabilitou. ZVZP byl zamýšlen jako provizorium na omezenou dobu a nahradit jej měla generální rekonstrukce; stal se však trvalou součástí právního řádu. Neřešen zůstal zejména rozpor mezi široce vymezeným nárokem na hrazenou péči v zákoně a ekonomickými možnostmi systému danými výběrem pojistného. Nástrojem pro udržení finanční rovnováhy se proto staly zejména:

- pokusy omezit rozsah hrazené péče podzákonými katalogy,
- omezování sítě smluvních poskytovatelů, popř. omezování úhrady některých výkonů a léků na specializovaná centra,
- objemová limitace v úhradových vyhláškách.

90. Důsledkem těchto nástrojů je ovšem narušení vztahu mezi zdravotníkem a pacientem, protože při „skrytém omezení péče“ nese zdravotník riziko, že nabídne-li optimální řešení, překročí alokované náklady a utrpí majetkovou újmu. Bylo by proto namísto zvolit řešení založené na kontrole nákladů prostřednictvím cílené revize účelnosti vykazovaných výkonů a léčiv, což je s ohledem na současný stav informačních technologií reálné. Stávající objemová limitace proto není řešením vhodným a ani jediné možným. Porevoluční vlády údajně nenašly odvahu k nákupu zdravotních služeb na základě jejich ceny a kvality a namísto tržního prostředí je síť poskytovatelů a nastavení úhrad určována konsensem těch, kteří se již v systému etablovali. V roce 1991 proto sice

zdravotnictví nastoupilo cestu od centrálního řízení k systému veřejného zdravotního pojištění ve standardním soutěžním prostředí, nicméně po 30 letech se stále nacházíme takřka ve výchozím bodě – rozsah nároku na bezplatnou péči je v zákoně vymezen vágně, k pravidelné soutěži o smluvní vztah nedochází a vybrané pojistné je úhradovou vyhláškou přerozděleno mezi etablované poskytovatele a pojištěnci dostanou takovou úroveň péče, na jaký poskytovateli vychází rozpočet.

91. K vyjádření vlády navrhovatel uvádí, že co nemůže smluvní poskytovatel vykázat zdravotní pojišťovně, to nemůže poskytovat jako hrazenou péči. Nárok pojištěnce proto nevymezuje § 13 ZVZP, nýbrž teprve vyhláška o Seznamu výkonů, popř. smluvní praxe zdravotní pojišťovny. Jestliže by platilo, že hrazenými službami jsou i výkony neobsažené ve vyhlášce, je otázka, kdo je poskytovateli zaplatí, jelikož za ně není nastavena žádná úhrada a nemůže být kalkulována podle Cenového předpisu. Poskytovatel by tak musel nést náklady takových výkonů patrně z vlastních zdrojů. Navrhovatel popírá, že by Seznam výkonů popisoval standardizované medicínské postupy a otázkou je právní povaha výkonů učiněných na základě individuálního ujednání. Pokud by totiž platilo, že výkon je hrazen vždy, splňuje-li podmínky § 13 ZVZP, musel by jej poskytovatel pojištěnci nabídnout bezplatně i bez individuálního nasmlouvání; ovšem patrně na vlastní náklady. V praxi je tomu však tak, že teprve individuální nasmlouvání výkonu v Seznamu výkonů znamená, že jej poskytovatel nabízí bezplatně pojištěncům konkrétní pojišťovny. V opačném případě jej nenabízí, anebo jen za přímou platbu. Ve svém důsledku tak teprve individuální ujednání rozšiřuje nárok pojištěnce, nikoliv zákon, což považuje navrhovatel za protiústavní. Podobně i v případě přeshraniční péče musí být nárok na její refundaci vymezen zákonem, který nemůže pouze odkazovat na vyhlášku.

92. Navrhovatel tvrdí, že byť Ústavní soud již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 [ze dne 10. 7. 1996, č. 206/1996 Sb. (N 64/5 SbNU 487)] zákonodárci předešal, aby rozsah nároku vymežil zákonem (nikoliv vyhláškou), zákonodárce tento požadavek nerespektoval a § 13 ZVZP i nadále obsahuje vágní vymezení hrazených služeb. Teprve vyhláška o seznamu výkonů proto reálně vymezuje katalog toho, co lze vykázat pojišťovně k úhradě. Proces tvorby výkonů (§ 17a ZVZP) bez možnosti soudního přezkumu je netransparentní. Tato netransparentnost je zvýšena i tím, že zákonodárce umožnil modifikaci reálně hrazené péče dohodami pojištěoven s jednotlivými poskytovateli.

93. Za jediný možný ústavně konformní výklad považuje navrhovatel takový, že jsou plně hrazeny všechny zdravotní služby splňující § 13 ZVZP, tzn. včetně všech nákladných zákroků, což však je v rozporu s ekonomickými možnostmi státu. Řešením *de lege ferenda* by bylo nastavení procesu navrhování výkonů do katalogu hrazených služeb podle objektivních kritérií, případně zahrnující i hranici nákladové efektivity.

94. Navrhovatel nesouhlasí rovněž s vyjádřením vlády ohledně stanovení úhrady léčivých přípravků a poukazuje na řadu případů, kdy SÚKL právě s odkazem na § 17 odst. 2, § 39b odst. 2 písm. d) a § 39b odst. 10 ZVZP netransparentně a nepředvídatelně nepřiznává úhradu nebo stanoví nepřiměřeně restriktivní podmínky úhrady i u těch léčivých přípravků, u nichž byla prokázána vysoká účinnost. Jako příklad uvádí navrhovatel rozhodnutí SÚKL ze dne 23. 5. 2019, sp. zn. SUKLS256885/2017, týkající se imunosupresiv, kterým byly stanoveny odlišné podmínky úhrady u přípravků náležejících do téže referenční skupiny, a to právě s odkazem na vymezení veřejného zájmu. Druhým příkladem je rozhodnutí SÚKL ze dne 17. 4. 2020, sp. zn. SUKLS151561/2014, které navrhovatel pokládá za odborně nesprávné, protože SÚKL

umožňuje hrazenou terapii předmětnými přípravky až při zhoršení kompenzace diabetu, což může vést k opožděné indikaci přípravků a významnému zhoršení prognózy nemocných. Tento závěr přitom odůvodnil SÚKL tím, že dopad do rozpočtu by při požadovaném snížení vstupní hladiny HbA1c představoval navýšení o cca 700 mil. Kč. Navrhovatel tím dokládá, že v praxi dochází nezdědka ke stanovení podmínek úhrady léčivých přípravků odborně nesprávných, a to v neprospěch zájmů pacientů. Stanovení úhrady SÚKL podmiňuje souhlasem zdravotních pojišťoven, což je netransparentní.

95. K vyjádření České lékařské společnosti J. E. Purkyně navrhovatel uvádí, že se jedná o partikulární názor pouze jedné z odborných společností tohoto zapsaného spolku, nekonzultovaný s ostatními odbornými společnostmi.

96. Dne 23. 12. 2021 obdržel Ústavní soud k jeho výzvě vyjádření navrhovatele k situaci, která nastala po nabytí platnosti zákona č. 371/2021 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 (dále jen „zákon č. 371/2021 Sb.“ anebo „novela“). Podstatou tohoto vyjádření je konstatování, že předmětná novela není systémovou reformou a podstatněji nemění žádný z bodů, kterých se návrh týká. Proto navrhovatel setrvává na svém návrhu. K jednotlivým problémům uvádí následující.

97. Zákon č. 371/2021 Sb. otevřel, ale nedořešil otázku, kdo se za *účastníky systému* (pojištěnci, pacienti, zdravotníci, poskytovatelé) účastní řízení či poradních komisí a v podstatě jen zakonzervoval dosavadní stav a vytvořil prostor pro „*institucionalizovaný lobbying*“. V případě patientských sdružení navrhovatel vytýká, že ZoZS obsahuje velmi nedokonalou definici patientské organizace, což reálně povede ke konfliktu zájmů. Ohledně odborných společností navrhovatel tvrdí, že § 17b odst. 1 ZVZP považuje za „příslušnou odbornou společnost“ (1.) „tradiční“ odbornou společnost sdruženou v České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, (2.) profesní organizace (komory s povinným členstvím i spolky nelékařských profesí, např. Česká asociace sester) a (3.) jinou odbornou společnost sdružující fyzické osoby s odbornou nebo specializovanou způsobilostí vykonávající zdravotnické povolání, tzn. zřejmě jakýkoliv spolek, založený třemi příslušníky lékařských či nelékařských povolání. Může tak v praxi nastat situace, kdy tyto odborné společnosti budou účastníkem řízení ohledně zařazení, změny či vyřazení zdravotního výkonu ze seznamu zdravotních výkonů a současně jejich doporučené postupy budou zákonným kritériem pro stanovení úhrad. Bude tak vznikat zákonem aprobovaný druh podjatosti. Novela nevyřešila ani problém poskytovatelů, kteří jsou zastupováni v dohodovacím řízení koordinátory, který však může jednat v rozporu s jejich zájmy. Z těchto důvodů má navrhovatel i nadále za to, že nejvhodnějším řešením v oblasti úhrady léčiv je zrušení právní úpravy účastenství v § 39g odst. 1 ZVZP, což by otevřelo prostor pro standardní řešení účastenství podle správního řádu.

98. K otázce *vytváření smluvní sítě* novela napadená ustanovení nemění, a proto navrhovatel jen dodává, že korupční rizika stávající právní úpravy identifikovalo i samotné Ministerstvo zdravotnictví (viz Sektorová analýza korupce ve zdravotnictví z roku 2019).

99. Novela nezměnila rovněž úpravu *center vysoce specializované péče*, pouze došlo k rozšíření jejich spektra. Stále se tak nepodařilo vyjasnit, kdo odpovídá za vymezení sítě specializovaných center a jejich rozšiřování a jaké mají poskytovatelé právní nástroje ochrany proti nezařazení do této sítě, což navrhovatel dokládá na několika konkrétních příkladech.

100. V oblasti *lékových center* došlo novelou k významnému vývoji, který však jen zdůrazňuje argumenty navrhovatele. Omezení úhrady určitých léčiv jen na poskytovatele se zvláštní smlouvou je specifikem České republiky a v jiných zemích je lékařům umožněno aplikovat preskripční svobodu, pochopitelně spojenou s odpovědností (tzn. schopností obhájit preskripci odbornými důvody). Navrhovatel namítá také nadužívání systému centrových léčiv, což vede až k označování takových léčiv, které představují základní terapii daného onemocnění u některých pacientů. Novela vytvořila nový mechanismus pro úhradu léčiv pro vzácná onemocnění (§ 39da ZVZP), která nejsou zpravidla nákladově efektivní. V tomto přístupu spatřuje navrhovatel rozpor s principem rovnosti, kdy pojištěnec spadající do tohoto režimu bude ve výhodnějším postavení než jiný, jehož nákladná léčba bude spadat jen do oblasti „běžného“ stanovení úhrad a neprojde kritérii nákladové efektivity. Konkrétní finanční částka parametru nákladové efektivity navíc není v zákoně stanovena. Kromě toho v podobě Poradního orgánu podle § 39da ZVZP údajně došlo k jisté „resuscitaci“ systému kategorizační lékové komise, k němuž se Ústavní soud kriticky vyjádřil v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/05. Navrhovatel uvádí, že nerozšiřuje svůj návrh, nicméně tyto skutečnosti uvádí pro dokreslení faktu, že novela neřeší zásadní vady, na které poukázal v původním návrhu.

101. Navrhovatel k problematice *rámcové smlouvy a dohodovacího řízení* uvádí, že novelou sice došlo k odstranění sporného bodu postupu Ministerstva zdravotnictví při nedohodě („učinění rozhodnutí“ versus „stanovení obsahu vyhláškou“), nebyla však vyřešena věcná podstata, tzn. ingerence Ministerstva zdravotnictví do soukromoprávního vztahu mezi poskytovatelem a pojišťovnou na základě stále platné vyhlášky č. 618/2006, která novelizována nebyla. Novela se nevěnovala rovněž definici pojmu „veřejného zájmu“, který je vágní. Na výhradách navrhovatele se proto nic nezměnilo ani v důsledku novely.

102. Ve vztahu k *seznamu výkonů* navrhovatel poukazuje na aktuální znění § 17b odst. 4 ZVZP, které považují i nadále za protiústavní z důvodu ponechání obsazení pracovní skupiny „*v libovůli ministra zdravotnictví*“. Zejména nebyl odstraněn problém spočívající v rozhodování o cenové a úhradové regulaci zdravotních služeb bez předem daných objektivních kritérií a procesních záruk a co do právní podstaty se jedná o podobný problém, jako tomu bylo ve věci řešené nálezem sp. zn. Pl. ÚS 36/05. Podle poslední věty § 17 odst. 4 ZVZP si zdravotní pojišťovna a poskytovatel „*mohou dohodnout jiný způsob vykazování*“. Tím údajně Ministerstvo zdravotnictví rezignovalo na to, že by seznam výkonů skutečně sloužil jako výlučný cenotvorný nástroj a naopak se přímo v zákoně počítá s jeho obcházením, případně dotvářením pojišťovnami. Rovněž v tomto směru proto nedošlo k odstranění původních výhrad navrhovatele.

103. K procesu tvorby úhradových vyhlášek (§ 17 odst. 5 ZVZP) přinesla novela nepodstatnou změnu, umožňující stanovení „*výše záloh na úhradu hrazených služeb*“. Z věcného hlediska navrhovatel uvádí, že v době epidemie COVID-19 byla role úhradových vyhlášek nahrazena tzv. kompenzačními vyhláškami, vydanými podle zvláštních zákonů (č. 301/2020 Sb. a č. 160/2021 Sb.), což jsou fakticky nové úhradové vyhlášky. Tato zkušenost proto údajně ukázala, že úhradová vyhláška přestala být nástrojem tvorby cen a úhrad konkrétních zdravotních služeb a stala se v období let 2020 a 2021 nástrojem rozpočtového financování. I v tomto bodu proto navrhovatel trvá na původním návrhu.

104. Konečně k otázce *úhradového dodatku* navrhovatel uvádí, že setrvává na kritice § 17 odst. 5 věty poslední ZVZP, která činí úspěch poskytovatele zdravotních služeb při

realizaci jeho práva na podnikání podle čl. 26 Listiny závislým na libovůli zdravotní pojišťovny.

105. Závěrem navrhovatel sděluje, že nerozšiřuje svůj původní návrh a setrvává na svém původním podání. Jakkoliv totiž Ústavní soud nemůže uvedené nedostatky aktivně napravit dopracováním zákonné a podzákonné regulace, může vyslovením protiústavnosti stávající regulace poskytnout potřebný impuls (s dostatečnou legisvakancí lhůtou) pro systémovou reformu, která povede k náhradě překonaného provizorního řešení regulace úhrad z konce 90. let.

III. Upuštění od ústního jednání

106. Ústavní soud dospěl k závěru, že od ústního jednání nelze očekávat další objasnění věci, a proto v souladu § 44 zákona o Ústavním soudu rozhodl ve věci bez jeho nařízení.

IV. Podmínky meritorního posouzení návrhu

107. Ústavní soud konstatuje, že je příslušný k projednání návrhu na zrušení napadených ustanovení právních předpisů. Navrhovatel je aktivně legitimován k podání návrhu a napadená ustanovení jsou platnou součástí právního řádu.

V. Ústavní konformita legislativního procesu

108. V souladu s § 68 odst. 2 zákona o Ústavním soudu se Ústavní soud musí zabývat v první řadě tím, zda byla napadená zákonná ustanovení přijata a vydána v mezích Ústavou stanovené kompetence a ústavně předepsaným způsobem.

109. Ústavní soud ověřil průběh procesu přijímání napadených právních předpisů a vycházel přitom zejména z vyjádření předložených Poslaneckou sněmovnou a Senátem Parlamentu České republiky, jakož i z veřejně dostupných elektronických zdrojů (stenozáznamů z jednání schůzí obou komor Parlamentu, usnesení a sněmovních a senátních tisků, volně dostupných na <http://www.psp.cz> a <http://www.senat.cz/>).

110. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, byl podle vyjádření obou komor Parlamentu přijat ústavně předepsaným legislativním procesem, byl podepsán příslušnými ústavními činiteli a řádně vyhlášen. Vládní návrh zákona (sněmovní tisk č. 98/0) byl schválen dne 26. 2. 1997, z přítomných 192 poslankyň a poslanců pro něj hlasovalo 152, proti němu 17. Poté, co Poslanecká sněmovna postoupila dne 27. 2. 1997 návrh zákona Senátu, projednal jej Senát na své 2. schůzi dne 7. 3. 1997 a usnesením č. 1997/31 vyjádřil vůli se jím nezabývat. Zákon byl dne 14. 3. 1997 podepsán prezidentem republiky a dne 17. 3. 1997 předsedou vlády. Dne 28. 3. 1997 byl zákon vyhlášen ve Sbírce zákonů v částce 16 pod číslem 48/1997 Sb. Lze tak shrnout, že zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, byl přijat ústavně souladným způsobem; obdobné konstatování ostatně učinil Ústavní soud ve vztahu k ZVZP v minulosti opakovaně (naposledy v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 33/16 ze dne 10. 11. 2020 č. 6/2021 Sb.).

111. Dne 12. 10. 2021 nabyl platnosti zákon č. 371/2021 Sb., kterým se mění zákon 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a to přímo i ve vztahu k některým zákonným ustanovením, která byla napadena předmětným návrhem. Konkrétně se jedná o ustanovení § 15 odst. 10, § 17 odst. 2, 4 a 5. Jak se však podává ze shora uvedeného, navrhovatel setrval na svém původním návrhu a tuto novelu ve svém petitu nijak nezohlednil a ani nezpochybnil ústavnost jejího přijetí. Jak bude ostatně vyloženo rovněž níže, tento zákon byl přijat ve znění pozměňovacích návrhů Senátu, takže není dán ani rozumný důvod, pro který by navrhovatel měl zpochybňovat ústavnost zákonodárného procesu. Proto postačuje konstatovat, že vládní návrh zákona byl podán dne 2. 9. 2020 a ve třetím čtení byl Poslaneckou sněmovnou schválen dne 18. 6. 2021 počtem hlasů z přítomných 156 pro 132 a proti 2. Senát následně vrátil dne 22. 7. 2021 návrh zákona Poslanecké sněmovně ve znění přijatých pozměňovacích návrhů, přičemž Poslanecká sněmovna dne 14. 9. 2021 poměrem hlasů 134 pro a 17 se zdrželo (z přítomných 151 hlasů) vyslovila souhlas s návrhem zákona ve znění schváleném Senátem. Následně byl zákon podepsán prezidentem republiky a vyhlášen ve Sbírce zákonů. Ústavní soud proto neshledal důvod, pro který by měl mít jakékoliv pochybnosti o ústavnosti přijímání této novely zákona.

112. Obdobně k zákonu o zdravotních službách Ústavní soud konstatuje, že byl přijat ústavně předepsaným legislativním procesem, což ostatně nezpochybňuje ani navrhovatel.

113. Rovněž ve vztahu k napadeným vyhláškám zpochybňuje jejich obsahovou ústavní konformitu a nikoliv způsob jejich přijímání a kompetenci Ministerstva zdravotnictví k jejich vydání.

VI. Věcné posouzení návrhu

VI.1. Obecná východiska

114. Základním referenčním kritériem pro posouzení důvodnosti podaného návrhu je čl. 31 Listiny. Tento článek zní: "*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*"

115. Ústavní soud již v minulosti [srov. např. nález sp. zn. Pl. ÚS 2/15 ze dne 3. 5. 2017, č. 185/2017 Sb. (N 69/85 SbNU 193)] konstatoval, že právo na ochranu zdraví se dotýká celé řady oblastí fungování společnosti, které ve svém důsledku podmiňují úroveň zdraví jejího obyvatelstva. Subjektem odpovědným za zajišťování a naplňování práva na ochranu zdraví je stát, a je proto také na něm, aby za tímto účelem přijal adekvátní opatření. Činí tak vytvářením podmínek pro širokou dostupnost lékařské péče a zlepšováním všech stránek vnějších životních podmínek [viz nález ze dne 23. 9. 2008 sp. zn. Pl. ÚS 11/08 (N 155/50 SbNU 365), nález ze dne 27. 9. 2006 sp. zn. Pl. ÚS 51/06 (N 171/42 SbNU 471; 483/2006 Sb.)]. Z práva na ochranu zdraví tak vyplývá celá řada pozitivních povinností státu (zejména organizačního charakteru), ať už jde o povinnosti prevenční, hygienické, kontrolní, či jiné (srov. např. WINTR, J. in: WAGNEROVÁ, E., ŠIMÍČEK, V., LANGÁŠEK, T., POSPÍŠIL, I. a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2012, str. 648). Primárním pozitivním závazkem státu je přijmout odpovídající legislativní úpravu, která dané právo zakotví a vytvoří nezbytný legislativní rámec pro jeho zajištění v praxi. Kromě toho z něj lze vyvodit také některé další závazky spočívající jednak v negativní povinnosti státu zdržet se zásahů do zdraví

svých obyvatel, jednak v povinnosti státu chránit jednotlivce před takovými zásahy ze strany třetích osob.

116. Součástí pozitivních povinností státu vyplývajících z čl. 31 věty první Listiny je i zajištění fungujícího systému ochrany zdraví dostupného každému, jenž v sobě zahrnuje i systém dostupné zdravotní péče. Obdobně je konstruován výklad práva na zdraví v článku 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (č. 120/1976 Sb.), jenž v odstavci prvním uvádí, že státy "*uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví*". Na evropské úrovni je právo na zdraví garantováno především článkem 11 Evropské sociální charty (č. 14/2000 Sb. m. s.).

117. Také Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb. m. s., dále jen "Úmluva o lidských právech a biomedicíně") klade důraz na rovný přístup ke zdravotní péči, neboť v článku 3 zakotvuje povinnost smluvních stran, "*majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učinit odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality*". Přístup ke zdravotní péči musí být podle této úpravy založen na principu rovnosti, aniž by docházelo k neoprávněné diskriminaci. Smluvní státy jsou přitom zavázány činit opatření k dosažení tohoto cíle s ohledem na jim dostupné zdroje (viz vysvětlující zprávu k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně ze dne 4. 4. 1997, dostupnou na webových stránkách <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164>). Vybraným skupinám osob je ochrana zdraví zaručena také v dalších mezinárodních smluvních dokumentech.

118. Ústavní soud konstatuje, že s ohledem na podrobnost podaného návrhu, jeho vnitřní strukturu, značný rozsah podaných vyjádření k návrhu a především na obsah napadených ustanovení je třeba pro přehledné vypořádání námitek navrhovatele argumentaci rozdělit podle okruhu problémů, které upravují. Postupně se proto bude zabývat ustanoveními upravujícími (1.) vytváření smluvní sítě, (2.) centra specializované péče, (3.) centrové léky a léková centra, (4.) rámcové smlouvy, (5.) seznamy výkonů s bodovými hodnotami, (6.) úhradovou vyhláškou a (7.) individuální úhradový doplatek.

119. Přezkum těchto jednotlivých problémů činí Ústavní soud s vědomím, že právo na ochranu zdraví spadá do oblasti sociálních práv, kde je dán zákonodárci logicky větší prostor pro jejich limitaci, nežli je tomu např. u práv základních nebo politických (srov. čl. 41 odst. 1 Listiny). Sociální práva totiž spadají do tzv. pozitivního statusu, kdy jejich podstatou je právo jednotlivce na pozitivní plnění ze strany státu. Již z povahy věci je přitom zřejmé, že výše tohoto plnění je limitována rovněž ekonomickými možnostmi státu a výše a úroveň bezplatně poskytované zdravotní péče proto nemůže být bezbřehá.

120. Již z předchozí judikatury Ústavního soudu (srov. např. již citovaný nálezný sp. zn. Pl. ÚS 5/15) se podává, že podnikání v oblasti poskytování zdravotních služeb (srov. tvrzené porušení čl. 26 Listiny) charakterizuje rozsáhlá veřejnoprávní regulace, která zajišťuje, aby měly všechny osoby v souladu s čl. 31 Listiny přístup ke zdravotní péči určité kvality. K dosažení tohoto cíle ukládá zákon poskytovatelům zdravotních služeb řadu povinností, k jejichž reálnému naplnění by ovšem nedocházelo, pokud by s nimi související náklady nesli výlučně tito poskytovatelé, nebo jednotliví pacienti jako jejich příjemci. Ve vztahu k těmto subjektům by totiž nebylo možné považovat uvedené náklady za únosné. Právě z tohoto důvodu existuje v České republice systém veřejného zdravotního pojištění, jehož účastníky jsou povinně osoby vymezené v § 2 odst. 1 ZVZP, kterým na jeho základě mohou být poskytovány z něj hrazené služby. Tento systém má

přítom s ohledem na celkový počet pojištěnců a výši shromážděných prostředků dominantní podíl na výdajích za zdravotní služby. Podnikání podstatné části poskytovatelů zdravotních služeb je přitom v rozhodující míře závislé na tom, zda a v jaké výši jim vznikne nárok na úhradu právě z tohoto systému.

121. Jak se podává ze shora prezentovaného obsahu návrhu a jednotlivých vyjádření, v nyní posuzované věci se argumentací účastníků řízení prolíná napětí mezi zájmem na poskytování co možná nejlepší zdravotní péče na straně jedné a ekonomickou udržitelností celého systému na straně druhé. Ústavní soud snahu o vyváženost a o nalezení rozumného kompromisu mezi oběma zmíněnými legitimními zájmy plně respektuje a je si vědom, že systém zdravotní péče nemůže v praxi fungovat bez toho, aby tyto zájmy nebyly naplňovány konkrétními opatřeními.

122. Ústavní soud respektuje funkci státu spočívající ve formulování konkrétní zdravotní politiky, která v sobě může obsahovat i zakotvení určitých priorit, motivačních anebo také sankčních prvků. Úkolem Ústavního soudu proto není a ani být nemůže zpochybňovat tuto funkci státu. Jeho úkolem, jakožto orgánu ochrany ústavnosti (čl. 83 Ústavy), je proto v řízení o kontrole norem do právní úpravy coby výsledku naplňování konkrétní zdravotní politiky zasahovat „jen“ tehdy, shledá-li porušení některého ústavně zaručeného základního práva anebo jiné ústavní kauce. Určitě však není oprávněn tuto zdravotní politiku korigovat pouze z toho důvodu, že ji např. nepovažuje za nejlepší možnou. Zcela „ideální“ model zdravotní péče ostatně v realitě ani existovat nemůže a úkol státu je proto daleko prozaičtější: neustále usilovat o co možná nejvyšší standard zdravotní péče v daném čase, prostoru, v rámci rozpočtových možností státu a výsledků vědy a výzkumu. Navrhovatel si limitů přezkumu napadené zákonné úpravy prováděného Ústavním soudem sice je vědom (srov. zejména bod 3 shora), nicméně obsahem svého návrhu je příliš nerespektuje.

123. K jednotlivým okruhům problémů, které vymezil navrhovatel, Ústavní soud uvádí následující.

VI.2. Vytváření smluvní sítě (§ 46 odst. 1 věta druhá a třetí a § 47 a § 48 ZVZP)

124. Znění napadených zákonných ustanovení je následující:

§ 46

(1) Zdravotní pojišťovna je 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“).

(2) Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb se koná výběrové řízení. Výběrové řízení se nekoná

a) pro poskytovatele lékařské péče,

b) je-li poskytovatelem hrazených služeb Vězeňská služba,

c) v případech rozšíření sítě již smluvního poskytovatele zdravotnické záchranné služby,

d) při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb,

e) jde-li o vysoce specializovanou péči zajišťovanou poskytovatelem, kterému byl na poskytování takové zdravotní péče udělen podle zákona o zdravotních službách statut centra vysoce specializované zdravotní péče, nebo

f) při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb podle § 17 odst. 8.

(3) V případě změny právní formy poskytovatele, který má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, a v případě, je-li zakladatelem společnosti s ručením omezeným fyzická osoba, která má uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb, jejíž oprávnění k poskytování zdravotních služeb jako fyzické osoby zanikne při udělení oprávnění k poskytování těchto zdravotních služeb jako společnosti s ručením omezeným, se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytovaných hrazených služeb.

(4) Konání výběrového řízení může navrhnout zdravotní pojišťovna, uchazeč nebo obec. Uchazečem se rozumí poskytovatel oprávněný poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru, nebo fyzická nebo právnická osoba, která hodlá poskytovat zdravotní služby a je schopna ve lhůtě stanovené ve vyhlášení výběrového řízení splnit předpoklady k poskytování zdravotních služeb v příslušném oboru zdravotní péče.

§ 47

(1) Výběrové řízení vyhlašuje způsobem v místě obvyklým krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy (dále jen "krajský úřad"). Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem poskytování zdravotních služeb. Výběrové řízení na poskytování lůžkové a lázeňské léčebně rehabilitační péče vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví.

(2) Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:

a) rozsah hrazených služeb a konkrétně vymezené území, pro které mají být poskytovány, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna navrhovatelem výběrového řízení,

b) lhůtu, ve které lze podat nabídku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů,

c) místo pro podání přihlášky,

d) lhůtu, od které je třeba zajistit poskytování zdravotních služeb, které jsou předmětem výběrového řízení.

§ 48

(1) Vyhlášovatel zřizuje pro každé výběrové řízení komisi. Členy komise jsou:

a) zástupce krajského úřadu, jde-li o výběrové řízení vyhlašované krajským úřadem, nebo zástupce Ministerstva zdravotnictví, jde-li o výběrové řízení vyhlašované tímto ministerstvem,

b) zástupce příslušné komory zřízené zákonem o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře nebo zástupce profesní organizace v případě, kdy není žádná komora příslušná,

c) zástupce příslušné zdravotní pojišťovny,

d) odborník pro zdravotní služby, které mají být uchazečem poskytovány; působí-li v oblasti těchto zdravotních služeb odborná společnost, je členem výběrové komise zástupce této odborné společnosti.

(2) Členy komise nemohou být osoby, u nichž se zřetelem na jejich vztah k uchazeči jsou pochybnosti o jejich nepodjatosti, a osoby blízké uvedeným osobám.

(3) Členství v komisi je nezastupitelné. Na členy komise se vztahuje povinnost zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděli v souvislosti s výběrovým řízením. Poskytnutí informací o tom, které osoby se zúčastnily výběrového řízení, členy komise se nepovažuje za porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost podle zvláštního zákona.

125. První okruh námitek se týká vytváření a fungování sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Navrhovatel konkrétně napadá zákonnou úpravu, podle které zdravotní pojišťovna plní svoji zákonnou povinnost zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny, přičemž podmínkou uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb je výběrové řízení.

126. Ústavní soud především konstatuje, že podstata návrhu spočívá ve zpochybnění samotného systému výběru poskytovatelů zdravotních služeb. Jestliže by tomu tak totiž nebylo, pak by nedávalo vůbec žádný smysl označovat za protiústavní např. i způsob vyhlášení výběrového řízení (§ 47 ZVZP) nebo zřizování komise pro výběrové řízení, včetně obvyklých podmínek, jakými je např. nepodjatost jejich členů a povinnost mlčenlivosti (§ 48 ZVZP). Je totiž zřejmé, že zákonem stanovená podmínka nepodjatosti členů komise nebo povinnosti jejich mlčenlivosti *a priori* nevzbuzuje žádné pochybnosti ohledně ústavnosti těchto ustanovení a navrhovatel se o argumentaci vedenou v tomto směru ostatně ani nepokouší.

127. Stejně tak zdejší soud nepovažuje za racionální, napadá-li navrhovatel výslovně pouze druhou a třetí větu § 46 ZVZP a další odstavce ponechává nepovšimnuty. Pokud by mu totiž Ústavní soud (vázán *petitem* podaného návrhu) vyhověl, byla by na straně jedné sice zrušena úprava týkající se samotného uzavírání smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb, avšak na straně druhé by zůstala nedotčena úprava týkající se konání výběrového řízení – vyhlášeného však právě za účelem uzavření předmětných smluv.

128. Podstata návrhu proto spočívá v systémovém zpochybnění vytváření smluvní sítě, kdy navrhovatel tvrdí, že stávající zákonná úprava je objektivně bezkritériální a jako inspirace by měla sloužit úprava obsažená v ZZVZ, kdy poskytovatelé zdravotních služeb by měli být považováni za soutěžitele.

129. K tomu Ústavní soud uvádí (a navazuje tím na shora vyjádřená obecná východiska), že jeho úkolem (jako soudního orgánu ochrany ústavnosti – čl. 83 Ústavy) a při respektování separace jednotlivých státních mocí není vytvářet konkrétní zdravotnickou politiku (ve smyslu politiky jako práva *de lege ferenda*) a „vybrat“ z možných modelů poskytování zdravotní péče ten optimální. Jeho pravomocí dokonce není ani zrušit takovou právní úpravu, kterou nepovažuje za nejlepší možnou, případně kterou shledává nedokonalou, nedostatečnou, neefektivní či objektivně vadnou. Referenčním kritériem jeho přezkumu vždy musí zůstat pouze její ústavnost.

130. Takto nazíráno Ústavní soud konstatuje, že navrhovatel nepředložil relevantní argumentaci, která by byla způsobilá napadená zákonná ustanovení zpochybnit. Namítali totiž, že odlišný systém výběru poskytovatelů zdravotních služeb by mohl být daleko

více efektivní, je to okolnost, kterou sice zdejší soud nehodlá jakkoliv zpochybňovat (ale ani potvrzovat), nicméně která sama o sobě není způsobilá založit jejich protiústavnost.

131. V této souvislosti Ústavní soud akceptuje argumentaci vlády, která ve svém vyjádření uvádí, že zdravotní pojišťovny mají povinnost zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost zdravotních služeb (§ 40 odst. 7 ZVZP) a musí proto uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb v odbornostech a oblastech, v nichž nemají zajištěnu dostatečnou kapacitu smluvní sítě. Naopak v oblastech, kde má pojišťovna zajištěnu dostatečnou smluvní síť a kapacitu, není dána potřeba uzavírat další smlouvy. Na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou po splnění zákonných podmínek přitom podle stávající právní úpravy neexistuje nárok.

132. Ústavní soud totiž - na rozdíl od navrhovatele - nevykládá čl. 26 Listiny (navrhovatel má zjevně na mysli jen jeho odst. 1 a 2) tak extenzivně, že by právo svobodně podnikat v sobě zahrnovalo též právo na uzavření smlouvy poskytovatele zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou. Podle čl. 41 odst. 1 Listiny totiž platí, že tohoto práva se lze domáhat pouze v mezích zákonů, které toto právo provádějí. To v tomto případě ovšem znamená, že každý zájemce o poskytování zdravotních služeb musí skutečně absolvovat dvoufázový výběr, stanovený zákonem. Přitom samotná okolnost, že by bylo jistě možno tento výběr nastavit rozdílně, zefektivnit a zjednodušit jej (navrhovatel např. poukazuje na to, že s ohledem na počet pojišťoven musí poskytovatel aspirující na poskytování péče vůči všem pojištěncům uspět sedmkrát), ještě neznamená, že by byla zákonná úprava tohoto způsobu výběru protiústavní.

133. Navrhovatel dále zpochybňuje vágnost kritérií výběrového řízení a složení členů výběrových komisí.

134. K údajné neurčitosti a subjektivitě kritérií výběrového řízení Ústavní soud uvádí, že ustanovení § 51 ZVZP, které právě demonstrativní výčet těchto kritérií upravuje, navrhovatel vůbec nenapadá a Ústavní soud proto toto zákonné ustanovení (z důvodu vázanosti petitem návrhu) nemůže věcně přezkoumat. Z obsahu návrhu ostatně není ani dostatečně patrné, jakým způsobem by měla být tato kritéria upravena tak, aby je stěžovatel nepovažoval za vágní a subjektivní. Již z povahy věci je totiž zřejmé, že tato kritéria ani zcela konkrétní být nemohou, jelikož v takovém případě by mohla z výběrového řízení předem vyloučit řadu potenciálních poskytovatelů zdravotních služeb. Právě demonstrativní výčet kritérií přitom dává komisi odpovídající prostor v každém konkrétním případě vybrat optimálního poskytovatele zdravotních služeb, a to samozřejmě i s ohledem na cenu (byť tato není v citovaném ustanovení výslovně zmíněna). V tomto ohledu lze odkázat na vysvětlení vlády, podle kterého absence ceny jako kritéria v rámci výběrových řízení je opodstatněna tím, že cena je stanovena úhradovou vyhláškou.

135. Navrhovatel zpochybňuje složení výběrové komise (§ 48 odst. 1 ZVZP) a zejména namítá, že zde chybí zastoupení pojištěnců a spatřuje v tom absenci „*demokratické zpětné vazby*“. V tom spatřuje mimo jiné porušení čl. 21 Listiny. K tomu ovšem Ústavní soud uvádí, že právo občanů podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců nelze extendovat na nárokovatelné zastoupení občanů ve výběrových komisích podle ZVZP tak, jak činí navrhovatel. *Ratione materiae* citovaného článku Listiny totiž spočívá v ústavní záruce odpovídajícího podílu na výkonu státní moci anebo veřejnoprávní samosprávy. Rozhodování předmětných výběrových komisí však za výkon státní moci nebo veřejnoprávní samosprávy nelze považovat. Jak zdejší soud uvedl již dříve [nálezn. sp. zn. Pl. ÚS 21/15 ze dne 4. 9. 2018, č. 233/2018 Sb. (N 146/90 SbNU 369); bod 79], „*činnost zdravotních pojišťoven má nepochybně povahu "správy věcí*

veřejných", tato skutečnost však ještě neznamená, že volby do jejich orgánů představují "svobodnou volbu zástupců občanů" ve smyslu čl. 21 odst. 1 Listiny. Takovému pojetí brání nejen výše uvedený výklad, který omezuje použití tohoto článku pouze na volby plnící funkci demokratické legitimace výkonu státní moci a územní samosprávy, ale též zákonné vymezení zdravotních pojišťoven, které by jim ani v případě připuštění použití tohoto článku neumožňovalo přiznat povahu (ostatní) samosprávy.“ Tato námitka, týkající se údajného porušení čl. 21 Listiny, je proto nedůvodná, jelikož podle argumentu *a maius ad minori* platí, že není-li ústavně zaručeno právo volby do orgánů zdravotních pojišťoven, tím méně může být toto právo garantováno při zřizování komisí pro výběrová řízení.

136. Ve stejném nálezu Ústavní soud uvedl (bod 81 a 83), že z práva na ochranu zdraví (čl. 31 Listiny) vyplývá zákonodárci povinnost státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči a zdravotním pomůckám přiměřené kvality. „Konkrétní podoba tohoto systému ale závisí na rozhodnutí zákonodárce. Je věcí zákona, aby stanovil jeho organizaci, včetně otázky, zda má být jediná nebo více zdravotních pojišťoven, vnitřní strukturu zdravotních pojišťoven, způsob vytváření jejich orgánů a kontrolu jejich činnosti. To platí i pro určení, zda a v jaké míře se na ustanovování těchto orgánů mají podílet jednotliví pojištěnci či zaměstnavatelé hradící zdravotní pojištění nebo samotné orgány státu. [...] Ústavním soudem provedený výklad opodstatňuje závěr, že z práva občanů podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců podle čl. 21 odst. 1 Listiny nevyplývá právo pojištěnců volit členy správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven a že záruky týkající se výkonu volebního práva podle čl. 21 odst. 2 a 3 Listiny nejsou pro tyto volby přímo použitelné. Ze stejného důvodu se pro pravidla těchto voleb neuplatní výhrada zákona obsažená v čl. 21 odst. 3 větě druhé Listiny. Způsob volby členů správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven bez přímé nebo při omezené účasti pojištěnců sám o sobě nezasahuje ani do základního práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění podle čl. 31 věty druhé Listiny. Nelze proto než konstatovat, že napadená zákonná ustanovení jsou v souladu s čl. 21 odst. 1 až 3 Listiny a s čl. 31 větou druhou Listiny.“

137. Lze tak s odkazem i na právě citovaný nálezn učinit dílčí závěr, že stávající platná právní úprava složení komisí provádějících výběrová řízení (§ 48 ZVZP) není protiústavní.

138. Poukazuje-li konečně navrhovatel na některé procesní nedostatky napadené zákonné úpravy, spočívající např. v opomenutí možnosti podat námitku podjatosti proti členům výběrové komise, má Ústavní soud za to, že jakkoliv si lze samozřejmě (a téměř vždy) představit podrobnější a preciznější zákonnou úpravu, není jeho úkolem rušit jako protiústavní takové zákonné ustanovení, které lze vykládat ústavně nesouladně, nýbrž hledat způsoby jeho ústavně konformní interpretace. To v daném případě konkrétně znamená, že zakotvuje-li § 48 odst. 2 ZVZP pravidlo, podle kterého nesmí být členy komise podjaté osoby, je zřejmé, že každý uchazeč má právo na případnou podjatost některého z členů poukázat a tato námitka podjatosti musí být následně řádně vyřazena, tzn. posouzena a rozhodnuta.

139. Značná nekonzistence návrhu se projevuje rovněž v tom ohledu, že na straně jedné navrhovatel polemizuje s tím, že s poskytovatelem úspěšným ve výběrovém řízení zdravotní pojišťovna není povinna uzavřít smlouvu a není povinna toto svoje rozhodnutí ani odůvodnit. Ustanovení § 52 ZVZP, které právě tuto materii upravuje a navrhovatel je

tedy kritizuje, však petitem návrhu (srov. i plná moc udělená advokátovi, která se na ně také nevztahuje) nenapadl a nedožaduje se tak jeho zrušení. Ani Ústavní soud proto nemá důvod, pro který by se měl ústavností tohoto zákonného ustanovení věcně zabývat.

140. Na základě shora uvedeného lze učinit závěr, že námitky vztahující se k vytvoření smluvní sítě jsou zčásti nedůvodné a zčásti se věcně týkají úpravy provedené v zákonných ustanoveních, které nebyly projednávaným návrhem napadeny a Ústavní soud se jimi proto věcně nezabýval. Proto tuto část návrhu zamítl.

VI.3. Centra specializované péče (§ 112 a 113 zákona o zdravotních službách)

141. Znění napadených zákonných ustanovení je následující:

§ 112 Centrum vysoce specializované péče

(1) Ministerstvo může poskytovateli, který poskytuje zdravotní péči v daných oborech, udělit na jeho žádost podanou na základě výzvy ministerstva statut centra vysoce specializované zdravotní péče (dále jen „centrum“), pokud tento poskytovatel splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a požadavky na personální zabezpečení vysoce specializované zdravotní péče a je schopen pro vymezené území tuto zdravotní péči zajistit. Statut centra lze udělit též v rámci jednoho nebo více oborů nebo jejich částí, popřípadě pro vysoce náročnou diagnostiku, léčbu nebo sledování určité nemoci.

(2) Ministerstvo zveřejní na svých internetových stránkách a ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví požadavky kladené na poskytovatele ucházející se o statut centra (dále jen „uchazeč o statut centra“). Výzva ministerstva k podání žádosti o udělení statutu centra obsahuje

- a) místo, kam se žádosti předkládají,**
- b) lhůtu pro předložení žádostí,**
- c) vymezení oboru zdravotní péče nebo jeho částí, popřípadě nemoci, pro jejíž diagnostiku, léčbu nebo sledování se statut centra uděluje,**
- d) požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče a lhůtu pro jejich splnění,**
- e) požadavky na personální zabezpečení vysoce specializované zdravotní péče, včetně kvalifikačních požadavků, a lhůtu pro jejich splnění,**
- f) území, pro které má být vysoce specializovaná zdravotní péče poskytována,**
- g) dobu, na kterou se statut centra uděluje, a**
- h) další nezbytné požadavky potřebné k posouzení zajištění poskytování vysoce specializované zdravotní péče, například údaje o počtu léčených pacientů a o provedených zdravotních výkonech ve vymezeném časovém období ve zdravotnickém zařízení uchazeče o statut centra.**

(3) Žádost o udělení statutu centra obsahuje

- a) identifikační údaje uchazeče o statut centra,**
- b) kopii oprávnění k poskytování zdravotních služeb,**
- c) údaje o rozsahu a objemu vysoce specializované zdravotní péče, kterou je uchazeč o statut centra schopen zajistit,**

d) údaje o technickém a věcném vybavení zdravotnického zařízení uchazeče o statut centra, v němž má být vysoce specializovaná zdravotní péče poskytována, a o jejím personálním zabezpečení,

e) prohlášení uchazeče o statut centra, že je schopen splnit požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče a požadavky na personální zabezpečení této zdravotní péče v rozsahu a ve lhůtě uvedených ve výzvě,

f) další údaje a doklady uvedené ve výzvě podle odstavce 2.

(4) Ministerstvo po posouzení žádostí jednotlivých uchazečů o statut centra vyřadí uchazeče, kteří nevyhověli podmínkám vymezeným ve výzvě, a u ostatních uchazečů určí jejich pořadí. Ministerstvo při určování pořadí uchazečů o statut centra zejména přihlédne ke kvalifikačním předpokladům jejich zdravotnických pracovníků pro poskytování vysoce specializované zdravotní péče, době a rozsahu poskytování této zdravotní péče a její dostupnosti, a je-li to předmětem výzvy, též k údajům o počtu léčených pacientů, provedených zdravotních výkonech ve vymezeném časovém období a k dalším požadavkům stanoveným ve výzvě. Při rozhodování o udělení statutu centra ministerstvo přihlédne k určenému pořadí uchazečů o statut centra; na udělení statutu centra není právní nárok.

(5) Ministerstvo zveřejní seznam center na svých internetových stránkách a ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví; v seznamu uvede identifikační údaje poskytovatele, jemuž byl udělen statut centra, a údaje podle odstavce 2 písm. c), f) a g).

(6) Poskytovatel je povinen písemně oznámit ministerstvu změny všech údajů a podmínek, za nichž mu byl statut centra udělen, a to nejpozději do 15 dnů ode dne jejich vzniku.

§ 113

(1) Statut centra zaniká

a) dnem zániku oprávnění poskytovat zdravotní služby, pro které byl statut centra udělen, nebo

b) odejmutím statutu centra.

(2) Ministerstvo odejme statut centra, jestliže o to poskytovatel požádá.

(3) Ministerstvo může odejmout statut centra, jestliže

a) poskytovatel přestal splňovat některou z podmínek pro udělení statutu centra, nebo

b) další činnost centra není pro zajištění vysoce specializované zdravotní péče potřebná v důsledku snížení potřeby poskytování této zdravotní péče.

142. Další okruh námitek navrhovatele se vztahuje na centra vysoce specializované péče. Jejich úprava vychází již z § 46 odst. 2 písm. e) ZVZP, podle kterého se výběrové řízení nekoná, „jde-li o vysoce specializovanou péči zajišťovanou poskytovatelem, kterému byl na poskytování takové zdravotní péče udělen podle zákona o zdravotních službách statut centra vysoce specializované zdravotní péče“. Podstata argumentace navrhovatele se týká toho, že na získání statusu tohoto centra neexistuje nárok a může se proto ze strany státu jednat o jeho libovůli.

143. K tomu Ústavní soud uvádí, že rovněž tyto námítky navrhovatele spadají do kategorie polemiky s optimální podobou zdravotního systému, přičemž jeho konkrétní

podoba je výsledkem stávající zdravotnické politiky. Vyslovuje-li proto návrhovač např. nespokojenost s tím, že zákonná úprava center specializované péče je neuspokojivým kompromisem mezi koncepcí státem řízené sítě a koncepcí soutěžní, konstatuje Ústavní soud, že i kdyby tuto námitku přijal, nemůže z toho ještě vyplynout protiústavnost napadené úpravy.

144. Jak se totiž podává z napadených zákonných ustanovení, jejich obsahem je stanovení procedury udělení statutu centra vysoce specializované péče a dále jeho zániku. Samotná okolnost, že v určitých případech je tato centra nezbytné vytvářet, přitom není sporná a nezpochybňuje ji ani návrhovač. VZP pak ve svém vyjádření k návrhu přesvědčivě vysvětluje, z jakých důvodů tato vysoce specializovaná a nákladná léčba, vyžadující vysokou kvalifikaci a specializaci (např. hematologické, traumatologické péče pro pacienty s popáleninami atp.) nemůže být poskytována ve všech regionech a proč proto musí někteří pojištěnci cestovat za touto specializovanou péčí i mimo svůj kraj. Ústavní soud přitom souhlasí s názorem, že zajištění takto vysoce náročné zdravotní péče na odpovídající úrovni vyžaduje určitou míru centralizace zdravotnických zařízení a logickým důsledkem této skutečnosti je proto i nutná jejich regionální nerovnoměrnost. Primárním zájmem pacienta přitom jistě není to, aby se předmětné centrum nacházelo co nejbližší jeho bydliště, nýbrž aby byla dána garance co možná nejlepší profesionální péče, pro což musí existovat odpovídající podmínky (např. přístrojové vybavení, ale i přiměřené zkušenosti lékařů s určitým typem specifických zákroků – srov. § 112 odst. 1 ZoZS). Jak k tomu správně uvádí ČHS, je vědecky prokázáno, že k tomu, aby si zdravotnický tým udržel svou odpovídající a vysoce specifickou kompetenci, potřebuje určitý objem výkonů, který teprve zaručí dostatečnou odbornost jejich práce.

145. Ústavní soud se neztotožňuje ani s námitkou stěžovatele, že okolnost, že na získání a ani na udržení tohoto statutu není dán právní nárok, nutně vyvolává protiústavní libovůli. Je totiž přece logické, že i s ohledem na ekonomické možnosti zdravotních pojišťoven (a státu) je třeba respektovat určitou míru flexibility, danou jednak nemocemi, které je třeba léčit, a také vývojem lékařské vědy. Nedává proto např. smysl i nadále udržovat centra, která již nejsou potřebná [§ 113 odst. 3 písm. b) ZoZS].

146. Navíc, pokud by se ze strany ministerstva (tzn. správního orgánu) skutečně jednalo o případ tvrzené libovůle, může se dotčený subjekt domáhat právní ochrany např. v rámci správního soudnictví. Z napadených zákonných ustanovení je totiž zřejmé, že jak udělování statutu centra, tak i jeho odejmutí, je realizováno v rámci správního řízení a jakkoliv Ústavní soud na základě shora uvedeného nespátřuje protiústavnost v dikci, podle které na udělení statutu centra není právní nárok (§ 112 odst. 4 ZoZS), neznamená tato okolnost, že by toto řízení nemuselo být transparentní a férové. Jinak řečeno, zákonná úprava stanoví pouze, že neexistuje právo na pozitivní *výsledek* řízení, což však neznamená, že je nemusí být zaručeno právo na korektní *správní řízení*. V podmínkách právního státu je totiž imanentní podmínkou a předpokladem jakéhokoliv mocenského aktu státu jeho korektnost, vyloučení libovůle a přezkoumatelnost. Je proto věcí každého dotčeného subjektu, aby tyto možnosti využil, pakliže bude přesvědčen o tom, že tyto principy nebyly náležitě respektovány.

147. Rovněž tato část návrhu proto není důvodná. Jak se totiž podává z obsahu návrhu, návrhovač ve skutečnosti nebrojí proti protiústavní dikci napadených zákonných ustanovení, nýbrž proti tomu, že v reálném životě údajně nejsou důsledně dodržována a že je s nimi (údajně) nakládáno účelově. To však není problém jejich protiústavnosti, nýbrž odpovídající interpretace a zejména aplikace. I v tomto případě je proto namísto upřednostnit ústavně konformní výklad napadených ustanovení před jejich derogací.

VI.4. Centrové léky a léková centra (§ 15 odst. 10 a § 39b odst. 10, § 39g odst. 1 ZVZP a § 32 a § 39 vyhlášky č. 376/2011 Sb.)

148. Znění napadených ustanovení je následující.

§ 15 odst. 10 ZVZP v napadeném znění (nyní odst. 11):

„Léčivý přípravek, jehož úhrada ze zdravotního pojištění je rozhodnutím Ústavu podmíněna používáním na specializovaném pracovišti, zdravotní pojišťovna hradí pouze poskytovateli, se kterým za účelem hospodárného užití takových léčivých přípravků uzavřela zvláštní smlouvu. Součástí takové smlouvy musí být uvedení léčivého přípravku a pracoviště zdravotnického zařízení poskytovatele.“

§ 39b odst. 10 ZVZP

„Léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely lze i bez návrhu stanovit podmínky úhrady

a) vyžadují-li to odborná hlediska nebo hlediska bezpečnosti spojená s léčbou tímto léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely,

b) jestliže z dosaženého poznání v rámci výzkumu nebo použití léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely v praxi vyplývá, že léčivý přípravek nebo potravina pro zvláštní lékařské účely má významnou terapeutickou hodnotu právě pro určité skupiny pacientů, určité indikace, nebo za určitých podmínek klinické praxe,

c) jestliže to je nezbytné k zajištění účelného a hospodárného používání léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely a jsou-li současně splněny podmínky stanovené v písmenu a) nebo b),

d) jde-li o vysoce nákladnou léčbu, jejíž náklady na rok představují alespoň jednu desetinu hrubého domácího produktu připadajícího na 1 osobu v České republice za uplynulý kalendářní rok,

e) v případech, kdy příslušné omezení existuje a je uplatňováno v zemích referenčního koše, popřípadě v dalších členských státech Evropské unie.“

§ 39g odst. 1 ZVZP

„Řízení o stanovení maximální ceny a řízení o stanovení výše a podmínek úhrady

(1) Účastníkem řízení o stanovení maximální ceny a řízení o stanovení výše a podmínek úhrady jsou osoby, které podaly žádost, zdravotní pojišťovny, nejsou-li osobami, které podaly žádost, držitel registrace, jde-li o registrovaný léčivý přípravek, dovozce nebo tuzemský výrobce, jde-li o neregistrovaný léčivý přípravek používaný ve schváleném specifickém léčebném programu, nebo o potravinu pro zvláštní lékařské účely.“

§ 32 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

„(1) Při stanovení podmínek úhrady podle § 39b odst. 10 zákona Ústav v rozhodnutí stanoví omezení a způsob vykazování přípravků, které v rozhodnutí označí symboly stanovenými v § 33 až 39.

(2) Ústav může v rozhodnutí přípravek stanovit současně omezení uvedená v § 33 a 34 a způsob vykazování úhrady podle § 36 až 39.“

§ 39 vyhlášky č. 376/2011 Sb.

„Přípravky specializované péče

(1) Ústav v rozhodnutí označí přípravek, jehož použití je s ohledem na veřejný zájem účelné soustředit do specializovaných pracovišť podle § 15 odst. 10 zákona, symbolem „S“.

(2) Takový přípravek účtuje jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně pouze specializované pracoviště, a to na základě smlouvy uzavřené mezi ním a zdravotní pojišťovnou.

(3) U vysoce inovativního přípravku, kterému je stanovena dočasná úhrada podle § 39d zákona, postupuje Ústav vždy podle odstavce 1.“

149. Ústavní soud předně uvádí, že ustanovení § 15 odst. 10 ZVZP bylo zákonem č. 371/2021 změněno na odst. 11 (bez zásahu do jeho obsahu; srov. novelizační bod 16., kterým se dosavadní odstavce 9 až 16 označují jako odstavce 10 až 17). Tato změna však nepředstavuje zásadní proměnu napadené zákonné úpravy a není proto dán důvod pro zastavení řízení podle § 67 odst. 1 zákona o Ústavním soudu (obdobně srov. např. nález sp. zn. Pl. ÚS 33/16 ze dne 10. 11. 2020, bod 107.).

150. Okruh námitek, týkajících se centrových léků a lékových center, navazuje na výhrady vztahující se k tvorbě smluvní sítě. Konkrétně navrhovatel zpochybňuje především úpravu podmíněného používání některých léčivých přípravků používáním na specializovaném pracovišti, se kterým uzavřela zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu.

151. K tomu Ústavní soud nejprve uvádí, že navrhovatel k tomuto okruhu problému namítá především údajnou nedostatečnost kritérií úhrady léčivých přípravků (§ 39b odst. 2 ZVZP; srov. zejména body 77. a násl. návrhu), což vede k širokému prostoru uvážení, který má SÚKL pro stanovení podmínek úhrady. V tomto ohledu je však podaný návrh opět značně nekonzistentní, protože s tímto ustanovením navrhovatel pouze věcně polemizuje, aniž by je ale petitem návrhu (srov. i plná moc udělená advokátovi, která se na ně také nevztahuje) napadl a dožadoval se tak jeho zrušení. Ani Ústavní soud, který je vázán petitem (nikoliv odůvodněním) podaného návrhu proto nemá důvod a ani procesní prostor, pro který by se měl ústavností tohoto zákonného ustanovení věcně zabývat. Jinak řečeno, navrhovatel na straně jedné zpochybňuje kritéria zařazování léčivých přípravků pro zvláštní lékařské účely, nicméně na straně druhé přímo nenapadá zákonné ustanovení, které tato kritéria upravuje.

152. Ústavní soud ostatně nepřehlédl, že ústavností části šesté ZVZP (jehož součástí je právě i § 39b) se již v minulosti zabýval a usnesením sp. zn. Pl. ÚS 42/10 ze dne 30. 3. 2011 odmítl návrh na zrušení této části zákona, když konstatoval, že „současná úprava, obsažená v části šesté zákona č. 48/1997 Sb., nazvaná „Regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely“, respektuje požadavky, které Ústavní soud stanovil v uvedeném nálezu [sp. zn. Pl. ÚS 36/05]. Tato skutečnost činí návrh navrhovatele zjevně neopodstatněným. Vždyť právě skutečnost, že k navrhovateli doputovala kasační stížnost, mající původ ve zmíněném správním řízení, prokazuje, že část šestá zákona č. 48/1997 Sb. respektuje požadované záruky „fair procesu“. Ve způsobu, jakým je v této části upraven postup tvorby cen, není nic protiústavního.“

153. Spatřuje-li navrhovatel protiústavnost v okolnosti, že neexistuje „žádné racionální kritérium“ pro stanovení centrových léčiv a současně je jejich dostupnost pro pojištěnce výrazně horší, má Ústavní soud za to, že navrhovatel zpochybňuje podstatu daného systému, který je založen právě na tom, že (jak uvádí vláda) pro tato léčiva je příznačný nedostatek údajů o nákladové efektivitě nebo výsledcích léčby v klinické praxi; navíc se někdy může jednat i o odborně komplikovaný způsob použití. Důvody pro tento zvláštní režim jsou proto odborné i ekonomické.

154. I v tomto okruhu problémů přitom Ústavní soud připomíná, že jeho úkolem není aktivně vstupovat do zdravotnické politiky státu a vyslovit se pro některý z jejich možných modelů. Jeho pravomocí je pouze zrušit takovou právní úpravu, kterou shledá protiústavní – nepostačuje proto jen jeho přesvědčení, že napadená úprava není optimální, resp. že by si dokázal představit úpravu vhodnější. Jak bylo v tomto kontextu zdůrazněno již v části VI.1. jakýkoliv zdravotnický systém musí neustále vyvažovat napětí, způsobené zájmem na poskytování co možná nejlepší zdravotní péče a současně ekonomickou udržitelností tohoto systému. Hledání modelu, který tyto dva (někdy i protichůdné) zájmy dokáže co nejlépe vyvažovat, je přitom úkolem zákonodárce a exekutivy, nikoliv Ústavního soudu.

155. Argumentace navrhovatele, který spatřuje v nastaveném modelu centrových léčiv porušení práva pojištěnců na ochranu zdraví podle čl. 31 Listiny, poněkud přehlíží pojistky, které ZVZP obsahuje a které právě mají bránit vzniku situace, kdy bude pojištěnec v konkrétním případě ohrožen na zdraví, případně dokonce životě, v důsledku neposkytnutí odpovídající (nákladné) zdravotní péče. V tomto ohledu je totiž třeba poukázat především na zákonné povinnosti zdravotních pojišťoven, které jsou povinny zajistit svým pojištěncům místně a časově dostupnou zdravotní péči (§ 40 odst. 7 ZVZP) a na jejich povinnost hradit „*ve výjimečných případech zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce*“ (§ 16 ZVZP).

156. Další námitky navrhovatele se týkají § 39b odst. 10 a § 39g odst. 1 ZVZP. K tomu Ústavní soud nejprve opětovně odkazuje na usnesení sp. zn. Pl. ÚS 42/10, kterým byl návrh na zrušení části šesté ZVZP odmítnut jako zjevně neopodstatněný.

157. Ve vztahu k § 39b odst. 10 ZVZP navrhovatel namítá nedostatečné zákonné vymezení centrových léčiv. Tuto námitku však Ústavní soud nesdílí, a to již s ohledem na samotnou dikci napadeného ustanovení (srov. shora), které je navíc nutno vykládat v intencích § 15 odst. 10 ZVZP (nyní odst. 11; vymezení pravomoci SÚKL rozhodovat o stanovení, změně a úhradě léčivých přípravků) a § 17 odst. 2 ZVZP (rámcová smlouva; srov. podrobněji viz VI.5.). O konkrétních podmínkách úhrady léčiv rozhoduje SÚKL ve správním řízení (srov. k tomu opakovaně citovaný nálezn sp. zn. Pl. ÚS 36/05).

158. Logika napadené zákonné úpravy je tedy založena na východisku, že u určitých léčivých přípravků je jejich úhrada podmíněna používáním na specializovaném pracovišti, což je odůvodněno jak odbornými, tak také ekonomickými argumenty. Toto řešení samo o sobě Ústavní soud (veden shora opakovaně vyjádřenou zdrženlivostí vůči formulaci konkrétní zdravotnické politiky) neshledává protiústavním. Protiústavnost by se mohla vyskytnout teprve v konkrétním případě, když by např. hrozilo odepření účinné léčby některého pojištěnce, což by však bylo řešitelné i podle stávající zákonné úpravy (srov. např. § 16 ZVZP). Jak ale případně uvádí vláda, centrová léčiva jsou odborně i ekonomicky zvýšeně riziková a zdravotní pojišťovny sice jsou povinny zajistit dostupnou zdravotní péči, nicméně tato povinnost neznamená právo každého pracoviště uzavřít se zdravotní pojišťovnou zvláštní smlouvu.

159. Smyslem systému hrazené zdravotní péče je totiž zajištění práva na ochranu zdraví pojištěnců a nikoliv uspokojení ekonomických ambicí některých poskytovatelů zdravotních služeb. Z práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění plyne pozitivní povinnost státu vybudovat systém veřejného pojištění tak, aby byl zajištěn rovný přístup k potřebným léčivým přípravkům, což znamená především jejich bezplatnost a faktickou dostupnost. Důsledné plnění této povinnosti státu však nevylučuje i řešení, podle kterého některé léčivé

přípravky mohou aplikovat jen specializovaná zdravotnická zařízení. Ze stejných důvodů se proto Ústavní soud neztotožňuje ani s názorem navrhovatele ohledně protiústavnosti § 32 a § 39 vyhlášky č. 376/2011 Sb., které jen provádějí napadená ustanovení § 15 odst. 10 a § 39b odst. 10 ZVZP.

160. Protiústavnost § 39g odst. 1 ZVZP spatřuje navrhovatel ve vyloučení participace pojištěnců v řízení o stanovení maximální ceny a řízení o stanovení výše a podmínek úhrady. Není však zcela zřejmé, v čem vlastně by měla spočívat protiústavnost tohoto zákonného ustanovení. Navrhovatel totiž zmiňuje jeho rozpor s čl. 36 Listiny (který je sám o sobě velmi široký a zahrnuje právo na soudní a jinou právní ochranu, právo na přezkum správních rozhodnutí, právo na náhradu škody způsobené nezákonným rozhodnutím orgánu veřejné moci nebo nesprávným úředním postupem). Základní právo na soudní a jinou právní ochranu přitom podle přesvědčení zdejšího soudu nelze vykládat natolik extenzivně, že se pojištěncům (tzn. občanům) garantuje právo na účast na předmětném řízení o stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady. Řešení, které nabízí navrhovatel (tzn. zrušení speciální úpravy účastenství a řešení účastenství podle správního řádu), by totiž ve svém důsledku znamenalo, že by byla *a priori* protiústavní jakákoliv zákonná úprava, která by vylučovala účast občanů ve správním řízení, jehož výsledek se může potenciálně dotýkat jejich právní sféry [srov. příkladmo § 145 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), podle kterého je rovněž účastníkem řízení o zápisu do rejstříku škol a školských zařízení pouze navrhovatel, resp. zřizovatel]. Lze si ostatně také obtížně představit, jakým způsobem by bez zvláštní právní úpravy (jen za použití úpravy účastenství podle správního řádu – srov. Hlava III) bylo např. technicky proveditelné zajistit, kdo konkrétně by za tyto pojištěnce jednal (srov. např. § 35 správního řádu upravující institut společného zmocnění).

161. Lze tak shrnout, že tato část návrhu, kterou je napadnuta právní úprava centrových léků a lékových center, není důvodná.

VI.5. Rámcové smlouvy (§ 17 odst. 2 ZVZP a vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy)

162. Znění napadeného ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP bylo následující:

„Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Dohodovací řízení může vyvolat kterákoliv z jeho stran nebo Ministerstvo zdravotnictví. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být

nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytovaných hrazených služeb a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení.“

163. Toto zákonné ustanovení bylo zákonem č. 371/2021 Sb. změněno následujícím způsobem:

„Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem se řídí rámcovou smlouvou. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně 6 měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytovaných hrazených služeb a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, ustanovení o rozhodčím řízení. Rámcová smlouva je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Dohodovací řízení může vyvolat kterákoliv z jeho stran nebo Ministerstvo zdravotnictví. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (dále jen "veřejný zájem"), a poté je vydá jako vyhlášku. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do 6 měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, stanoví obsah rámcové smlouvy podle věty druhé až čtvrté Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Smlouva podle odstavce 1 se řídí touto vyhláškou.“

164. Za této situace ovšem musí Ústavní soud posoudit, zda není dán důvod k zastavení řízení. Podle ustanovení § 67 odst. 1 zákona o Ústavním soudu totiž platí, že pozbude-li platnosti napadené zákonné ustanovení před skončením řízení před Ústavním soudem, řízení se zastaví.

165. K tomu navrhovatel v doplnění svého vyjádření ze dne 23. 12. 2021 uvádí, že předmětnou novelou provedenou zákonem č. 371/2021 Sb. sice došlo k odstranění sporného bodu postupu Ministerstva zdravotnictví při nedohodě, nebyla však vyřešena ingerence Ministerstva zdravotnictví do soukromoprávního vztahu mezi poskytovatelem a pojišťovnou na základě vyhlášky č. 618/2006 Sb.

166. Ústavní soud z porovnání ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP před a po novelizaci provedené zákonem č. 371/2021 Sb. dospěl k závěru, že navrhovatel má pravdu v tom ohledu, že skutečně nedošlo k obsahové proměně napadené zákonné úpravy a že je proto věcný přezkum nyní platného a účinného ustanovení § 17 odst. 2 ZVZP na základě podaného návrhu možný. Z tohoto porovnání totiž plyne, že obě zákonné dikce se od sebe odchyľují jen v nepodstatných rysech a ve svém důsledku tak nevytvářejí odlišný postup uzavírání smluv s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Odlišnost této zákonné úpravy vyplývá již ze shora provedeného porovnání a Ústavní soud považuje za podstatné následující body:

- Napadená úprava stanoví, že rámcová smlouva je výsledkem dohodovacího řízení mezi „*mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími.*“ Podle platné úpravy „*[r]ámcová smlouva je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů.*“ Platná úprava tak pouze poněkud odchylně vymezuje účastníky dohodovacího řízení a především zpřesňuje, kdo je oprávněn zastupovat poskytovatele zdravotních služeb.
- Platná zákonná úprava výslovně stanoví, že nedojde-li mezi účastníky dohodovacího řízení k dohodě o obsahu rámcové smlouvy nebo odporuje-li předložená rámcová smlouva právním předpisům nebo veřejnému zájmu, stanoví obsah rámcové smlouvy Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Podle úpravy předchozí v tomto případě ministerstvo učinilo „rozhodnutí“.

167. Jak se podává z obsahu návrhu, navrhovatel nezpochybňuje samotnou okolnost, že jsou za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům s jednotlivými poskytovateli uzavírány smlouvy (srov. § 17 odst. 1 ZVZP, které není návrhem dotčeno). Vadí mu pouze skutečnost, že se tyto smlouvy musí řídit rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví přitom vykonává určitou supervizi, což se projevuje v tom, že nedojde-li k dohodě o obsahu rámcové smlouvy anebo tato smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, stanoví její obsah vyhláškou přímo toto ministerstvo.

168. Ústavní soud uvádí, že argumentace navrhovatele ani v tomto bodu není příliš konzistentní. Na straně jedné totiž navrhovatel označuje institut dohodovacího řízení za rozporný se základními principy demokratického právního státu, jelikož odvozy vybrané od občanů jsou údajně vynakládány podle korporativisticky stanovených pravidel (výsledek dohody je pro ministerstvo kromě uvedených výjimek závazný). Na straně druhé však nesouhlasí ani s možností ministerstva nerespektovat výsledek dohodovacího řízení a vydat rámcovou smlouvu formou vyhlášky v případě, kdy předložená rámcová smlouva odporuje veřejnému zájmu. Navrhovatel tak vyjadřuje nespokojenost jak s modelem, kdy je rámcová smlouva výsledkem dohody zainteresovaných subjektů, tak také s vydáním této dohody ministerstvem bez ohledu na výsledek této dohody. Tím si ovšem do značné míry protiče.

169. Zpochybňuje-li navrhovatel neurčitý právní pojem „veřejný zájem“, postačuje uvést, že se jedná o zcela obvyklý pojem, který je obsažen v řadě jiných právních předpisů (a to dokonce i ústavních – srov. např. čl. 11 odst. 4 Listiny), přičemž smyslem neurčitých právních pojmů je umožnit orgánům interpretujícím a aplikujícím právo v konkrétním případě tento pojem „naplnit“ smysluplným obsahem, který odpovídá účelu dané právní

regulace. V daném případě je tento pojem obsažený v § 17 odst. 2 ZVZP blíže vymezen samotným zákonem (k tomu srov. také shora citovaný nálezn sp. zn. Pl. ÚS 43/17), který pod něj řadí zájem na zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění. Zjištění všech okolností důležitých pro ochranu veřejného zájmu je přitom též obecnou povinností správního orgánu upravenou v § 50 odst. 3 správního řádu.

170. Ústavní soud se proto neztotožňuje s apriorním odmítáním pojmu „veřejný zájem“, který nutně musí být obecný, aby byla vůbec možná jeho aplikace na jednotlivé případy, se kterými bude konkrétně poměřován. V tomto ohledu zdejší soud odkazuje i na vyjádření vlády, které poukazuje na potřebu neustále vyvažovat celý systém financování zdravotnictví. K této otázce se přitom Ústavní soud v minulosti již vyslovil (nálezn sp. zn. Pl. ÚS 43/17, bod 72), když - ve vztahu k pojmu „dostupnost“ obsaženém v napadeném ustanovení - uvedl, že *„neshledal, že by nešel dovodit normativní dosah pojmu "dostupnost" ve smyslu § 39a odst. 2 písm. b) ve spojení s § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění či pojmu "dostupný léčivý přípravek" ve smyslu § 39c odst. 2 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Tyto pojmy představují ústřední bod závazku zajištění dostupnosti a vyznačují se určitým stupněm neurčitosti. Neurčitost právních pojmů není v právním řádu ničím neobvyklým a ve své podstatě plyne z abstraktní a regulativní povahy právních norem. Sama o sobě nezakládá protiústavnost. Za rozpornou s požadavkem právní jistoty, jež je jednou z náležitostí právního státu (čl. 1 odst. 1 Ústavy), by však mohla být považována tehdy, jestliže by její intenzita vylučovala možnost stanovení normativního obsahu právního předpisu pomocí obvyklých interpretačních postupů.“* K tomu nyní Ústavní soud dodává, že nic takového v tomto případě neshledal.

171. Navrhovatel rovněž nesouhlasí s úpravou dohodovacího řízení v napadeném zákonném ustanovení a namítá, že porušuje čl. 1 odst. 1 Ústavy (Česká republika je demokratický právní stát), čl. 6 Ústavy (politická rozhodnutí vycházejí z vůle většiny vyjádřené svobodným hlasováním) a čl. 21 odst. 1 Listiny (občané mají právo podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců). Zejména kritizuje, že se na dohodovacím řízení nijak nepodílí zástupci pojištěnců; absenci zástupců potenciálních soutěžitelů, kteří na trh teprve hodlají vstoupit, přitom akceptuje odkazem na povahu věci (bod 107 návrhu).

172. K tomu Ústavní soud pro stručnost odkazuje na přiměřené použití právních závěrů obsažených v již shora citovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 21/15, kde zdůraznil (bod 69), že *„nestanoví-li ústavní zákon jinak, je věcí zákonodárce, aby určil, zda zřídí určitou veřejnou funkci, zda bude ustavována volbou nebo jmenováním a komu bude svěřeno oprávnění k této volbě či jmenování. Jde ve své podstatě o politické rozhodnutí, jež je limitováno pouze základními ústavními principy, mezi něž lze řadit například požadavky určitosti zákona či zákaz svévole, vyplývající z principu demokratického právního státu podle čl. 1 odst. 1 Ústavy.“* Čl. 21 odst. 1 Listiny se omezuje pouze na volby plnění funkce demokratické legitimace výkonu státní moci a územní samosprávy, ale též zákonné vymezení zdravotních pojišťoven, které by jim ani v případě připuštění použití tohoto článku neumožňovalo přiznat povahu (ostatní) samosprávy. Z čl. 31 Listiny vyplývá zákonodárci povinnost státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči a zdravotním pomůckám přiměřené kvality. *„Konkrétní podoba tohoto systému ale závisí na rozhodnutí zákonodárce. Je věcí zákona, aby stanovil jeho organizaci, včetně otázky, zda má být jediná nebo více zdravotních pojišťoven, vnitřní strukturu zdravotních pojišťoven, způsob vytváření jejich orgánů a kontrolu jejich*

činnosti. To platí i pro určení, zda a v jaké míře se na ustanovování těchto orgánů mají podílet jednotliví pojištěnci či zaměstnavatelé hradící zdravotní pojištění nebo samotné orgány státu“ (bod 80). Ústavním soudem provedený výklad opodstatňuje závěr, že „z práva občanů podílet se na správě veřejných věcí přímo nebo svobodnou volbou svých zástupců podle čl. 21 odst. 1 Listiny nevyplývá právo pojištěnců volit členy správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven a že záruky týkající se výkonu volebního práva podle čl. 21 odst. 2 a 3 Listiny nejsou pro tyto volby přímo použitelné. Ze stejného důvodu se pro pravidla těchto voleb neuplatní výhrada zákona obsažená v čl. 21 odst. 3 větě druhé Listiny. Způsob volby členů správních rad a dozorčích rad zaměstnaneckých pojišťoven bez přímé nebo při omezené účasti pojištěnců sám o sobě nezasahuje ani do základního práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění podle čl. 31 věty druhé Listiny“ (bod 82). Z právě uvedeného Ústavní soud dovozuje, že stejně tak nemůže být v rozporu s citovanými články Listiny zákonná úprava, která nezaručuje účast na dohodovacím řízení zástupcům pojištěnců.

173. Ústavní soud nehodlá polemizovat s názorem navrhovatele (bod 109 návrhu), že stávající zákonná úprava dohodovacího řízení je již překonaná a bylo možno ji tolerovat jen v době transformace zdravotního systému. Navržené řešení („standardní nástroje smluvního práva a hospodářské soutěže“) však musí být případně realizováno teprve v rámci řádného politického a legislativního procesu a je proto i na tomto místě vhodné zopakovat, že navrhovatel je politický aktér (většina členů Senátu) a má-li skutečně za to, že je stávající systém nevhodný, je na něm, aby usiloval o jeho odpovídající změnu. Měl by tak ale činit k tomu stanoveným postupem a nikoliv prostřednictvím Ústavního soudu, jehož úkoly jsou rozdílné a nepřísluší mu poměřovat větší či menší vhodnost (případně optimálnost) jednotlivých možných legislativních řešení.

174. Jakkoliv lze navíc – v obecné rovině – souhlasit s názorem navrhovatele, že účastníci dohodovacího řízení by měli být blíže vymezeni přímo právním předpisem, nelze v tomto bodu přehlédnout, že se úprava provedené v § 17 odst. 2 ZVZP zákonem č. 371/2021 Sb. změnila, a to právě ve smyslu zpřesnění těchto účastníků. Jestliže totiž napadená zákonná úprava jako tyto účastníky určovala *zástupce svazů zdravotních pojišťoven a zástupce příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími*, jsou těmito účastníky nově *zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů*.

175. Kromě toho byl do ZVZP zařazen nový § 17c, který podrobněji upravuje postavení sdružení poskytovatelů v dohodovacích řízeních, když např. stanoví jejich povinnost předat Ministerstvu zdravotnictví seznam všech poskytovatelů, které zastupují; protokol o výsledku dohodovacího řízení (včetně informace o účasti, o programu jednání a o jeho výsledcích), přičemž ministerstvo je povinno tyto údaje neprodleně zveřejnit na internetu. Je tak zřejmé, že zákonodárce výrazně posílil transparentnost a veřejnou kontrolu tohoto dohodovacího řízení. Ústavní soud se proto domnívá, že právě ohledně této námitky se napadené zákonné ustanovení změnilo poměrně podstatným způsobem, přičemž však navrhovatel tuto změnu v doplnění návrhu nijak nereflektuje.

176. Z obdobných důvodů neshledal Ústavní soud důvodné ani námitky proti vyhlášce č. 618/2006 Sb. Jejich podstata totiž nebrojí proti konkrétní podobě této vyhlášky, nýbrž proti samotné okolnosti, že byla v souladu se shora popsáním zákonným způsobem vydána [tzn. např. navrhovatel nenamítá, že by některá její ustanovení nerespektovala dané zákonné zmocnění (*secundum et intra legem*)].

VI.6. Seznam výkonů s bodovými hodnotami (§ 17 odst. 4 ZVZP a vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami)

177. Znění napadeného ustanovení § 17 odst. 4 ZVZP bylo následující.

„Poskytovatelé a další subjekty poskytující hrazené služby při vykazování zdravotních výkonů používají seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování a zdravotní pojišťovna tento způsob vykazování akceptuje, nedohodnou-li si se zdravotní pojišťovnou jiný způsob vykazování. Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování.“

178. Ústavní soud konstatuje, že napadené zákonné ustanovení bylo zákonem č. 371/2021 Sb. změněno následujícím způsobem:

„Seznam zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb, s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování (dále jen "seznam zdravotních výkonů") stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam zdravotních výkonů se použije při vykazování zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb a vykazují se za účelem provádění úhrad poskytovatelům a dalším subjektům poskytujícím hrazené služby, zajištění návaznosti hrazených služeb pro pojištěnce nebo vyhodnocování efektivity poskytování hrazených služeb (dále jen "výkon s bodovou hodnotou"). Poskytovatel nebo jiný subjekt poskytující hrazené služby a zdravotní pojišťovna si mohou dohodnout jiný způsob vykazování.“

179. Ústavní soud shledal, že platná podoba napadeného zákonného ustanovení sice doznala určité formulační změny, nicméně tato změna se zásadněji neprojevila v jeho smyslu. Proto Ústavní soud neshledal, že by v tomto případě byl dán důvod k zastavení řízení podle ustanovení § 67 odst. 1 zákona o Ústavním soudu. Rovněž navrhovatel v doplnění svého vyjádření ze dne 23. 12. 2021 uvádí, že na podaném návrhu i nadále trvá.

180. Námitky, které navrhovatel uplatňuje vůči napadenému zákonnému ustanovení, považuje Ústavní soud za nedůvodné a do určité míry dokonce za vnitřně rozporné. Na straně jedné totiž navrhovateli vadí, že není zřejmé, pro koho je seznam výkonů závazný a zpochybňuje nezařazení některých výkonů do něj. Současně považuje složení pracovní skupiny k seznamu zdravotních výkonů za projev korporativismu, a jak uvádí v doplnění svého vyjádření ze dne 23. 12. 2021, ustanovení § 17b odst. 4 ZVZP údajně zakládá protiústavní libovůli ministra zdravotnictví při jmenování a odvolávání pracovní skupiny. Ustanovení § 17b odst. 4 ZVZP ale petitem návrhu nenapadá a nedává tak Ústavnímu soudu možnost je přezkoumat věcně.

181. K tvrzení, že § 17 odst. 4 ZVZP svojí právní podstatou představuje podobný problém, jaký byl řešen v nálezů sp. zn. Pl. ÚS 36/05, Ústavní soud uvádí, že v předmětné věci Ústavní soud zrušil jako protiústavní § 15 odst. 10 a ustanovení § 15 odst. 5 části poslední věty za středníkem ZVZP znějící "; výši jejich úhrady ze zdravotního pojištění stanoví prováděcí právní předpis". Učinil tak proto, že rozhodováním o zařazení léčivých přípravků do seznamu léčiv hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění dochází k zásahu do práv jejich výrobců a distributorů, a proto je třeba důsledně dbát na dodržování principů fair procesu. „V rámci abstraktní kontroly normy musí Ústavní soud posoudit, zda zákonná úprava vytváří takové podmínky, aby zásah byl vyvážen takovými právy, která dostatečným způsobem eliminují prostor pro libovůli v každém konkrétním rozhodování o zařazení léčivých prostředků do seznamu léčiv hrazených z prostředků

veřejného zdravotního pojištění. Ustanovení § 15 odst. 10 zákona o veřejném zdravotním pojištění takovému požadavku nevyhovuje, neboť negarantuje žadateli, aby rozhodnutí o jeho žádosti bylo založeno na objektivních a ověřitelných kritériích, aby bylo soudně přezkoumatelné a aby bylo vydáno bez zbytečných průtahů. O začlenění konkrétního léčiva do množiny léčiv ze zdravotního pojištění hrazených plně a do množiny léčiv hrazených pouze částečně, jakož i o konkrétní výši úhrady ministerstvo rozhoduje nikoliv ve správním řízení, ale v rámci normotvorného procesu. Je proto neslučitelné s principy právního státu, a tedy v rozporu s čl. 36 Listiny základních práv a svobod.“

182. Ústavní soud se však domnívá, že nyní posuzovaná věc je od právě citovaného případu odlišná a daleko případněji na ni dopadají závěry obsažené v již zmiňovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08. V tomto případě totiž Ústavní soud k napadenému ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP uvedl, že „tvrzení navrhovatelů, že toto ustanovení je v rozporu s dosavadní judikaturou Ústavního soudu, neboť jde o individuální regulaci, není případné. O situaci srovnatelnou s tou, kterou posuzoval Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/05, zjevně nejde. Napadené ustanovení § 17 odst. 5 je zmocňovacím ustanovením pro Ministerstvo zdravotnictví k vydání seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Tento seznam podle dikce napadeného ustanovení má mít s ohledem na okruh adresátů, který není nikterak individualizován, povahu normativního, a nikoliv individuálního správního aktu. Napadené ustanovení, jež zní „Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydá Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou“, se v zásadě neliší např. od obdobného ustanovení zákona o advokacii, dle něhož je Ministerstvo spravedlnosti zmocněno k určení odměny a náhrad advokáta, což se stalo vyhláškou, v níž v případě mimosmluvní odměny je rovněž dán seznam úkonů a tarifní hodnota pro individuálně neurčený okruh advokátů zapsaných v seznamu advokátů. Způsob, který zákonodárce zvolil, je standardní a v analogických případech nezpochybňovaný. O případ, jaký mají na mysli navrhovatelé, by šlo tehdy, pokud by Ministerstvo zdravotnictví bylo zmocněno k vydání úpravy odlišné v bodových hodnotách pro jednotlivé zdravotní výkony, např. pro Nemocnici u sv. Anny v Brně odlišně než pro ostatní nemocnice v České republice. Ústavní soud dodává, že pokud by Ministerstvo zdravotnictví takto ultra vires postupovalo a vydalo individualizovanou vyhlášku, jež by neměla charakter obecně závazného právního předpisu, ale skrytého individuálního správního aktu, bylo by jistě namístě proti takové vyhlášce brojit, samo zákonné zmocnění však Ústavní soud jako protiústavní neshledal“ (bod 133).

183. Rovněž v nyní posuzované věci je proto možno s odkazem na právě citovaný právní názor, od kterého se Ústavní soud nemá důvod odchýlit, konstatovat, že rovněž napadené ustanovení § 17 odst. 4 ZVZP zakotvuje stanovení seznamu zdravotních výkonů formou vyhlášky, tzn. normativního a nikoliv individuálního právního aktu, a není proto postiženo protiústavním deficitem. Nyní napadená zákonná dikce (Seznam zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb, s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování [...] stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.) je přitom prakticky identická se zněním, které prošlo zmíněným testem ústavnosti („Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami vydá Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.“).

184. K okolnosti, že poskytovatel nebo jiný subjekt poskytující hrazené služby a zdravotní pojišťovna si mohou dohodnout jiný způsob vykazování (srov. poslední věta § 17 odst. 4 ZVZP), se Ústavní soud vyjádřil v již zmiňovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 (body 59 - 60), kde uvedl, že „na zajištění činnosti některých poskytovatelů může být dán veřejný zájem, plynoucí zejména z ústavního požadavku zajistit přístup k místně a časově dostupné zdravotní péči poskytované bezplatně na základě veřejného pojištění.

Identifikace tohoto zájmu v konkrétním případě a jeho zohlednění při výpočtu výše úhrad tak, aby se činnost těchto zařízení ekonomicky vyplatila, již nicméně překračují předmět úhradové vyhlášky, kterým je toliko plošné stanovení pravidel pro výpočet těchto úhrad. K posouzení a zajištění tohoto veřejného zájmu slouží naopak jiné nástroje, mezi něž lze řadit možnost zdravotní pojišťovny uzavřít s příslušným poskytovatelem podle § 17 odst. 1 a 5 in fine zákona o veřejném zdravotním pojištění dohodu, jejímž předmětem bude jiné (z hlediska poskytovatele příznivější) určení výše úhrad, popř. regulačních omezení. Ústavní soud zdůrazňuje, že výkonu tohoto oprávnění nelze rozumět toliko jako projevu autonomie vůle zdravotní pojišťovny. V první řadě jde o prostředek, k jehož využití musí zdravotní pojišťovna přistoupit, je-li to nezbytné k naplnění její povinnosti podle § 46 odst. 1 téhož zákona zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Jeho smyslem tak zkrátka není poskytnutí určitého benefícia některému z poskytovatelů na základě volné úvahy zdravotní pojišťovny, nýbrž možnost provádět úpravy nastavení výše úhrad podle úhradové vyhlášky, pokud by její aplikace v konkrétních případech ohrožovala dostupnost zdravotní péče. [...] Uvedený poukaz na možnost individuálního ujednání neznamená odklon od právního názoru vysloveného v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, podle něhož nelze spatřovat v pouhé možnosti, že zdravotní pojišťovna poskytne ze svých zdrojů dobrovolně (tj. na základě individuálního ujednání mezi ní a poskytovatelem) náhradu nezbytných nákladů neodkladné péče, jež byla poskytnuta nad rámec úhradovou vyhláškou stanovené limitace, relevantní garanci nebo systémové řešení problému nastavení výše úhrad, v jehož důsledku by tyto náklady nesl samotný poskytovatel. Toto oprávnění sleduje účel jiný, a to možnost přihlídnout při stanovení výše úhrad ke specifickým jednotlivých poskytovatelů, která jsou významná z hlediska požadavku dostupnosti zdravotní péče a nemohou být smysluplně zohledněna již v rámci výpočtu výše úhrad podle úhradové vyhlášky.“

185. Ústavní soud konstatuje, že neshledal racionální důvod se názorově odchýlit ani od právních závěrů obsažených v právě citovaném nálezu a daný zákonem předvídaný mechanismus (tzn. seznam zdravotních výkonů daný podzákoným právním předpisem na základě výslovného zákonného zmocnění se současnou možností dohodnout jiný způsob vykazování) shledává ústavněprávně akceptovatelným, jelikož zaručuje na straně jedné jeho předvídatelnost a právní jistotu a na straně druhé dává prostor pro zohlednění aktuálního stavu medicínského poznání a potřeb praxe (k tomu blíže srov. vyjádření vlády).

186. Poukazuje-li navrhovatel na údajně nedostatečnou regulaci hrazených výkonů (některé výkony jsou *lege artis* a přesto nejsou zařazeny do seznamu), je to již problém nikoliv napadeného zákonného ustanovení, nýbrž jeho praktické realizace. Z hlediska Ústavního soudu je však i v tomto kontextu nutno zopakovat, že důvodem derogace napadené právní úpravy není a nesmí být „jen“ její nedostatečnost, nedokonalost a ani chybná interpretace či aplikace, nýbrž teprve nemožnost její ústavně souladného výkladu. To však zjevně není tento případ.

187. Konečně k návrhu na zrušení vyhlášky č. 134/1998 Sb. Ústavní soud připomíná, že návrhem na zrušení této vyhlášky podaným rovněž skupinou senátorů se již zabýval a usnesením sp. zn. Pl. ÚS 13/03 ze dne 25. 8. 2004 jej odmítl jako zjevně neopodstatněný. V nyní posuzované věci je přitom zřejmé, že navrhovatel podaným návrhem nezpochybňuje bezprostředně obsah vyhlášky č. 134/1998 Sb., nýbrž samotnou okolnost její existence a způsob přijetí. Za této situace ovšem Ústavnímu soudu nepřísluší namísto navrhovatele domýšlet argumenty, které by případně svědčily pro protiústavnost tohoto podzákoného právního předpisu (k jejímu přijímání viz shora).

188. Ani tuto část podaného návrhu proto Ústavní soud neshledal důvodnou.

VI.7. Úhradová vyhláška (§ 17 odst. 5 ZVZP a vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019)

189. Znění napadeného ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP bylo následující.

„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.“

190. Ústavní soud nejprve uvádí, že napadené zákonné ustanovení bylo zákonem č. 371/2021 Sb. změněno následujícím způsobem:

„Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu 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, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.“

191. Rovněž v tomto případě Ústavní soud shledal, že platná podoba napadeného zákonného ustanovení sice doznala určitých formulačních změn, nicméně tyto změny se zásadněji neprojevíly v jeho smyslu. Proto Ústavní soud neshledal, že by byl dán důvod k zastavení řízení podle ustanovení § 67 odst. 1 zákona o Ústavním soudu. Rovněž návrhovač v doplnění svého vyjádření ze dne 23. 12. 2021 uvádí, že na podaném návrhu i nadále trvá.

192. Podstata napadeného zákonného ustanovení spočívá v popisu sjednávání a vydávání tzv. úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví. Navrhovatel především zpochybňuje okruh účastníků dohodovacího řízení, nesouhlasí s dominantním úhradovým mechanismem tzv. kapitační platby a s limitací výdajů pro poskytovatele zdravotní péče.

193. K tomu Ústavní soud nejprve odkazuje na dříve uvedená obecná východiska, prizmatem kterých hodnotí podaný návrh. Podstata většiny námitek uplatněných vůči zákonné úpravě úhradové vyhlášky totiž spadá do kategorie věcné polemiky s vhodností stávajícího modelu stanovení úhrady hrazených služeb, což však není a ani nemůže být referenčním kritériem hodnocení ústavnosti napadeného zákonného ustanovení. Ústavní soud samozřejmě nehodlá relativizovat tvrzení navrhovatele, že proces vydávání úhradové vyhlášky má dopad do právní sféry poskytovatelů zdravotních služeb, pojišťoven a zejména pojištěnců. Okolnost, že by zákonná úprava tohoto procesu mohla být zcela nepochybně odlišná (a možná kvalitnější), však ještě neopodstatňuje derogační zásah ze strany Ústavního soudu. Jeho úkolem totiž není pozitivně formulovat jinou právní úpravu, nýbrž pouze v pozici „negativního zákonodárce“ zrušit takovou úpravu, která je ústavně deficitní. Nic takového však Ústavní soud v tomto případě neshledal.

194. K argumentaci navrhovatele totiž Ústavní soud uvádí, že otázkou zákonné úpravy úhradových vyhlášek se v minulosti již opakovaně zabýval a mechanismus jejich přípravy (dohodovací řízení) a fungování akceptoval jako ústavně souladný. V některých případech totiž sice několikrát zrušil jako protiústavní konkrétní úhradovou vyhlášku, resp. některou její část, nicméně jejich samotný zákonný mechanismus nijak nezpochybnil.

195. Tak kupř. v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/16 ze dne 13. 12. 2016 (č. 8/2017 Sb.; N 237/83 SbNU 677; bod 178) uvedl, že z § 17 ZVZP vyplývá, že zákonodárce v rámci nastaveného systému tzv. výkonového způsobu úhrady „*upřednostnil před autoritativním rozhodnutím (regulací) Ministerstva zdravotnictví vzájemnou dohodu mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci smluvních poskytovatelů, která má být výsledkem dohodovacího řízení. Účelem dohodovacího řízení je tak dosáhnout společným postupem dohody na obsahu rámcových smluv a na stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení a jedná se o obligatorní součást (náležitost) procesu stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení v rámci úhrad za poskytování zdravotních služeb ze strany smluvních poskytovatelů. Jeho náležitosti a podmínky (včetně vymezení okruhu zúčastněných subjektů) pak konkretizuje citované ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jak zdůraznil i Ústavní soud, "ústřední zásadu uvedeného zmocnění je třeba spatřovat v zákonodárcem zakotvené prioritě dohody, která má být výsledkem dohodovacího řízení. S ohledem na tento preferovaný účel je nutno vykládat i další podmínky a náležitosti dohodovacího řízení, resp. interpretovat samotnou zmocňovací normu" (srov. nálezh sp. zn. Pl. ÚS 6/07).*“

196. V již citovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 [obdobně srov. např. nálezh sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, č. 396/2013 Sb. (N 178/71 SbNU 105)] pak Ústavní soud zdůraznil, že právo podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny zaručuje samotnou možnost výkonu takovéto činnosti, jakož i to, že povinnosti a omezení, jež se k ní vztahují, nebudou znemožňovat její hlavní účel. „*Tím není řečeno, že by měl mít kterýkoliv podnikatel zaručeno právo na zisk, nýbrž že rozsah zákonem stanovených povinností, jimž musí jednotliví podnikatelé v souvislosti se svou činností dostát, nesmí činit jejich podnikání nesmyslným z hlediska možnosti jeho dosažení.*“ Proto platí, že úhradová vyhláška „*by se dotýkala podstaty a smyslu práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny,*

jestliže by na jejím základě stanovená výše úhrad byla s ohledem na rozsah poskytnutých hrazených služeb natolik nízká, že by fakticky - bez jakékoliv jiné kompenzace - přenášela náklady bezplatně poskytované zdravotní péče, které by měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, na jednotlivé poskytovatele, a z tohoto důvodu by jim znemožňovala dosažení alespoň přiměřeného zisku. Takovýto důsledek by bylo možné konstatovat jen ve vztahu k určitému segmentu zdravotních služeb jako celku, vymezenému podle formy nebo oboru poskytované zdravotní péče, byť nikoliv nezbytně vymezenému celým územím České republiky. Muselo by totiž jít o stav, kdy by poskytovatelé s ohledem na nastavení pravidel výše úhrad v tomto segmentu ve své podstatě nemohli činit samostatná rozhodnutí, která by jim v případě dalšího pokračování jejich činnosti alespoň potenciálně otevírala cestu k případnému zisku. Na roveň takto vymezeného zásahu, který by se dotýkal podstaty a smyslu práva podnikat, lze postavit i takové nastavení pravidel výpočtu těchto úhrad, které by činily jejich konečnou výši pro jednotlivé poskytovatele nepředvídatelnou, např. v důsledku oprávnění zdravotních pojišťoven tuto výši bez jakéhokoliv zdůvodnění (svévolně) krátit.“

197. Z právě citovaných nálezů se podává, že Ústavní soud akceptuje podstatu a logiku napadeného zákonného ustanovení (a tedy i jeho ústavní konformitu) a pouze hodnotí, zda v konkrétním případě úhradová vyhláška, vydaná na základě tohoto zákonného zmocnění, nevyvolává protiústavní důsledky. Od tohoto východiska Ústavní soud neshledal žádný rozumný důvod jakkoliv se odchýlit ani v nyní posuzované věci na základě námitek uplatněných navrhovatelem. Jak již bylo ostatně jednou řečeno, tyto námítka ve své podstatě představují spíše podněty *de lege ferenda* než relevantní zpochybnění ústavnosti předmětného zákonného ustanovení. Navrhovatelem prezentované námítka ostatně ani nebrojí proti obsahu napadeného ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP, nýbrž proti obsahu konkrétních úhradových vyhlášek, vydávaných na jeho základě. Pokud totiž navrhovatel problematizuje jednotlivé úhradové mechanismy (kritérium kapitace, historická úhradová reference, regulace průměrem na unikátní rodné číslo atp.), zpochybňuje nikoliv samotné zákonné ustanovení, které nyní Ústavní soud přezkoumává, nýbrž výsledky dohodovacích řízení, resp. obsah úhradových vyhlášek.

198. Tato úvaha zjevně plyne z argumentu navrhovatele, že úhradová vyhláška nemůže zkrátit nárok pojištěnce na hrazenou péči, která je definována přímo zákonem. S tímto argumentem zdejší soud plně souhlasí, nicméně dodává, že jeho důsledkem je i nedůvodnost podaného návrhu, založeného právě na praktických problémech a deficitech při aplikaci napadeného ustanovení § 17 odst. 5 ZVZP, nikoliv však na jeho apriorní protiústavnosti. Samotné toto ustanovení totiž rozsah nároku pojištěnce na hrazenou péči nijak bezprostředně neomezuje.

199. K návrhu na zrušení vyhlášky č. 201/2018 Sb. Ústavní soud především konstatuje, že navrhovatel napadá tuto vyhlášku sice jako celek, nicméně zpochybňuje pouze některé její části (pomine-li Ústavní soud námítka proti samotnému přijetí této vyhlášky). Činí tak nicméně spíše jen formálně, neboť v návrhu uvádí (bod 6), že „zrušení úhradové vyhlášky, třeba i včetně zákonného zmocnění k jejímu vydávání, by proto nejenže neodstranilo protiústavní stav, ale mohlo by jej dokonce ještě zhoršit.“

200. Ústavní soud rovněž v této souvislosti opakuje, že jeho rolí není být tvůrcem zdravotnické politiky státu či ústavně "zakonzervovat" jediné možné řešení ve své podstatě politického sporu z oblasti financování zdravotní péče. Jeho úkolem proto není bránit k tomu příslušným orgánům (Parlament, vláda, Ministerstvo zdravotnictví) v tvorbě zdravotní politiky tím, že jednu z mnoha možných variant řešení povýší na řešení ústavně konformní a jiné odmítne jako ústavně vadné, jestliže žádná z nabízených variant

neporušuje ústavně zaručená práva. Posuzování samotné správnosti či vhodnosti zdravotní politiky státu, resp. způsobu úhrady zdravotní péče Ústavnímu soudu nepřísluší, nedojde-li zároveň k porušení ústavních práv. Námitky navrhovatele jsou proto primárně koncepční povahy, kdy se zjevně kloní k řešení prostřednictvím otevřených výběrových řízení s rozhodujícím kritériem nabízené ceny. Stávající koncepce, založená na regulaci ceny právním předpisem (úhradovou vyhláškou), včetně např. nástroje historických referencí, je však také legitimní politické řešení a Ústavnímu soudu proto nepřísluší je z pozice orgánu ochrany ústavnosti zpochybňovat.

201. Jak přitom konstatoval již v nálezu sp. zn. IV. ÚS 2545/16 ze dne 18. 7. 2017 (N 127/86 SbNU 169), Ústavní soud může „*velmi obtížně suplovat neexistující politickou dohodu zainteresovaných subjektů, resp. politickou vůli Ministerstva zdravotnictví tím, že povýší konkrétní způsob výpočtu úhrad pro dílčí segment zdravotní péče na ústavní princip, čímž odebere možnost zákonodárci či exekutivě o financování v tomto segmentu rozhodovat. Sám technický způsob výpočtu úhrad pro určitý segment zdravotní péče, samotná výše hodnoty bodu či případné limity úhrad nemají samy o sobě ústavní rozměr. Ten může být dát až konkrétní výši částky, kterou je péče hrazena, ať už je tato částka vymezena prováděcím předpisem (úhradovou vyhláškou), nebo stanovena soudem analogickým použitím pravidel v úhradové vyhlášce stanovených. Ústavní hranici, která by připouštěla v posuzovaném případě derogační zásah Ústavního soudu, netvoří samotný technický způsob určení ceny plnění, resp. způsob, jak k ceně plnění obecné soudy dospěly, nýbrž až případný výsledek tohoto určení ceny posuzovaný v kontextu a podmínkách konkrétního případu. Referenčním kritériem pro posouzení ústavnosti či protiústavnosti výše ceny plnění bude čl. 26 odst. 1 Listiny.*“

202. Nastala-li by proto skutečně reálná situace, které se navrhovatel obává (např. odepření odpovídající lékařské péče), pak je namístě v každém konkrétním případě namísto hledat spravedlivé řešení určení ceny poskytnuté zdravotní péče v situaci, kdy se pojišťovna a poskytovatel péče na této ceně nedohodnou, přičemž jsou zároveň služby hrazeny z veřejných prostředků (zdravotního pojištění), a to prostřednictvím obecných soudů (srov. právě citovaný nálezn). Předložená věc je však z oblasti abstraktní kontroly norem a paušální derogace některých částí vyhlášky „jen“ z toho důvodu, že v konkrétním případě mohou vyvolat protiústavní dopady, není přiměřeným řešením.

203. V tomto kontextu je také třeba připomenout, že žádný podzákonný předpis nemůže negovat nárok založený přímo zákonem (a opírající se o ústavně zaručené základní právo – čl. 31 Listiny). Ústavní soud proto alespoň ve stručnosti odkazuje na ustanovení § 13 ZVZP, které zaručuje právo pojištěnce na hrazení zdravotních služeb poskytnutých s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají jeho zdravotnímu stavu a sledovanému účelu, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti. Účinného domáhání se tohoto práva proto nemůže zabránit ani úhradová vyhláška.

204. Rovněž tato část návrhu proto není důvodná, jelikož i v tomto případě platí, že před derogací napadeného ustanovení zákona Ústavní soud upřednostňuje jeho ústavně konformní interpretaci a aplikaci.

VI.8. Individuální úhradový dodatek (§ 17 odst. 5 věta poslední ZVZP)

205. Znění napadeného ustanovení § 17 odst. 5 věta poslední ZVZP je následující (tato věta nebyla zákonem č. 371/2021 Sb. nijak dotčena):

„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.“

206. Podstata argumentace navrhovatele se týká toho, že právní úprava vytváří možnost libovůle, spočívající v dohodě na výši úhrady, odchýlné od úhradové vyhlášky.

207. Rovněž k této námitce Ústavní soud uvádí, že důvodem zrušení zákonného ustanovení nemůže být „toliko“ riziko jeho potenciálního zneužití, nýbrž jeho protiústavnost. Jakkoliv proto Ústavní soud nehodlá polemizovat s navrhovatelem o tom, že k tomuto zneužití v konkrétním případě skutečně může dojít, má za to, že řešení nespočívá ve zrušení tohoto ustanovení, nýbrž v důsledné kontrole, která by případnému zneužívání zabránila. Pro stručnost lze v tomto ohledu odkázat na vyjádření vlády (str. 6), která poukázala na několik kontrolních mechanismů (Cenový předpis DZP, zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole), jež by měly zaručovat, že zdravotní pojišťovny budou plnit svoji zákonnou povinnost nakládat se svěřenými veřejnými prostředky hospodárně, efektivně a účelně. Každá odchylka od „centrálně“ stanoveného režimu úhrad proto musí být objektivně zdůvodněna (např. lokálním zvýšením nabízených úhrad jsou poskytovatelé motivováni k přesunu svého podnikání do některých regionů).

208. Je také namístě plně odkázat na argumentaci uvedenou k předchozí části (VI.7.), která se týká stejného zákonného ustanovení. Možnost dohodnout se na odlišném způsobu a výši úhrady a regulačních omezeních je totiž logickým možným důsledkem předchozího mechanismu stanovení úhrady hrazených služeb (dohodovací řízení, vydání úhradové vyhlášky) a jeho zjevným a legitimním účelem je flexibilně řešit problémy, které se mohou objevit teprve v průběhu času a v předchozím procesu nemusely být zřejmé.

209. Argumentace navrhovatele je přitom poněkud nesourodá, protože zpochybňuje ústavnost jak samotného vydávání obecně závazného právního předpisu (úhradové vyhlášky, viz VI.7.), tak také zákonnou možnost se od tohoto právního předpisu odchýlit. Jak přitom případně uvádí vláda, toto ustanovení umožňuje zdravotním pojišťovnám dostatečně pružně řešit situace, kdy během kalendářního roku u některého poskytovatele dojde k vyčerpání limitů vyplývajících z regulačních omezení, což by ohrozilo místní nebo časovou dostupnost hrazených služeb, přičemž pojišťovna je povinna tuto dostupnost zajistit (§ 40 odst. 7 ZVZP). Smyslem tohoto opatření je proto navýšit individuálním úhradovým ujednáním tyto limity tak, aby k omezení hrazených služeb nedošlo.

210. Jinak řečeno, smysl napadeného ustanovení (za podmínky jeho ústavně konformní interpretace) spočívá právě v záruce odpovídajících záruk ochrany zdraví podle čl. 31 Listiny, nikoliv v jejich popírání.

211. Rovněž tato část návrhu proto není důvodná.

VII. Závěr

212. Ze všech shora uvedených důvodů Ústavní soud podaný návrh na zrušení napadených ustanovení právních předpisů podle ustanovení § 70 odst. 2 zákona o Ústavním soudu zamítl.

213. Ústavní soud závěrem uvádí, že s ohledem na petit a odůvodnění podaného návrhu posuzoval ústavnost a zákonnost celkové koncepce právní úpravy financování poskytování zdravotní péče, jak je zakotvena v napadených ustanoveních předmětných předpisů zdravotnického práva. To, že z tohoto hlediska napadenou právní úpravu na základě předestřené argumentace navrhovatele neshledal neústavní, nicméně neznamená, že účastníci právních vztahů vzniklých na základě nyní přezkoumávané právní úpravy jsou zbaveni prostředků právní ochrany pro případ, že při výkladu a aplikaci těchto ustanovení dojde k porušení právních předpisů či k zásahu do ústavně zaručených práv a svobod. Zamítnutí návrhu proto nevylučuje, že v jiných případech a s jinou právní argumentací každé z napadených (ale i ostatních souvisejících) ustanovení napadených právních předpisů může být podrobena přezkumu Ústavním soudem. Stejně tak tento nálezný nevylučuje, že při postupu a rozhodování podle těchto ustanovení, která nyní v přezkumu ústavnosti a zákonnosti obstála, nedojde při vydávání různých aktů aplikace práva k porušení práv účastníků jimi upravených vztahů. Není proto vyloučen ani přezkum prováděný Ústavním soudem tam, kde prostředky soudní a jiné právní ochrany podle čl. 36 odst. 1 Listiny nepovedou k cíli. Ostatně, již výše na řadě míst Ústavní soud poukázal na různé možnosti, které právní úprava poskytuje k ochraně práv dotčených subjektů (srov. např. argumentace týkající se § 13, § 16 a § 40 odst. 7 ZVZP, popř. provedený výklad § 112 odst. 4 ZoZS).

P o u č e n í : Proti rozhodnutí Ústavního soudu se nelze odvolat.

V Brně dne 26. dubna 2022

Pavel Rychetský
předseda Ústavního soudu

