

Úhradová vyhláška pro rok 2015

Česká republika  
NÁLEZ  
Ústavního soudu  
Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl pod sp. zn. Pl. ÚS 5/15 dne 8. prosince 2015 v plénu složeném z předsedy soudu Pavla Rychetského a soudců Ludvíka Davida, Jaroslava Fenyka, Jana Filipa, Jaromíra Jirsy, Vladimíra Kůrky, Tomáše Lichovníka, Jana Musila, Vladimíra Sládečka, Radovana Suchánka (soudce zpravodaj), Kateřiny Šimáčkové, Vojtěcha Šimíčka, Milady Tomkové a Jiřího Zemánka o návrhu skupiny 17 senátorů, za kterou jedná senátor Ing. František Bradáč, zastoupené Mgr. Petrem Krátkým, advokátem, se sídlem v Ostravě – Moravské Ostravě, Hrabákova 1861/1, na zrušení vyhlášky č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015, eventuálně na zrušení jejího § 4 odst. 1 ve slovech „12 až“, bodu 3 části A její přílohy č. 1 a jejích příloh č. 12 a 13, za účasti Ministerstva zdravotnictví jako účastníka řízení a skupiny 16 senátorů, za kterou jedná senátorka RNDr. Jitka Seitlová, jako vedlejšího účastníka řízení, takto:

**Návrh se zamítá.**

Odůvodnění

I.

Předmět řízení

1. Dne 5. února 2015 byl Ústavnímu soudu doručen návrh skupiny 17 senátorů (dále jen „navrhovatel“), za kterou jedná senátor Ing. František Bradáč, na zrušení vyhlášky č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015, (dále jen „úhradová vyhláška“ nebo „napadená vyhláška“), eventuálně na zrušení pouze bodu 3 části A její přílohy č. 1. Podle navrhovatele je tato vyhláška v rozporu s právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“), jakož i principem rovnosti podle čl. 1 Listiny a principem legality podle čl. 2 odst. 3 Listiny, neboť nedostatečně zohledňuje finanční požadavky poskytovatelů zdravotních služeb v geograficky a demograficky znevýhodněných oblastech. Místo toho vůči nim působí likvidační účinky, čímž nepřímě ohrožuje i realizaci práva na ochranu zdraví podle čl. 31 Listiny. Zrušení napadené vyhlášky se navrhuje s účinností ode dne 30. září 2015 s tím, že věc by měla být projednána přednostně. Pokud by však Ústavní soud zrušil jen uvedené ustanovení, měl by tak učinit již s účinností ode dne 30. června 2015.

2. V průběhu řízení o návrhu navrhovatele obdržel Ústavní soud návrh skupiny 16 senátorů (dále též jen „vedlejší účastník“), za kterou jedná senátorka RNDr. Jitka Seitlová. Tento návrh směřoval ke zrušení § 4 odst. 1 ve slovech „12 až“ a příloh č. 12 a 13 úhradové vyhlášky, stanovujících koeficienty přechodu pojištěnců, jež vyjadřují meziroční změny počtu pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven podle krajů k 1. lednu srovnávaných kalendářních roků. Podle vedlejšího účastníka má jejich použití při výpočtu celkové výše úhrad, na které vznikl poskytovateli nárok za hrazené služby, za následek nespravedlivé nastavení podmínek nákupu těchto služeb zdravotními pojišťovnami. V jeho důsledku totiž dochází k jeho zvýšení nebo snížení výlučně v závislosti od počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji, aniž by bylo zohledněno, zda se tato změna promítla i do rozsahu poskytnutých zdravotních služeb. Tato skutečnost tak má mít za následek nesoulad těchto ustanovení s právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, právem na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny, právem na bezplatnou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny a zásadou rovnosti podle čl. 1 Listiny.

3. Řízení o posledně uvedeném návrhu bylo původně vedeno pod sp. zn. Pl. ÚS 19/15, usnesením ze dne 26. srpna 2015 (všechna v tomto nálezu citovaná rozhodnutí Ústavního soudu jsou veřejně přístupná na <http://nalus.usoud.cz>) však došlo k jeho odmítnutí z důvodu litispendence podle § 35 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu. Ústavní soud se tak otázkou souladu některých ustanovení napadené vyhlášky, jejichž

zrušení bylo podstatou odmítnutého návrhu, musel zabývat v dříve zahájeném řízení o návrhu navrhovatele, a to i z hlediska argumentace posléze uvedené skupiny senátorů [srov. náleze ze dne 27. listopadu 2012 sp. zn. Pl. ÚS 1/12 (N 195/67 SbNU 333; 437/2012 Sb.), bod 5]. Tato skupina získala v tomto řízení postavení vedlejšího účastníka.

## II.

### Shrnutí návrhu navrhovatele

4. Jak bylo uvedeno výše, návrh navrhovatele na zrušení úhradové vyhlášky jako celku, eventuálně na zrušení bodu 3 části A její přílohy č. 1, je odůvodněn poukazem na její negativní dopad do hospodaření poskytovatelů zdravotnických služeb, kteří svou činnost vykonávají v geograficky a demograficky znevýhodněných oblastech. Příkladem jednoho z nich, na němž je v návrhu tento dopad podrobně ilustrován, je obchodní společnost JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r. o., IČO 47973927, se sídlem v Jeseníku, Lipovská 103, která je jediným poskytovatelem komplexní lůžkové zdravotní péče na území okresu Jeseník. Postavení této nemocnice se podle navrhovatele vyznačuje několika zvláštnostmi. S ohledem na svou polohu a dostupnost může reálně poskytovat zdravotní služby jen osobám obvykle se zdržujícím v její spádové oblasti, která se nachází na hranici České republiky s Polskou republikou a od ostatního území České republiky je geomorfologicky oddělena masivem Hrubého Jeseníku. Jde přitom o oblast, která se vyznačuje negativním demografickým a sociálním vývojem (např. poklesem počtu obyvatel, vysokou úrovní nezaměstnanosti či podprůměrnou reálnou i nominální mzdou). Tyto skutečnosti vylučují, aby si uvedená nemocnice vlastní činností navýšila počet obyvatel, kterým poskytuje zdravotní služby. V případě občanů Polské republiky brání plošnému poskytování zdravotních služeb komplikace při úhradách příhraniční zdravotní péče.

5. V roce 1994, kdy došlo k privatizaci uvedené nemocnice, měl její nabyvatel legitimní očekávání, že bude moci poskytovat zdravotní služby v rozsahu a za ceny, které této nemocnici umožní pokrýt oprávněné náklady její činnosti a zároveň vytvářet přiměřený zisk. Realita je ovšem taková, že ačkoliv hospodaření obchodní společnosti JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r. o., je realizováno zcela v souladu s relevantními právními předpisy, každý rok dochází v důsledku úhradové vyhlášky k jejímu agregátnímu poškození. Úhradové vyhlášky pro roky 2011, 2012 a 2013 (vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011, vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012, vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013) měly za následek poškození ve výši 100 044 071 Kč, v případě úhradové vyhlášky pro rok 2014 (vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014) zas bylo toto poškození v době podání návrhu odhadováno ve výši 18 151 239 Kč. Hospodaření této nemocnice je ovlivňováno i dalšími jednostrannými rozhodnutími státu, která na něj mají v praxi významně negativní účinky. Jde především o personální výdaje, na které má vliv nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. Tento právní předpis sice stanoví výši platů jen pro zdravotnické pracovníky nemocnic, jež jsou příspěvkovými organizacemi státu nebo územních samosprávných celků, s ohledem na počet pracovníků, ve vztahu k nimž se přímo uplatní, má však za následek úpravu mzdových poměrů zaměstnanců i u subjektů, které jím vázány nejsou. Tím podle navrhovatele toto nařízení deformuje trh práce v celém segmentu zdravotnického personálu. Jen v případě zmíněné nemocnice představují personální náklady až přibližně 63,4 % jejího celkového obrátu.

6. Jakkoliv je situace obchodní společnosti JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r. o., do jisté míry unikátní, navrhovatel se jeví jako vysoce pravděpodobné, že v podobné situaci jsou i další poskytovatelé zdravotních služeb v jiných periferních částech České republiky. Napadená vyhláška je podle jeho názoru protiústavní již z toho důvodu, že těmto poskytovatelům nezajišťuje příjmy odpovídající alespoň jejich odůvodněným nákladům, čímž na ně fakticky přenáší odpovědnost za zajištění zdravotní péče, kterou by správně měl nést stát. Dotčené poskytovatele tím staví před dvě možnosti. Buď ukončí poskytování zdravotních služeb vůbec, resp. je omezí na profitabilní činnosti, nebo přistoupí k prodeji nemocnice jako celku. Ať se přitom rozhodnou jakkoliv, v obou případech bude bez odpovídající ekonomické kompenzace významně omezena návratnost úvodní investice. Navrhovatel se domnívá, že uvedený dopad opodstatňuje závěr o porušování práva dotčených poskytovatelů zdravotních služeb a jejich společníků podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Zároveň vypovídá o flagrantním ohrožení práva obyvatel některých oblastí na bezplatnou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny. Jestliže by například v okresu Jeseník došlo pod vlivem úhradové vyhlášky k omezení některé z lůžkových odborností, pro její obyvatele by to znamenalo, že nejbližší dostupná lůžková péče by jim mohla být

poskytnuta až v zařízení vzdáleném přibližně 80 minut jízdy automobilem (70 km), a i to jen v případě optimálních meteorologických a dopravních podmínek.

7. Navrhovatel zdůrazňuje, že s ohledem na celkový objem finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění, který v roce 2013 dosahoval téměř 230 mld. Kč, by k řešení situace dotčených poskytovatelů postačovalo navýšení jejich prostředků. V případě uvedené nemocnice by se jednalo o jednotky milionů Kč ročně. Opomenutí odlišných objektivních podmínek, za nichž jednotliví poskytovatelé nabízejí zdravotní služby, zakládá podle jeho názoru porušení principu rovnosti podle čl. 1 Listiny. Uvedené nedostatky ve svém celku svědčí i o tom, že k vydání úhradové vyhlášky nedošlo v souladu se zákonným zmocněním obsaženým v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Ministerstvo zdravotnictví ji totiž bylo povinno vydat v takovém znění, aby byla v souladu s právními předpisy i veřejným zájmem. Tak tomu ale v daném případě prokazatelně být nemělo, protože bylo její vydání rovněž v rozporu s čl. 2 odst. 3 Listiny. Závěrem svého návrhu navrhovatel poznamenává, že zrušení napadené vyhlášky by vytvořilo prostor pro její komplexnější úpravu, jež by mohla lépe reflektovat ústavní práva občanů i jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb. Je tomu tak z toho důvodu, že v jejím případě nelze triviálně poukázat na jediné či jen některá její ustanovení, jejichž zrušení by vedlo k odstranění těchto nedostatků. Zrušení bodu 3 části A přílohy č. 1 k úhradové vyhlášce by nicméně odstranilo alespoň největší slabinu platné právní úpravy.

### III.

#### Shrnutí návrhu vedlejšího účastníka

8. Návrh vedlejšího účastníka směřuje jen vůči některým ustanovením úhradové vyhlášky, a to z jiných než navrhovatelem uplatněných důvodů. Konkrétně je jím zpochybňována ústavnost koeficientů přechodu pojištěnců, stanovených jako index změny počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji, kde jsou zdravotní služby poskytovány, v období mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014 (zkráceně Kpp14; příloha č. 12 k napadené vyhlášce) a mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013 (zkráceně Kpp13; příloha č. 13 k napadené vyhlášce). Uvedené koeficienty se kumulovaně použijí při výpočtu výše celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče a první z nich i při výpočtu maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče. V závislosti na tom, zda je jejich hodnota větší nebo menší než 1, dojde buď ke zvýšení, nebo snížení výše úhrady, resp. ke zvýšení nebo snížení jejího limitu. Jejich aktuální nastavení v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky jako nejvýznamnější zdravotní pojišťovny v zemi má ovšem za následek, že s výjimkou hlavního města Prahy, kde jsou tyto koeficienty vyšší než 1, dochází v ostatních krajích ke snížení výše úhrad, aniž by bylo toto snížení plně kompenzováno zvýšením úhrad od ostatních zdravotních pojišťoven. Jejich podíl na úhradách jednotlivým poskytovatelům totiž není dostatečně velký.

9. Základní problém předmětných koeficientů spatřuje vedlejší účastník v tom, že jejich hodnota vychází výlučně z poklesu nebo nárůstu počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven v krajích, tj. z pouhých přesunů (migrace) pojištěnců. Zároveň vůbec nepřihlížejí ke skutečnému podílu těch pojištěnců jednotlivých pojišťoven, kterým byla poskytnuta péče v konkrétních nemocnicích, ani se nezabývají strukturou obyvatelstva ze zdravotního nebo z věkového hlediska. Např. u migrace pojištěnců do Prahy lze předpokládat, že se tam za prací odstěhovali především mladší a zdravější pojištěnci, zatímco v krajích, kde takovýchto pojištěnců ubylo, se zvýšil podíl pojištěnců starších a nemocnějších. Přesto byl koeficient úhrad zvýšen jen pro hlavní město Prahu. V této souvislosti vedlejší účastník poukazuje na data Asociace českých a moravských nemocnic, z nichž vyplývá, že již za skončené 1. čtvrtletí 2015 se v porovnání s 1. čtvrtletím 2014 vývoj počtu ošetřených pojištěnců zásadně odchyluje od koeficientů přechodu pojištěnců, jak jsou stanoveny v úhradové vyhlášce. Obdobný vývoj lze předpokládat i v dalších čtvrtletích. Přidělené koeficienty tudíž neodpovídají skutečnému objemu zdravotní péče poskytnuté v jednotlivých nemocnicích. Pro téměř 67 % nemocnic jsou takto stanovené změny počtu pojištěnců nižší, než byl skutečný počet ošetřených pojištěnců. Není přitom nikterak neobvyklé, že i když vývoj počtu ošetřených pojištěnců v dané nemocnici roste, úhradovou vyhláškou stanovené koeficienty mají za následek, že se úhrada za vyšší objem poskytnuté péče protichůdně snižuje. Jejich nastavení pro jednotlivé kraje je buď chybné, nebo vychází ze skutečností, které nemají s bezprostředním poskytováním zdravotní péče přímou souvislost (např. hledání zpětné úpravy konečných i předběžných měsíčních úhrad, aby vyhovovaly zdravotním pojišťovnám). Způsob výpočtu předmětných koeficientů a podklady k němu navíc nebyly nikdy zpřístupněny a v rámci jednotlivých projednávaných verzí úhradové vyhlášky se jejich hodnota lišila. Vedlejší účastník proto zpochybňuje nejen způsob vzniku předmětných koeficientů, ale rovněž jejich legitimitu, vhodnost, racionálnost, potřebnost a účinek.

10. Podle názoru vedlejšího účastníka nemohou koeficienty přechodu pojištěnců, jak jsou nastaveny v napadené vyhlášce, obstát ani z hlediska požadavku nastavení spravedlivých podmínek nákupu zdravotních služeb, jenž vyplývá z ústavně zaručeného práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 Listiny, a to ať už jde o cenu, nebo o rovné postavení zdravotních pojišťoven a nemocnic. Případné deformace svobodné soutěže mezi poskytovateli zdravotních služeb jsou jimi spíše způsobovány, než adekvátně vyrovnávány. V tomto ohledu návrh poukazuje na to, že tyto koeficienty se uplatní jen ve vztahu k lůžkové či ambulantní péči, a nikoliv též na mnohonásobně větší sektor poskytovatelů externích ambulantních služeb. Nemocnice, které poskytují shodné ambulantní služby jako externí soukromé ambulance, jsou tak vůči nim diskriminovány. Kromě toho je těmito koeficienty krácena i úhrada za ambulantní pohotovostní služby, poskytované dnes až na výjimky pouze v nemocnicích, jakož i úhrada za rozsáhlé preventivní screeningové a další programy Ministerstva zdravotnictví, na které jsou pojištěnci zvaní zdravotními pojišťovny.

11. Koeficientům přechodu pojištěnců je vytýkána protiústavnost i z hlediska jiných základních práv. Vedlejší účastník upozorňuje na diskriminaci jednotlivých pojištěnců, resp. celých jejich skupin, v jejich právu na bezplatnou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění podle čl. 31 Listiny. Jejich nerovné postavení se odvíjí od příslušnosti ke zdravotní pojišťovně a jí přiřazeného koeficientu v příslušném kraji. Zdánlivě malé rozdíly mezi úhradou poskytovanou za jednotlivé pojištěnce v řádu několika procent totiž mohou u závažnějších diagnóz představovat i desetitisíce korun, v důsledku čehož mohou ovlivňovat ochotu některých nemocnic poskytovat zvláště náročnou péči. Předmětné koeficienty se mají dotýkat i práva zaměstnanců na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny. Nařízení vlády č. 564/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů včetně nařízení vlády č. 303/2014 Sb., zvýšilo platové tarify ve zdravotnictví o 5 %, tedy o částku, jejíž pokrytí vyžaduje nárůst úhrad nemocnicím nejméně o 3 %. Na toto zvýšení přitom musely s ohledem na nedostatek sester a lékařů reagovat i ty nemocnice, na které se toto nařízení přímo nevztahuje. Úhradová vyhláška sice nominálně stanoví nárůst paušálních úhrad za lůžkovou péči a limitů na úhradu ambulantní péče o 3 %, tento nárůst však v závislosti na kraji a zdravotní pojišťovně současně různě snižuje prostřednictvím koeficientů přechodu pojištěnců. Na navýšení potřebné ke zvýšení platů a mezd tak díky těmto koeficientům nedosáhla více než polovina nemocnic.

12. Uvedené skutečnosti mají svědčit o tom, že napadená ustanovení úhradové vyhlášky, jež stanovují použitelnost koeficientů přechodu pojištěnců, by měla být posouzena v rámci testu rozumnosti a proporcionality. Podle názoru vedlejšího účastníka totiž nelze dospět k závěru, že by veřejný zájem na vydání této vyhlášky v dané podobě mohl převážit nad veřejným zájmem na stabilitě sítě nemocnic, jakož i nad dopady z hlediska zásady rovnosti podle čl. 1 Listiny či výše zmíněných základních práv. O tom, že přijaté řešení nebylo nezbytné, vypovídá i původní ministerstvem předložený návrh úhradové vyhlášky, který použití předmětných koeficientů podmiňoval tím, že v jeho důsledku nedojde ke snížení výše úhrady jednotlivým poskytovatelům zdravotních služeb pod hranici 103 %. Toto řešení přitom nebylo vynuceno ani nedostatkem peněžních prostředků na účtech zdravotních pojišťoven, neboť jejich zůstatky činily ke dni 31. prosince 2014 přes 15 mld. Kč a ke dni 31. prosince 2015 se předpokládají v celkové výši 10,4 mld. Kč. V obou případech jde o částky, které mnohonásobně přesahují finanční nároky plynoucí z úhrad garantovaných minimálním nárůstem 103 %.

13. Nedokonalosti současného systému přerozdělení výběru pojistného mezi zdravotními pojišťovnami nelze dlouhodobě nahrazovat do značné míry umělým přerozdělováním nákladů zdravotního pojištění mezi poskytovateli a na úkor části z nich. Cíle tohoto vyrovnání lze dosáhnout jiným způsobem, který by byl šetrnější k výše zmíněným ústavním právům. Vedlejší účastník sice připouští, že žádná práva nebo ústavní principy nebyly předmětnými koeficienty dotčeny natolik, aby došlo k jejich úplnému narušení či znehodnocení, již několik let však v jejich důsledku dochází k jejich dílčímu narušování a rozměňování. Zrušení jejich úpravy nálezem Ústavního soudu by tak mohlo tomuto trendu zabránit nejen ve vztahu k roku 2015, nýbrž též pro následující období. Jde svým způsobem o nadbytečná ustanovení, jež nejsou s ostatními ustanoveními úhradové vyhlášky provázána natolik, aby je nebylo možné zrušit samostatně, tedy bez změny významu ostatních jí stanovených parametrů.

#### IV.

##### Průběh řízení před Ústavním soudem

14. Ústavní soud podle § 69 odst. 1 a 3 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o Ústavním soudu“) zaslal oba návrhy Ministerstvu zdravotnictví (dále též jen „ministerstvo“) jako účastníkovi řízení a dále veřejné ochránkyni práv, která je oprávněna vstoupit do řízení jako jeho vedlejší účastník.

IV./a

Vyjádření Ministerstva zdravotnictví

15. Ministerstvo zdravotnictví se postupně vyjádřilo k oběma návrhům, a to vyjádřeními ze dne 16. března 2015 a ze dne 13. října 2015, podepsanými ministrem zdravotnictví MUDr. Svatoplukem Němečkem, MBA.

16. K návrhu navrhovatele ministerstvo uvádí, že samotná úhradová vyhláška se práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny bezprostředně nedotýká. Nijak nereguluje podmínky, za nichž lze získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, ani nebrání jejich poskytovatelům tyto služby nabízet, ať už jde o služby hrazené, nebo nehrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tato vyhláška pouze obecnými znaky stanoví pro všechny zvolené a předem určené kategorie hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. V každé kategorii je úhrada za poskytnutou zdravotní službu stanovena stejně a poskytovatelé jsou z tohoto hlediska v rovném postavení a žádný z nich není diskriminován. Ministerstvo zdůrazňuje, že poskytovatelé zdravotních služeb jako podnikatelé nemohou založit své podnikání na tom, že bude zcela bez rizika sanováno z veřejného zdravotního pojištění. Systém tohoto pojištění disponuje omezenými zdroji a nelze jej vyčerpat a přivést ke kolapsu neodůvodněnými a nepřiměřenými úhradami. Takovýto stav by nepochybně vedl k porušení čl. 31 Listiny, který s existencí systému veřejného zdravotního pojištění výslovně počítá.

17. Nesoulad úhradové vyhlášky nespátřuje ministerstvo ani s právem na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny. Poskytovatelé zdravotních služeb mohou vyloučit její aplikaci tím, že se zdravotní pojišťovnou uzavřou individuální dohodu o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezení, v jejímž rámci mohou být zároveň akcentována i geografická, populační či jiná specifika vztahující se k oblasti, ve které jsou zdravotní služby poskytovány. V této souvislosti nelze přehlédnout, že podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 369/2011 Sb., jsou zdravotní pojišťovny povinny zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Činí tak přitom právě prostřednictvím poskytovatelů, s nimiž mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě těchto služeb. Závěrem svého vyjádření k návrhu navrhovatele ministerstvo dodává, že napadená vyhláška nebyla vydána v rozporu se zmocněním podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Návrh na její zrušení by proto měl být zamítnut. Pokud by však Ústavní soud dospěl k odlišnému závěru, měl by současně rozhodnout o odkladu vykonatelnosti svého nálezu tak, aby mohl být připraven nový návrh úhradové vyhlášky obsahující jiný způsob stanovování úhrad.

18. Pokud jde o návrh vedlejšího účastníka, ministerstvo se v první řadě vyjádřilo k samotným důvodům použití koeficientů přechodu pojištěnců. V roce 2015, stejně jako v předchozích letech, jsou nemocnice hrazeny formou globálního paušálu, což znamená, že od zdravotních pojišťoven dostávají vždy určité procento úhrady předchozího roku (v roce 2015 je to 103 % úhrady roku 2014), jestliže vykážou obdobnou produkci, tj. počet hospitalizací, jako v referenčním roce. Celková výše úhrad je ovšem dále modifikována s ohledem na změny počtu pojištěnců podle jednotlivých pojišťoven a krajů. Důvodem je předpoklad, že úbytek pojištěnců pro zdravotní pojišťovnu znamená snížení celkových prostředků na péči o zbylé pojištěnce, zatímco příchod nových pojištěnců jejich zvýšení. Srovnání jejich počtu k 1. lednu zas vychází z toho, že pojištěnci mohou měnit svou pojišťovnu jen jednou ročně, právě k tomuto datu. Jinak je během roku jejich počet v podstatě konstantní a ke změnám dochází jen v důsledku úmrtí, narození či odchodu pojištěnců do ciziny. Koeficienty zohledňují i skutečnost, že v průběhu roku dochází k přesunům pojištěnců mezi jednotlivými kraji z důvodu změn jejich trvalého bydliště.

19. Nepřihlednutí ke změnám počtu pojištěnců by podle ministerstva mělo za následek nerovné postavení mezi zdravotními pojišťovnami, jež by musely hradit nemocnicím úhrady ve stejné výši jako v předchozích letech, kdy však měly každá jiný počet pojištěnců. Zdravotní pojišťovna, která nové pojištěnce získala, by tak zaplatila nemocnicím méně peněz na jednoho pacienta než v minulých letech, zatímco pojišťovna, z níž pojištěnci odcházejí, by jich musela platit více. To, že takovéto situace vznikaly i v minulosti, je nakonec jedním z důvodů, pro který dnes Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky hradí nemocnicím vyšší úhrady než ostatní pojišťovny. Nepoužití koeficientů přechodu pojištěnců by mohlo vést rovněž k poklesu úhrad jednotlivým nemocnicím. Podle současného nastavení výše paušálních úhrad za lůžkovou péči by totiž sice pojišťovna, která klienty získala, hradila nemocnicím stejný celkový objem peněz, kdežto pojišťovna, které klienti odešli, by jich mohla hradit méně, a to v závislosti na tom, zda jejich odchod není tak velký, že nemocnicím znemožňuje splnit podmínku vykázaní obdobného objemu produkce jako v referenčním roce, v němž jich ještě měla dostatek. Předmětné koeficienty tak v těchto případech skrze snížení produkčního cíle umožňují zachovat u poskytovatelů stejnou výši úhrady, přestože by jim jinak z důvodu poklesu produkce byla krácena.

20. Možností výpočtu předmětných koeficientů je samozřejmě více, ministerstvo nicméně upřednostnilo jeho určení poměrem počtu pojištěnců dané pojišťovny v daném kraji mezi 1. lednem 2014 a 1. lednem 2015. Tento postup výpočtu je triviální, ověřitelný a transparentní. Vážený koeficient použitý např. v úhradové vyhlášce pro rok 2014, který přecházející klienty váží podle jejich predikované nákladnosti, lze naopak určit jen řádově složitějším a nejednoznačným způsobem a bez existence obecně přijímané metodiky. Za problematickou lze označit i alternativu koeficientů, která by reflektovala změny počtu reálně léčených pacientů, neboť jejich počet by k počátku roku nebylo možné zjistit. Zároveň by se snížila určitost vyhlášky, plánovací schopnost zdravotních pojišťoven a schopnost ministerstva predikovat náklady segmentu a dodržet finanční stabilitu systému. V neposlední řadě je třeba upozornit i na riziko účelového chování nemocnic, které by mohly preferovat ošetřování z hlediska potřeby péče či nemocnosti méně náročných pojištěnců nebo přistupovat k hospitalizaci v případech, které by bylo možné řešit ambulantně. Stanovení koeficientů podle jednotlivých krajů (a nikoliv celostátně nebo podle jednotlivých obcí) považuje ministerstvo za vhodné k dosažení cíle koeficientů, jímž je predikce, jak se změní zastoupení klientů pojišťoven na úrovni jednotlivých nemocnic. V tomto ohledu umožňuje zohlednit i průměrné cestování pojištěnců za zdravotní péčí.

21. K jednotlivým dílčím námitkám vedlejšího účastníka ministerstvo poznamenává, že jestliže nárůst úhrad ostatních pojišťoven nekompensuje pokles úhrad Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, pak je to způsobeno tím, že v současnosti tato pojišťovna platí za jednoho pojištěnce víc než ostatní pojišťovny. Takovýto stav by mohl být důsledkem masivního odlivu jejích pojištěnců v minulosti, jenž se dosud neprojevil ve výši jejich paušálních úhrad. Ve své podstatě tak dnes dochází k nápravě situace. Ministerstvo nesouhlasí ani s namítaným porušením principu rovnosti a zákazu diskriminace. Segment ambulancí v nemocnicích je svojí podstatou a návazností na akutní lůžkovou péči velmi odlišný od ambulancí mimo nemocnice, což se projevuje i v jejich odlišném úhradovém mechanismu. V nemocničních ambulancích lze obtížněji rozlišovat jednotlivé odbornosti. Obdobná regulace jako v mimonemocničních ambulancích (tj. regulace na unikátně ošetřeného pojištěnce) není možná z důvodu provázání s akutní lůžkovou péčí, kdy existuje možnost část hospitalizační produkce provádět ambulantně a naopak. Rozdíl je pak dán i ve tvorbě sítě poskytovatelů. V případě přechodu pojištěnců a nákladů mezi kraji se v krajích s vyšší koncentrací pojištěnců zvýší i koncentrace ambulantních poskytovatelů, nikoliv však koncentrace nemocnic. V těch se pouze zvýší objem poskytované péče, který je následně reflektován pomocí koeficientů přechodu pojištěnců. Tyto koeficienty proto u ambulancí mimo nemocnice nejsou potřebné.

22. Předmětné koeficienty nemají podle ministerstva žádný dopad na realizaci práva pacientů na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny, resp. na jejich přístup k ní, ani je nediskriminují na základě příslušnosti ke zdravotní pojišťovně. Zdravotní pojišťovny mají povinnost zajistit svým pojištěncům místní a časovou dostupnost péče. I kdyby přitom úhradové mechanismy v úhradové vyhlášce nebyly vhodné pro konkrétní smluvní vztah, mají pojišťovna a poskytovatel vždy možnost se dohodnout individuálně tak, aby nebyla ohrožena dostupnost zdravotní péče pro pacienty. Přisvědčit pak nelze ani tvrzení o porušování práva na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny. Podle expertních subjektů (pracovního týmu Rady hospodářské a sociální dohody) postačuje pro navýšení tarifních platů zdravotníků o 5 % navýšení úhrad o 2,1 %. Navýšení úhrad ve výši 3 %, byť vynásobené (a eventuálně i snižené) příslušným koeficientem, bude totiž vždy vyšší a bude postačovat k pokrytí zvýšených osobních nákladů.

23. Závěrem svého druhého vyjádření ministerstvo uvedlo, že způsob výpočtu koeficientů, jakož i nutnost jejich použití jsou podrobně popsány v příslušné důvodové zprávě. Odlišný výpočet koeficientů v jednotlivých verzích úhradové vyhlášky byl důsledkem pozdější korekce relevantních údajů z centrálního registru pojištěnců, případně též změny způsobu výpočtu. Ze všech těchto důvodů by tak i po přihlédnutí k argumentaci vedlejšího účastníka měl být návrh navrhovatele zamítnut.

IV./b

Sdělení veřejné ochránkyně práv

24. Dne 19. února 2015 bylo Ústavnímu soudu doručeno sdělení veřejné ochránkyně práv Mgr. Anny Šabatové, Ph.D., že nevstupuje do tohoto řízení. Obsahově shodné sdělení od ní Ústavní soud obdržel i dne 16. září 2015, kterým reagovala na návrh vedlejšího účastníka. Doručením tohoto návrhu jí totiž začala opětovně plynout lhůta podle § 69 odst. 3 zákona o Ústavním soudu, ve které by mohla do řízení vstoupit.

IV./c

Repliky navrhovatele a vedlejšího účastníka

25. Ústavní soud zaslal navrhovateli i vedlejšímu účastníkovi výše uvedená vyjádření vztahující se k jejich návrhům pro případ, že by na ně chtěli ve stanovené lhůtě reagovat. Této možnosti využil pouze navrhovatel.

26. Navrhovatel ve své replice ze dne 4. listopadu 2015 zdůraznil, že úhradová vyhláška se jeho práva podnikat jednoznačně dotýká, a opětovně poukázal na případovou studii vztahující se k obchodní společnosti JESENICKÁ NEMOCNICE, spol. s r. o. Z té vyplývá, že poskytovatel akutní lůžkové zdravotní péče v geograficky a demograficky znevýhodněném území nemá za současného nastavení úhradové vyhlášky možnost dosáhnout zisk. Na jejím základě vypočtená úhrada za poskytnuté zdravotní služby totiž nepokrývá ani jen elementární náklady této péče. Stát tak na jedné straně umožnil podnikání i v takto znevýhodněném území, kde existuje reálné riziko ohrožení či porušení dostupnosti zdravotní péče jako takové, na straně druhé však pro něj stanovil takové podmínky, které fakticky vylučují jeho smysl. Nezohledněním těchto specifík v úhradové vyhlášce dochází k nerovnému a diskriminujícímu postavení dotčených poskytovatelů ve srovnání s poskytovateli v jiných oblastech.

27. Úhradová vyhláška podle navrhovatele neposkytuje dotčeným poskytovatelům dostatečný nárok na kompenzaci. Možnost individuálního ujednání se zdravotní pojišťovnou, které závisí výlučně na její vůli, za relevantní garanci či systémové řešení problému rozhodně považovat nelze. Pokud přitom praktická aplikace úhradové vyhlášky, která navíc již v době schvalování návrhu zdravotněpojistného plánu zjevně překračuje směrné ukazatele, vede k dočerpání všech plánovaných zdrojů, pak zdravotní pojišťovny ztrácí oprávnění domlouvat s poskytovatelem jiný způsob úhrady.

IV./d

Ústní jednání

28. Ve smyslu § 44 zákona o Ústavním soudu rozhodl Ústavní soud ve věci bez konání ústního jednání, neboť od něj nebylo lze očekávat další objasnění věci.

V.

Podmínky meritorního posouzení návrhu

29. Ústavní soud konstatuje, že je příslušný k projednání návrhu na zrušení napadené vyhlášky nebo jejich ustanovení a že návrhy navrhovatele i vedlejšího účastníka splňují všechny zákonem stanovené formální náležitosti a byly podány osobami k tomu oprávněnými [§ 64 odst. 2 písm. b) zákona o Ústavním soudu]. Zároveň neshledává žádný z důvodů nepřípustnosti návrhu navrhovatele nebo důvody pro zastavení řízení o něm. Jsou tedy splněny podmínky pro jeho meritorní posouzení, a to z hlediska argumentace uplatněné v obou uvedených návrzích.

VI.

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

30. V souladu s § 68 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb., se Ústavní soud nejprve zabýval otázkou, zda byla napadená vyhláška přijata a vydána ústavně konformním způsobem a v mezích Ústavou České republiky stanovené kompetence.

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

SbNU 165; 512/2004 Sb.) nebo nález ze dne 25. března 2014 sp. zn. Pl. ÚS 43/13 (N 39/72 SbNU 439; 77/2014 Sb.).

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

33. Vzhledem ke zmocnění obsaženému v § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění je v případě napadené vyhlášky zřejmé, že byla vydána státním orgánem k tomu oprávněným. Z vyjádření navrhovatele, vedlejšího účastníka a ministerstva se zároveň podává, že se v souladu s tímto ustanovením uskutečnilo i předmětné dohodovací řízení, byť v jeho rámci došlo ke včasné dohodě pouze ohledně některých segmentů zdravotní péče [k otázce významu dohodovacího řízení pro využití zmocnění a závaznosti eventuální dohody srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 6/07 ze dne 9. 2. 2010 (N 20/56 SbNU 207; 66/2010 Sb.), bod 77]. Zbývá dodat, že napadená vyhláška byla řádně uveřejněna ve Sbírce zákonů, konkrétně v její části 129, jež byla rozeslána dne 23. prosince 2014. K jejímu přijetí a vydání došlo ústavně konformním způsobem.

34. Ústavní soud neshledal ani žádný důvod, který by zpochybňoval, že k vydání napadené vyhlášky došlo v mezích zákonného zmocnění. V této souvislosti považuje za postačující odkázat na podrobnější odůvodnění k této otázce v nálezu, kterým byla zrušena úhradová vyhláška pro rok 2013 [nález ze dne 22. října 2013 sp. zn. Pl. ÚS 19/13 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.), body 41 až 43]. Na tomto závěru přitom nic nemění ani tvrzení navrhovatele, že k vybočení z těchto mezí došlo z důvodu nesouladu úhradové vyhlášky s veřejným zájmem, protože ji nelze považovat ani za jsoucí v souladu s čl. 2 odst. 3 Listiny. Z obsahu tohoto tvrzení totiž vyplývá, že jde ve své podstatě o shrnutí jeho argumentace stran rozporu této vyhlášky s některými ústavně zaručenými základními právy, se kterou se Ústavní soud vypořádává v dalších částech tohoto nálezu.

## VII.

### Shrnutí obsahu napadených částí vyhlášky

35. Listina ve svém čl. 31 zaručuje občanům právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného zdravotního pojištění. Toto ustanovení sice předpokládá, že podmínky, tj. zejména rozsah, v jakém budou mít občané za uvedených ústavních podmínek přístup ke zdravotní péči a zdravotním pomůckám, stanoví teprve zákonodárce, nelze je však vykládat v tom smyslu, že by z něj pro jeho úvahu neplynuly žádné meze [srov. nález ze dne 23. dubna 2008 sp. zn. Pl. ÚS 2/08 (N 73/49 SbNU 85; 166/2008 Sb.), body 52 až 56]. Jím přijatá zákonná úprava musí především umožňovat skutečnou realizaci tohoto práva, tedy zachovávat jeho podstatu a smysl (čl. 4 odst. 4 Listiny). Jestliže by ve svém důsledku nevytvářela podmínky umožňující rovný přístup ke zdravotní péči, pak by se tento následek nedotýkal života a zdraví jen těch, kteří by se jí jinak nemohli domoci. Vzniklý stav by vyvolával pochybnosti i ohledně toho, zda je stát vůbec schopen dostát jedné ze svých základních povinností, která vyplývá z čl. 1 věty první Listiny a je implicitně vyjádřena též zakotvením sociálních práv v Listině, tedy povinností zajistit podmínky pro důstojný život všech svých občanů.

36. K zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči slouží i další požadavek přímo vyplývající z čl. 31 Listiny, jímž je existence systému veřejného zdravotního pojištění. Přijetí zákonné úpravy k jeho zajištění, jakož i jeho faktické provedení, je povinností státu a v jeho rámci především orgánů moci zákonodárné a moci výkonné. Základem zákonného vymezení tohoto systému je v současnosti zákon o veřejném zdravotním pojištění, který upravuje právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami, jejich pojištěnci a poskytovateli zdravotních služeb za účelem realizace ústavně zaručeného práva na bezplatnou zdravotní péči. Úhradová vyhláška, kterou na základě § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění vydává Ministerstvo zdravotnictví vždy pro následující kalendářní rok, pak tuto zákonnou úpravu doplňuje. Stanoví totiž, jakým způsobem se určí výše úhrad, na které vznikne jednotlivým poskytovatelům nárok vůči zdravotním pojišťovnám za hrazené služby, jež v souladu se svými zákonnými či smluvními povinnostmi poskytl jejich pojištěncům. Jejím obsahem je tak vlastně cenová



regulace. Přestože se každý poskytovatel může dohodnout se zdravotní pojišťovnou na jiném způsobu určení výše úhrad, a tím ve vztahu k jejich vzájemným právním vztahům vyloučit použití úhradové vyhlášky, v obecné rovině platí, že tato vyhláška významným způsobem dotváří i podmínky pro podnikání v oblasti poskytování zdravotních služeb. Z tohoto důvodu ji lze považovat rovněž za doplnění zákonné úpravy, která ve vztahu k těmto poskytovatelům vymezuje právní rámec rozhodný pro realizaci jejich práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny.

37. Ústavní soud na tomto místě neshledává důvod pro podrobnější shrnutí celého obsahu napadené vyhlášky. S ohledem na argumentaci navrhovatele i vedlejšího účastníka považuje za postačující přiblížení obsahu těch jejích částí, jež jsou napadeny eventuálním petitem navrhovatele nebo jejichž zrušení se domáhá vedlejší účastník, případně některých dalších obsahově souvisejících ustanovení. V tomto směru lze přitom přiznat relevanci především § 4 odst. 1 napadené vyhlášky a dále bodům 3.5 a 5.10 části A její přílohy č. 1 a jejím přílohám č. 12 a 13.

38. Ustanovení bodu 3 části A přílohy č. 1 napadené vyhlášky, jehož zrušení navrhl navrhovatel, stanoví, že úhrada za lůžkovou péči, tedy úhrada za poskytnuté a zdravotní pojišťovnou uznané hrazené služby, které poskytovatel poskytl pojištěnci během hospitalizací ukončených v roce 2015, se stanoví formou případového paušálu. Způsob výpočtu celkové paušální úhrady, na jejíž zaplacení mu v průběhu roku vznikne nárok vůči zdravotní pojišťovně, je v tomto ustanovení vyjádřen vzorcem, jehož jednotlivé proměnné jsou blíže definovány slovně. Celková paušální úhrada se vypočte z individuální paušální úhrady, kterou tvoří součin následujících prvků. V první řadě jde o součet celkové paušální úhrady za stejným způsobem vymezené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2014 a regulačních poplatků za akutní lůžkovou péči, jež byly poskytovatelem vybrány v roce 2014. Součet takto určených částek se následně násobí koeficientem 1,03, vyjadřujícím zvýšení úhrad o 3 %, jakož i koeficientem přechodu pojištěnců Kpp14, obsaženým v příloze č. 12 k úhradové vyhlášce, jež vyjadřuje změny v počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji, ve kterém jsou poskytovány hrazené služby, mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014. Podle toho, zda je tento koeficient vyšší nebo nižší než 1, dochází na jeho základě ke zvýšení nebo snížení individuální paušální úhrady.

39. Celková paušální úhrada se určí podle takto vypočtené individuální paušální úhrady, může být však nižší, jestliže počet případů hospitalizací ukončených v hodnoceném období roku 2015 nedosáhne alespoň 96 % z počtu případů hospitalizací ukončených v roce 2013. Tato procentní hodnota se v případě každého poskytovatele násobí koeficientem přechodu pojištěnců Kpp13, obsaženým v příloze č. 13, jež vyjadřuje změny v počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v kraji, ve kterém jsou poskytovány hrazené služby, mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013. Podle toho, zda je tento koeficient vyšší nebo nižší než 1, se tak zvyšuje nebo snižuje hranice poklesu produkce tohoto poskytovatele, při němž ještě nedochází k úměrnému snížení individuální paušální úhrady. Od takto vypočtené částky se nakonec odečte celková hodnota vyžádané extramurální péče v rámci případů hospitalizací poskytovatelem vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných, které byly ukončeny v hodnoceném období. Extramurální péči se rozumí péče související s hospitalizací pojištěnce u poskytovatele, kterou si poskytovatel vyžádal, a která je pojištěnci v době hospitalizace u poskytovatele poskytnuta jiným poskytovatelem, který ji účtuje zdravotní pojišťovně. Výsledná částka po tomto odečtení je celkovou paušální úhradou.

40. Základní princip uvedeného výpočtu lze tedy shrnout tak, že paušální úhrada, na kterou vznikne poskytovateli lůžkové péče nárok vůči zdravotní pojišťovně za jí hrazené služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2015, se určí z částky představující paušální úhradu, na kterou mu vznikl nárok za tytéž služby poskytnuté během hospitalizací ukončených v roce 2014, navýšené o 3 %. Její výše ovšem může být dále úměrně zvýšena nebo snížena s ohledem na změny počtu pojištěnců příslušné pojišťovny v příslušném kraji, přičemž úměrně snížena může být i v případě výraznějšího poklesu počtu případů hospitalizací oproti roku 2013.

41. Ustanovení § 4 odst. 1 úhradové vyhlášky, jehož částečné zrušení navrhl vedlejší účastník, zní následovně:

„§ 4

(1) Pro hrazené služby poskytované poskytovateli lůžkové péče, s výjimkou hrazených služeb poskytovaných poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v přílohách č. 1, 9, 10, 12 až 14 k této vyhlášce.“

Návrh vedlejšího účastníka směřoval do jeho části vymezené slovy „12 až“, jež vyjadřují odkaz na přílohy č. 12 a 13 k této vyhlášce jako na její relevantní části pro stanovení výše úhrad hrazených služeb poskytovaných poskytovateli lůžkové péče. Tyto přílohy stanoví koeficienty přechodu pojištěnců, které se použijí pro výpočet

úhrad, na které vznikne v průběhu roku 2015 poskytovatelům vůči zdravotní pojišťovně nárok za poskytnuté hrazené služby. Obě sestávají z tabulek, v nichž jsou podle kraje a zdravotní pojišťovny uvedeny indexy změny počtu jejich pojištěnců v období mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2014 (zkráceně Kpp14; příloha č. 12 k napadené vyhlášce) a mezi 1. lednem 2015 a 1. lednem 2013 (zkráceně Kpp13; příloha č. 13 k napadené vyhlášce). Pro uvedený výpočet se přitom použije vždy koeficient stanovený zároveň pro kraj, v němž poskytovatel poskytuje zdravotní služby, a zdravotní pojišťovnu, jejímž pojištěncem byl její příjemce. V současnosti působí v České republice sedm zdravotních pojišťoven, jimiž jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna.

42. Hodnota koeficientu přechodu pojištěnců Kpp14 se v závislosti na konkrétní zdravotní pojišťovně a kraji pohybuje v rozmezí od 0.951 do 1.097, v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky je tomu tak v rozmezí od 0.982 do 1.014. Hodnota koeficientu přechodu pojištěnců Kpp13 se pohybuje v rozmezí od 0.955 do 1.207 a v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky v rozmezí od 0.930 do 1.017. Oba koeficienty byly u této pojišťovny vypočteny jako vyšší než 1 jen pro hlavní město Prahu, v ostatních případech byla jejich hodnota nižší.

43. Přestože vedlejší účastník navrhuje toliko zrušení části § 4 odst. 1 úhradové vyhlášky a jejích příloh č. 12 a 13, nelze přehlédnout, že koeficienty přechodu pojištěnců a odkaz na uvedené přílohy jsou v úhradové vyhlášce obsaženy i na jiných místech. Tyto koeficienty se totiž uplatní při výpočtu celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče, který je obsažen v bodu 3.5 části A přílohy č. 1, a maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče, který je obsažen v bodu 5.10 části A přílohy č. 1. Podstata prvního výpočtu byla podrobně vyložena výše (viz body 38 až 40). Maximální celková úhrada poskytovatelům ambulantní péče za hrazené služby poskytnuté v hodnoceném období roku 2015 se zas vypočte z celkové výše úhrady poskytnuté v roce 2014, která se za tímto účelem vynásobí hodnotou 1,03 (tedy zvýší o 3 %) a koeficientem změny podílu počtu pojištěnců Kpp14. V tomto případě nejde o paušální úhradu, nýbrž o limitaci výše úhrady vypočtené podle hodnoty bodu v závislosti na množství provedených výkonů.

44. Posouzení koeficientů přechodu pojištěnců z hlediska jejich namítané protiústavnosti předpokládá objasnění jejich významu pro výpočet výše úhrad, na které vznikne poskytovatelům nárok. Již bylo uvedeno, že tyto koeficienty v závislosti na tom, zda je jejich hodnota vyšší nebo nižší než 1, zvyšují nebo snižují celkovou paušální úhradu poskytovatelům lůžkové péče a maximální celkovou úhradu poskytovatelům ambulantní péče. Pokud však jde o celkový příjem těchto poskytovatelů z veřejného zdravotního pojištění, ten je tvořen součtem úhrad, na které jim vznikne nárok vůči všem zdravotním pojišťovnám. Ačkoliv tedy mohou koeficienty přechodu pojištěnců vést ke snížení úhrady ze strany jedné zdravotní pojišťovny, v případě jiné zdravotní pojišťovny tomu může být právě naopak. Neplatí však, že celkový dopad jejich použití musí být z hlediska součtu jednotlivých úhrad neutrální. Do jejich výše se vždy promítne nárůst nebo pokles pojištěnců v kraji, kde byla zdravotní služba poskytnuta. Dosavadní výše úhrad ze strany jednotlivých pojišťoven může být navíc (a podle vyjádření ministerstva také je) historicky nastavena odlišně, což znamená, že určitá zdravotní pojišťovna hradí za určitý srovnatelný rozsah poskytnutých zdravotních služeb v průměru vyšší částky než pojišťovna jiná. Nelze proto vyloučit, že v důsledku použití těchto koeficientů dojde u určitého poskytovatele k tomu, že celková výše úhrad, na které mu vznikne nárok, nebude navzdory zachování stejného rozsahu poskytnutých zdravotních služeb jako v předchozím roce navýšena o 3 %, nýbrž o částku nižší, případně že nebude navýšena vůbec či bude dokonce snížena.

45. Důvod, pro který ministerstvo zakomponovalo uvedené koeficienty do úhradové vyhlášky, lze podle Ústavního soudu spatřovat v požadavku na úpravu, resp. narovnání výdajů jednotlivých zdravotních pojišťoven s ohledem na změny počtu jejich pojištěnců. Tyto změny totiž ovlivňují výši částky, kterou budou mít jednotlivé zdravotní pojišťovny na základě výběru pojistného k dispozici pro úhradu zdravotních služeb svým pojištěncům. Použití koeficientů tak má za cíl především spravedlivější nebo rovnoměrnější rozložení výdajů zdravotního pojištění mezi zdravotní pojišťovny.

## VIII.

Posouzení napadené vyhlášky z hlediska práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny

46. Návrhy navrhovatele i vedlejšího účastníka napadají ústavnost úhradové vyhlášky, respektive jejích jednotlivých částí, především z hlediska práva poskytovatelů zdravotních služeb podnikat podle čl. 26 odst. 1

Listiny. Ústavní soud se proto v první řadě zabýval otázkou, zda tato vyhláška nepůsobí jeho nepřipustné omezení.

VIII./a

Východiska přezkumu

47. Podstatou a smyslem práva na výběr povolání a přípravu k němu, jakož i práva podnikat a vykonávat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 Listiny je svoboda jednotlivce zvolit si a realizovat způsob, jakým si bude zajišťovat prostředky pro své potřeby. Není přitom podstatné, zda bude činnost, jež by měla vést k dosažení tohoto cíle, vykonávat v zaměstnaneckém vztahu nebo jako podnikatel na vlastní odpovědnost.

48. Uvedených práv se může jednat ve smyslu čl. 41 odst. 1 Listiny domáhat pouze v mezích zákonů, které čl. 26 odst. 1 Listiny provádějí. Podle čl. 26 odst. 2 Listiny může zákon stanovit podmínky a omezení pro výkon některých povolání nebo činností, a to za jakýmkoliv účelem, který není ústavně nepřipustný [srov. nálezy ze dne 20. června 2006 sp. zn. Pl. ÚS 38/04 (N 125/41 SbNU 551; 409/2006 Sb.), bod 29]. Zákonodárce má tedy relativně širokou, byť nikoliv absolutní, dispozici pro konkrétní vymezení obsahu a způsobu realizace tohoto práva [srov. nálezy ze dne 23. května 2000 sp. zn. Pl. ÚS 24/99 (N 73/18 SbNU 135; 167/2000 Sb.) nebo nálezy ze dne 12. července 2001 sp. zn. Pl. ÚS 11/2000 (N 113/23 SbNU 105; 322/2001 Sb.), část VIII písm. H]. I v případě základních práv podle čl. 26 odst. 1 Listiny se však uplatní požadavek vyplývající z jejího ustanovení čl. 4 odst. 4, aby při stanovení mezi těmito právy bylo šetřeno jejich podstaty a smyslu. To znamená, že je-li určitým omezením dotčena samotná podstata a smysl základního práva, pak takovéto omezení nebude zakládat jeho porušení jen za předpokladu, že bude nezbytné k dosažení svého legitimního (neboli ústavně aprobovaného) cíle. V případě práva na výběr povolání a přípravu k němu, jakož i práva podnikat a vykonávat jinou hospodářskou činnost by se o omezení dotýkající se jejich podstaty a smyslu jednalo tehdy, jestliže by v jeho důsledku byl určité skupině jednotlivců podstatně ztížen nebo znemožněn přístup k určitému povolání nebo možnost vykonávat určitou činnost nebo jestliže by v jeho důsledku určité zaměstnání nebo činnost přestaly být způsobilé zajistit prostředky pro jejich potřeby těm, kteří je vykonávají. Jakékoliv omezení musí samozřejmě respektovat zásadu rovnosti v právech ve smyslu čl. 1 věty první Listiny, resp. jejího čl. 3 odst. 1 [nálezy sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012 (N 195/67 SbNU 333; 437/2012 Sb.), bod 278].

49. Ústavní soud při posuzování souladu zákona nebo jiného právního předpisu s právem podnikat, jež má povahu práva hospodářského, postupuje obdobně jako v případě práv sociálních, k jejichž přezkumu v dosavadní judikatuře konstruoval a rozvinul tzv. test rozumnosti [srov. nálezy ze dne 5. října 2006 sp. zn. Pl. ÚS 61/04 (N 181/43 SbNU 57; 16/2007 Sb.), nálezy ze dne 12. března 2008 sp. zn. Pl. ÚS 83/06 (N 55/48 SbNU 629; 116/2008 Sb.), nálezy ze dne 24. dubna 2012 sp. zn. Pl. ÚS 54/10 (N 84/65 SbNU 121; 186/2012 Sb.), bod 48, nebo nálezy sp. zn. Pl. ÚS 19/13, body 50 a 51], sestávající z následujících čtyř kroků:

- a) vymezení smyslu a podstaty hospodářského nebo sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu,
- b) zhodnocení, zda se zákon nebo jiný právní předpis nedotýká samotné existence hospodářského nebo sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu,
- c) posouzení, zda právní úprava obsažená v zákoně nebo jiném právním předpisu sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, a
- d) zvážení otázky, zda prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný, byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší.

50. Dospěje-li Ústavní soud ve druhém kroku testu rozumnosti k závěru, že napadená právní úprava se dotýká samotné existence některého z těchto práv nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu, pak nepokračuje v jeho provádění a místo toho posoudí přípustnost zásahu do tohoto práva v rámci (přísnějšího) testu proporcionality. To znamená, že dále bude v následujícím pořadí hodnotit,

- a) zda předmětný zásah sleduje legitimní (neboli ústavně aprobovaný) cíl omezení dotčeného základního práva,
- b) zda je tento zásah k dosažení tohoto cíle vhodný (požadavek vhodnosti),
- c) zda tohoto cíle nelze dosáhnout jiným způsobem, jenž by byl k tomuto právu šetrnější (požadavek potřebnosti), a

d) zda zájem na dosažení tohoto cíle v rámci určitého právního vztahu převáží nad dotčeným základním právem (požadavek proporcionality v užším smyslu).

51. Právní úprava, která se dotýká ústavně zaručeného sociálního, hospodářského nebo kulturního práva, nepředstavuje jeho nepřípustné omezení jen v případě, že jako celek obstojí z hlediska všech takto vymezených požadavků. Pokud by tomu tak nebylo, Ústavní soud by musel dospět k názoru o jejím rozporu s ústavním pořádkem.

#### VIII./b

##### Vymezení namítaného zásahu

52. Provedení testu rozumnosti předpokládá v první řadě vymezení, zda a jakým způsobem zasahuje napadená právní úprava do práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Ústavní soud konstatuje, že namítaným zásahem je v dané věci třeba rozumět ohraničení nároku poskytovatelů na úhradu za hrazené služby poskytnuté v roce 2015, k němuž dochází stanovením celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče v bodu 3.5 části A přílohy č. 1 a maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče v bodu 5.10 části A přílohy č. 1 napadené vyhlášky. Právě vůči těmto ustanovením směřují uplatněné námitky navrhovatele a vedlejšího účastníka k výpočtu výše úhrady, jež spočívají jednak v tvrzeném nedostatečném zohlednění finančních požadavků poskytovatelů zdravotních služeb v geograficky a demograficky znevýhodněných oblastech (viz body 4 až 6), jednak v tvrzeném negativním dopadu použití koeficientů přechodu pojištěnců (viz body 8 až 10). Podstatou obou z nich je totiž tvrzení, že napadenou vyhláškou stanovená výše úhrad je ve vztahu k některým poskytovatelům natolik nízká, že opodstatňuje závěr o porušení jejich práva podnikat.

53. Pro znázornění toho, jakým způsobem se předmětné ohraničení dotýká uvedeného základního práva, je žádoucí poukázat na některá specifika podnikání v oblasti poskytování zdravotních služeb. Předně je charakterizuje rozsáhlá veřejnoprávní regulace, která – zjednodušeně řečeno – 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, včetně toho, že v některých případech (kupř. jde-li o neodkladnou péči) nesmí být pacientům z jejich strany odepřena potřebná zdravotní péče. K reálnému naplnění těchto povinností by ovšem nedocházelo, pokud by s nimi související náklady nesli výlučně poskytovatelé zdravotních služeb 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 zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterým na jeho základě mohou být poskytovány z něj hrazené služby. Tento systém má přitom s ohledem na celkový počet pojištěnců a výši shromážděných prostředků zcela dominantní podíl na výdajích za zdravotní služby. Není tedy nikterak překvapivé, že podnikání podstatné části poskytovatelů zdravotních služeb je v rozhodující míře závislé na tom, zda a v jaké výši jim vznikne nárok na úhradu právě z tohoto systému (bližší srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 35). Pravidla pro určení její výše, jak jsou stanovena v úhradové vyhlášce, zásadním způsobem ovlivňují celkový příjem jednotlivých poskytovatelů, a tím i veškerou jejich podnikatelskou činnost, jež se musí přizpůsobit z něho plynoucím možnostem. Tím v nejširším slova smyslu zasahují do jejich práva podnikat.

#### VIII./c

##### Posouzení zásahu z hlediska podstaty a smyslu práva podnikat

54. Podstatu a smysl základních práv zaručených čl. 26 odst. 1 Listiny, jež byly vymezeny výše (viz body 47 a 48), lze ve vztahu k právu podnikat a vykonávat jinou hospodářskou činnost specifikovat tím způsobem, že jde o svobodu vykonávat určitou výdělečnou činnost samostatně na vlastní účet a odpovědnost za účelem dosažení zisku. Toto právo zaručuje samotnou možnost výkonu takovéto činnosti, jakož i to, že povinnosti a omezení, jež se k ní vztahují, nebudou znemožňovat její hlavní účel [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 66, nebo nález ze dne 15. září 2015 sp. zn. Pl. ÚS 13/14 (297/2015 Sb.), bod 14]. 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.

55. Úhrady vypočtené na základě úhradové vyhlášky představují pro podstatnou část poskytovatelů zdravotních služeb zcela převažující zdroj příjmů. Zároveň platí, že povinnosti spojené s výkonem této činnosti za účelem

zajištění dostupnosti zdravotní péče významně omezují prostor k tomu, aby tito poskytovatelé v reakci na případnou nízkou výši úhrad mohli snížit své výdaje. Především tak nemohou učinit na úkor zákonem požadovaného rozsahu a kvality poskytovaných zdravotních služeb. Úhradová vyhláška by se proto dotýkala podstaty a smyslu práva podnikat, 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 ovšem možné konstatovat jen ve vztahu k určitému segmentu zdravotních služeb jako celku, vymezenému podle formy nebo oboru poskytované zdravotní péče, byť nikoliv nezbytně na celém území České republiky. Muselo by se totiž jednat 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 (srov. nálezn. sp. zn. Pl. ÚS 19/13, body 60 až 62). Zbývá dodat, že dotčení podstaty a smyslu základního práva ještě neznamená i jeho porušení, a to ani v případě, že by v určité oblasti byla možnost podnikání zásadním způsobem omezena nebo dokonce vyloučena. Takovýto zásah by však bylo třeba, jak bylo uvedeno výše, posuzovat mnohem přísněji jak z hlediska jeho potřeby, tak z hlediska intenzity zájmu na dosažení jeho cíle (viz test proporcionality v bodu 50).

56. Napadená vyhláška stanoví celkovou paušální úhradu poskytovatelům lůžkové péče a maximální celkovou úhradu poskytovatelům ambulantní péče za hrazené služby poskytnuté v roce 2015 podle výše úhrad, na které jim vznikl nárok za hrazené služby poskytnuté v předchozím roce. Při jejich výpočtu tak, obdobně jako úhradové vyhlášky vydané pro minulé roky, vychází z předpokladu, že jednotliví poskytovatelé budou mít i v tomto roce srovnatelnou výkonnost. Uvedené nicméně neznamená, že takto stanovená výše úhrad zůstává neměnná. K její úpravě dochází prostřednictvím různých proměnných a koeficientů, včetně koeficientů přechodu pojištěnců, jejichž účelem je nalezení rovnováhy mezi finančními požadavky poskytovatelů na straně jedné a možnostmi systému veřejného zdravotního pojištění na straně druhé. Je zřejmé, že předmětné řešení zachovává kontinuitu právní úpravy, pokud jde o nastavení výše úhrad. Tím současně umožňuje jejich předvídatelnost, a to přestože výsledná částka může být ve srovnání s předchozím rokem s ohledem na další zohledněné skutečnosti vyšší nebo nižší. S určitou změnou totiž poskytovatelé musí při vydání úhradové vyhlášky každý rok počítat a přizpůsobit se jí.

57. Ústavní soud konstatuje, že samotný princip výpočtu založený na výše uvedených zásadách se zjevně nedotýká podstaty a smyslu práva podnikat. Tento závěr se zároveň vztahuje i na jeho konkrétní provedení v napadené vyhlášce, v jehož rámci se použijí koeficienty přechodu pojištěnců (v tomto ohledu nicméně Ústavní soud ponechává stranou otázku, zda v případě limitace výše úhrad poskytovatelům ambulantní péče obsahuje úhradová vyhláška efektivní způsob kompenzace nákladů neodkladné péče poskytnuté nad rámec těchto limitů, neboť tato nebyla předmětem tohoto řízení). Navrhovatel ani vedlejší účastník netvrdí, že by takto stanovený výpočet výše úhrad v určitém segmentu zdravotních služeb obecně vylučoval smysluplnost podnikatelské činnosti z hlediska dosažení jejího účelu. Navrhovatel tento důsledek namítá jen ve vztahu k poskytovatelům v geograficky a demograficky znevýhodněných oblastech. Vedlejší účastník zase výslovně připouští, že k němu nedochází, nevylučuje však, že použití koeficientů přechodu pojištěnců i v dalších letech by takovýto stav mohlo způsobit. Jeho námítka ve vztahu k těmto koeficientům směřují především k tomu, že v důsledku jejich použití dochází v případě velké většiny poskytovatelů ke snížení výše úhrad, na které by měli jinak nárok, aniž by toto snížení odpovídalo (často nezměněnému) rozsahu jejich produkce. Za situace, kdy ani navrhovatel, ani vedlejší účastník netvrdili existenci zásahu, jenž by se dotýkal podstaty a smyslu práva podnikat, a ani neuvedli žádné skutečnosti, z nichž by takovýto faktický důsledek bylo možno usuzovat, Ústavní soud neshledává prostor k tomu, aby nad rámec projednávaných návrhů z vlastní iniciativy činil další zjištění, jež by případně mohla závěr o takovémto zásahu opodstatňovat. Existenci takovýchto skutečností nelze v tuto chvíli považovat ani za obecně známou.

58. 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 se jednalo o důsledek jejich vlastního rozhodnutí ohledně způsobu a místa podnikání a s ním spojeného podnikatelského rizika.

59. Přesto je třeba uznat, 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. V případě poskytovatelů lůžkové péče by byla takto modifikovaná výše úhrad východiskem pro celkovou paušální úhradu, na kterou jim vznikne nárok podle úhradových vyhlášek v příštích letech, bude-li v tomto ohledu zachována jejich dosavadní koncepce.

60. 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 (bod 73 citovaného nálezu). 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.

#### VIII./d

##### Legitimitnost cíle zásahu

61. Vzhledem k tomu, že napadená vyhláška se, pokud jde o posuzovaný zásah, nedotýká podstaty a smyslu práva podnikat, Ústavní soud neprováděl její přezkum v rámci testu proporcionality. Místo toho přistoupil k dalšímu kroku testu rozumnosti, v němž hodnotil, zda sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv.

62. V obecné rovině lze konstatovat, že limitace výše úhrad – k níž došlo stanovením celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče i maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče – přispívá k nalezení rovnováhy mezi finančními požadavky poskytovatelů zdravotních služeb a možnostmi systému veřejného zdravotního pojištění, a tím ke spravedlivému přerozdělení jeho prostředků. Jde o jeden z prostředků působících na poskytovatele zdravotních služeb, aby svou činnost prováděli efektivně (viz nálezy sp. zn. Pl. ÚS 19/13, bod 74). Ústavní soud neshledává žádný důvod, pro který by takto vyjádřený účel neměl z ústavního hlediska obstát. K jeho dosažení přitom v širším kontextu slouží i aplikace koeficientů přechodu pojištěnců, byť jejich primárním cílem je toliko úprava, resp. narovnání výdajů jednotlivých zdravotních pojišťoven s ohledem na změny počtu jejich pojištěnců (viz body 44 a 45). Ani tento dílčí účel však není ústavně nepřijatelný.

63. Potřeba narovnání výdajů je důsledkem existence více zdravotních pojišťoven. Ústavní soud zdůrazňuje, že zajištění práva na bezplatnou zdravotní péči musí být zajištěno bez ohledu na to, ve které zdravotní pojišťovně, jež je součástí systému veřejného zdravotního pojištění v České republice, je pacient pojištěn. Nelze proto akceptovat, aby nedostatek finančních prostředků některé ze zdravotních pojišťoven, jenž by byl v podstatě nahodilým důsledkem struktury jejich pojištěnců, znemožňoval úhradu služeb hrazených z veřejného pojištění. Podstatné musí být pouze to, zda je dostatek finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění jako celku. Jakkoliv tedy lze jistě polemizovat ohledně účelnosti přerozdělení těchto prostředků mezi několik zdravotních pojišťoven, které plní tutéž funkci a samostatně v podstatě nemohou ovlivnit rozsah svých výdajů na úhradu poskytnutých zdravotních služeb, Ústavní soud neshledává výše uvedený primární cíl koeficientů přechodu pojištěnců svévolným či nelegitimním. Nic na tom nemění ani jeho dílčí promítnutí do výpočtu celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče a maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče.

## VIII./e

Rozumnost zásahu z hlediska dosažení jeho cíle

64. Závěrem testu rozumnosti se Ústavní soud zabýval otázkou, zda je posuzovaný zásah rovněž rozumný z hlediska dosažení jím sledovaného cíle. Naplnění této podmínky lze konstatovat ve vztahu k již zmíněnému dílčímu cíli, jímž je narovnání výdajů jednotlivých zdravotních pojišťoven s ohledem na změny počtu jejich pojištěnců. Použití koeficientů přechodu pojištěnců při výpočtu výše úhrad zjevně je způsobilé přispět k jeho dosažení. Pokud však jde o cíl spočívající v nalezení rovnováhy mezi finančními požadavky poskytovatelů zdravotních služeb a možnostmi systému veřejného zdravotního pojištění, ve vztahu k němu již předmětný způsob výpočtu vyvolává určité pochybnosti. Nelze totiž přehlédnout, že v důsledku použití uvedených koeficientů nedojde v případě významné části poskytovatelů k předpokládanému 3% nárůstu výše úhrad. Místo toho bude tento nárůst nižší v závislosti na změnách počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven v jednotlivých krajích, jež ale samy o sobě nemusí mít z hlediska nákladů – a tím i finančních požadavků – poskytovatelů zdravotních služeb žádný význam. Použití těchto koeficientů přitom nemusí být a zpravidla ani nebude neutrální z hlediska souhrnu všech úhrad, na které vznikne poskytovatelům za hrazené služby poskytnuté v roce 2015 nárok vůči jednotlivým zdravotním pojišťovnám (viz bod 44). Z principu výpočtu tak bude v případě řady poskytovatelů, zejména podnikajících mimo hlavní město Prahu, mít jejich použití za následek snížení celkové výše úhrad ve srovnání s tím, kolik by dostali při odlišném způsobu výpočtu.

65. Uvedený dopad lze shrnout tak, že použití koeficientů přechodu pojištěnců za účelem narovnání výdajů mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami znamená ve svém důsledku snížení úhrady některým poskytovatelům. Je tomu tak navzdory tomu, že souvislost mezi tímto účelem a výší úhrad pro jednotlivé poskytovatele není nijak zřejmá, resp. je velmi volná. Ústavní soud v tomto ohledu nevyklučuje, že předmětného narovnání bylo možné dosáhnout i jiným způsobem, jenž by byl šetrnější ve vztahu k výši úhrad jednotlivým poskytovatelům, a to i mimo úhradovou vyhlášku. Zároveň však nepovažuje zvolené řešení za nerozumné z hlediska hlavního cíle posuzovaného zásahu. Narovnání výdajů jednotlivých zdravotních pojišťoven je potřebné k tomu, aby byl systém veřejného zdravotního pojištění schopen plnit svou funkci, tedy aby z něho mohla být hrazena zdravotní péče, kterou jeho pojištěncům poskytli poskytovatelé zdravotních služeb.

66. Nerozumnost napadené vyhlášky zjevně není dána ani z hlediska ostatních prvků výpočtu celkové paušální úhrady nebo maximální celkové úhrady. Posuzovaný zásah do práva podnikat tudíž ob stojí ve všech krocích testu rozumnosti.

67. Uvedené závěry samozřejmě nelze vykládat v tom smyslu, že se jimi do budoucna zpochybňuje účelnost případného navýšení úhrad poskytovatelům zdravotní péče. Za situace, kdy jejich současné nastavení nevybočuje z ústavním pořádkem vymezeného rámce pro stanovení podmínek a omezení práva podnikat, však zodpovězení otázky, zda by k takovému kroku mělo dojít, nenáleží Ústavnímu soudu. Její posouzení má totiž povahu politického rozhodování, k němuž je povolán (a také mnohem lépe vybaven) demokratický zákonodárce a jemu odpovědná vláda.

## VIII./f

K tvrzené nerovnosti v důsledku použití koeficientů přechodu pojištěnců

68. Navrhovatel i vedlejší účastník odůvodňují nesoulad napadené vyhlášky s právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny rovněž tvrzením, že jí stanovený způsob výpočtu celkové paušální úhrady nebo maximální celkové úhrady neobstojí z hlediska zásady rovnosti, vyjádřené v čl. 1 větě první Listiny. Tato vyhláška podle jejich názoru nereflektuje odlišné podmínky jednotlivých poskytovatelů, resp. jejich finanční požadavky vyplývající z rozsahu poskytované zdravotní péče. Ani těmto námitkám ovšem Ústavní soud nemůže přisvědčit.

69. Úhradová vyhláška stanoví způsoby výpočtu výše úhrad, které se uplatní vůči všem poskytovatelům v závislosti od druhu poskytovaných zdravotních služeb. Pakliže jsou v případě lůžkové péče dány rozdíly z hlediska srovnání výsledné hodnoty těchto úhrad u jednotlivých poskytovatelů, je tomu tak z toho důvodu, že tato hodnota se odvíjí od výše úhrad v předchozích letech, která se postupně vyvíjela s ohledem na rozsah jimi poskytovaných zdravotních služeb a jejich související finanční požadavky. Tyto rozdíly vypovídají o tom, že nastavení optimální výše úhrad jednotlivým poskytovatelům, která zohlední všechny relevantní (případně i velmi specifické) okolnosti a umožní nalézt rovnováhu mezi výdaji veřejného zdravotního pojištění a finančními požadavky poskytovatelů zdravotních služeb, je velmi složité. Zvolené řešení, kdy úhradová vyhláška, byť s

určitými modifikacemi, zachovává kontinuitu, a tím i předvídatelnost celkové výše úhrad, proto nelze považovat za nezbytně vedoucí k neodůvodněným nerovnostem. Obecné vyjádření všech relevantních okolností na úrovni posuzovaného podzákoného právního předpisu podle názoru Ústavního soudu pravděpodobně ani nelze smysluplně provést, protože by se v konečném důsledku stejně neobešlo bez určité míry uvážení při jejich individuálním posouzení.

70. Neopodstatněná je i námitka nerovnosti spočívající v tom, že se koeficienty přechodu pojištěnců na rozdíl od nemocnic nepoužijí i při výpočtu výše úhrad poskytovatelům externích ambulantních služeb. Takovéto srovnání je podle Ústavního soudu příliš zjednodušující, neboť v případě obou typů poskytovatelů se uplatní odlišný způsob tohoto výpočtu, jenž odráží specifika jejich činnosti (viz argumentaci ministerstva v bodu 21). Srovnání výše úhrad mezi jednotlivými typy poskytovatelů, má-li mít nějakou vypovídající hodnotu, zkrátka nelze redukovat toliko na izolované srovnání toho, jakým způsobem se do celkové výše úhrad promítne dílčí úhrada za určitý konkrétní druh zdravotních služeb. Žádná další tvrzení, která by podrobněji specifikovala případné relevantní rozdíly, vedlejší účastník neuplatňuje.

71. Lze tedy uzavřít, že námitky uplatněné navrhovatelem a vedleším účastníkem neopodstatňují závěr o nesouladu napadené vyhlášky, resp. některých jejích ustanovení, s právem podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny. Tento závěr se přitom uplatní i ve vztahu k namítanému porušení principu rovnosti podle čl. 1 věty první Listiny.

## IX.

Posouzení napadené vyhlášky z hlediska práva na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny

72. Pokud jde o ostatní námitky, navrhovatel i vedlejší účastník tvrdí, že napadená vyhláška může vést k porušení práva na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění podle čl. 31 Listiny. Podle názoru Ústavního soudu však může takovýto důsledek působit pouze nepřímě. Úhradová vyhláška se totiž 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, že by tito nebyli s to plnit své povinnosti při poskytování zdravotních služeb, jež by se v důsledku této skutečnosti mohly stát pro pacienty nedostupnými (tento důsledek připustil Ústavní soud již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, viz jeho bod 77). I v tomto případě by ale nebylo možné nahlížet na příčinu tohoto stavu izolovaně. Zajištění práva na přístup k bezplatné zdravotní péči je předmětem rozsáhlé zákonné úpravy, obsažené v řadě zákonů, z nichž lze kromě zákona o veřejném zdravotním pojištění zmínit především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a nikoliv jen úhradové vyhlášky, která je v tomto ohledu právním předpisem spíše doplňujícím. V žádném případě nejde jen o otázku konkrétního nastavení výše úhrad.

73. Z těchto důvodů nepovažuje Ústavní soud argumentaci navrhovatele a vedlejšího účastníka, kteří spatřují nesoulad napadené vyhlášky s právem na bezplatnou zdravotní péči podle čl. 31 Listiny v jejím možném budoucím faktickém následku, za důvodnou. Provedení testu rozumnosti na tomto místě nepřichází v úvahu již vzhledem k absenci přímého zásahu do tohoto práva.

## X.

Posouzení napadené vyhlášky z hlediska práva zaměstnanců na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny

74. Z obdobných důvodů nakonec neobstojí ani námitka vedlejšího účastníka, podle něhož napadená vyhláška ohrožuje schopnost poskytovatelů zdravotních služeb finančně unést zvýšení platů ve zdravotnictví, a tím i realizaci práva dotčených zaměstnanců na spravedlivou odměnu za práci podle čl. 28 Listiny. Úhradová vyhláška se nijak nedotýká obsahu pracovněprávních vztahů mezi poskytovateli a jejich zaměstnanci. Závěr o porušování tohoto práva zároveň nelze založit pouhým poukazem na hypotetickou možnost, že těmto zaměstnancům nebude vyplacena mzda z důvodu nedostatku finančních prostředků.

## XI.

Závěr



75. Ze všech těchto důvodů dospěl Ústavní soud k závěru, že napadená vyhláška je v rozsahu, kterým stanoví způsob výpočtu celkové paušální úhrady poskytovatelům lůžkové péče a maximální celkové úhrady poskytovatelům ambulantní péče, jakož i související koeficienty přechodu pojištěnců, tedy v rozsahu vymezeném především jejím § 4 odst. 1 a dále body 3.5 a 5.10 části A její přílohy č. 1 a přílohami č. 12 a 13, v souladu s čl. 1, čl. 26 odst. 1, čl. 28 a 31 Listiny. Návrh na její zrušení, založený na výše uvedených námitkách navrhovatele a vedlejšího účastníka, tudíž není důvodný, protože Ústavní soud podle § 70 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, rozhodl o jeho zamítnutí.

76. Jen pro úplnost Ústavní soud podotýká, že tímto nálezem není aprobována ústavnost úhradové vyhlášky v celém jejím rozsahu, tedy i v těch částech, vůči nimž nesměřovala argumentace navrhovatele nebo vedlejšího účastníka a jež ani nebyly předmětem ústavněprávního posouzení.

Předseda Ústavního soudu:  
JUDr. Rychetský v. r.