



US25014735

## Potvrzení o doručení dokumentu

Organizace: Ústavní soud

<b>ÚSTAVNÍ SOUD</b> Joštova 8, 660 83 Brno	
Došlo dne:	- 5 -03- 2025 1
krát Přílohy: 3+ tabulky excel	
Vyřizuje:	Netisknuto, uloženo v elektronické podobě.

## Základní údaje

Číslo podání: US CKDP 0003483/25

Odesílatel

**Věc:** Návrh na zrušení části právního předpisu – vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025, spojený s návrhem na přednostní projednání věci dle § 39 zákona o Ústavním soudu Doručenka

Doručeno: 5. 3. 2025 16:01:00

K Rukám:

ID zprávy:

Do vlastních rukou:

Email/DS:

Spisová značka:

SP. Zn. Odesílatele:

## Seznam validací

Výsledek	Soubor	Subjekt certifikátu	Vystavitel
Příloha je validní	zprava_1489663258_prijata.pdf		
Příloha je validní	podpisova listina senátorů signed.pdf		
Neobsahuje žádné podpisy	zprava_1489663258_prijata.pdf		
Příloha je validní	zvláštní plná moc signed.pdf		
Neobsahuje žádné podpisy	podpisova listina senátorů signed.pdf		
Příloha je validní	Uhradová vyhláška 2025_návrh na zrušení k Ústavnímu soudu_finační verze 05.03.2025.pdf		
Neobsahuje žádné podpisy	zvláštní plná moc signed.pdf		
Příloha je validní	AC MN_vystup.xlsx		
Příloha je validní	podpisová listina poslanci signed.pdf		
Neobsahuje žádné podpisy	Uhradová vyhláška 2025_návrh na zrušení k Ústavnímu soudu_finační verze 05.03.2025.pdf		
Příloha je validní	Náklady na ALP jednotlivých poskytovatelů+CVSP vliv PCE (2).xlsx	Netisknuto, uloženo v elektronické podobě rozsaďte tabulky	
Neobsahuje žádné podpisy	podpisová listina poslanci signed.pdf		

**Nepředchází**

Příloha je validní	Počty a výnosy ALP pro CVSP a mimo CVSP_v2 (2).xlsx	Netisknuto, uloženo v elektronické podobě. <i>rozklad tabule</i>	
--------------------	---	---	--

Ústavní soud České republiky  
Joštova 8  
660 83 Brno 2

<b>ÚSTAVNÍ SOUD</b>	
Joštova 8, 660 83 Brno	
Došlo dne:	- 5 -03- 2025 1
Vyzívuje: _____ krát Přílohy: _____	

DATOVOU SCHRÁNKOU

České Budějovice dne 5.3.2025

**Navrhovatelé:** Skupina 31 senátorů Senátu Parlamentu České republiky  
Valdštejnské náměstí 4, 118 01 Praha 1,  
za kterou jedná MUDr. Ladislav Václavec

zast. JUDr. Martinem Slobodníkem, Ph.D., LL.M., advokátem zapsaným ČAK pod ev. č. 18462, se sídlem U Rybníčku 553, 383 01 Prachatice

**Účastník řízení:** Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
Palackého nám. 375, 128 00 Nové Město

**Návrh na zrušení části právního předpisu – vyhlášky č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025,**  
spojený s návrhem na přednostní projednání věci dle § 39 zákona o Ústavním soudu

*Přílohy:*

- *podpisová listina s podpisy 31 senátorů*
- *plná moc právního zástupce*

**Nepředchází**

Slobodník & Partners s.r.o., advokátní kancelář

IČO 260 71 401  
se sídlem U Rybníčku 553, Prachatice,  
KONTO CZK 1225268002 /2700  
E-mail slobodnik@akslobodnik.cz

DIČ CZ 260 71 401  
pobočka Rudolfovská 131/69, České Budějovice  
IBAN CZ9727000000001225268002  
WEB www.akslobodnik.cz

JUDr. Martin Slobodník, Ph.D., LL.M.  
advokát a jednatel  
zapsaný v ČAK pod evid. č. 18462  
Tel.: 777 28 00 28, ID datové schránky: 2y8mndd

## Obsah:

- I. Předmět návrhu a dotčené právní předpisy ústavního pořádku
- II. Napadená ustanovení, jejich obsah a souvislosti jejich přijetí
  - a) K věcné podstatě napadených ustanovení
  - b) K hlavním důvodům podání tohoto návrhu
  - c) Důsledky a ekonomické souvislosti přijaté úpravy
- III. Rozpor napadených ustanovení s ústavním pořádkem České republiky
  - a) Porušení smyslu a účelu systému veřejného zdravotního pojištění
  - b) Narušení možnosti podnikat na trhu zdravotních služeb
  - c) Formální protiústavnost
  - d) Protiústavnost tzv. koeficientu centralizace
- IV. Závěr

## I. Předmět návrhu a dotčené právní předpisy ústavního pořádku

1. Navrhovatelé žádají v řízení podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy České republiky a § 64 odst. 2 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, **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“), eventuálně zrušení jiných ustanovení Úhradové vyhlášky, která budou shledána ústavně nekonformními.
2. Navrhovatelé jsou přesvědčeni, že Úhradová vyhláška:
  - neumožňuje poskytovatelům zdravotních služeb získat úhradu za poskytnuté hrazené služby od zdravotních pojišťoven racionálním způsobem, který by naplňoval principy systému veřejného zdravotního pojištění chráněné dle čl. 31 Listiny základních práv a svobod, umožňoval podnikat na trhu zdravotních služeb ve smyslu garantovaném dle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod a sledoval též garanci spravedlivé odměny zaměstnanců dle čl. 28 Listiny,
  - svévolně stanovuje rozdílnou úhradu za shodné služby pro různé poskytovatele zdravotních služeb způsobem, k němuž postrádá zákonné zmocnění,
  - vědomě zavádí nedostatečnou výši úhrady (slovy Ministerstva zdravotnictví dle odůvodnění Úhradové vyhlášky, str. 219<sup>1</sup>: *95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči bude v roce 2025 hrazeno z veřejného zdravotního pojištění*, resp. s ohledem na uváděnou nákladovou základní sazbu 85 027 Kč pro rok 2025 oproti minimálním sazbám na úrovni až 51 465 Kč jde o nedostatečnou výši úhrady pro všechny složky úhrady akutní lůžkové péče),
  - zavádí zjevně diskriminační koeficient (tzv. koeficient centralizace), který snižuje úhradu některých poskytovatelů u dané skupiny diagnóz až na 50 % plnohodnotné úhrady a navyšuje úhradu jiných poskytovatelů na 105 %, bez přímého vztahu k obsahu poskytnuté péče,
  - narušuje udržitelnost financování systému veřejného zdravotního pojištění, chráněného čl. 31 Listiny základních práv a svobod, když opakovaně alokuje zdroje iracionálním způsobem, bez zohlednění hodnoty věcné dávky poskytnuté pojištěnci, efektivity vynakládání veřejných prostředků a bez ekonomické kalkulace nákladů potřebných k poskytnutí těchto služeb (přitom nejsou využita objektivní data z referenčních nemocnic o nákladech zdravotní péče ad., která má Ministerstvo zdravotnictví k dispozici prostřednictvím Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, jehož je samo zřizovatelem),
  - za těchto okolností způsobuje důsledky, které již v minulosti v úhradových vyhláškách zakázal Ústavní soud ČR v rozhodnutí Pl. ÚS 19/13 ad., avšak v Úhradové vyhlášce nebyly principy plynoucí z této judikatury respektovány.
3. Navrhovatelé shledávají rozpor napadené Úhradové vyhlášky s následujícími ustanoveními ústavního pořádku: čl. 1 odst. 1, čl. 2 odst. 3, čl. 8, čl. 10, čl. 79 odst. 3 a čl. 101 odst. 4 Ústavy ČR a čl. 1, čl. 2 odst. 2, čl. 4 odst. 4, čl. 11 odst. 1, čl. 26 odst. 1 a čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále též „Listina“), a dále s čl. 12 *Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech* (č. 120/1976 Sb.) a čl. 11 *Evropské sociální charty* (č. 14/2000 Sb. m. s.), přičemž obě citované mezinárodní smlouvy jsou ve smyslu nálezu Ústavního soudu spis. zn. Pl. ÚS 36/01 součástí ústavního pořádku České republiky.
4. Ústavní soud ČR vyložil tato ustanovení zejména ve svých nálezech: Pl. ÚS 19/13, Pl. ÚS 5/15, Pl. ÚS 19/16, IV. ÚS 2545/16 a Pl. ÚS 49/18 (jak je dále uvedeno v textu).

<sup>1</sup> Odůvodnění k Úhradové vyhlášce, dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>

## II. Napadená ustanovení, jejich obsah a souvislosti jejich přijetí

### a) **K věcné podstatě napadeného podzákoného předpisu**

5. Čl. 31 Listiny stanoví ústavní garanci práva na ochranu zdraví a na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění, za podmínek, které stanoví zákon. Na to navazují právní předpisy v oblasti veřejného zdravotního pojištění jejichž účelem je zajištění systému, v němž může být jednotlivým pojištěncům poskytnuta věcná dávka v podobě zdravotní služby. Obsahem věcné dávky je tedy péče, která řeší zdravotní problém a tím uspokojí právo pacienta (pojištěnce) na bezplatnou zdravotní péči. Poskytovatelům zdravotních služeb je za tyto služby poskytována úhrada z veřejných zdrojů, která je vypočtena na základě mechanismů zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále též „**zákon o veřejném zdravotním pojištění**“) a na něj navazující právní předpisy, zejm. včetně úhradových vyhlášek.
6. Právním předpisem napadeným tímto návrhem je Úhradová vyhláška (pro rok 2025), resp. její Příloha č. 1 a Příloha č. 10.
7. Úhradová vyhláška je podzákoným právním předpisem vydaným Ministerstvem zdravotnictví v rozsahu zmocnění dle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterým se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro daný kalendářní rok. Jejím smyslem je zajistit spravedlivé a transparentní rozdělení prostředků veřejného zdravotního pojištění (tj. má zajistit úhradu odpovídající množství, strukturu a nákladům nasmlouvaných a poskytnutých služeb) mezi poskytovatele zdravotních služeb tak, aby bylo zajištěno financování kvalitní a dostupné zdravotní péče pro pojištěnce. Úhradová vyhláška je základním nástrojem cenové regulace v systému veřejného zdravotního pojištění a ve svém důsledku určuje rozhodující část příjmů poskytovatelů zdravotních služeb.
8. Úhradová vyhláška má v kontextu systému veřejného zdravotního pojištění přispět k následujícím cílům:
  - **Zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům.** Úhradová vyhláška slouží jako nástroj k zajištění dostupnosti zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce. Jejím cílem je zajistit, aby poskytovatelé zdravotní péče mohli řádně plnit své závazky vůči pojištěncům a poskytovat služby odpovídající rozsahu hrazené péče.
  - **Efektivní a spravedlivé přerozdělení prostředků veřejného zdravotního pojištění.** Vyhláška by měla zajistit spravedlivé rozdělení prostředků mezi poskytovatele zdravotních služeb, a to na základě objektivních a racionálních kritérií. Cílem je, aby bylo dosaženo rovného přístupu k péči pro všechny pojištěnce bez ohledu na region nebo typ poskytovatele.
  - **Zajištění stability systému veřejného zdravotního pojištění.** Vyhláška musí být v souladu s finančními možnostmi systému veřejného zdravotního pojištění a jeho dlouhodobou udržitelností (srov. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 35/95 nebo IV. ÚS 2545/16). To znamená, že výše úhrad má být nastavena tak, aby neohrožovala ekonomickou stabilitu zdravotních pojišťoven ani poskytovatelů péče.
  - **Náhrada nákladů poskytovatelů zdravotních služeb.** Úhradová vyhláška musí zajistit, aby poskytovatelé obdrželi za své služby úhrady pokrývající alespoň jejich nezbytné náklady na poskytování péče. Tím je garantováno, že poskytovatelé nebudou nespravedlivě zatíženi břemenem nákladů, které nemohou přenést na pacienty (srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 19/13).
  - **Dodržování principu rovnosti a zákonnosti.** Vyhláška musí respektovat ústavní principy rovnosti a zákonnosti, což znamená, že úhrady nesmějí být diskriminační a musí být odůvodněné objektivními kritérii. Jednotliví poskytovatelé by měli dostávat úhrady za shodné služby ve stejné výši, pokud pro rozdíly neexistují jasné a zákonem podložené důvody. Tzn. stejné úhrady zejména pokud jde o služby, k jejichž poskytování jsou poskytovatelé shodně oprávněni a vybaveni v souladu s příslušnými předpisy a požadavky, a k jejichž poskytování jsou obdobně zavázáni smlouvami se zdravotními pojišťovnami.

- **Reflexe výsledků dohodovacího řízení.** Úhradová vyhláška by měla primárně vycházet z dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb (podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Pokud k dohodě nedojde, Ministerstvo zdravotnictví má povinnost vydat vyhlášku, která je v souladu s právními předpisy, veřejným zájmem a ekonomickými možnostmi systému (dle § 17 odst. 2 věta sedmá, ve spojení s odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění).
9. Napadenou částí Úhradové vyhlášky je **Příloha č. 1**, která (zavádí tzv. koeficient centralizace, minimální sazby a nákladové modifikátory, které stanovují rozdílné úhrady za shodné zdravotní služby podle toho, zda jsou poskytovány centry vysoce specializované péče či jinými poskytovateli) a **Příloha č. 10** (která rozdílné úhrady dále provádí stanovením jednotlivých koeficientů). Příloha č. 1 stanoví mechanismy, které zvýhodňují poskytovatele se statutem centra vysoce specializované péče na úkor ostatních poskytovatelů zdravotních služeb nad rámec přípustné regulace. Zejména tzv. koeficient centralizace umožňuje centrům navyšovat úhrady až o 5 % oproti standardní výši, zatímco ostatním poskytovatelům je úhrada za shodnou péči snižována až na 50 %, pouze v důsledku absence formálního postavení centra, získaného rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví dle § 112 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tyto rozdíly nejsou odůvodněny kvalitou péče (ani obsahem činností, které jsou k poskytnutí péče potřebné a vykonané) ani reálnými náklady, což vede k neodůvodněné diskriminaci, která nemá oporu v zákonu o veřejném zdravotním pojištění a není konformní s ústavním pořádkem.
  10. V rozporu s principy systému veřejného zdravotního pojištění jsou takto vytvářeny dvě kategorie pojištěnců – těch, kterým bude poskytována plně hrazená péče v nemocnicích s centry vysoce specializované péče, a těch, kterým totožná péče nebude záměrně poskytnuta jako plně hrazená. Důsledkem sice není povinnost doplatku pojištěnce, ale neúplná úhrada se projeví zejména postupným omezením dostupné péče z důvodu zhoršení ekonomické situace poskytovatele. Vždy jde však o nepřipustný zásah do ústavně garantovaných práv pojištěnce.
  11. Navrhovatelé sledují svým návrhem minimalizaci zasažení do fungujícího systému veřejného zdravotního pojištění a zaměřují se pouze na oblasti, v nichž jsou nerovnosti, nedůvodnost postupu a formální vady natolik závažné, že dosahují ústavně nekonformní úrovně. Konstrukce Úhradové vyhlášky nicméně neumožňuje zrušení pouze jednotlivých koeficientů, neboť výpočet se provádí jako celek dle příslušných příloh. Záměrem navrhovatelů je poskytnout prostor ke kultivaci normotvorby; založené na racionálních, odůvodněných a systematických řešeních. K vyšší míře centralizace zdravotních služeb (je-li politickým záměrem) jistě lze dojít i více cestami, které mohou být též legitimní a ústavní. Zvolené metody v Úhradové vyhlášce však řešení souladné s ústavním pořádkem nenabízí a pokouší se dosáhnout nedostatečně odůvodněného pokřivení úhrad, které je třeba považovat za nepromyšlený důsledek libovůle.

#### b) K hlavním důvodům podání tohoto návrhu

12. Napadená Úhradová vyhláška č. 314/2024 Sb. obsahuje ustanovení, která prostřednictvím neodůvodnitelně nastavených paušálů, koeficientu centralizace, minimálních sazeb a nákladového modifikátoru zvýhodňují úhradu zdravotních služeb poskytovaných v centrech vysoce specializované péče. Do výpočtu úhrady tedy vstupují údaje dle produkce (poskytnuté hrazené zdravotní péče), které jsou však následně indexovány a pozměněny způsobem, který v některých případech postrádá racionální vztah k produkci a jejím nákladům. V důsledku toho je stejná zdravotní péče hrazena výrazně odlišně podle toho, zda je poskytována ve fakultních nemocnicích a centrech vysoce specializované péče, nebo v ostatních, zejména regionálních nemocnicích. Dochází tak k situaci, kdy je zcela srovnatelná péče v menších a regionálních nemocnicích hrazena hluboko pod skutečnými náklady, zatímco v případě poskytnutí ve fakultních nemocnicích a centrech je úhrada i násobně vyšší. Navrhovatelé zde nevyzývají ke snížení úhrad ve fakultních nemocnicích a centrech, ale ke spravedlivé (racionální) distribuci, vedoucí k plnohodnotné úhradě také pro regionální nemocnice.
13. Ústavní soud se v minulosti již opakovaně zabýval úhradovými vyhláškami obsahujícími podobné nedůvodné rozdíly v úhradách mezi jednotlivými poskytovateli. Např. v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 označil takovou diferenciaci za neobhajitelnou a nepřijatelnou. Navrhovatelé jsou přesvědčeni, že se nyní Ministerstvo zdravotnictví uchyluje ke stejné praxi, kterou Ústavní soud odmítnul. Namísto aby úhradová vyhláška směřovala k hospodárné alokaci omezených zdrojů v systému veřejného zdravotního pojištění, protěžeje úhradou zejména

státní a fakultní nemocnice na úkor podhodnocených regionálních poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví přitom disponuje daty z referenčních nemocnic, která umožňují spravedlivé nastavení úhrad, ale tato data nedůvodně nevyužívá. Namísto narovnání systému financování nemocniční péče zůstává tento systém pokrivený (slovy Ministerstva zdravotnictví dochází k postupnému *sblížování sazeb* (srov. zejm. odůvodnění Úhradové vyhlášky, str. 219<sup>2</sup>), čímž je však bohužel potvrzováno, že narovnány nejsou) a dále jsou rozdíly prohlubovány prostřednictvím valorizací historických (diskriminačních) hodnot.

14. Napadená Úhradová vyhláška tak zejména není ústavně konformní z následujících důvodů, které budou dále podrobně vysvětleny:

- **Nezajišťuje poskytovatelům zdravotních služeb úhrady, které by pokryly jejich nezbytné náklady, což odporuje judikatuře Ústavního soudu ČR.** V souladu s dlouhodobou judikaturou Ústavního soudu ČR nesmí cenová regulace v tomto systému evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti, a to i v podmínkách poskytování zdravotních služeb. Jinými slovy úhradová vyhláška by se dotýkala podstaty a smyslu práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, jestliže by na jejím základě stanovená výše úhrad byla s ohledem na rozsah poskytnutých hrazených služeb natolik nízká, že by fakticky – bez jakékoliv jiné kompenzace – přenášela náklady bezplatně poskytované zdravotní péče, které by měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, na jednotlivé poskytovatele, a z tohoto důvodu by jim znemožňovala dosažení alespoň přiměřeného zisku (srov. zejm. nálezy Ústavního soudu ČR ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13; ze dne 8. 12. 2015, sp. zn. Pl. ÚS 5/15; ze dne 26. 4. 2022, sp. zn. Pl. ÚS 49/18; nebo ze dne 25. 9. 2023, sp. zn. II. ÚS 565/21).
- **Úhradová vyhláška zjevně diskriminuje menší a regionální poskytovatele zdravotních služeb tím, že zavádí odlišné úhrady za shodné výkony na základě statutu poskytovatele (např. centrum vysoce specializované péče) – a to i v případě, že byl statut udělen pro jinou oblast poskytované zdravotní péče.** Takové rozdíly nejsou podloženy objektivními a zákonnými kritérii. Tento přístup narušuje rovnost mezi poskytovateli a vede k nerovnoměrnému přístupu pojištěnců k hrazené péči. Dle judikatury Ústavního soudu ČR přitom regulace odměn za poskytnuté služby musí být vůči subjektům v obdobných situacích obdobná, anebo (pokud je rozdílná) odůvodněna rozumným (předvídatelným) a objektivizovaným způsobem. Nespravedlivým nastavením těchto odměn za služby bude typicky dotčeno i jiné ústavně garantované právo, k jehož naplnění tyto služby směřují – v tomto případě právo pojištěnce garantované dle čl. 31 Listiny (srov. zejm. nálezy Ústavního soudu ČR ze dne 24. 9. 2019, sp. zn. Pl. ÚS 4/19, a ze dne 14. 1. 2020, sp. zn. Pl. ÚS 22/19). Veřejné zdravotní pojištění je založeno na zásadě, že všichni pojištěnci mají nárok na stejnou kvalitu a dostupnost péče, bez ohledu na to, jaký poskytovatel péči zajistí. Proto také všichni poskytovatelé musí splňovat shodné podmínky, právními předpisy požadované k oprávnění poskytovat konkrétní zdravotní výkony a služby. Napadená ustanovení však tento princip rozměňují tím, že úhrada zdravotních služeb je diferencována na základě postavení poskytovatele, nikoli na základě kvality či nákladovosti péče.
- **Ministerstvo zdravotnictví překročilo své zákonné zmocnění, když prostřednictvím vyhlášky fakticky reguluje síť poskytovatelů hrazené zdravotní péče a zavádí diskriminační mechanismy bez opory v zákoně.** Regulace sítě smluvních poskytovatelů, tedy rozhodování o tom, s kým uzavře smlouvu a na jaký rozsah a obsah zdravotní péče, přísluší podle zákona výhradně zdravotní pojišťovně (§ 46 a násl. zákona o veřejném zdravotním pojištění) a není vůbec úkolem Ministerstva zdravotnictví. Zdravotní pojišťovna má tedy povinnost najít svému pojištěnci poskytovatele k uspokojení jeho zdravotních potřeb, Ministerstvu zdravotnictví taková působnost nepřísluší. Smyslem úhradové vyhlášky není určovat preferenční postavení určité skupiny poskytovatelů, ale zajistit rovné podmínky pro všechny, kteří zajistí věcnou dávku pro pojištěnce, což napadená vyhláška neplní. Pokud chce Ministerstvo zdravotnictví vytvářet síť poskytovatelů (nebo do této sítě zasahovat, např. její centralizaci), jde o politické rozhodnutí, které může naplňovat jinými instrumenty, které musí mít zákonný základ. Úhradová

<sup>2</sup> Odůvodnění k Úhradové vyhlášce, dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>



vyhláška však k tomuto cíli nesměruje a nelze ani výkladem dovodit pravomoc provádět centralizaci skrze rozdílnost úhrady.

- Vyhláška neefektivně rozděluje finanční prostředky z veřejného zdravotního pojištění směřující do velkých center, zatímco menší poskytovatelé, kteří zajišťují základní dostupnost péče, jsou podfinancováni. Tento přístup vede k destabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění jako celku, protože prostředky nejsou přerozdělovány efektivně. Z celkového počtu hospitalizačních případů akutní lůžkové péče zajišťují větší centra (typicky ty nemocnice, které jsou příspěvkovými organizacemi Ministerstva zdravotnictví) přibližně třetinu zdravotních služeb, jejichž úhrada je v důsledku indexace nadhodnocena. Oproti tomu regionální a menší nemocnice zajišťují téměř dvě třetiny případů, jejichž úhrada je podhodnocena.
- Zejména zavedení tzv. koeficientu centralizace a nákladových modifikátorů nepřiměřeně zvýhodňuje velká centra, zatímco menší nemocnice dostávají úhrady, které neodpovídají reálným nákladům na péči. Dle definice koeficientu centralizace v uvedených ustanoveních se jím upravuje výše úhrady vybraných výkonů ve skupinách vztažených k určené diagnóze: „*KC[...] je koeficient centralizace, který se stanoví pro skupinu i vztaženou k diagnóze a uvedenou v příloze č. 10, částech [...] k této vyhlášce, ve výši 1,05, pokud poskytovatel má alespoň v části hodnoceného období alespoň 1 statut centra vysoce specializované péče uvedený pro danou skupinu v příloze č. 10, částech [...] k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech [...] k této vyhlášce, a není-li tato podmínka splněna, ve výši uvedené pro danou skupinu v příloze č. 10, částech [...] k této vyhlášce, a ve výši 1 pokud daná skupina nemá uveden žádný statut centra vysoce specializované péče v částech [...] k této vyhlášce a u případů hospitalizace, kdy nejdéle jeden den před začátkem hospitalizace byl poskytovatelem vykážán výkon č. 09563 nebo 09564 podle seznamu výkonů nebo výkon odbornosti 719 podle seznamu výkonů.*“ Koeficientem centralizace je tedy úhrada poskytovatelů, kteří mají statut centra vysoce specializované péče, **navyšována indexem 1,05**, a naopak úhrada těch poskytovatelů, kteří takové postavení nemají, **ponižována indexem 0,9, 0,75 nebo 0,5** (a to bez ohledu na to, v jakém segmentu péče). K tomuto pokřivení výše úhrady dochází přesto, že požadované podmínky k provedení konkrétního výkonu a konkrétní péče, o nichž se zde hovoří, jsou pro všechny poskytovatele shodné, včetně jeho nasmlouvání s pojišťovny. Obsah hrazeného výkonu – hrazené péče – a tedy i obsah nároku jednotlivého pojištěnce se zde neliší. Rozdílná je toliko úhrada.

15. Způsob provedení Úhradové vyhlášky tak musí navrhovatelé považovat za systémovou vadu. Neodůvodněné (do očí bijící) rozdíly mezi poskytovateli zdravotních služeb jsou prohlubovány, a to vědomě a formou podzákoného předpisu, který k tomu neslouží. Tyto rozdíly nejsou odůvodněny obsahem poskytované zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví bohužel nezohlednilo ani judikaturu Ústavního soudu ČR, která ukládá zabývat se tím, zda v systému veřejného zdravotního pojištění pokrývají úhrady ze systému náklady, které poskytovatelé vynakládají na zajištění hrazených služeb (věcných dávek pojištěncům). Nástroje sběru statistických informací, z nichž by mohly být takové náklady ověřeny (zejména síť referenčních nemocnic), naopak ukazují, že základní parametry zůstávají v Úhradové vyhlášce zásadním způsobem pokřiveny. Tyto zásadní vady Úhradové vyhlášky se Ministerstvo zdravotnictví nepokusilo napravit, resp. neučinilo dostatečné kroky k narovnání systému, a přímo uvedlo do odůvodnění vyhlášky, že z veřejného zdravotního pojištění bude uhrazeno (pouze) 95 % veškerých nákladů na akutní lůžkovou péči (cit. dle odůvodnění Úhradové vyhlášky, str. 219<sup>3</sup>), čímž nedodrželo zákonné zmocnění k jejímu vydání. Nadto se úhrada 95 % nákladů týká pouze 24,7 % (dle odůvodnění Úhradové vyhlášky, str. 220, v tabulce s řádky Případový paušál a Psychiatrie<sup>4</sup>) celkové úhrady akutní lůžkové péče zahrnuté do tzv. úhrady formou případového paušálu podle CZ-DRG, která je z pohledu regionálních nemocnic tou nejlépe hrazenou (**Příloha č. 1**, body 5., 5.1, 5.2, 5.3).
16. Při zákonném postupu Ministerstva zdravotnictví by přitom mohly být tyto rozdíly vyrovnány bez zásadních změn stávajícího rozpočtu systému veřejného zdravotního pojištění, tedy při zachování udržitelného hospodaření.

<sup>3</sup> Odůvodnění k Úhradové vyhlášce, dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>

<sup>4</sup> Odůvodnění k Úhradové vyhlášce, dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/>

17. Úhradovou vyhlášku musí navrhovatelé považovat za rozpornou s ústavním pořádkem a současně způsobuje vážné dopady do fungování systému, práv pojištěnců i poskytovatelů zdravotních služeb, které jsou popisovány níže.

### c) Důsledky a ekonomické souvislosti přijaté úpravy

18. Úhradová vyhláška v napadené podobě vede k zachování a dalšímu prohlubování neefektivních prvků v systému úhrad zdravotní péče. Prostřednictvím indexace (pozměnění výše úhrady bez racionálního vztahu k poskytované péči a jejím nákladům) uměle zvýhodňuje určité poskytovatele, aniž by k tomu byl jakýkoli medicínský či ekonomický důvod. Důsledkem je dopad na kvalitu, resp. především dostupnost zdravotních služeb, které jsou pojištěncům v systému veřejného zdravotního pojištění garantovány dle čl. 31 Listiny. V konečném důsledku Úhradová vyhláška ohrožuje dostupnost zdravotních služeb pro pacienty, neboť hrozí omezení péče v regionech, a prohlubuje nedostatek zdravotnických pracovníků vyvolaný znemožněním jejich adekvátního vzdělávání a profesního rozvoje v nezáhodněných zařízeních. Navrhovatelé jsou též přesvědčeni, že takto koncipovaná úhradová vyhláška vážně narušuje udržitelnost hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění.
19. I menší regionální poskytovatelé poskytují stejnou nebo obdobnou péči jako poskytovatelé s centry vysoce specializované péče, avšak za výrazně nižší úhrady. Tyto nemocnice jsou tak nuceny poskytovat péči pod náklady, což ohrožuje jejich provoz a vede k odlivu personálu. Naopak státní nemocnice a velká centra jsou neodůvodněně zvýhodňována vyššími úhradami na veškerou péči.
20. V rámci hodnocení spravedlnosti a proporcionality úhradového systému podle Úhradové vyhlášky bylo provedeno porovnání rozdílů v úhradách zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích se statutem<sup>5</sup> centra vysoce specializované péče (dále též „CVSP“) a v nemocnicích bez tohoto formálního postavení. Analýza vychází z veřejně dostupných dat vykázaných zdravotnickými zařízeními na zdravotní pojišťovny za rok 2023, přičemž při výpočtu úhrad byl aplikován nákladový modifikátor dle Úhradové vyhlášky pro rok 2025.
21. Cílem analýzy bylo zjistit, zda bonifikace nemocnic se statutem CVSP skrze vyšší relativní váhu a vyšší úhradu a sankce pro nemocnice bez tohoto formálního postavení (s nižší relativní váhou a nižší úhradou) u téže diagnózy (např. srdeční selhání u pacienta bez komorbidit a komplikací) mohou odpovídat rozdílům v náročnosti poskytované péče. **Analýza ukázala, že při shodné diagnóze pacienta (tj. při vykázání v DRG skupinách lišících se pouze skutečností, zda nemocnice je nebo není CVSP) vznikají v některých případech rozdíly v úhradách až o 149 %<sup>6</sup> (úhrada je tedy cca 2,5krát vyšší), což nelze odůvodnit objektivními kritérii.**

#### Důkaz: *Analýza vazby úhrady na CVSP*

22. Rozdíly jsou tak zásadní, že jejich důsledkem je ohrožení regionální dostupnosti zdravotní péče. Podhodnocené menší nemocnice nebudou pochopitelně poskytovat ztrátovou péči a budou nuceny omezovat rozsah poskytovaných služeb. Dále dojde k zásadnímu omezení praktického vzdělávání zdravotnických pracovníků, kteří nebudou mít možnost získávat zkušenosti s celým spektrem výkonů mimo několik zvýhodněných center.
23. Z dalších analýz vyplývá, že současné nastavení úhradového systému diskriminuje menší a střední nemocnice (zejména krajské a obecní), které nemají statut centra vysoce specializované péče (CVSP). Fakultní nemocnice a vysoce specializovaná centra jsou naopak výrazně zvýhodňovány, a to především prostřednictvím vyšších základních sazeb a odlišných relativních vah a jejich kombinací. Tento přístup vytváří nerovnosti v přístupu ke zdrojům veřejného zdravotního pojištění a prohlubuje finanční problémy menších zdravotnických zařízení. Rozdíly přitom nejsou vždy odůvodněny náročností či kvalitou péče a vytvářejí systémovou nerovnost v přístupu ke zdrojům veřejného zdravotního pojištění.

<sup>5</sup> Dle § 112 a násl. zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, se hovoří o „statutu“, ačkoliv se však jedná toliko o formální uznání pracoviště jako centrum určitého zaměření, dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví.

<sup>6</sup> Viz příklad léčby srdečního selhání u pacientů s CC=0, relativní váha v CVSP 0,7514, relativní váha mimo CVSP 0,5235, základní sazba pro paušální úhradu 2023 Všeobecná fakultní nemocnice 77 419 Kč, základní sazba pro paušální úhradu 2023 PP Hospitals, s.r.o. (Nemocnice Brandýs nad Labem) 44 657 Kč; počet případů za rok 2023 v Nemocnici Brandýs nad Labem 68, ve Všeobecné fakultní nemocnici 143. Tyto rozdíly se přitom týkají léčby, jenž nevyžaduje zvýšenou specializaci CVSP a nevzniká tak racionální důvod k odlišné úhradě.

**Důkaz: Analýza úhrady srovnatelné péče**

24. Regionální nemocnice dostávají až o 50 % nižší úhrady, než odpovídá průměrným nákladům na péči. Faktické sankce prostřednictvím koeficientu KC dále znevýhodňují nemocnice bez CVSP, přestože poskytují srovnatelnou péči. Tento systém ohrožuje stabilitu regionálních nemocnic, kvalitu péče a dostupnost zdravotních služeb v regionech.
25. Nejedná se přitom o okrajové případy, ani o důsledky vyšší specializace nemocnic s CVSP, jak vyplývá z dalších zkoumaných dat:

**CVSP – shodné výkony s odlišnou relativní vahou v CVSP a mimo CVSP**

	Objem produkce 2023 [CM]	Úhrada 2023	Průměrná úhrada na CM
<b>Výkony označené "v CVSP"</b>			
Příspěvkové organizace MZČR	75 249	5 675 069 809 Kč	75 417 Kč
Ostatní nemocnice	59 400	3 910 249 858 Kč	65 829 Kč
<b>Výkony označené "mimo CVSP"</b>			
Příspěvkové organizace MZČR	6 251	448 673 662 Kč	71 776 Kč
Ostatní nemocnice	114 037	6 714 450 871 Kč	58 880 Kč
<b>Celkový součet</b>	<b>254 938</b>	<b>16 748 444 200 Kč</b>	

**Objem/úhrady necentrové péče - dle výkonů (DRG skupin) vázaných na centra podle ÚV 2025**

	Objem produkce 2023 [CM]	Úhrada 2023	Průměrná úhrada na CM
Příspěvkové organizace MZČR	606 930	45 690 244 169 Kč	75 281 Kč
Ostatní nemocnice	1 113 332	68 494 483 534 Kč	61 522 Kč
<b>Celkový součet</b>	<b>1 720 262</b>	<b>114 184 727 703 Kč</b>	

Rozdíl v průměrné úhradě na 1 CM je 13 759 Kč. Ostatní nemocnice byly kráceny na úhradě v roce 2023 v součtu o 15,3 mld. Kč. Rozdíl v průměrné úhradě na 1 CM by se v roce 2025 v případě shodné produkce jako v roce 2023 navýšil na 14 244 Kč.

**Objem/úhrady necentrové péče – dle výkonů (DRG skupin) vázaných na centra podle ÚV 2025 - pražské nemocnice vs. ostatní nemocnice (bez ostatních příspěvkových nemocnic MZČR)**

	Objem produkce 2023 [CM]	Úhrada 2023	Průměrná úhrada na CM
Příspěvkové organizace MZČR se sídlem v Praze	281 847	21 814 380 289 Kč	77 398 Kč

Ostatní nemocnice	1 113 332	68 494 483 534 Kč	61 522 Kč
<b>Celkový součet</b>	<b>1 395 179</b>	<b>90 308 863 824 Kč</b>	

Rozdíl v průměrné úhradě na 1 CM je 15 876 Kč. Ostatní nemocnice byly kráceny na úhradě v roce 2023 v součtu o 17,7 mld. Kč.

26. Z výše uvedených dat lze ilustrovat, že se nejedná o dílčí problém, ale o dopad v zásadních číslech na celý zdravotnický sektor. Menší nemocnice jsou diskriminovány (zejména a mimo jiné) v případech typické standardní péče, kterou v zásadním objemu zajišťují.
27. Jednotlivé případy nerovnosti lze dokumentovat na typických případech léčby hypertenze nebo srdečního selhání u pacientů bez komplikací a komorbidit mezi jednotlivými nemocnicemi. V těchto případech je léčebný postup jak ve fakultní nemocnici, tak v regionální, stejný:

### **Srdeční selhání**

*Velmi časté onemocnění na interních odděleních  
Prevalence (předpokládaný výskyt v populaci) v ČR je 21 pac./1000 obyv.  
4150 hospitalizačních případů/milion obyvatel  
Průměrná délka hospitalizace je 6-8 dnů*

*K diagnostice a léčbě se **na všech** interních a kardiologických odd. využívá RTG hrudníku, EKG, echokardiografie, laboratorní vyšetření (běžně dostupné)*

*Nemoc klasifikujeme na základě funkce levé komory srdeční, dle výsledků echo;*

***Všude** se používají léky ze 4 skupin:*

*1/ ACE inhibitory, sartany či ARNI*

*2/ betablokátor*

*3/ MRA/ mineralokortikoidní antagonistá/*

*4/ dapagliflozin/ empagliflozin*

*Klíčová diuretika se užívají k odvodnění pacienta. Dále oxygenoterapie, u části pacientů neinvazivní ventilační podpora.*

*V případě srdečních arytmií k nastolení sinusového rytmu jsou využívány elektrické kardioverze nebo fyziologické kardiostimulace.*

### **Hypertenze**

*Prevalence v ČR ve věku 25-64 let je kolem 40 %, ve věku 55-64 let je 72 % a s věkem se dále prevalence zvyšuje.*

*Léčba probíhá nejčastěji v ambulantním režimu.*

*K hospitalizaci jsou přijímáni pacienti nereagující na ambulantní léčení. Na **všech** pracovištích se u nich provádí:*

*EKG, RTG hrudníku, echokardiografie, vyšetření očního pozadí, sono ledvin a laboratorní vyšetření rozsahu, jaký je vyžadován.*

*V 90-95 % se jedná o esenciální hypertenzi, pouze u 5-10 % se vyskytuje sekundární hypertenze, která vyžaduje speciální laboratorní vyšetření (odběr reninu, aldosteronu apod).*

*Léky a jejich kombinace k léčbě hypertenze využívají **všechna pracoviště stejně**:*

*ACE inhibitory, sartany, inhibitory reninu, blokátory kalciových receptorů, diuretika, betablokátory, alfa blokátory, léky s vasodilatačním účinkem. Délka hospitalizace je průměrně 4 dny.*

28. V případě těchto diagnóz je popsán způsob léčby aplikovatelný v nemocnicích všech úrovní. Protokol léčebného postupu nevyžaduje (až na některé výjimky) žádný lék nebo přístroj, který by byl pro některé z nemocnic nedosažitelný nebo byl pouze v centrech vysoce specializované péče (CVSP). Z toho vyplývá, že náklady na léčbu musí být stejné nebo velmi podobné, čemuž ovšem úhrada pojišťoven nastavená v úhradové

vyhláše neodpovídá. Některé, zejména regionální nemocnice, jsou významně nižším úhradovým standardem oproti nemocnicím fakultním diskvalifikovány, a to až dvojnásobně.

29. Konkrétní porovnání těchto typů nemocnic v jednotlivých případech je následující:

- **Fakultní nemocnice Brno vs. Vojenská nemocnice Brno**

Vojenská nemocnice Brno dostává za případ srdečního selhání pouze **51 % úhrady** ve srovnání s FN Brno. U hypertenze je podíl úhrady obdobný, a to **51 %**. Tento rozdíl vede k celkové finanční ztrátě pro Vojenskou nemocnici Brno ve výši **730 081 Kč** u srdečního selhání a **188 162 Kč** u hypertenze.

- **Fakultní nemocnice Brno vs. Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace**

Nemocnice Kyjov dostává za případy srdečního selhání<sup>7</sup> **53 % úhrady** ve srovnání s FN Brno. U hypertenze je podíl úhrady pouze **52 %**. Tento rozdíl vede k celkové nižší úhradě pro Nemocnici Kyjov o **3 677 614 Kč** u srdečního selhání a **1 505 073 Kč** u hypertenze.

- **Fakultní nemocnice Brno vs. Klatovská nemocnice, a.s.**

Klatovská nemocnice dostává za případ srdečního selhání<sup>8</sup> pouze **51 % úhrady** ve srovnání s Fakultní nemocnicí Brno. U případů hypertenze je podíl úhrady dokonce **50 %**. Rozdíl v podílu úhrady představuje značnou finanční nevýhodu pro Klatovskou nemocnici, která za stejné případy obdrží o více než polovinu méně. Tento rozdíl je dále podtržen celkovou finanční ztrátou pro Klatovskou nemocnici ve výši **4 070 257 Kč** u srdečního selhání a **628 681 Kč** u hypertenze.

- **Nemocnice Jihlava, p. o. vs. Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace**

Nemocnice Třebíč obdrží za případy srdečního selhání<sup>9</sup> **60 % úhrady** ve srovnání s Nemocnicí Jihlava. U případů hypertenze je podíl úhrady Nemocnice Třebíč jen **59 %** ve srovnání s Nemocnicí Jihlava. Tento rozdíl se projevuje celkovou nižší úhradou pro Nemocnici Třebíč ve výši **4 493 606 Kč** u srdečního selhání a **528 863 Kč** u hypertenze.

- **Fakultní nemocnice v Motole vs. Oblastní nemocnice Náchod, a.s.**

Oblastní nemocnice Náchod dostává za případy srdečního selhání<sup>10</sup> pouze **43 % úhrady** ve srovnání s FN Motol. Podobně je tomu u hypertenze, kde podíl úhrady činí také **43 %**. Tento rozdíl vede k celkové nižší úhradě pro Oblastní nemocnici Náchod o **6 542 808 Kč** u srdečního selhání a **1 138 703 Kč** u hypertenze.

- **Fakultní nemocnice v Motole vs. PP Hospitals, s.r.o. (Nemocnice Brandýs nad Labem)**

PP Hospitals dostává za případy srdečního selhání<sup>11</sup> pouze **36 % úhrady** ve srovnání s FN Motol. U případů hypertenze je podíl úhrady obdobně nízký, a to **36 %**. Tento výrazný rozdíl způsobuje celkovou finanční ztrátu pro PP Hospitals o **2 856 071 Kč** u srdečního selhání a **112 083 Kč** u hypertenze.

- **Fakultní nemocnice v Motole vs. Fakultní nemocnice Bulovka**

U Fakultní nemocnice Bulovka je podíl úhrady za případy srdečního selhání<sup>12</sup> **58 %** ve srovnání s Fakultní nemocnicí v Motole. Podobný podíl platí i pro hypertenzi, kde FN Bulovka obdrží **58 % úhrady** ve srovnání s FN Motol. Tyto rozdíly způsobují celkovou nižší úhradu pro FN Bulovka o **7 041 147 Kč** u srdečního selhání a **424 528 Kč** u hypertenze.

<sup>7</sup> Nemocnice Kyjov zajistila léčbu 140 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

<sup>8</sup> Klatovská nemocnice zajistila léčbu 149 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

<sup>9</sup> Nemocnice Třebíč zajistila léčbu 228 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

<sup>10</sup> Oblastní nemocnice Náchod zajistila léčbu 175 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

<sup>11</sup> Nemocnice Brandýs nad Labem zajistila léčbu 68 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

<sup>12</sup> FN Bulovka zajistila léčbu 258 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

- **Krajská nemocnice Liberec, a.s. vs. Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o.**

Nemocnice Jablonec nad Nisou dostává za případy srdečního selhání<sup>13</sup> 60 % úhrady ve srovnání s Krajskou nemocnicí Liberec. U případů hypertenze je podíl úhrady Nemocnice Jablonec n. N. rovněž 60 %. Tento rozdíl způsobuje celkovou finanční ztrátu pro Nemocnici Jablonec n. N. ve výši 1 450 477 Kč u srdečního selhání a 330 585 Kč u hypertenze.

*Důkazy: Přehled rozdílů úhrady léčby hypertenze a srdečního selhání dle jednotlivých nemocnic*

*Údaje o hospitalizačních případech z Národního zdravotnického informačního portálu Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (Dostupné z: <https://www.nzjp.cz/data/2081-hospitalizacni-pripady-ic-z-cz-drg>)*

*Hodnoty relativních vah CZ-DRG od Ministerstva zdravotnictví ČR (Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2023/>)*

*Základní sazby z Národního zdravotnického informačního portálu od zdravotních pojišťoven (Dostupné: <https://www.nzjp.cz/data/2172-zakladni-sazby-poskytovatele-alf-datovy-souborn>)*

*Počet pojištěnců dle výročních zpráv zdravotních pojišťoven (VZP: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocnizpravy>, VoZP: <https://www.vozp.cz/vyrocnizpravy>, ČZP: <https://cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>, OZP: <https://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocnizpravy>, ZPŠ: <https://www.zpskoda.cz/o-nas>, ZPMV: <https://www.zpmvcr.cz/o-nas/dokumenty/vyrocnizpravy>, RBP: <https://www.rbp213.cz/cs/o-nas/rbp-informuje/vyrocnizprava/a-380/>)*

*Hodnota casemix – indexu (CMI) dle Ministerstva zdravotnictví ČR (Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/zadost-o-informace-ze-dne-18-10-2024-3/>)*

30. Z údajů je zřejmé, že regionální nemocnice a nemocnice bez statutu CVSP dostávají podstatně nižší úhrady za stejné případy ve srovnání s fakultními nemocnicemi nebo nemocnicemi s příslušným statutem CVSP. Podíly úhrad se v porovnání pohybují mezi 36 % až 60 %. Rozdíl přitom není v postupu léčby, ale toliko ve výši úhrady.
31. K nerovnostem v úhradách za stejnou péči významně přispívá rozdílná individuální základní sazba (IZS) mezi nemocnicemi. Fakultní nemocnice a nemocnice s centry vysoce specializované péče mají výrazně vyšší základní sazby, což způsobuje, že (za stejné DRG skupiny, tj. za stejné náročnou léčbu) dostávají podstatně vyšší úhrady než regionální nebo menší nemocnice. Tento rozdíl není odůvodněn reálnými náklady nebo kvalitou péče, ale spíše administrativním nastavením systému. Například v případě srdečního selhání je úhrada Fakultní nemocnice v Motole typicky kolem 65 000 Kč, zatímco v Oblastní nemocnici Náchod činí pouze 27 992 Kč. To v důsledku znamená, že FN Motol obdrží za stejný případ téměř 2,3krát vyšší úhradu.
32. Tento stav výrazně znevýhodňuje regionální a menší nemocnice a ohrožuje jejich finanční stabilitu, přičemž rozdíly v úhradách nelze odůvodnit rozdíly v náročnosti nebo kvalitě péče. Jde o rozdíly značně převyšující možné náklady na samotný provoz specializovaného zařízení a zasahující přímo do úhrady nákladů zdravotní péče. Vzhledem k nižším zdrojům jsou regionální nemocnice nuceny vyplácet nižší mzdy, (zejména nelékařskému zdravotnickému personálu), což způsobuje také destabilizaci personálního fungování těchto nemocnic. Nižší mzdy zvyšují riziko odchodu kvalifikované pracovní síly do státních nemocnic s vyššími úhradami a stabilními platy, což dále oslabuje schopnost regionálních nemocnic poskytovat kvalitní a dostupnou péči. Důsledkem je to, že menší nemocnice, přestože poskytují srovnatelnou péči, nebudou schopny udržet finanční rovnováhu a dostupnost kvalitních zdravotních služeb.
33. Diskriminace regionálních a menších nemocnic má přímé dopady na dostupnost zdravotní péče v regionech. Některé nemocnice jsou nuceny omezovat provoz nebo zcela rušit části svých služeb, což vede k omezení kapacit zdravotního systému jako celku. Současně dochází k odlivu personálu z regionálních nemocnic (za lepšími

<sup>13</sup> Nemocnice Jablonec nad Nisou zajistila léčbu 73 případů srdečního selhání u pacientů bez komorbidit a komplikací (CC=0) za rok 2023

podmínkami do fakultních nemocnic, kde není pro všeobecné sestry výjimkou vyšší plat až o 10 000 Kč měsíčně za stejné penzum práce), což dále snižuje kvalitu a dostupnost péče mimo velká centra.

34. Propad v dostupnosti zdravotních služeb se projevuje zásadním způsobem v celkovém systému veřejného zdravotního pojištění, neboť jej není možné realizovat bez plošně dostupné péče. Diskriminací úhrady (ekonomickým nepřímým omezením) standardních zdravotních služeb, které jsou klíčové pro pacienty dotčených nemocnic, je přímo narušen přístup k hrazeným službám.
35. Úhradová vyhláška ignoruje stávající pokrivení v systému veřejného zdravotního pojištění, které dlouhodobě zvýhodňuje státní nemocnice na úkor ostatních poskytovatelů. Ministerstvo zdravotnictví má k dispozici údaje z referenčních nemocnic, jež by umožnily efektivnější nastavení úhrad, avšak tato data nejsou systematicky využívána. Výsledkem je prohlubování neefektivity a nespravedlnosti v systému.

*Důkazy: Svědecká výpověď Ing. Michala Čarvaše, MBA, předsedy Asociace českých a moravských nemocnic,*

*Svědecká výpověď MUDr. Petra Čecha, experta pro DRG,*

*Svědecká výpověď RNDr. Bc. Jana Macha, předsedy správní rady Oblastní nemocnice Náchod,*

### **III. Rozpor napadených ustanovení s ústavním pořádkem České republiky**

36. Navrhovatelé jsou přesvědčeni, že Ministerstvo zdravotnictví vydáním Úhradové vyhlášky pro rok 2025 jednalo v rozporu s ústavním pořádkem České republiky. Úhradová vyhláška vědomě nerespektuje smysl a účel tohoto předpisu, jak jej zdůraznila judikatura Ústavního soudu ČR, jakož i formální hranice pro její vydání, představované konkrétním zákonným zmocněním.
37. Jednotlivé případy zásahu Úhradové vyhlášky do ústavního pořádku jsou podrobněji rozebrány níže.

#### **a) Porušení smyslu a účelu systému veřejného zdravotního pojištění**

##### Zásah do práva na dostupné hrazené služby

38. Napadená Úhradová vyhláška je v rozporu s čl. 31 Listiny, neboť závažným způsobem poškozuje základní funkce systému veřejného zdravotního pojištění. Smyslem tohoto systému je zajistit občanům dostupnou zdravotní péči hrazenou z veřejných prostředků na principu solidarity a rovnosti. Úhradová vyhláška tento účel popírá, když prostřednictvím zvolených koeficientů a sazeb zvýhodňuje úhradu péče v některých zařízeních zcela nad rámec jakýchkoli objektivních medicínských či ekonomických důvodů.
39. Článek 31 Listiny základních práv a svobod garantuje právo na bezplatnou zdravotní péči poskytovanou na základě veřejného pojištění za podmínek stanovených zákonem. Tento ústavní rámec předpokládá existenci funkčního a spravedlivého systému veřejného zdravotního pojištění, který zajišťuje rovný přístup k péči a efektivní využití veřejných prostředků. Právní nárok v tomto systému vzniká primárně na straně pacienta, resp. pojištěnce, který má obdržet věcnou dávku v podobě zdravotní péče. Pokud si pojištěnec zvolí poskytovatele, který péči zajistí, musí tomuto plnění věcné dávky odpovídat úhrada ze systému veřejného zdravotního pojištění. Za stejnou věcnou dávku přitom přísluší stejná úhrada. Rozdíly mohou být odůvodněny odlišnou kvalitou (obsahem) této věcné dávky, nikoli však kontextem, který právo naplňující čl. 31 Listiny přesahuje (jde mimo něj).
40. Slovy nálezu Ústavního soudu ve věci sp. zn. IV. ÚS 2545/16: *Tyto prostředky [v systému veřejného zdravotního pojištění] jsou účelově vázány dle čl. 31 Listiny právě na krytí nákladů zdravotní péče, tudíž legitimním cílem uvedeného postupu je snaha o spravedlivou či alespoň rozumnou distribuci (z povahy věci omezených) veřejných prostředků v oblasti zdravotnictví.*
41. Stanovení diskriminačních pravidel úhrady, která zvýhodňují některé poskytovatele bez zajištění odpovídající protihodnoty za vynaložené prostředky, je iracionální a poškozuje systém jako takový. Stejná nebo obdobná léčba je v některých případech hrazena v různých částkách, což vede k neefektivnímu hospodaření a k nespravedlivému

rozdělení prostředků. Tato situace je obdobná jako případ řešený Ústavním soudem ČR v oblasti regulace odměny za právní služby – dle nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 14. 1. 2020, sp. zn. Pl. ÚS 22/19: *Na druhou stranu však ani rozdílně stanovená odměna nemůže být založena na libovolných kritériích. Naopak kritéria, na základě nichž se stanoví odlišné zacházení s obdobnými subjekty v obdobných (nebo dokonce stejných) situacích, musí být alespoň obecně rozumná a objektivizovaná.*

42. Ministerstvo zdravotnictví, jakožto tvůrce Úhradové vyhlášky, bohužel objektivizovaná ani rozumná kritéria nezohlednilo (ve vztahu k některým částem Úhradové vyhlášky). Ačkoli se na mnoha místech normotvůrce zabýval pečlivým odůvodněním (a navrhovatelé nijak nerozporují možnost vzniku důvodných rozdílů v úhradách), na některých místech na něj buďto rezignoval, anebo základní principy přímo popřel. V odůvodnění Úhradové vyhlášky se tak hovoří o sblížování základních sazeb, avšak její rozdílnosti přetrvávají (např. rozdíl mezi průměrnými základními sazbami fakultních nemocnic a menších nemocnic činil v roce 2019 částku 11 196 Kč, v roce 2023 pak částku 11 622 Kč) a způsobují neobhájitelné rozdíly v úhradách za stejnou péči (popsané konkrétně v analýzách zmíněných výše).<sup>14</sup>
43. Dle ustálené judikatury Ústavního soudu ČR (zejm. dle nálezu Pl. ÚS 19/13 a dále zejm. v nálezech sp. zn. Pl. ÚS 5/15, sp. zn. Pl. ÚS 49/18, nebo sp. zn. II. ÚS 565/21) má být v úhradových vyhláškách zajištěno, aby poskytovatelům zdravotních služeb pokryly alespoň nezbytné náklady na poskytování hrazených služeb. Tím se dotýkají jak práva garantovaného dle čl. 31 Listiny na věcné dávky kompenzované úhradami, tak práva na možnost podnikání ve smyslu čl. 26 odst. 1 Listiny (o němž je pojednáno dále). Tuto judikaturu Ministerstvo zdravotnictví zjevně nerespektovalo. Explicitní je zejména odůvodnění Úhradové vyhlášky, které na str. 219 popírá, že by mělo dojít k plné úhradě hrazených služeb: *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 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.* Ministerstvo zde hovoří o hrazené péči, která je garantována čl. 31 Listiny (a návazně též definicí hrazených služeb dle § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění), avšak programově a vědomě za ni neposkytuje úhradu pokrývající plně náklady. Nad rámec zde uváděných úhrad akutní lůžkové péče hrazené případovým paušálem se jedná ještě o zásadnější podfinancování – úhradová vyhláška připouští až 40 % neuhrazených nákladů<sup>15</sup>. V celkové výši úhrady tak zejména menší nemocnice ani zdaleka nedosahují pokrytí svých nákladů na hrazené zdravotní služby.
44. **Napadená Úhradová vyhláška tak cíleně stanovuje úhrady, které v některých případech nedosahují ani úrovně pokrytí nákladů, zejména u menších regionálních poskytovatelů. Tento přístup nejenže odporuje judikatuře Ústavního soudu, ale také vede k reálnému ohrožení dostupnosti zdravotní péče v mnoha regionech.**

#### Zásah do práv pojištěnců

45. Pokud jsou regionální nemocnice finančně diskriminovány (bez spravedlivého a zákonného důvodu odpovídajícího výše popisovaným požadavkům na provoz systému veřejného zdravotního pojištění), dojde nutně k redukci jejich služeb nebo k jejich úplnému zániku. Pojištěncům nezbude než využívat péči v místně i časově hůře dostupných velkých centrech. Takto programově nastavené úhrady představují zásah do práva na rovný přístup ke zdravotní péči. Napadená Úhradová vyhláška tudíž **zasahuje do práv pojištěnců, též garantovaných čl. 31 Listiny**, neboť omezuje jejich právo svobodně si zvolit poskytovatele zdravotních služeb v rámci sítě smluvních zařízení zdravotních pojišťoven. Ačkoli formálně mají pojištěnci možnost volby, fakticky budou v důsledku účelového podfinancování nemocnic v regionech nuceni vyhledávat péči jinde. Podfinancované nemocnice totiž nemohou do budoucna splnit rostoucí nároky na vyšší odměňování zdravotnických pracovníků, a nemohou tak své služby ve stávajícím rozsahu poskytovat.

<sup>14</sup> Odůvodnění k Úhradové vyhlášce, dostupné z: <https://mzd.gov.cz/uhradova-vyhlaska-2025/> zejm. str. 219

<sup>15</sup> Srov. nákladové základní sazby ve výši 85 027 Kč a minimální individuální základní sazby v paušální úhradě, kterou připouští Úhradová vyhláška 2025 ve výši 51 465 Kč (47 000 \* 1,095).



46. Lze opět odkázat na judikaturu vytvořenou k regulaci odměn za služby v případě právní pomoci. I zde se jedná o regulované služby ve veřejném zájmu, za které stát garantuje kompenzaci. Činí tak s ohledem na právo jednotlivců garantované ústavním pořádkem – v případě judikatury práva na právní pomoc (obhajobu), ve věci Úhradové vyhlášky se jedná o právo na poskytnutí věcné dávky (zdravotní péče) bezplatně, tj. oproti kompenzaci z veřejných zdrojů. Dle nálezů Ústavního soudu ČR ze dne 24. 9. 2019, sp. zn. Pl. ÚS 4/19 je v těchto případech dotčeno jak hledisko zákazu nedůvodných rozdílů, tak ohroženo primární právo, které je poskytnutím služby zajišťováno: *Jak plyne z nálezů sp. zn. I. ÚS 848/16, stanovení podmínek případné nižší odměny musí být – při srovnání s obdobnými případy, kdy právní řád nestanoví snížení odměny – rozumné (předvídatelné). Opačný přístup je totiž schopen vyvolat porušení zákazu diskriminace, neboť eventuelní nerovnost (ať už byla dána chybným nastavením jakéhokoliv parametru) v odměňování by osobu konající takovou činnost znevýhodňovala oproti osobám jiným, konajícím činnost stejnou nebo srovnatelnou. Nadto – jak ukázáno shora – Ústavní soud dovodil, že porušení práva na spravedlivou odměnu za práci za přispění k nalezení spravedlnosti při poskytnutí právní pomoci znamená zároveň porušení ústavně garantovaného práva na právní pomoc (obhajobu), protože oboje je v takovém případě dotčeno současně. Účel práva na právní pomoc (obhajobu) je totiž naplněn jedinec tehdy, zajistí-li stát účastníkovi řízení – který ať už z jakéhokoliv důvodu nemůže svá práva v řízení bránit vlastními silami – takovou pomoc a podporu, aby se mohl bránit stejně efektivně jako účastník řízení, který nikterak v možnosti bránit se omezen není.*
47. Právo pojištěnce na zdravotní služby odpovídající čl. 31 Listiny je tak zajištěno jen tehdy, pokud stát skutečně a účinně garantuje úhradu poskytovatelům zdravotních služeb (v rozsahu hrazené péče, resp. nákladů na ni). **Nedůvodnými rozdíly mezi poskytovateli a nedostatečným pokrytím hrazených zdravotních služeb státní moc porušuje svou povinnost garance práv pojištěnců. Zásah do práva se opět projeví zejména v regionální nedostupnosti poskytovatelů, kteří z ekonomických zákonitostí takto nedostatečně uhrazenou péči přestanou poskytovat.**

#### Poškození udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění

48. Stanovení diskriminačních pravidel úhrady, která zvýhodňují některé poskytovatele bez zajištění odpovídající protihodnoty za vynaložené prostředky, současně poškozuje systém jako takový. Jde o neefektivní hospodaření, jehož důsledkem je vynakládání veřejných prostředků na úhradu zdravotních služeb, která neodpovídá jejich skutečným nákladům a protihodnotě. Naproti tomu stejně účinná a přínosná léčba je v jiných zdravotnických zařízeních nedůvodně podfinancovaná. V systému veřejného zdravotního pojištění tak nedochází k racionální ani efektivní alokaci omezených zdrojů.
49. Napadená Úhradová vyhláška tudíž vede k neudržitelnému hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění. Úhradová vyhláška stanovuje úhrady, které nejsou v souladu s reálnými ekonomickými možnostmi systému. **Zvýhodnění velkých center a umělé navyšování nákladů vytváří nerovnováhu v systému, přetěžuje zdravotní pojišťovny a ohrožuje stabilní financování zdravotní péče do budoucna – tím dochází k dalšímu zásahu do práva dle čl. 31 Listiny.**

#### Porušení povinnosti racionální normotvorby

50. Popisované nedostatky mají také povahu porušení **zákazu svévole v normotvorbě, jakožto jednoho ze znaků právního státu v materiálním smyslu dle čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR** (srov. např. nález Ústavního soudu ze dne 21. 12. 1993, spis. zn. Pl. ÚS 19/93), mezi které patří **legitimní očekávání, předvídatelnost práva, zákaz svévole, právní jistota, jakož i právo vlastnit majetek**. Současně je tím **zasazeno do garance plynoucí z čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR na tvorbu racionální normotvorby – resp. zákazu libovůle a požadavku šetřit podstatu a smysl základních práv a svobod dle čl. 4 odst. 4 Listiny** (jak jsou vyjádřeny např. v nálezů Ústavního soudu ze dne 9. 2. 2021, sp. zn. Pl. ÚS 106/20, bod 67).
51. Pokud normotvůrce rezignoval na zjišťování nákladnosti hrazených služeb, k jejichž financování je Úhradová vyhláška použita, tak tím nedodržel základní účel, k němuž byl povolán dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, tj. zajistit veřejný zájem, definovaný jako *zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění* (srov. § 17 odst. 2 věta sedmá, ve spojení s odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění). K formálním aspektům se navrhovatelé vyjadřují níže, kromě nich však dochází k rozdělení veřejných financí bez srozumitelného, racionálního a hospodárného klíče.

52. Ministerstvo zdravotnictví má dostupná data z tzv. referenčních nemocnic systému CZ-DRG, kterými lze analyzovat náklady na zdravotní služby a racionalizovat rozdělení úhrady, které následně v úhradových vyhláškách přiřkne. V odůvodnění Úhradové vyhlášky, ani v dalších dokumentech a vyjádřeních Ministerstva zdravotnictví, však nelze žádný objektivní způsob rozdělení prostředků seznat (natož takový, který by zohlednil skutečné náklady na péči). V podmínkách systému veřejného zdravotního pojištění je to obzvlášť závažné.
53. Úhradová vyhláška tedy nevede k racionální ani efektivní alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění. Právní úprava je za těchto okolností vnitřně rozporná, neodůvodněná a nesleduje legitimní cíl. Nerespektuje zásady právního státu, zejména princip rovnosti, právní jistoty a předvídatelnosti práva.

## b) Narušení možnosti podnikat na trhu zdravotních služeb

54. Úhradová vyhláška ve svém důsledku významně narušuje možnost poskytovatelů zdravotních služeb podnikat na trhu zdravotní péče, která je **chráněna čl. 26 odst. 1 Listiny**. Část poskytovatelů, zejména menší a regionální nemocnice, je diskriminována tím, že za stejné zdravotní služby obdrží výrazně nižší úhradu než zvýhodněná zdravotnická zařízení. Pro tento nerovný přístup přitom neexistují žádná objektivní a rozumná ospravedlnění, chybí zjevná protihodnota nebo racionální cíl takových opatření.
55. Menší a regionální nemocnice přitom zajišťují svým pacientům zcela plnohodnotnou a kvalitní péči. Důvodem, proč je tato péče hrazena výrazně pod skutečnými náklady, je nezohlednění nákladové stránky při tvorbě Úhradové vyhlášky (které je samo o sobě zásahem do ústavních práv a porušením principů zákona o veřejném zdravotním pojištění, jak je popisováno výše). Zvýhodnění fakultních nemocnic a dalších zařízení přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví je oproti tomu podporou „vlastních“ státních společností na úkor ostatních soutěžitelů. Trh zdravotních služeb, na němž část subjektů nemůže podnikat za přípustných tržních podmínek a část je zvýhodněna díky svému napojení na stát, je pokřivený a deformovaný.
56. Současně je v tomto prostředí skrze nepřímé ekonomické omezení umožněno podnikat (provozovat hospodářskou činnost s vyrovnaným nebo ziskovým hospodařením) pouze subjektům blízcím se strukturou poskytované péče fakultním nemocnicím, což je v rozporu s funkcí trhu v podmínkách veřejného zdravotního pojištění.
57. Již opakovaně Ústavní soud ČR rozhodl, že v podmínkách regulovaného podnikání v oblasti zdravotních služeb zejména nesmí být přenášeny náklady za hrazené služby na poskytovatele. Zejm. dle nálezu Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13: *Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele. Právní závěr, podle něhož „cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti“ (nálezn. sp. zn. Pl. ÚS 3/2000), se zde nplatiní přiměřeně.*
58. Na tyto závěry navázala další judikatura, zejm. nálezy sp. zn. sp. zn. Pl. ÚS 5/15 nebo sp. zn. Pl. ÚS 49/18: *196. V již citovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 [obdobně srov. např. nálezn. sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013, č. 396/2013 Sb. (N 178/71 SbNU 105)] pak Ústavní soud zdůraznil, že právo podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny zaručuje samotnou možnost výkonu takové činnosti, jakož i to, že povinnosti a omezení, jež se k ní vztahují, nebudou znemožňovat její hlavní účel. "Tím není řečeno, že by měl mít kterýkoliv podnikatel zaručeno právo na zisk, výběr je rozsah zákonem stanovených povinností, jimž musí jednotliví podnikatelé v souvislosti se svou činností dostát, nesmí činit jejich podnikání nesmyslným z hlediska možnosti jeho dosažení." Proto platí, že úhradová vyhláška "by se dotýkala podstaty a smyslu práva podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny, jestliže by na jejím základě stanovená výše úhrad byla s ohledem na rozsah poskytnutých hrazených služeb natolik nízká, že by fakticky - bez jakékoli jiné kompenzace - přenášela náklady bezplatně poskytované zdravotní péče, které by měly být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, na jednotlivé poskytovatele, a z tohoto důvodu by jim znemožňovala dosažení alespoň přiměřeného zisku. Takovýto důsledek by bylo možné konstatovat jen ve vztahu k určitému segmentu zdravotních služeb jako celku, vymezenému podle formy nebo oboru poskytované zdravotní péče, byť nikoliv nezbytně vymezenému celým územím České republiky. Muselo by totiž jít o stav, kdy by poskytovatelé s ohledem na nastavení pravidel výše úhrad v tomto segmentu ve své podstatě nemohli činit samostatná rozhodnutí, která by jim v případě dalšího pokračování jejich činnosti alespoň potenciálně otevírala cestu k případnému zisku. Na rovněž 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) krátiť."*

59. Jak bylo výše opakovaně citováno, Ministerstvo zdravotnictví v odůvodnění Úhradové vyhlášky poukazuje pouze na úhradu 95 % nákladů hrazených služeb na akutní lůžkovou péči (v části úhrady hrazené tzv. případovým paušálem, v jiných částech úhrady je podfinancování ještě výraznější). V důsledku cenové regulace a koeficientu centralizace nedostávají někteří poskytovatelé plnou úhradu ani za poskytnuté služby v dalších oblastech. Tím jsou zbaveny možnosti podnikat za rovných podmínek a usilovat o zisk na trhu zdravotních služeb.

### c) Formální protiústavnost tzv. koeficientu centralizace

60. Navrhovatelé shledávají rozpor Úhradové vyhlášky s čl. 2 odst. 3 Ústavy ČR a čl. 2 odst. 2 Listiny a s pravomocí Ministerstva zdravotnictví ve smyslu čl. 79 odst. 3 Ústavy ČR, neboť obsah Úhradové vyhlášky nerespektuje podmínky pro vydání podzákoného právního předpisu.
61. Úhradová vyhláška jakožto podzákoný právní předpis musí být vydávána plně v souladu s principem *secundum et intra legem*. K tomu slouží nejen zmocňující ustanovení v § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ale především úprava tohoto zákona a souvisejících zákonů ve svém celku. Není zejména přípustné, aby vyhláška jakožto podzákoný právní předpis byla vydána dle libovůle Ministerstva zdravotnictví. Takový postup je v rozporu s výhradou zákona a vázaností moci výkonné zákonnou úpravou.
62. Limitem sekundární, podzákoné normotvorby, např. dle rozhodnutí Ústavního soudu ČR ze dne 14. 2. 2001, sp. zn. Pl. ÚS 45/2000, je výhradně jen provedení zákona v jeho mezích. Podle nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 27. 1. 2015, sp. zn. Pl. ÚS 19/14, bod 61: *Výhrada zákona vyžaduje, aby podstatné otázky problematiky byly upraveny zákonem, aby právní normy tyto otázky upravující obsahovaly minimálně skutkovou podstatu a její následek a čím důležitější je upravovaná materie, tím podrobnější musí být zákonná úprava. Právní úprava naplňující výhradu zákona předpokládá takovou srozumitelnost, aby její adresáti byli schopni porozumět jejímu obsahu i dopadům a přizpůsobit této úpravě své chování včetně předvídání jeho důsledků (viz komentář citovaný v bodě 58, s. 25, 129, autorka E. Wagnerová).*
63. Podzákoná právní úprava tak může stanovit méně podstatné podrobnosti právní úpravy, často jen technické detaily, nikoli primární práva a povinnosti. Slovy nálezu Ústavního soudu ze dne 25. 10. 1995, sp. zn. Pl. ÚS 17/95: *Jinak řečeno, musí se držet v mezích zákona, které jsou buď vymezeny výslovně anebo vyplývají ze smyslu a účelu zákona.*
64. Nabízí se analogicky třeba i tento citát: V. Vopálka: *[Vláda] Je povinna uvádět zákony v život svon aktiviton, prosazovat je, pokud je to nutné, pak vytvořit i normativní předpoklady, aby zákon mohl být co nejrychleji n souladu se svým posláním aplikován, a sjednocovat tuto aplikaci. Zákon musí být proveden do podoby, aby co nejlépe plnil svůj úkol, nařízení je nástrojem jeho realizace, reaguje na aktuální potřeby. Závisí tedy především na obsahu zákona samotného, do jaké míry bude vláda nucena jej provést.*<sup>16</sup>
65. Úhradová vyhláška tento rámec zákonného zmocnění překračuje, pokud se Ministerstvo zdravotnictví pokouší realizovat tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb.
66. Úhradová vyhláška k tomu zejména stanovuje a aplikuje tzv. koeficient centralizace. Tento koeficient snižuje pro některé poskytovatele zdravotních služeb výši úhrady oproti základní úhradě. Jediným důvodem pro nerovnost v těchto úhradách by měl být „statut centra vysoce specializované péče“ (CVSP). Péče poskytovaná za shodných podmínek a se stejným standardem tak má být podhodnocena pro některé subjekty, aniž by k tomu bylo možné dovodit jakékoli přípustné odůvodnění.
67. Ministerstvo zdravotnictví k tomu při vytvoření tohoto koeficientu uvedlo: *[...] dochází k podpoře centralizace - vybrané CZ-DRG skupiny mají přiřazena centra vysoce specializované péče, ve kterých by se tato péče měla provádět pro zajištění náležitého kvalitativního standardu. V případě, že tuto specializovanou péči poskytne a vykáže poskytovatel bez příslušného statutu centra, je na úhradu aplikován penalizační koeficient centralizace, který úhradu snižuje o 25 %. Cílem tohoto opatření je specializovanou péči koncentrovat do příslušných center. Naopak, pokud tuto péči poskytne poskytovatel s příslušným centrem, je úhrada navýšena o 5 % jako podpora kvality péče v centrech excellence. I zde jsou z koeficientu centralizace vyjmuty případy neodkladné lůžkové péče definované vykazáním LPS, ZZS nebo péče na urgentním příjmu, za které tedy „necentrový“ poskytovatel nebude penalizován. V budoucích letech se penalizace bude dále navýšovat, případně dojde k podpoře odsmlouvání této péče od*

<sup>16</sup> HENDRYCH, D. a kol. *Správní právo. Obecná část. 5., rozšířené vydání.* Praha, C. H. Beck, 2003, s. 67.

poskytovatelů bez center nebo k úpravě Klasifikace CZ-DRG v podobném duchu. Stejně tak s postupným etablováním nových typů center bude možné navázat větší podíl péče na vznikající centra a péči centralizovat.<sup>17</sup>

68. Zájmem na centralizaci zdravotní péče však nelze odůvodnit odepření plné úhrady těm poskytovatelům, kteří shodně hrazené služby poskytnou na odborné úrovni a v souladu s právními předpisy i svými závazky (Ministerstvo zdravotnictví přímo hovoří o „penalizaci“). Pokud tito „necentroví“ poskytovatelé poskytnou služby stejné hodnoty, potom uplatněním koeficientu centralizace 0,9 až 0,5 je jejich úhrada značně podhodnocena. Anebo je značně nadhodnocena úhrada „centrových“ poskytovatelů s koeficientem 1,05.
69. Jde o případ principiálně totožný s případem zrušení Úhradové vyhlášky pro rok 2013. Důvody k tomu shledal Ústavní soud ČR ve svém nálezu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13. Ústavní soud ČR se zde zabýval tím, zda je možné omezit koeficientem 0,75 výši úhrady nesmluvních poskytovatelů neodkladné péče oproti úhradě smluvních poskytovatelů. Dospěl k závěru, že nikoli, a to (relevantně pro tuto věc) zejména proto, že úhrada ve výši 75 % zjevně nepředstavuje plnohodnotné hrazení poskytnutých služeb. Hrazení služby nesmluvních poskytovatelů by tak zůstaly bez protiplnění, což je přímým zásahem do jejich práva podnikat. Dle bodů 81 až 83 nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13:

81. Za předpokladu, že by takto vymezený účel bylo možné považovat za legitimní, by Ústavní soud musel posoudit v rámci testu proporcionality, zda by povinnost nesmluvního poskytovatele poskytovat neodkladnou péči při hodnotě bodu ve výši pouze 75 % hodnoty bodu, od níž se odvíjí výše úhrady pro smluvní poskytovatele, obstála jako důvod nerovnosti, pokud jde o související míru zásahu do jejich práva podnikat. Nesmluvní poskytovatel bude mít totiž v tomto případě výrazně horší postavení než poskytovatel smluvní. Ústavní soud má za to, že takovouto povinnost by bylo nepochybně možné považovat za vhodný prostředek ke dosažení uvedeného účelu, **v rámci poměřování s čl. 1 ve spojení s čl. 26 odst. 1 Listiny by však mohl být problematický předmětný rozdíl čínicí 25 %**. Bylo by tomu tak z toho důvodu, že **hodnoty bodu při poskytování zdravotních služeb zjevně nejsou stanovovány tak, aby obecně vytvářely podmínky pro zisk až ve výši jejich 25 %, a tedy je otázkou, zda by případné poskytnutí neodkladné péče ze strany nesmluvního poskytovatele ve větším objemu nevedlo k situaci, kdy by on sám tuto péči dotoval**. Právě absence mechanismu, který by při výpočtu výše úhrad bránil vzniku takovéto situace, nakonec byla důvodem, pro který Ústavní soud neakceptoval napadenou vyhláškou stanovenou úpravu limitací objemu poskytované zdravotní péče prostřednictvím snížené hodnoty bodu.

82. Posledně uvedený závěr se paradoxně promítá do samotné otázky legitimnosti účelu posuzované nerovnosti. Má-li být totiž důvodem nižší hodnoty bodu u nesmluvních poskytovatelů skutečnost, že se na ně nemohou uplatnit omezení výše úhrad vztahující se na smluvní poskytovatele a že jinak by byli vlastně oni ve výhodnějším postavení, pak tento důvod přestává být opodstatněným (a tím i legitimním) v důsledku výše uvedených právních závěrů Ústavního soudu (část V. E) tohoto nálezu), jež zpochybňují možnost bezvýjimečně uplatňovat předmětná vyhláškou stanovená omezení právě v případech, kdy je poskytována neodkladná péče.

83. Za této situace tak vyšší hodnota bodu v případě smluvních poskytovatelů představuje pouze určité beneficium, jež má v obecné rovině povahu nepřímé kompenzace za další povinnosti plynoucí ze smluvního vztahu. Ústavní soud však takto vymezený důvod nepovažuje za způsobilý odůvodnit předmětnou nerovnost ve výši úhrad za neodkladnou péči. Přitom, i kdyby tomu bylo jinak, sníženou hodnotu bodu ve výši 75 % plné hodnoty bodu by nebylo možné akceptovat bez toho, aby byly součástí výpočtu výše úhrad podle vyhlášky garance bránilo tomu, že bude poskytování zdravotní péče fakticky dotováno ze strany nesmluvních poskytovatelů. Z těchto důvodů není § 17 napadené vyhlášky v souladu s čl. 1 ve spojení s čl. 26 odst. 1 Listiny.

70. Samotný mechanismus koeficientu centralizace navíc postrádá logické odůvodnění v tom, zda je schopen naplnit deklarovaný cíl. Statut centra vysoce specializované zdravotní péče není přístupný všem poskytovatelům zdravotních služeb schopným provést určité výkony na špičkové odborné úrovni. Podmínky pro udělení statutu centra jsou stanoveny v § 112 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, dle odst. 1: *Ministerstvo může poskytovateli, který poskytuje zdravotní péči v daných oborech, udělit na jeho žádost podanou na základě výzvy ministerstva statut centra vysoce specializované zdravotní péče (dále jen „centrum“), pokud tento poskytovatel splňuje požadavky na technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení a požadavky na personální zabezpečení vysoce specializované zdravotní péče a je schopen pro vymezené území tuto zdravotní péči zajistit*. Je tedy plně v rukou Ministerstva zdravotnictví definovat ve své výzvě, jaká pracoviště mohou být centrem vysoce specializované zdravotní péče (CVSP), a následně o udělení statutu rozhodnout. Není však vyloučeno, aby jiní poskytovatelé splnili všechny podmínky k poskytování péče prováděné v těchto centrech na příslušné úrovni. Rozdílná úhrada je přitom přiřaditelná k typu péče, při jejímž poskytování nehraje specializované postavení poskytovatele roli.

<sup>17</sup> Odůvodnění k úhradové vyhlášce pro rok 2024 – vyhlášce č. 319/2023 Sb., dostupné z: <https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2024/>

71. Jak uvedl též Ústavní soud ČR ve svém nálezu ze dne 26. 4. 2022, sp. zn. Pl. ÚS 49/18, bodě 144: *VZP pak ve svém vyjádření k návrhu přesvědčivě vysvětluje, z jakých důvodů tato vysoce specializovaná a nákladná léčba, vyžadující vysokou kvalifikaci a specializaci (např. hematonekologie, traumatologická péče pro pacienty s popáleninami atp.) nemůže být poskytována ve všech regionech a proč proto musí někteří pojištěnci cestovat za touto specializovanou péčí i mimo svůj kraj.* Zde je však opět nutno odlišit pravomoc k tvorbě sítě center od stanovení rozdílné úhrady za stejnou péči.
72. Zajištění této „centrové“ péče tak není dostupné všem poskytovatelům ve všech oblastech. Zdravotní pojišťovny (které jsou za dostupnou hrazenou péčí odpovědné) nicméně mají možnost v souladu se zákonem zajistit poskytnutí některých takových zdravotních služeb u různých poskytovatelů, kteří jsou schopni a oprávněni péči poskytnout, k čemuž mezi sebou uzavírají smlouvu. Ve chvíli, kdy konkrétní poskytovatel provede plně odpovídající zdravotní službu v souladu se zákonem a smlouvou se zdravotní pojišťovnou, tak není v souladu s ústavním pořádkem uhradit jeho práci ve snížené hodnotě. Jinými slovy, **nejde-li o péči určenou z medicínských důvodů výhradně specializovaným centrům a poskytovatel zcela splňuje podmínky jejího poskytování, nelze zajišťování této péče redukovat omezením úhrady.** Snížení úhrady ze své podstaty nesmí sloužit k odmítání poskytovatelů při jejich zajišťování služeb, k nimž splňují všechny náležité podmínky. Je tím přímo zasaženo právo těchto poskytovatelů podnikat, chráněné dle čl. 26 odst. 1 Listiny. Situace je opět obdobná s nálezem Ústavního soudu ČR ze dne 13. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13, který v relevantních bodech 72 a 73 (citovaných navrhovatelí výše) zdůrazňuje, že Úhradová vyhláška má dopadat na adresáty nediskriminačně.
73. Je současně iracionální, aby zákonodárce umožnil poskytovatelům dosáhnout potřebného oprávnění a vybavení k poskytnutí špičkové péče i bez statutu centra, avšak následně bylo odmítnuto za tuto péči plnohodnotně zaplatit. Rozdíly v úhradě zde nejsou Ministerstvem zdravotnictví odůvodněny. Není ani srozumitelné, proč rozdíl stanovuje regulace v Úhradové vyhlášce, když důvodné odchylky mohou být vyřešeny ve smlouvách zdravotních pojišťoven. Pokud však zdravotní pojišťovna s poskytovatelem smlouvu uzavře, činí tak z důvodu nutného zajištění dostupnosti péče, již má tento poskytovatel realizovat.
74. Negativní důsledky takto protiústavně stanoveného omezení plateb zahrazené služby jsou široké. Především dochází k nepřímým dopadům na dostupnost a kvalitu hrazené zdravotní péče. Vzniklá nerovnost a podhodnocení péče „necentrových“ poskytovatelů vlivem hospodářských zákonitostí nemůže než vést k **omezení či úplnému pozastavení poskytování těchto služeb „necentrovými“ poskytovateli.** Účelem Úhradové vyhlášky však nemůže být vědomé a úmyslné podhodnocení zdravotních služeb natolik, aby je někteří poskytovatelé přestali zajišťovat, je tak však v tuto chvíli nastavena. Úmysl Ministerstva zdravotnictví byl přitom výslovně deklarován už v odůvodnění úhradové vyhlášky pro rok 2024, v níž byl tento koeficient poprvé zaveden (vyhláška č. 319/2023 Sb.), str. 201: *Cílem tohoto opatření je specializovanou péčí koncentrovat do příslušných center.*<sup>18</sup>
75. Dlouhodobým důsledkem takového opatření bude nutně ukončení péče v některých lokalitách (tam, kde ji podhodnocený poskytovatel přestane poskytovat) a celková nedostupnost péče související s přetížením specializovaných center, které dle veškerých dostupných informací v žádném případě nemohou pojmout všechny pacienty.
76. Dalším dlouhodobým důsledkem popsaného stavu bude omezená možnost praktického vzdělávání lékařů v některých nemocnicích, neboť uvedenou péčí nebudou nadále poskytovat. Pokud specializovaná centra všechny zájemce o praktické vzdělávání nepojmou (což je též pravděpodobné), zpomalí se nebo se dlouhodobě přímo sníží úroveň expertízy lékařů v České republice.
77. Odrazem nezákonného, resp. protiústavního postupu je také porušení práva na spravedlivou odměnu zaměstnanců, garantovaného čl. 28 Listiny – omezené financování regionálních nemocnic se nutně projevuje ve snížené odměně za stejnou práci (jak zmíněno výše, není rozdíl ve výši 8 000 - 10 000 Kč měsíčně v platu všeobecné sestry mezi regionální a fakultní nemocnicí za obdobnou práci výjimkou). Situace je obdobná problematice různého odměňování v územních oblastech, což Ústavní soud nepřipustil (nebylo-li to vůlí zákonodárce), srov. nálezu ze dne 31. 8. 2021, sp. zn. I. ÚS 2820/20: *Pokud by však měl zákonodárce za to, že je vhodné, aby právní úprava nebyla natolik striktní ("za stejnou práci přísluší všem zaměstnancům u zaměstnavatele stejná mzda"), ale aby v ní byla přiměřeným způsobem zakotvena také možnost zohlednit socioekonomické rozdíly jednotlivých regionů a jejich dopady na*

<sup>18</sup> Odůvodnění k úhradové vyhlášce pro rok 2024 – vyhláška č. 319/2023 Sb., dostupné z: <https://www.mzcr.cz/uhradova-vyhlaska-2024/>

*vývoj na trhu práce, resp. aby při posuzování (ne)rovného zacházení v důsledku rozdílného odměňování zaměstnanců na pobočkách stejného zaměstnavatele s širší působností bylo možné zohlednit také to, zda je odůvodněno některými dalšími relevantními objektivními okolnostmi, nic mu nebrání v tom, aby (v případě že pro to nalezne dostatečnou politickou shodu) takovou úpravu také přijal. Ani v tomto případě však zákonodárce rozdílné odměňování v regionálních nemocnicích nestanovil ani nepřipustil a není možné se od tohoto principu odchýlit v důsledku podzákoného předpisu.*

78. Koeficient centralizace také do důsledků zasahuje do ústavně zaručeného práva na samosprávu dle čl. 8 Ústavy ČR, neboť nebylo krajským úřadům umožněno participovat na něčem, co fakticky představuje změnu organizace zdravotnictví a konceptu centralizace. Ministerstvo zdravotnictví se svévolně pokouší změnit koncepci poskytování zdravotních služeb bez zapojení ostatních účastníků systému a oprávněných subjektů.
79. Dle rozhodnutí Ústavního soudu ze dne 9. 7. 2003, sp. zn. Pl. ÚS 5/03 samospráva *musí mít reálnou možnost záležitosti a otázky místního významu, a to i ty, jež pro svou povahu přesahují regionální rámec a o nichž rozhoduje ve své samostatné působnosti, řešit na základě svého svobodného uvážení, kdy je formou zastupitelské demokracie realizována vůle zastoupených na lokální a regionální úrovni a toliko odpovědnosti k voliči a na základě zákonného a ústavního rámce ve svém konkrétním projevu posléze limitována (čl. 101 odst. 4 Ústavy). [...] Stát by se totiž neměl – bez dalšího – zbavovat odpovědnosti za dluhy, jež vznikly v době jeho hospodaření s převáděným majetkem a které jsou důsledkem předchozí ztrátové realizace vlastnického práva, případně i nedodržování právních předpisů [ustanovení § 53 a násl. zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)]. Již vůbec by tak činit neměl v relaci k takovým subjektům, jejichž prostřednictvím by měly být plněny i jeho úkoly spočívající v zajištění základních práv plynoucích z čl. 31 Listiny, garantem jejichž dodržování je on sám. Takové jednání suveréna již navozuje úvahy o znenáždění státní moci na úkor [územně samosprávných celků].*
80. Napadená Úhradová vyhláška tak odporuje ústavnímu pořádku, když zasahuje do práva na samosprávu dle čl. 8 Ústavy ČR, práva vlastnit majetek dle čl. 11 odst. 1 Listiny, práva na svobodné podnikání ve smyslu čl. 26 odst. 1 Listiny a na spravedlivou odměnu dle čl. 28 Listiny a práva na zajištění udržitelného systému veřejného zdravotního pojištění dle čl. 31 Listiny (zejm. ve smyslu shrnutém v předchozí části tohoto návrhu), přičemž zásah do těchto práv se dotýká jejich samotné podstaty a smyslu dle čl. 4 odst. 4 Listiny. A porušuje také čl. 101 odst. 4 Ústavy, protože zasahuje do činnosti svěřené a uložené zákonem samosprávě, avšak sama je pouze podzákoným předpisem, tj. nesplňuje podmínky stanovené citovaným ustanovením.

#### **IV. Shrnutí důvodů návrhu**

81. Na základě výše uvedených skutečností navrhovatelé dospěli k závěru, že Úhradová vyhláška (tj. vyhláška č. 314/2024 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025) je v rozporu s ústavním pořádkem České republiky. Hlavní oblasti porušení ústavního pořádku lze shrnout následovně:
- **Porušení čl. 31 Listiny základních práv a svobod:** Úhradová vyhláška narušuje základní účel systému veřejného zdravotního pojištění, který má zajišťovat rovný přístup ke zdravotní péči a efektivní nakládání s veřejnými prostředky.
  - **Porušení čl. 26 odst. 1 a čl. 28 Listiny základních práv a svobod:** Vyhláška diskriminuje část poskytovatelů zdravotních služeb, omezuje jejich právo na svobodné podnikání a narušuje rovné podmínky na trhu zdravotních služeb. To se odráží také v narušení práva na spravedlivou odměnu zaměstnanců těchto poskytovatelů.
  - **Porušení čl. 1 odst. 1 Ústavy ČR:** Vyhláška nerespektuje zásady právního státu, zejména princip rovnosti, právní jistoty a zákonnosti.
  - **Porušení čl. 79 odst. 3 Ústavy ČR,** Úhradová vyhláška překračuje zákonné zmocnění, neboť zavádí prvky regulace poskytovatelů zdravotní péče, ke kterým Ministerstvo zdravotnictví nemá pravomoc (a současně je zde jiná instituce, které je odpovídající pravomoc svěřena), tj. nevydává podzákoný právní předpis secundum et intra legem.
  - **Porušení čl. 8 ve spojení s čl. 101 odst. 4 Ústavy ČR** – právo na samosprávu a nezasahování do ní ze strany státu, s výhradou zákonného podkladu pro takový zásah

82. Přitom porušení ústavního práva a zákona v podzákoném právním předpisu je natolik značné, že k obnovení ústavnosti a zákonnosti je nutné zrušit část napadeného předpisu.

#### V. Závěr

83. Na základě všech výše uvedených důvodů navrhovatelé žádají Ústavní soud ČR, aby vydal tento nález:

**Příloha č. 1 a příloha č. 10 vyhlášky č. 314/2023 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2025, se ruší dnem vyhlášení tohoto nálezu ve Sbírce zákonů.**

84. Navrhovatelé s ohledem na závažnost věci, její celospolečenský dopad a zájem na včasném obnovení ústavnosti a právní jistoty všech dotčených (a to jak dopadem současné úhradové vyhlášky pro tento rok, tak způsobem stanovení pravidel pro příští roky) žádají, aby se Ústavní soud ČR ve smyslu § 39 zákona č. 182/1993 Sb. o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, usnesl na tom, že **věc je naléhavá a tento jimi předložený návrh projednal přednostně, mimo pořadí návrhů, v němž mu došly.**

za skupinu 31 senátorů MUDr. Ladislav Václavec  
*i.s.* JUDr. Martin Slobodník, Ph.D., LL.M., advokát