



ČESKÁ REPUBLIKA

NÁLEZ

Ústavního soudu

Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl v plénu složeném z předsedy soudu Josefa Baxy a soudkyň a soudců Lucie Dolanské Bányaiové, Josefa Fialy (soudce zpravodaje), Milana Hulmáka, Veroniky Křest'ánové, Zdeňka Kühna, Tomáše Langáška, Jiřího Přibáně, Kateřiny Ronovské, Dity Řepkové, Jana Svatoně, Pavla Šámala, Jana Wintra a Daniely Zemanové o návrhu **skupiny senátorů Senátu Parlamentu**, zastoupené JUDr. Martinem Slobodníkem, Ph.D., LL.M., advokátem, sídlem U Rybníčku 553, Prachatice, na zrušení přílohy č. 1 a přílohy č. 10 vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025, za účasti **Ministerstva zdravotnictví**, jako účastníka řízení, takto:

Návrh se zamítá.

Odůvodnění

I.

Předmět řízení

1. Ústavnímu soudu byl doručen návrh skupiny 31 senátorů Senátu Parlamentu (dále jen „navrhovatelka“) podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) a § 64 odst. 2 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu (dále jen „zákon o Ústavním soudu“), na zrušení přílohy č. 1 a přílohy č. 10 vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025 (dále jen „úhradová vyhláška“). V petitu návrhu označuje navrhovatelka tuto úhradovou vyhlášku jako „*vyhlášku č. 314/2023 Sb.*“, z titulní strany návrhu, přiložené

podpisové listiny i argumentace je však patrné, že jde o zjevnou písařskou chybu, a že navrhovatelka bezpochyby napadá úhradovou vyhlášku platnou a účinnou pro rok 2025.

2. Předmětem úpravy napadené přílohy č. 1 úhradové vyhlášky je stanovení hodnot bodů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 5 téže vyhlášky, dopadající na služby poskytované poskytovateli lůžkové péče (§ 5 odst. 1), a to včetně (§ 5 odst. 2) následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče nebo zvláštní lůžkové péče, jakož i zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Tato příloha zakotvuje při stanovení i) výše úhrady vyčleněné z paušální úhrady (bod 4.2, $KC_{CE,i}$), ii) výše úhrady formou případového paušálu (bod 5.2, $KC_{BFG,i}$), a dále iii) výše úhrady hrazených služeb poskytnutých zahraničním pojištěncům, jakož i v případě, kdy poskytovatel poskytne v referenčním období nebo hodnoceném období hrazené služby v rámci 50 a méně případů hospitalizací pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny (bod 6., $KC_{BCEFG,i}$), mimo jiné pro některé skupiny diagnóz ve vybraných částech přílohy č. 10 tzv. koeficient centralizace péče. Především tento koeficient považuje navrhovatelka za neústavní.

3. Příloha č. 10 úhradové vyhlášky, rozdělená do částí „A“ až „H“, vymezuje v tabulkách jednotlivé CZ-DRG skupiny (*Diagnosis Related Groups*) představující – zjednodušeně vyjádřeno – utřídění jednotlivých vzájemně klinicky i ekonomicky obdobných hospitalizačních případů, jejich relativní váhu a u některých skupin v částech „E“ až „G“ také hodnotu tzv. koeficientu centralizace a specifikaci druhu centra vysoce specializované péče (a intermediární péče v perinatologii), k němuž se tento koeficient centralizace váže. Tato příloha nedopadá, na rozdíl od přílohy č. 1, na hrazení služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, dlouhodobé lůžkové péče, sociálně-zdravotní lůžkové péče, zvláštní lůžkové péče ani zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění (§ 5 odst. 2 úhradové vyhlášky *a contrario*).

II.

Argumentace navrhovatelky

4. Navrhovatelka namítá, že úhradová vyhláška, resp. její příloha č. 1 a příloha č. 10, jsou v rozporu s právem vlastnit majetek podle čl. 11 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“), právem svobodně podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, právem na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny, právem na ochranu zdraví a právem občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny, jakož i s čl. 1, čl. 2 odst. 2, čl. 4 odst. 4 Listiny a čl. 1 odst. 1, čl. 2 odst. 3, čl. 8, čl. 10, čl. 79 odst. 3 a čl. 101 odst. 4 Ústavy. Navrhovatelka dále odkazuje na čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech a na čl. 11 Evropské sociální charty, s nimiž má být úhradová vyhláška v rozporu.

5. Těžištěm navrhovatelčiny argumentace je tvrzení, že úhradová vyhláška v důsledku zakotvení tzv. koeficientu centralizace zavádí diskriminační rozdíly v úhradách za shodné služby. Koeficient centralizace totiž poskytovatelům se statutem centra vysoce

specializované péče navyšuje úhrady o 5 %, zatímco jiným poskytovatelům, kteří tento statut nemají, úhrady za tytéž diagnózy snižuje v některých případech až na 50 %. Rozdíly ve výši úhrady přitom nejsou odůvodněny kvalitou péče ani reálnými náklady, přičemž nemají oporu v zákonu o veřejném zdravotním pojištění. Již z toho důvodu by měl podle navrhovatelky Ústavní soud přistoupit ke zrušení napadených příloh úhradové vyhlášky, neboť nerespektují podmínky pro vydání podzákonného právního předpisu. Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“) se úhradovou vyhláškou „*pokouší realizovat tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb*“, což mu zjevně nepřísluší. Pokud chce stát provést centralizaci sítě poskytovatelů, musí tak učinit cestou zákonné úpravy. Použití vyhlášky k tomuto účelu je v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy. Případný zájem na centralizaci zdravotní péče nadto nelze odůvodnit odepřením úhrady těm poskytovatelům, kteří poskytují shodné hrazené služby jako centra vysoce specializované péče.

6. Ministerstvo prostřednictvím úhradové vyhlášky diskriminuje menší a regionální poskytovatele zdravotních služeb tím, že zavádí odlišné úhrady za shodné výkony na základě statutu poskytovatele. Především zavedení tzv. koeficientu centralizace a nákladových modifikátorů nepřiměřeně zvýhodňuje velká centra, zatímco menší nemocnice dostávají úhrady, které neodpovídají reálným nákladům na péči. Koeficient centralizace je navyšován indexem 1,05 u těch poskytovatelů, kteří mají statut centra vysoce specializované péče, naproti tomu u ostatních poskytovatelů je ponížen indexem 0,9, případně 0,75 nebo dokonce 0,5. Navrhovatelka tvrdí, že v důsledku existence koeficientu centralizace dochází při shodné diagnóze v některých případech k rozdílům v úhradách až o 149 %, což nelze odůvodnit objektivními důvody. V té souvislosti poukazuje na konkrétní případy léčby diagnóz jako je srdeční selhání či hypertenze. Úhradová vyhláška nezajišťuje – především menším poskytovatelům – úhrady, které by pokryly jejich nezbytné náklady, což zasahuje do práva na svobodné podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Navrhovatelka v této souvislosti odkazuje na odůvodnění úhradové vyhlášky, podle níž ministerstvo počítá s tím, že z veřejného zdravotního pojištění bude hrazeno jen 95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči. Poskytovatelé zdravotních služeb jsou tak nuceni poskytovat péči pod úrovní reálných nákladů, a tedy bez možnosti dosáhnout jejich návratnosti, natož pak přiměřeného zisku. Způsob provedení úhradové vyhlášky proto navrhovatelka považuje za „*systémovou vadu*“, která vědomě prohlubuje rozdíly mezi poskytovateli zdravotních služeb.

7. V důsledku zakotvení koeficientu centralizace podle navrhovatelky vznikají dvě kategorie pojištěnců. První, kteří obdrží péči plně hrazenou, pokud ji čerpají v nemocnici s centrem vysoce specializované péče, a druzí čerpající stejnou péči v zařízení, kde je úhrada záměrně krácena. Důsledkem sice není povinnost doplatku pojištěnce, avšak podfinancování nemocnic nemajících statut centra vysoce specializované péče povede k omezení dostupnosti péče a k porušení rovnosti pojištěnců. Systém veřejného zdravotního pojištění má zajistit, aby všichni pojištěnci měli rovný přístup ke hrazené péči v odpovídající kvalitě. Napadená úprava však vede k tomu, že regionálním poskytovatelům není hrazena ani plná výše nezbytných nákladů, což v konečném důsledku omezuje dostupnost péče a poškozují pojištěnce, kteří se na tyto poskytovatele obracejí. Navrhovatelka je toho názoru, že právo pojištěnce na zdravotní služby odpovídající čl. 31 Listiny je zajištěno jen tehdy, pokud stát skutečně a účinně garantuje úhradu poskytovatelům zdravotních služeb v rozsahu hrazené péče, resp. nákladů na ni. Zásah do práva na ochranu zdraví a práva občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě

veřejného pojištění podle čl. 31 Listiny se projeví zejména v regionální nedostupnosti poskytovatelů, kteří z ekonomických zákonitostí takto nedostatečně uhrazenou péči přestanou poskytovat.

8. Napadené části úhradové vyhlášky mají podle navrhovatelky také dopady na výkon samosprávy. Regionální nemocnice jsou zpravidla zřizovány kraji či obcemi, které mají povinnost zajistit dostupnou zdravotní péči na svém území. Pokud jsou tyto nemocnice systematicky znevýhodňovány, zasahuje to do možnosti krajů a obcí naplňovat jejich ústavně chráněné právo na samosprávu, garantované čl. 8 a čl. 101 odst. 4 Ústavy. Nedostatečné úhrady se promítají i do práv zaměstnanců. Podle čl. 28 Listiny mají právo na spravedlivou odměnu za práci, pokud však poskytovatelé nedostávají úhrady odpovídající nákladům, nemohou tento nárok reálně naplnit. Nižší mzdová úroveň v regionálních nemocnicích způsobuje odchody kvalifikovaného zdravotnického personálu do zvýhodněných zařízení, což dále ohrožuje dostupnost péče.

9. Navrhovatelka zdůrazňuje, že úhradová vyhláška byla vydána svévolně a bez objektivních podkladů. Ministerstvo má přitom k dispozici data z referenčních nemocnic, která by umožnila spravedlivější nastavení úhrad, avšak tato data nebyla využita. Naopak, úhradová vyhláška vědomě počítá s tím, že z veřejného zdravotního pojištění bude v roce 2025 uhrazeno pouze 95 % nákladů akutní lůžkové péče (viz bod 6. výše). Podle navrhovatelky vede úhradová vyhláška k destabilizaci celého systému veřejného zdravotního pojištění. Zvýhodňuje fakultní nemocnice a větší nemocniční centra, která pokrývají přibližně třetinu případů akutní lůžkové péče, zatímco regionální a menší nemocnice, zajišťující dvě třetiny této péče, jsou systematicky podfinancovány. V důsledku toho regionální nemocnice nemohou zajistit odpovídající rozsah péče, hrozí omezení jejich činnosti a odliv personálu. Tento stav podle navrhovatelky ohrožuje nejen samotné poskytovatele, ale především dostupnost zdravotní péče pro pojištěnce v celé České republice.

III.

Procesní předpoklady řízení před Ústavním soudem

10. Ústavní soud posoudil procesní předpoklady řízení a shledal, že návrh byl podán k tomu oprávněnou navrhovatelkou [§ 64 odst. 2 písm. b) zákona o Ústavním soudu]. Ústavní soud neshledal žádný důvod nepřipustnosti návrhu podle § 66 téhož zákona a konstatuje, že je podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy příslušný k projednání návrhu, který splňuje všechny zákonem stanovené formální náležitosti.

IV.

Průběh řízení před Ústavním soudem

11. Ústavní soud podle § 69 zákona o Ústavním soudu zaslal návrh ministerstvu, které má jako orgán veřejné moci, jenž jiný právní předpis vydal, postavení účastníka řízení, a dále veřejnému ochránci práv, který je oprávněn vstoupit do řízení jako vedlejší účastník.

IV./a
Vyjádření ministerstva

12. Ministerstvo považuje návrh na zrušení příloh č. 1 a č. 10 úhradové vyhlášky za nedůvodný. V obsáhlém vyjádření zpochybňuje argumentaci navrhovatelky, přičemž zdůrazňuje, že koeficienty centralizace reagují na vědecky podložené poznatky, podle nichž centralizace péče vede u vysoce specializovaných zákroků k lepším výsledkům léčby, v některých případech navíc při současném snížení zdrojů vynaložených na tuto léčbu. Odkazuje přitom na několik vědeckých studií a doporučení (str. 5. až 6. vyjádření). Smyslem koeficientu centralizace je přesun péče na pracoviště se statutem centra vysoce specializované péče za účelem dosažení vyšší kvality a v některých případech i efektivity vynakládání zdrojů. Vedle toho rozporuje tvrzení navrhovatelky, že by v centrech vysoce specializované péče na straně jedné a u ostatních poskytovatelů na straně druhé šlo o poskytování péče za stejných podmínek. Poskytovatel vysoce specializované péče musí k získání statutu splnit celou řadu podmínek, které poskytovatel bez tohoto statutu plnit nemusí, což lze ověřit i v jednotlivých výzvách k udělení statutu centra, zveřejňovaných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Kromě minimálního počtu definovaných zákroků za stanovené časové období (zákroků, u nichž jsou úhrady koeficienty centralizace ovlivněny) jde i o nadstandardní požadavky na personál a věcné a technické zabezpečení, a to nad rámec právními předpisy stanovených minimálních požadavků pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V některých případech jsou nadto ještě nastavené podmínky pro dostupnost navazující péče, které poskytovatelé bez statutu centra vysoce specializované péče plnit nemusí.

13. Vzhledem k vícezdrojovému financování zdravotní péče je chybný předpoklad navrhovatelky, že veškeré započtené náklady má financovat systém veřejného zdravotního pojištění. Z odůvodnění úhradové vyhlášky, na které poukazuje navrhovatelka, nelze dovodit, že nemocnice budou na akutní lůžkové péči ve ztrátě 5 %. Podle ministerstva je podstatná ta část odůvodnění úhradové vyhlášky, podle níž by se celková meziroční finanční situace nemocnic neměla zhoršovat. Zpochybňuje tvrzení, že výše úhrad stanovená úhradovou vyhláškou nepokrývá ani náklady (především menších) nemocnic na péči. Na datech o hospodářských výsledcích regionálních nemocnic reportovaných nemocnicemi Ústavu zdravotnických informací a statistiky (dále jen „ÚZIS“) lze doložit, že podíl malých nemocnic ve ztrátě je relativně nízký a postupně se snižuje; v roce 2019 dosahoval podíl regionálních nemocnic ve ztrátě 14,29 %, v roce 2023 šlo o 9,52 %. Chtějí-li menší nemocnice, aby měl stát podrobnější představu o jejich skutečných nákladech, mohou se ve větší míře zapojit do referenční sítě poskytovatelů CZ-DRG, neboť nákladová sazba je kalkulována právě z dat této referenční sítě zahrnující jen asi polovinu hospitalizačních případů akutní lůžkové péče.

14. Ministerstvo dále zdůraznilo, že na datech z referenční sítě poskytovatelů zpracovalo analýzu nákladovosti nemocnic podle jejich velikosti. Poměr nákladů referenčních nemocnic typu 1 (fakultní, velké krajské a specializované nemocnice) vůči nákladům referenčních nemocnic typu 2 (ostatní nemocnice) na jednotku relativní váhy ukazuje, že náklad nemocnic prvního typu je na jednotku relativní váhy o 23,3 % vyšší. Tento výsledek přesvědčivě dokazuje, že velikost nemocnic navyšuje náklady na jednotku relativní váhy poskytované péče a odůvodňuje rozdíly individuálních základních sazeb. Koeficienty centralizace přitom představují motivační prvek pro právními předpisy předpokládanou, transparentně a dlouhodobě komunikovanou centralizaci vybrané péče

za účelem odbornou literaturou doloženého zlepšování její kvality a výsledků pro pojištěnce. Individuální základní sazby pak představují způsob, jak zohlednit odlišné náklady různých zařízení na péči zařazenou do stejných CZ-DRG skupin (nicméně nikoliv za stejnou péči). Pokud by ministerstvo vybralo nejpatrnější možný případ z hlediska kombinace různých CZ-DRG skupin a typů nemocnic, rozdíl v průměrné nákladnosti „srdečního selhání“ je mezi nemocnicí typu 1 a typu 2 až 413 %. U „hypertenze“ by obdobně kalkulovaný rozdíl v průměrné nákladnosti činil až 241 %. Rozdílná výše individuálních základních sazeb je tedy v nejobecnější rovině odůvodněna tím, že v oblastech péče, v nichž ji lze dovést zpětně nebo v nichž se podle ní hradí, není péče zařazená ve stejné CZ-DRG skupině mezi různými poskytovateli dostatečně nákladově, klinicky a kvalitativně homogenní, nejde tedy o stejnou péči poskytovanou za stejných podmínek. Fakticky platí, že nejmenší (regionální) nemocnice jsou v průměru méně specializované a poskytují v průměru méně komplikovanou péči než větší nemocnice nebo jednotky vysoce specializovaných nemocnic jako je například Institut klinické a experimentální medicíny. Byť lze v teoretické rovině sjednotit úhrady pro všechny nemocnice a věřit, že malé a střední nemocnice budou poskytovat péči na stejné úrovni specializace jako nemocnice velké a specializované, vzhledem k celkovým finančním možnostem systému je ministerstvo přesvědčeno, že by to fakticky vedlo pouze k přeplácení malých nemocnic, zatímco specializované nemocnice by musely omezit nejspecializovanější péči, neboť by na ni nebyl odpovídající objem prostředků, nebo by musely být dofinancovány provozními dotacemi.

15. Argumentaci navrhovatelky o porušení práva pojištěnců na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny považuje ministerstvo za nerelevantní. Pojištěnec může své právo využít u poskytovatele podle svého výběru bez regionálních omezení, protože již mnoho let neplatí spádová příslušnost pojištěnců do zdravotnických zařízení. I pokud pojištěnec nebude své právo moci využít u jednoho poskytovatele, například u nejbližší regionální nemocnice, může ho využít u kteréhokoli z jiných poskytovatelů, včetně těch se statutem centra vysoce specializované péče. Skutečnost, že to může znamenat zvýšení vzdálenosti mezi nemocnicí a bydlištěm pojištěnce, sama o sobě nepostačuje k dovození narušení práva pojištěnce na bezplatnou zdravotní péči, tím spíše, pokud by se zvolený poskytovatel nacházel v dojezdové vzdálenosti podle nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Při udělování statutu centra vysoce specializované péče se nadto ministerstvo vždy snaží přihlížet i ke geografickému rozložení těchto poskytovatelů. Nelze se přitom ztotožnit ani s argumentací navrhovatelky, že napadené přílohy úhradové vyhlášky zasahují do práva územních samosprávních celků na samosprávu. Úhradová vyhláška stanoví úhrady za péči na základě racionální úvahy založené na objektivních skutečnostech a do majetkové sféry územních samospráv přímo nezasahuje. Zákon nepočítá s žádnou účastí orgánů územních samosprávních celků na procesu vydávání úhradové vyhlášky nad rámec možnosti jejího ovlivnění politickými prostředky.

IV./b

Replika navrhovatelky

16. Ústavní soud zaslal vyjádření ministerstva navrhovatelce na vědomí a k případné replice. Navrhovatelka této možnosti využila a v replice uvedla, že vyjádření ministerstva je založeno na vnitřně rozporných a účelových tvrzeních, která nevyvrací podstatu jejího

návrhu. Argumentace, že systém počítá s pokrytím nákladů poskytovatelů zdravotní péče z jiných zdrojů, než je veřejné zdravotní pojištění, zejména z dotací, je podle navrhovatelky v přímém rozporu s čl. 31 Listiny. Ministerstvo dále ignoruje skutečnost, že přiznaná úhrada ve výši přibližně 95 % nákladů se týká pouze menší části péče hrazené formou případového paušálu. U ostatních, historicky podfinancovaných, segmentů péče je reálná úhrada nákladů ještě výrazně nižší. Kvantifikuje-li ministerstvo ve vyjádření, že náklady nemocnic typu 1 jsou o 23,3 % vyšší než náklady menších nemocnic typu 2, přiznává tím, že úhradovou vyhláškou „konzervuje a odměňuje“ historicky vzniklou a zjevně nižší efektivitu velkých nemocnic. Takový systém přitom popírá smysl volné soutěže a je v rozporu s právem svobodně podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Ministerstvo se nezabývá zjišťováním skutečných a oprávněných nákladů na poskytnutou péči, ale pouze mechanicky valorizuje historické nespravedlnosti. Podfinancování regionálních nemocnic se dále přímo promítá do jejich konkurenceschopnosti na trhu práce a zasahuje do samotné podstaty práva na ochranu zdraví podle čl. 31 Listiny.

IV./c

Sdělení veřejného ochránce práv

17. Veřejný ochránce práv sdělil Ústavnímu soudu, že svého práva podle § 69 odst. 3 zákona o Ústavním soudu nevyužije a do řízení jako vedlejší účastník nevstoupí.

IV./d

Ústní jednání

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

V.

Věcné posouzení návrhu

V./a

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

19. Úhradová vyhláška je podzákonným právním předpisem vydaným ministerstvem, představující tzv. jiný právní předpis podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy a § 64 odst. 2 zákona o Ústavním soudu. U přezkumu jiných právních předpisů Ústavní soud postupuje [nepočítaje obecně závazné vyhlášky obcí a krajů – viz nález ze dne 22. 3. 2005 sp. zn. Pl. ÚS 63/04 (N 61/36 SbNU 663; 210/2005 Sb.)] podle třístupňového algoritmu. Nejprve zkoumá, zda podzákonný právní předpis vydal orgán veřejné moci, který k tomu měl pravomoc, a zda tak učinil ústavně souladným způsobem, a v návaznosti na to Ústavní soud posoudí, zda byl právní předpis vydán v mezích zákonného zmocnění (tj. zda orgán veřejné moci nepostupoval *ultra vires*), až závěrem pak posuzuje samotný hmotněprávní obsah právní regulace [viz např. nálezy ze dne 25. 3. 2014 sp. zn. Pl. ÚS 43/13 (N 39/72 SbNU 439; 77/2014 Sb.) nebo ze dne 8. 11. 2023 sp. zn. Pl. ÚS 23/22 (432/2023 Sb.)]. Aby napadená vyhláška obstála, nesmí ani v jednom z těchto kroků vykazovat takové nedostatky, které se ocitají svou povahou v rozporu

s ústavním pořádkem, případně zákonem. Tuto pomyslnou hranici přitom nelze zcela přesně objektivizovat určením konkrétního měřítka, ale naopak je třeba ji hledat vždy s přihlédnutím ke všem relevantním okolnostem souvisejícím s napadenou právní úpravou [srov. nálezy ze dne 11. 8. 2015 sp. zn. Pl. ÚS 1/15 (N 136/78 SbNU 127; 231/2015 Sb.)].

20. Ústava v čl. 79 odst. 3 svěřuje ministerstvům a jiným správním úřadům pravomoc k vydávání podzákonných právních předpisů, k jejíž realizaci však může dojít jen na základě a v mezích zákona, jsou-li k tomu zákonem zmocněny. Uvedené ustanovení je třeba vykládat restriktivně v tom smyslu, že zmocnění musí být konkrétní, jednoznačné a jasné [srov. nálezy ze dne 21. 6. 2000 sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 (N 93/18 SbNU 287; 231/2000 Sb.) a sp. zn. Pl. ÚS 43/13]. Úhradová vyhláška, jejíž součástí jsou obě napadené přílohy, byla vydána na základě zákonného zmocnění obsaženého v § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Z něj vyplývá, že stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení, má být primárně výsledkem dohody zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. V případě dohody mezi těmito subjekty, a za předpokladu souladu této dohody s právními předpisy a veřejným zájmem, ministerstvo vydá dohodnuté regulativy formou vyhlášky. Pokud k dohodě v rámci dohodovacího řízení nedojde, popř. je-li dohoda v rozporu s právními předpisy nebo veřejným pořádkem, stanoví ministerstvo hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení samo vyhláškou.

21. Ústavní soud hodnotí § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění jako dostatečně konkrétní a jasné zákonné zmocnění pro stanovení regulativů upravených v příloze č. 1 a příloze č. 10 úhradové vyhlášky, a to včetně stanovení výše tzv. koeficientu centralizace, který se promítá do vzorců pro výpočet výše jednotlivých úhrad (viz následující bod). Z odůvodnění úhradové vyhlášky se dále podává, že dohodovací řízení k úhradám na rok 2025 probíhalo v období od 29. 1. 2024 do 20. 6. 2024, přičemž jeho účastníci dospěli k dohodě pouze ve 3 segmentech z celkového počtu 14 segmentů [k významu dohodovacího řízení pro využití zmocnění a závaznosti eventuální dohody srov. nálezy ze dne 9. 2. 2010 sp. zn. Pl. ÚS 6/07 (N 20/56 SbNU 207; 66/2010 Sb.)]. Údaje o průběhu dohodovacího řízení navrhovatelka nezpochybňuje a nic ani nenasvědčuje tomu, že by se dohodovací řízení nekonalo nebo uskutečnilo v rozporu s § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Úhradová vyhláška byla vydána ministerstvem a vyhlášena ve Sbírce zákonů a mezinárodních smluv pod č. 314/2024 Sb.

22. Jde-li o posouzení, zda byla úhradová vyhláška vydána v mezích zákonného zmocnění, tak příslušné zmocňovací ustanovení nevymezuje, co přesně se rozumí hodnotou bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačního omezení. Jak nicméně uvedl Ústavní soud v nálezu ze dne 22. 10. 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.), „pojem výše úhrad je širší a pravomoc k jejich stanovení bez dalšího zahrnuje i stanovení hodnoty bodu a regulačních omezení, jež jsou v podstatě toliko prostředky k jejímu určení. Tím, že je zákonodárce přesto považoval za potřebné výslovně zmínit, dal najevo především svou představu o způsobu výpočtu těchto úhrad, který sice má být založen na tzv. bodovém systému, a tedy výše úhrad se v něm má odvíjet od počtu bodů za jednotlivé zdravotní výkony, avšak s možností jejich celkového

omezení, které by současně zohledňovalo i jiné skutečnosti relevantní zejména z hlediska stability systému zdravotnictví. S ohledem na poslední větu § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění je zřejmé, že toto zmocnění zahrnuje i možnost stanovení způsobu úhrad...“ (bod 41. odůvodnění). Ústavní soud je toho názoru, že ministerstvo nepostupovalo *ultra vires* (srov. bod 19. výše), a to ani při zakotvení tzv. koeficientu centralizace v napadených přílohách, jak namítá navrhovatelka. Koeficient centralizace byl bezpochyby stanoven v mezích věcné působnosti (zmocnění) podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, přičemž jde pouze o jeden z mnoha parametrů, od něhož se odvíjí výše úhrad. Samotná úhradová vyhláška přitom nezakládá regulaci center vysoce specializované péče, která je obsažena především v § 112 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. Zakotvení koeficientu centralizace, který – a v tomto lze s navrhovatelkou souhlasit – finančně zvýhodňuje poskytovatele se statutu centra vysoce specializované péče při výpočtu výše úhrad (tj. v oblasti, která má být podle výše uvedeného zmocňovacího ustanovení regulována vyhláškou), nelze ztotožňovat ani s právní úpravou, kterou Ústavní soud posuzoval v nálezu ze dne 13. 12. 2016 sp. zn. Pl. ÚS 19/16 (N 237/83 SbNU 677; 8/2017 Sb.). V ní zrušil část úhradové vyhlášky z toho důvodu, že regulovala rovněž úhradu zdravotních služeb poskytovaných zařízeními pobytových sociálních služeb, k čemuž však zákon o veřejném zdravotním pojištění ministerstvo nezmocňoval.

23. Ústavní soud proto dospěl k závěru, že úhradová vyhláška, jejíž součástí jsou i obě napadené přílohy, byla přijata a vyhlášena v souladu se zákonem, resp. na základě zákona a v jeho mezích stanovených § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

V./b

*Posouzení porušení práva na svobodné podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny
a akcesorické rovnosti podle čl. 3 odst. 1 Listiny*

24. Úhradová vyhláška je jedním z nástrojů, kterými stát zajišťuje naplňování práva na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny ve spojení s čl. 12 odst. 1 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Úhradová vyhláška vydaná na základě § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění má současně povahu cenové regulace (nálezy sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 48. odůvodnění), která zasahuje do práva na podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny, jehož se lze nicméně domáhat pouze v mezích zákonů provádějících toto právo (čl. 41 odst. 1 Listiny). Navrhovatelka přitom namítá neústavní porušení práva svobodně podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Ústavní soud při posouzení ústavnosti právní úpravy s právem podnikat, které je Listinou systematicky řazeno do hlavy čtvrté (hospodářská, sociální a kulturní práva), postupuje podle testu racionality [srov. nálezy ze dne 5. 10. 2006 sp. zn. Pl. ÚS 61/04 (N 181/43 SbNU 57; 16/2007 Sb.), ze dne 24. 4. 2012 sp. zn. Pl. ÚS 54/10 (N 84/65 SbNU 121; 186/2012 Sb.), nebo sp. zn. Pl. ÚS 19/13], sestávajícího se z následujících čtyř kroků: (1) vymezení esenciálního obsahu příslušného práva, (2) zhodnocení, zda se právní předpis (ne)dotýká samotné existence tohoto práva, (3) posouzení, zda právní úprava sleduje legitimní cíl (zákaz svévole), a (4) posouzení, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší. Dospěje-li přitom Ústavní soud při druhém kroku tohoto testu k závěru, že napadená úprava zasahuje do esenciálního obsahu práva na svobodné

podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny, posoudí přípustnost takového zásahu podle „přísnějšího“ testu proporcionality, jako testu tří kroků spočívajících v posouzení legitimacy a nezbytnosti sledovaného cíle v demokratické společnosti, v posouzení racionality spojení mezi cílem a prostředky vybranými k jeho prosazení a konečně v posouzení toho, zda neexistují alternativní způsoby dosažení cíle, jejichž využití by učinilo zásah do základního práva méně intenzivní, popř. jej zcela vyloučilo [viz např. náleze ze dne 13. 5. 2014 sp. zn. Pl. ÚS 44/13 (N 90/73 SbNU 497; 130/2014 Sb.)].

25. K esenciálnímu obsahu práva podle čl. 26 odst. 1 Listiny Ústavní soud již v nálezu ze dne 8. 12. 2015 sp. zn. Pl. ÚS 5/15 (N 204/79 SbNU 313; 15/2016 Sb.), kterým zamítl návrh na zrušení úhradové vyhlášky pro rok 2015, vymezil, že podstatou a smyslem základního práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny je svoboda vykonávat určitou výdělečnou činnost samostatně na vlastní účet a odpovědnost za účelem dosažení zisku.

26. Napadené přílohy úhradové vyhlášky se jádra práva na svobodné podnikání podle čl. 26 odst. 1 Listiny zjevně nedotýkají. Byť navrhovatelka zásah do samotné podstaty tohoto práva namítla, žádné tvrzené okolnosti nenaznačují, že by k takovému zásahu mohlo dojít, a proto ani Ústavní soud neprovedl navržené důkazy, jelikož tvrzení, která jimi měla být prokázána, nemohou vyvrátit dále přijaté závěry. Navrhovatelka zpochybňuje především koeficient centralizace, který podle ní prohloubí hospodářské ztráty zejména menších nemocnic. V souvislosti s tím je však potřeba zdůraznit, že koeficient centralizace je stanoven toliko u vybraných DRG skupin v částech „E“ až „G“ přílohy č. 10 úhradové vyhlášky, u nichž jsou finančně zvýhodněni poskytovatelé se statutem centra vysoce specializované péče, kteří musí splňovat vyšší personální i technické požadavky než poskytovatelé bez tohoto statutu (viz níže bod 30.). Pro DRG skupiny vymezené v částech „A“ až „D“, jakož i v části „H“, se pak koeficient centralizace nepoužije vůbec. Již vzhledem k tomu, že u drtivé většiny DRG skupin není koeficient centralizace zaveden, nelze přisvědčit argumentaci navrhovatelky, že by napadenými přílohami úhradové vyhlášky došlo k faktickému znemožnění práva nemocnic bez statutu centra vysoce specializované péče na podnikání. Výši případného hospodářského zisku nebo ztráty totiž zjevně nelze posuzovat z pohledu několika vybraných diagnóz – například srdečního selhání a hypertenze, u nichž navrhovatelka namítá, že výše úhrady nepokryjí ani náklady menších nemocnic na léčbu – nýbrž v kontextu všech DRG skupin a celkových ekonomických ukazatelů příslušných poskytovatelů. Navrhovatelka kvalifikovaně nepopírá, že podle dat ÚZIS, na která se ministerstvo odvolalo ve vyjádření (viz bod 13. výše), je ve ztrátě zhruba „jen“ desetina regionálních nemocnic, přičemž procento regionálních nemocnic ve ztrátě se každoročně snižuje. V posuzované věci lze přitom plně odkázat na závěry, k nimž dospěl Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15, v němž posuzoval mimo jiné tzv. koeficient přechodu pojištěnců v úhradové vyhlášce pro rok 2015. V tomto nálezu zdůraznil, že „stanovený způsob výpočtu výše úhrad nevylučuje, že někteří poskytovatelé zdravotních služeb budou (případně i po dobu více let) hospodařit se ztrátou, ani tato skutečnost se však sama o sobě nedotýká podstaty a smyslu práva podnikat. Každý poskytovatel musí především sám usilovat o to, aby byla jeho činnost co nejefektivnější a aby mu při ní nevznikaly zbytečné náklady. I kdyby se přitom ukázalo, že někteří poskytovatelé vzhledem ke konkrétním podmínkám v místě svého podnikání za současného nastavení výše úhrad fakticky nemohou dosáhnout zisk, v rovině uvedeného práva by šlo o důsledek

jejich vlastního rozhodnutí ohledně způsobu a místa podnikání a s ním spojeného podnikatelského rizika“.

27. Namítá-li navrhovatelka, že ministerstvo v odůvodnění úhradové vyhlášky počítá s tím, že z veřejného zdravotního pojištění bude hrazeno „pouze“ 95 % nákladů akutní lůžkové péče, což nuceně povede k hospodářské ztrátě poskytovatelů (bod 6. výše), dopouští se podle Ústavního soudu nepřesného výkladu příslušné části odůvodnění úhradové vyhlášky. Ta totiž uvádí, že *„poměr centrální základní sazby vůči nákladové základní sazbě (používané pro normování relativních vah CZ-DRG, která činí 85 027 Kč pro rok 2025) pro rok 2025 bude činit 95,3 %, což je nárůst proti poměru 91,9 % v roce 2024. Z toho plyne, že již 95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči bude v roce 2025 hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a celková finanční situace nemocnic by se meziročně neměla zhoršovat“*. Jinými slovy, zvyšuje-li se poměrový ukazatel z 91,9 % v roce 2024 na předpokládaných 95,3 % v roce 2025, nelze hovořit o prohlubování ztrátovosti poskytovatelů lůžkové péče. Jak uvedl Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, zakotvení výše uvedeného poměru pod 100 % nelze považovat za neústavní, neboť „konkrétní nastavení výše úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění závisí především na politickém rozhodnutí, k němuž je v rámci své zákonodárné kompetence příslušný Parlament a v rozsahu a mezích jím přijatého zákonného zmocnění také Ministerstvo zdravotnictví... Pro závěr o tom, že byla takovýmto snížením dotčena podstata a smysl práva podnikat, by přitom nepostačovalo pouhé zjištění, že se pro jednotlivé poskytovatele ztížily podmínky pro dosažení zisku, nebo že se dokonce snížil počet poskytovatelů. Musela by reálně vzniknout situace, kdy stát na jedné straně formálně umožňuje podnikání v určité oblasti, na straně druhé však pro něj stanoví takové podmínky, které fakticky vylučují jeho smysl“. K tomu však podle Ústavního soudu přijetím úhradové vyhlášky pro rok 2025 nedošlo.

28. V dalším kroku Ústavní soud posoudil, zda napadené přílohy úhradové vyhlášky (zejména pak navrhovatelkou zpochybňovaný koeficient centralizace) sledují legitimní cíl, resp. zda ministerstvo nepostupuje svévolně a diskriminačně vůči vybrané skupině poskytovatelů, jak tvrdí navrhovatelka. Ústavní soud přisvědčil tvrzení ministerstva, které poukazuje na to, že zakotvení koeficientu centralizace reaguje na vědecké poznatky a empirická data o lepších výsledcích léčby (převážně) u vysoce specializovaných zákroků. Snahu o zlepšení kvality poskytované péče prostřednictvím finanční motivace k „centralizaci“ léčby některých vybraných diagnóz považuje Ústavní soud za legitimní cíl, který je prostý prvků svévole. Navrhovatelka svou argumentací fakticky zpochybňuje samotnou centralizaci vybrané zdravotní péče. K ní přitom dochází již zavedením center vysoce specializované péče v § 112 a 113 zákona o zdravotních službách. Posouzení ústavnosti těchto zákonných ustanovení již bylo předmětem řízení u Ústavního soudu, který nálezem ze dne 26. 4. 2022 sp. zn. Pl. ÚS 49/18 (N 51/111 SbNU 260; 171/2022 Sb.) zamítl návrh na jejich zrušení. Ústavní soud v tomto nálezu označil za legitimní potřebu centralizace určitých výkonů, přičemž poukázal na to, že k tomu, aby si zdravotnický tým udržel svou odpovídající a vysoce specifickou kompetenci, potřebuje také určitý objem výkonů, který teprve zaručí dostatečnou odbornost jejich práce. Skutečnost, že jsou centra vysoce specializované péče úhradovou vyhláškou v některých případech jistým způsobem (skrže koeficient centralizace) finančně zvýhodněna oproti jiným poskytovatelům, pak není v rozporu s legitimním cílem v podobě zvýšení kvality péče právě prostřednictvím zákonem předvídané centralizace.

29. Při posouzení namítané diskriminace části poskytovatelů vyšel Ústavní soud ze své konstantní judikatury týkající se principu rovnosti a podmínek nerovného zacházení s různými skupinami nebo kategoriemi osob. Podle ní je rovnost kategorií relativní, k jejímuž porušení je třeba, aby se s různými subjekty, které se nacházejí ve stejné nebo srovnatelné situaci, zacházelo rozdílným způsobem, aniž by pro takový přístup existovaly objektivní a rozumné důvody [nález ze dne 15. 3. 2016 sp. zn. Pl. ÚS 30/15 (N 42/80 SbNU 517; 239/2016 Sb.)]. Na tomto místě Ústavní soud pouze stručně uvádí, že k rozlišení akcesorické a neakcesorické rovnosti se blíže vyjádřil již v nálezu ze dne 28. 3. 2006 sp. zn. Pl. ÚS 42/03 (N 72/40 SbNU 703; 280/2006 Sb.), v němž akcesorickou rovnost vymezil jako rovnost ve vztahu k jinému základnímu právu nebo svobodě, kdežto rovnost neakcesorickou jako všeobecnou rovnost před zákonem. Z toho důvodu se Ústavní soud zaměřil na to, zda napadené přílohy úhradové vyhlášky nezasahují do akcesorické rovnosti poskytovatelů bez statutu centra vysoce specializované péče. Pro závěr o přímé diskriminaci části poskytovatelů zdravotnické péče, kterou navrhovatelka namítá, vychází Ústavní soud zpravidla z testu formulovaného zejména v nálezech ze dne 28. 1. 2014 sp. zn. Pl. ÚS 49/10 (N 10/72 SbNU 111; 44/2014 Sb.) a ze dne 10. 7. 2014 sp. zn. Pl. ÚS 31/13 (N 138/74 SbNU 141; 162/2014 Sb.), který lze vyjádřit formou těchto otázek: (1) jde o srovnatelného jednotlivce nebo skupiny? (2) je s nimi nakládáno odlišně na základě některého ze zakázaných důvodů? (3) je odlišné zacházení stěžovateli k tíži (uložením břemene nebo odepřením dobra)? (4) je toto odlišné zacházení ospravedlnitelné, resp. (a) sleduje legitimní zájem a (b) je přiměřené? Kladná odpověď na první tři otázky a současná záporná odpověď na otázku čtvrtou pak vede Ústavní soud k závěru o diskriminaci (nález sp. zn. Pl. ÚS 23/22).

30. Ze znění přílohy č. 10 úhradové vyhlášky je patrné, že kritériem, na jehož základě se v konkrétním případě uplatní stanovená výše koeficientu centralizace, je pouze to, zda má tento poskytovatel statut centra vysoce specializované péče, který je mu udělen ministerstvem. K (možným) přínosům centralizace části zdravotní péče v podobě zvýšení její kvality Ústavní soud odkazuje shora na bod 28. odůvodnění.

31. Vzhledem k výše uvedenému je tak patrné, že v posuzované věci nejde o dvě srovnatelné skupiny, ale o skupiny odlišné: poskytovatele bez statutu centra vysoce specializované péče a poskytovatele s tímto statutem (jakkoliv je pravdou, že tento statut mají uděleny převážně fakultní, velké a středně velké nemocnice). Na každou z těchto skupin poskytovatelů jsou kladeny odlišné požadavky a vzhledem k tomu, že centra vysoce specializované péče poskytují v průměru specializovanější a náročnější péči než ostatní poskytovatelé, vyznačuje se tato péče také vyššími náklady (navrhovatelka naproti tomu bez dalšího tvrdí, že tyto vyšší náklady jsou dány vyšší neefektivitou, což však nikterak nedokládá). Byť tedy rozdílným nastavením koeficientu centralizace dochází v některých případech k rozdílnému zacházení mezi jednotlivými poskytovateli, nejde o skupiny (poskytovatele) srovnatelné. Rozlišení skupin poskytovatelů podle toho, zda mají statut centra vysoce specializované péče, nebo nikoliv, je navíc zjevně nediskriminační a nelze ho podřadit pod žádnou ze „zakázaných“ kategorií ani pod tzv. „jiné postavení“ podle čl. 3 odst. 1 *in fine* Listiny. Lze proto uzavřít, že zvolené kritérium není nijak *a priori* podezřelé [srov. nález ze dne 28. 6. 2016 sp. zn. Pl. ÚS 18/15 (N 121/81 SbNU 889; 271/2016 Sb.), bod 109. odůvodnění, nález sp. zn. Pl. ÚS 23/22]. Odlišné zacházení je pak podle Ústavního soudu také

ospravedlnitelné, a to důvody shora uvedenými (odlišnými požadavky, jiným spektrem poskytované péče a z toho plynoucími vyššími průměrnými náklady).

32. V posledním kroku testu proporcionality Ústavní soud posoudil, že prostředek použitý k dosažení legitimního cíle (koeficient centralizace) je rozumný, byť si lze jistě představit i jiné (a případně i vhodnější) prostředky k financování center vysoce specializované péče a ke zvyšování kvality péče. Ústavní soud nicméně není tvůrcem zdravotnické politiky a nepřísluší mu právo hodnotit jednotlivé varianty této politiky z pohledu jejich účelnosti (viz bod 27. shora a nálezn sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 65. odůvodnění). Nerozumnost napadených příloh úhradové vyhlášky zjevně není dána ani z hlediska ostatních prvků výpočtu v nich zakotvených. Navrhovatelka ostatně zpochybňuje toliko výše uvedený koeficient centralizace a skutečnost, že ministerstvo vychází při tvorbě úhradové vyhlášky mimo jiné z „historických“ dat ohledně výše nákladů u jednotlivých DRG skupin. Navrhovatelka neomezila petit svého návrhu pouze na vybrané části napadených příloh úhradové vyhlášky (zejména ty, které zakotvují koeficienty centralizace), ale domáhá se jejich zrušení *en bloc*, byť z její argumentace není patrné, v čem má spočívat jejich neústavnost nebo nezákonnost. Drtivou většinu parametrů a regulativů zakotvených v napadených přílohách úhradové vyhlášky navrhovatelka nezpochybňuje. To se týká u přílohy č. 1 také indexu navýšení úhrady pro jednotlivé skupiny, institutu bonifikace nebo například regulačních omezení na předepsané léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a na vyžádanou péči. Na závěr je třeba zdůraznit, že v oblasti zdravotnické politiky má zákonodárce značný prostor pro uvážení. Podnikání ve zdravotnictví není běžným typem podnikání a zákonodárce má velmi široký prostor pro jeho regulaci. Čl. 26 odst. 1 Listiny je třeba interpretovat ve světle čl. 31 Listiny ve spojení s čl. 2 odst. 1 a čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

V./c

Posouzení z hlediska zásahu do dalších základních práv a svobod

33. Navrhovatelka dále namítá, že napadené přílohy úhradové vyhlášky porušují právo na ochranu zdraví a právo občanů na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny. Shodně jako ve věci sp. zn. Pl. ÚS 5/15 je Ústavní soud toho názoru, že takový důsledek může způsobit úhradová vyhláška pouze hypoteticky a nepřímou, neboť úhradová vyhláška se „nijak nedotýká práv pacientů na poskytnutí zdravotních služeb určité kvality. Nijak neupravuje jejich vztahy s poskytovateli nebo zdravotními pojišťovnami. Možnost, že by na jejím základě došlo k omezení uvedeného práva, lze proto připustit pouze v rovině faktické, tedy pokud by úhradová vyhláška natolik omezovala jednotlivým poskytovatelům právo podnikat, kteří by nebyli s to plnit své povinnosti při poskytování zdravotních služeb, jež by se v důsledku této skutečnosti mohly stát pro pacienty nedostupnými. I v této situaci by ale nebylo možné nahlížet na příčinu tohoto stavu izolovaně“ (bod 72. odůvodnění). Ústavní soud v témže nálezu současně zdůraznil (bod 73. odůvodnění), že s ohledem na absenci přímého zásahu do práva podle čl. 31 Listiny, nepřipadá v úvahu provedení testu rozumnosti (racionality), který Ústavní soud provedl výše ve vztahu k namítanému porušení práva svobodně podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny.

34. S námitkou o případném omezení regionální dostupnosti zdravotní péče u vybraných výkonů se Ústavní soud vypořádal již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 49/18, posuzujícím ústavnost § 112 a 113 zákona o zdravotních službách. V něm konstatoval, že „zajištění vysoce náročné zdravotní péče na odpovídající úrovni vyžaduje určitou míru centralizace zdravotnických zařízení, a logickým důsledkem této skutečnosti je proto i jejich nutná regionální nerovnoměrnost. Primárním zájmem pacienta přitom jistě není to, aby se předmětné centrum nacházelo co nejbližně jeho bydliště, nýbrž aby byla dána garance co možná nejlepší profesionální péče, pro což musí existovat odpovídající podmínky, například přístrojové vybavení, ale i přiměřené zkušenosti lékařů s určitým typem specifických zákroků – srov. § 112 odst. 1 zákona o zdravotních službách“ (bod 144. odůvodnění). Přehlížet přitom nelze ani to, že „realizace práva podle čl. 31 Listiny závisí na objemu finančních prostředků, které jsou prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění vynakládány na zdravotní péči. Tento objem přitom musí reflektovat i případný nárůst nákladů vznikajících v souvislosti s jejím poskytováním, neboť v opačném případě by dřív nebo později vedl ke ztížení přístupu pacientů ke zdravotní péči nebo dokonce k jejich ohrožení“ (nález sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 67. odůvodnění). Výše uvedeným přitom Ústavní soud nevylučuje případnou povinnost zdravotních pojišťoven zajistit dostupnou zdravotní péči – například sjednáním jiného způsobu financování v individuální smlouvě – v situaci, kdy v některých oblastech České republiky nebude možné při použití obecných pravidel úhradové vyhlášky dlouhodobě dosahovat zisku v určitých oblastech poskytování zdravotnických služeb (srov. KRATOCHVÍL, J. In KÜHN, Z., KRATOCHVÍL, J., KMEC, J., KOSAŘ, D. a kol. *Listina základních práv a svobod. Velký komentář*. Praha: Leges, 2022, s. 1128). Povinnost státu zajistit model zdravotnické politiky, který navrhovatelka považuje za nejvhodnější (především bez koeficientu centralizace), nelze dovodit ani z čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, kterého se navrhovatelka dovolává. Určení zdravotnické politiky je věcí politického rozhodnutí státu, stěžejní je zajištění co možná nejlepší profesionální péče v potřebné kvalitě a v přiměřené době.

35. Ústavní soud rovněž neshledal, že by se napadené přílohy úhradové vyhlášky přímo dotýkaly dalších základních práv a svobod. Přestože navrhovatelka namítá porušení řady z nich, včetně práva vlastnit majetek podle čl. 11 odst. 1 Listiny, práva na územní samosprávu podle čl. 8 Ústavy nebo dokonce práva na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny, u většiny z nich sama připouští, že může docházet pouze k nepřímému zásahu do těchto práv, a to v důsledku (podle jejího názoru neústavního) porušení práva svobodně podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Argumentaci navrhovatelky v tomto shledává Ústavní soud nedůvodnou a zjevně nedosahující ústavněprávní roviny. Na posuzovanou věc nedopadá ani nález ze dne 9. 7. 2003 sp. zn. Pl. ÚS 5/03 (N 109/30 SbNU 499; 211/2003 Sb.), na který navrhovatelka odkazuje v souvislosti s tvrzením o porušení práva na územní samosprávu podle čl. 8 Ústavy. V nynější věci totiž nedochází, na rozdíl od věci, které se dovolává navrhovatelka, k přechodu majetku státu (zejména pak zadlužených nemocnic) na kraje bez jejich souhlasu, ani k jinému přímému zásahu do majetkových či dalších práv územních samosprávných celků. Nic ostatně nebrání ani tomu, aby nemocnice zřizované územními samosprávnými celky (popř. nemocnice, v nichž mají územní samosprávné celky majetkový podíl) usilovaly o statut centra vysoce specializované péče, kterým bude svědčit koeficient centralizace s indexem 1,05.

**VI.
Závěr**

36. Ústavní soud z výše uvedených důvodů neshledal důvody pro zrušení přílohy č. 1 a přílohy č. 10 úhradové vyhlášky pro rok 2025, a proto návrh podle § 70 odst. 2 zákona o Ústavním soudu zamítl.

Poučení: Proti rozhodnutí Ústavního soudu se nelze odvolat.

V Brně dne 15. října 2025

Josef Baxa
předseda Ústavního soudu