

Ivo Pospíšil¹⁾

Ústavněprávní limity právní regulace financování zdravotní péče (nejen) v judikatuře Ústavního soudu

Problematika právní regulace poskytování zdravotní péče a jejich ústavněprávních limitů se v poslední dekádě stala pravidelnou součástí judikatury Ústavního soudu. S jistým zjednodušením lze proto již hovořit v podstatě o ucelené doktríně Ústavního soudu ve vztahu k ústavněprávním požadavkům a omezením, která se vztahují k regulaci zdravotní péče. Dlužno říci, že nejčastějším zájmem judikatury je problematika financování zdravotní péče.

Následující text má proto za cíl představit to, jaká omezení (jaké limity) vyplývají přímo z ústavního pořádku, pokud jde o financování zdravotní péče. Jinak řečeno tuto problematiku představí ve světle dvou limitů – limitů ústavních, které ovlivňují limity týkající se systému financování zdravotní péče, a to vše prizmatem dosavadních závěrů, které zazněly v judikatuře Ústavního soudu.

1. Proč jsou ústavní limity pro systém financování zdravotní péče podstatné

Právní úprava poskytování zdravotní péče je v České republice významně „konstitucionalizována“. Nejen díky tomu, že ústavní pořádek upravuje právo na ochranu zdraví, případně zdravé životní podmínky, což je právo, které je upraveno i mezinárodními normami²⁾ a zná je řada ústav jiných států³⁾,

¹⁾ JUDr. Ivo Pospíšil, Ph.D., generální sekretář Ústavního soudu a odborný asistent Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity. Článek vyjadřuje osobní názory autora, nikoliv institucí, v nichž pracuje.

²⁾ Počínaje čl. 25 Všeobecné deklarace lidských práv, přes čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech až po vybrané úmluvy Mezinárodní organizace práce. Řadu aspektů práva na ochranu zdraví dovodil i Evropský soud pro lidská práva z některých práv dle Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (například z práva na život, zákazu mučení, nelidského a ponižujícího zacházení, práva na ochranu soukromého života – zde například dovodil i právo na proplacení operace vedoucí ke změně pohlaví), byť ta sama o sobě právo na ochranu zdraví neobsahuje. Blíže viz např. WINTR, J. Právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči. In WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer 2012, s. 647 – 648.

³⁾ Dlužno dodat, že rovněž ústavní garance „bezplatnosti“ a systému veřejného zdravotního pojištění existuje i v některých dalších evropských státech: přirozeně obdobu čl. 31 české Listiny základních práv a svobod nalezneme v čl. 40 slovenské ústavy, dále bývají uváděny ústavy portugalská, litevská, ruská či bulharská, tedy v převažující míře ústavy postkomunistických zemí. Srov. SUCHÁNEK, R. Hospodářská, sociální a kulturní práva.

ale především proto, že české ústavní právo upravilo výslovně i mechanismus financování zdravotní péče, a to prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Důvodem zařazení takových podrobností do ústavního pořádku, resp. Listiny základních práv a svobod byla nepochybně reakce na předchozí období naprosté etatizace zdravotnictví na straně jedné, avšak současně se tvůrci Listiny pokusili i do nových podmínek tržní ekonomiky protáhnout garanci tzv. bezplatnosti zdravotní péče pro občany. Ještě podrobněji: poskytování zdravotních služeb má v podmínkách České republiky ústavněprávní rozměr prostřednictvím garancí zdravotní péče obsažených v čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Ústavní pořádek vytváří jak institucionální základ pro systém veřejného zdravotního pojištění, tak i personální a obsahové limity.

Když *prima facie* nahlédneme do tohoto ustanovení, zjistíme, že ovšem není formulováno příliš zdařile, a nevhodné slovní formulace, které hovoří na jedné straně o bezplatnosti a na druhé straně o veřejném pojištění, stojí na počátku řady výkladových a v důsledku i praktických problémů při naplňování tohoto ústavně zaručeného práva. Na první pohled je zřejmé, že poskytování zdravotní péče přirozeně není (a nemůže být) ani bezplatné (neboť fakticky musí být péče někým hrazená a samotná Listina ji podrobuje veřejnému zdravotnímu pojištění), ani není cele poskytována na základě pojistných principů. Jako problémová se pak jeví i výhrada zákona, která zdánlivě „dekonstitucionalizuje“ toto právo na úroveň obyčejného zákona. Zdánlivě proto, že zákon může stanovit toliko konkrétní podmínky, nemůže však opustit mantinely „bezplatnosti“ a veřejného zdravotního pojištění.

S ohledem na tuto nezvykle silnou konstitucionalizaci financování zdravotnictví je pak logické, že různé aspekty se staly předmětem rozhodování Ústavního soudu. Dalo by se říci, že jde až o enormní ingerence Ústavního soudu, v nichž se ovšem, bohužel, projevuje právě ona vágnost až nekoncepčnost čl. 31 Listiny. Dlužno přiznat, že náhledy na organizaci a financování zdravotnictví jsou současně i oblastí, v níž se výrazně projevovaly a projevují odlišné světonázory soudců na otázky role státu, solidarity, individuální odpovědnosti jednotlivce za péči o svoje zdraví atd.⁴⁾ Kombinace obojího, tj. nekoncepčnost čl. 31 Listiny a projevy různých světonázorů soudců se mohou projevat v rozkolísanosti judikatury dle aktuálního personálního složení soudu, oscilaci mezi aktivismem a přehnanými nároky na zákonnou úpravu a akcentací toho, že se jedná o „*political questions*“ a ponecháním větší volnosti normotvůrcům.

Výklad jednotlivých práv. In PAVLÍČEK, V. a kol. *Ústavní právo a státověda. Ústavní právo České republiky*. Praha: Leges 2011, s. 654, nebo WINTR, J. *Právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči*. In WAGNEROVÁ, E. a kol. *Listina základních práv a svobod. Komentář*. Praha: Wolters Kluwer 2012, s. 650.

⁴⁾ Ostatně, když nahlédneme do nálezů týkajících se zdravotnictví, jde o rozhodnutí nezřídka přijatá těsnou většinou soudců, s množstvím rozličných disentů.

2. Jak ústavní limity ovlivňují finanční limity zdravotní péče

Všechny výše zmíněné aspekty se projevují ve výkladech a aplikaci čl. 31 Listiny v judikatuře Ústavního soudu. Jeho výklady se pokusím přiblížit na konkrétní judikatuře, která doposud pokrývá různé oblasti finančních limitů (v podobě tzv. regulačních poplatků, nastavení tzv. standardů a nadstandardů, regulace plateb v úhradových vyhláškách, systému úhrad léků a zdravotnických prostředků) nebo limitů personálních, které ovšem nakonec opět souvisejí s limity finančními (např. v podobě otázky, kdo může být účastníkem veřejného zdravotního pojištění).

2.1 O limitech ve zdravotnictví obecně

Ochrana zdraví je jednou z mála oblastí, v nichž se střetávají dva naprosto protichůdné zájmy: všichni jako pacienti chceme mít maximum té naprosto nejkvalitnější existující péče, avšak její dostupnost a poskytování naráží na celou řadu limitů, jejichž společným znakem jsou – marná sláva – finance: o finance ve zdravotnictví tak jde, bohužel, až na prvním místě. Zjednodušeně řečeno se jedná o následující limity: (1.) limit gnozeologický (vědění a poznání), což souvisí spíše s financování lékařské vědy, ve finále se ale promítá i do zdravotní péče; objevování nových metod a prostředků léčby a jejich přenášení do medicínské praxe se nakonec odrazí v jejich dostupnosti pacientům, což je již součástí (2.) obecného omezení ve zdrojích. Další otázkou jsou (3.) limity personální, které zahrnují dostupnost kvalitního lékařského a zdravotnického personálu,⁵⁾ ale i problematiku, kdo všechno ještě může být spravedlivě vtáhnut do systému financování zdravotní péče. Právo na ochranu zdraví mají všichni jednotlivci nacházející se na území ČR, ale je třeba si otevřeně přiznat, že právě s ohledem na nedostatek zdrojů a financí pouze někteří mohou být účastníky systému veřejného zdravotního pojištění, skrze který se dosahuje solidarity. I to je v našich podmínkách nejen politická, ale i ústavněprávní otázka – kde končí hranice toho, kdo vše může být legitimně „odříznut“ od systému přerozdělení těchto zdrojů.⁶⁾ Konečně lze identifikovat (4.) limity tzv. judicializace, tj. otázky, kde jsou hranice ještě legitimního zapojení soudů do systému financování zdravotnictví, zda má být alokace zdrojů čistě otázkou politického rozhodování, nebo s ohledem na to, že v něm jde o práva

⁵⁾ Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v posledních letech dochází ke stabilizaci počtu lékařů a zdravotnického personálu v rámci celé ČR, problémem je regionální rozložení personálních kapacit. Alarmující je však zvyšující se věková struktura lékařů, jinými slovy podobně jako celá populace bude české zdravotnictví čelit významnému procesu stárnutí lékařské populace (viz například Personální kapacity v českém zdravotnictví v r. 2016, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/personalni-kapacity-v-ceskem-zdravotnictvi-v-r-2016>).

⁶⁾ Ve světle nálezů Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 2/15 ze dne 3. 5. 2017 (185/2017 Sb.) se zdá, že v tomto směru je současný zákon o veřejném zdravotním pojištění spravedlivější a vhodnější než samotná Listina, zatímco Listina váže účast na státní občanství, zákon váže logičtěji účast na ekonomické zapojení jednotlivce do naší společnosti v podobě výkonu závislé pracovní činnosti.

(a ústavní práva) celé řady subjektů⁷⁾, nejenom může, ale dokonce musí být v podmínkách právního státu pod kontrolou soudní moci.

Za ústavněprávními požadavky a limity tak stojí v obecné rovině hledání optimální rovnováhy mezi zájmem na maximální ochraně zdraví každého jednoho z nás a nalezení spravedlivého přerozdělení finančních prostředků, které je společnost schopna a ochotna na tento účel kumulovat.

Jak již bylo uvedeno, specifikem naší ústavní úpravy je to, že sama přímo ukládá a konzervuje mechanismus této alokace a přerozdělení v podobě veřejného zdravotního pojištění na straně jedné a bezplatnosti na straně druhé. To jsou samy o sobě výrazné limity financování, neboť veškerý systém organizace zdravotnictví se musí pohybovat v těchto mantinelech. A současně se tím otevírá nebývale velký prostor pro roli soudů, na čele s Ústavním soudem.

2.2 O limitech stanovených v judikatuře Ústavního soudu

Všechny výše uvedené otázky se určitým způsobem odrážejí v dosavadních závěrech Ústavního soudu, pokud jde o posuzování ústavnosti různých druhů omezení při poskytování zdravotní péče. Níže se proto pro přehlednost pokusím limity vnitřně strukturovat a představovat závěry plynoucí z judikatury Ústavního soudu v této obecnější struktuře.

Nejprve jsou zde dva klíčové pojmy v čl. 31 Listiny, a to bezplatnost a veřejné zdravotní pojištění. Ústavní soud dosud vyložil či akceptoval, že vlastně ani jedno není tak, jak se na první pohled může jevit. Bezplatnost totiž není bezplatností, ale toliko zákazem přímé úhrady za poskytnutou zdravotní péči. To je tedy první obecný požadavek – obecně platí, že za zdravotní péči nelze vybírat od pacienta přímou úhradu. Jak ovšem ukáží dále, toto pravidlo stejně neplatí univerzálně a Ústavní soud akceptuje celou řadu výjimek.

Pokud jde o veřejné zdravotní pojištění, ani to není tím, čím by se na první pohled mohlo zdát být, neboť není založeno na pojistném principu a na principu individuální zásluhovosti (individuálních pojistných účtů a přezkumu existence pojistných událostí), nýbrž se jedná o prostý přerozdělovací systém vytvářený v podstatě obdobně jako jiné veřejné pseudopojistné systémy na období jednoho kalendářního roku. Skrze něj se nerealizuje individuální pojištění, ale celospolečenská solidarita.⁸⁾ I tuto vlastnost Ústavní soud dosud ve své judikatuře akceptoval.

Ačkoliv by se to na první pohled nemuselo zdát, limity plynou i ze samotného obecného práva na ochranu zdraví – z něj totiž judikatura Ústavního soudu

⁷⁾ A nejedná se jen o právo pacienta na ochranu zdraví, ale též právo poskytovatelů péče, producentů léků a zdravotnických prostředků na podnikání, a ostatně právo všech na transparentnost a férovost rozhodování, které se týká přerozdělování těchto omezených zdrojů.

⁸⁾ Shodně viz ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer 2016, s. 579.

dovodila požadavek dostupnosti zdravotní péče, jak v jeho podobě geografické dostupnosti, tak i dostupnosti finanční.⁹⁾ Lze se však domnívat, že pod vlivem nedávného plenárního nálezu o limitech účasti cizinců na veřejném zdravotním pojištění, dojde k přehodnocení toho, že by z práva na ochranu zdraví plynula i finanční dostupnost zdravotní péče. Shrnutí: ani jeden klíčový pojem použitý v čl. 31 Listiny tedy není tím, jak by se jeho jazykové vyjádření na první pohled jevílo.

Dalším obecným požadavkem plynoucím z čl. 31 Listiny je požadavek zákonné úpravy. Veškeré parametry financování a poskytování zdravotní péče musejí být upraveny v zákoně. Dlužno říci, že Ústavní soud tento požadavek výhrady zákona ve své judikatuře v podstatě absolutizoval. Vychází zřejmě z toho, že ochrana zdraví je významným statkem, stejně jako finanční zdroje alokované na jeho zajištění, a tudíž je třeba, aby na jeho systému existovala celospolečenská shoda, reprezentovaná dosažením většiny v Parlamentu při přijímání zákona.¹⁰⁾

Tento striktní výklad zákonnosti Ústavní soud vyslovil již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 z poloviny 90. let,¹¹⁾ kterým zrušil právní úpravu umožňující vyhláškou stanovit druhy péče plně a částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Ústavní soud tehdy uvedl, že definovat vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob uplatnění práva na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem a nelze je zákonem delegovat na výkonnou moc. Nelze proto připustit, aby vymezení rozsahu a způsobu poskytování zdravotní péče byl stanoven pouze podzákonným předpisem, včetně rozsahu výše plné a částečné úhrady. Pokud se tak stane, je neústavní jak zmocňovací ustanovení, tak podzákonný právní předpis.

Požadavek zákona se pak táhne jako červená nit celou judikaturou Ústavního soudu ve vztahu k financování zdravotní péče, a dlužno říci, že v některých případech může působit skutečně velmi rigorózně, zvláště když jej Ústavní soud doplňuje i o požadavek srozumitelnosti a předvídatelnosti zákona, což v důsledku znamená tlak na velmi konkrétní úpravu v zákoně.

V tomto kontextu lze zmínit nálezy sp. zn. Pl. ÚS 36/11,¹²⁾ ve kterém Ústavní soud zopakoval závěr z nálezu Pl. ÚS 35/95 ve vztahu k tzv. standardům a nadstandardům: „úprava v zákoně musí být i bez prováděcí vyhlášky pro její adresáty dostatečně srozumitelná, určitá a aplikovatelná“. Prováděcí předpis má stanovit již jen její detaily. Je proto v rozporu s čl. 31 Listiny, pokud zákonodárce učiní pouze první krok k vymezení zdravotnického standardu a nadstandardu v zákoně a konkrétní určení toho, co je v intencích

⁹⁾ Nález sp. zn. I. ÚS 3599/15 ze dne 3. 2. 2016 (N 24/80 SbNU 285).

¹⁰⁾ Na druhou stranu striktním lpěním na existenci zákonné úpravy Ústavní soud leccos ve zdravotnictví na první pohled komplikuje, neboť forma zákona nezřídka nemusí vyhovovat dynamickému vývoji reality a nutnosti rychle reagovat i v právní úpravě.

¹¹⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. 7. 1996 (N 64/5 SbNU 487; 206/1996 Sb.).

¹²⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 (N 111/69 SbNU 765; 238/2013 Sb.).

čl. 31 Listiny bezplatnou péčí, upraví až v prováděcí vyhlášce. Do stejné kategorie spadá novější nález sp. zn. Pl. ÚS 3/15,¹³⁾ ve kterém Ústavní soud zrušil ustanovení vymezující kritéria výběru zdravotnických prostředků a pomůcek hrazených z veřejného pojištění. Ustanovení o provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení se soudu jevílo jako nedostatečně určité, ponechávající prostor pro libovůli zdravotní pojišťovny při tvorbě tzv. číselníků.

Dalším ústavním limitem je vymezení toho, co je to vlastně zdravotní péče a co již nikoliv. Tato otázka je přesně dokladem toho, jak judikatura Ústavního soudu může oscilovat doslova jako na houpačce. Této otázky se soud dotkl poprvé v nálezu z roku 2003¹⁴⁾, v němž akceptoval úpravu, která zakazovala přijímat jakoukoliv přímou úplatu za poskytování zdravotní péče, avšak i za jakékoliv úkony s ní související (poskytnuté v souvislosti s touto péčí). Již tehdy nález vyvolal velké množství disentů soudců, kteří s tímto pojetím nesouhlasili a namítali, že pojetí, k němuž dospěla většina soudu, je nesprávné, neboť příliš široce vykládá pojem zdravotní péče, která přirozeně musí být dle čl. 31 Listiny poskytována bezplatně. Podle přehlasované menšiny soudu existuje celá řada úkonů, které s poskytnutím péče souvisejí, avšak již nejsou podřaditelné pod pojem bezplatné zdravotní péče: podle disentujících je rozsah zákona a výklad přijatý většinou soudu příliš široký, neboť služby, které nejsou službami zdravotními typu poskytování stravy, hotelových či lůžkových služeb, úklid atd. by neměly mít ústavněprávní ochranu.

Tento názor pak převážil v pozdějším nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08¹⁵⁾ o tzv. regulačních poplatcích, byť co do počtu hlasů opět pouze velmi těsně. Regulační poplatky byly akceptovány mimo jiné i s odůvodněním, že nepředstavují přímou platbu za zdravotní péči, ale že jejich účel je jednak skutečně regulační (racionalizace čerpání zdravotní péče), a současně má sloužit k úhradě souvisejících služeb a úkonů (být dlužno dodat, že taková účelovost poplatků z ničeho neplynula a nebyla stanovena povinnost poskytovatele je účelově spotřebovat pouze na krytí těchto doprovodných služeb).

Nakonec bylo ale toto široké pojetí toho, za co lze přímé platby vybírat, opět korigováno v nálezu Pl. ÚS 36/11¹⁶⁾, který je vlastně založen na přísném rozlišení zdravotní péče a dalších služeb s ní souvisejících s tím, že Ústavní soud vyžadoval diferenciaci, neboť existuje zdravotní péče, kterou nelze od těchto služeb jednoznačně oddělit – zde zdravotní péče a doprovodné služby v podstatě splývají v jedno (péče na ARO, JIP atd.).¹⁷⁾

¹³⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 3/15 ze dne 30. 5. 2017 (231/2017 Sb.).

¹⁴⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. 6. 2003 (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Sb.).

¹⁵⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008 (N 91/49 SbNU 273; 251/2008 Sb.).

¹⁶⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 (N 111/69 SbNU 765; 238/2013 Sb.).

¹⁷⁾ Nakonec Ústavní soud v nálezu sp. zn. I. ÚS 3599/15 ze dne 3. 2. 2016 (N 24/80 SbNU 285) aplikoval na systém poplatků § 71 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, s tím, že poplatky vybírané na základě zákona zrušeného Ústavním soudem nelze soudně vymáhat.

Další ústavně relevantní otázkou je vymezení tzv. standardu a nadstandardu ve světle bezplatnosti. V této souvislosti bývá traktován názor, že Ústavní soud ve své judikatuře zakázal rozdělení péče na základní a náročnější, tedy standardní a nadstandardní,¹⁸⁾ což zcela neodpovídá skutečnosti. Ústavní soud v minulosti toliko odmítl to, aby toto rozdělení bylo učiněno v podzákoně upravě, a naopak požadoval, aby samotné rozdělení bylo učiněno přímo v zákoně (to již ve zmiňovaném nálezu z poloviny 90. let). Je pravdou, že tím zavedení nadstandardů výrazně fakticky a procesně zkomplikoval, neboť bude obtížné získat pro rozdělení shodu v parlamentu. Již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02¹⁹⁾ k tomu uvedl, že z ústavních principů plyne, že nelze péči dělit na jakousi základní „levnější“, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní „dražší“, ale vhodnější a účinnější. Jinými slovy, rozdíl mezi standardem a nadstandardem nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby.

V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/11²⁰⁾ pak Ústavní soud zcela explicitně uvedl, že samotné rozdělení na variantu základní, plně hrazenou z veřejného pojištění, a variantu ekonomicky náročnější, nehrazenou, je v souladu s ústavním pořádkem, ale skutečně jen za předpokladu, že rozdělení není založeno na vhodnosti a účinnosti léčby. Nadstandardní péče musí být vždy toliko doplňková, volitelná. Rozdělení pak musí být uvedeno přímo v zákoně, podzákoný předpis může upravit již toliko detaily.

Dále z judikatury Ústavního soudu plynou limity týkající se výběru toho, co má být hrazeno, v jaké výši, kdo o tom má rozhodovat a v jaké proceduře. V této oblasti je samostatnou kapitolou problematika úhradových vyhlášek.²¹⁾ Dlužno předeslat, že rozhodování Ústavního soudu o úhradových vyhláškách je ze své podstaty neefektivní – i kdyby soud zasáhl v průběhu kalendářního roku, na který je vyhláška vydána, prostá derogace by postavení poskytovatelů péče naopak ještě zhoršila a neústavní a nezákonná pravidla se navíc uplatní za již uběhlé období tak jako tak. Ústavní soud tak vždy může toliko „kolíkovat“ prostor cenové regulace *pro futuro*.

Ústavním soudem bylo akceptováno, že úhradové vyhlášky jsou základním nástrojem nalezení rovnováhy mezi požadavky poskytovatelů a možnostmi systému zdravotního pojištění.²²⁾ S ohledem na výhradu zákona formuluje

¹⁸⁾ ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, s. 593.

¹⁹⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. 6. 2003 (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Sb.).

²⁰⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 (N 111/69 SbNU 765; 238/2013 Sb.).

²¹⁾ Jde o poměrně známou ságu v rámci judikatury Ústavního soudu, neboť ten v posledních letech přezkoumává úhradové vyhlášky již standardně a opakovaně každý kalendářní rok.

²²⁾ Proto ostatně zákon počítá jako s prioritou s tzv. dohodovacím řízením a vyhláška má být toliko nástrojem sekundárním a subsidiárním. V praxi se ovšem jedná o nástroj hlavní, neboť dosažení shody mezi aktéry dohodovacího řízení je v podstatě iluzorní. Ústavní soud nakonec při posouzení zákonnosti a ústavnosti vyhlášky ani nezkoumá, zda byly dodrženy všechny náležitosti dohodovacího řízení, zda byly účastny všechny subjekty atd. – viz poslední nález o úhradové vyhlášce z roku 2016, v němž jednou z otázek zákonnosti bylo i to, že provozovatelé pobytových sociálních služeb, na něž se regulace

Ústavní soud i zde velmi přísné požadavky na zákonné zmocnění – to bylo ostatně podstatou všech dosavadních nálezů přezkoumávajících úhradové vyhlášky – tj. zcela nezakázat uplatnění tohoto efektivního nástroje stanovování ceny za péči, ale přísně sledovat dodržení mezi zmocnění.

To bylo i podstatou časově posledního nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/16, ve kterém Ústavní soud neshledal zmocnění pro regulaci cen za zdravotní péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb. Nicméně přesně tento příklad ukazuje na neefektivnost zásahů soudu – prosté zrušení regulace by postavení těchto poskytovatelů vlastně ještě zhoršilo. Ostatně v nedávných nálezech, v nichž soud řešil konkrétní spory mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, akceptoval to, že v situaci neexistence smluv a neexistence jakékoliv regulace se vyhláška – dříve shledaná jako neústavní – stejně musí uplatnit analogicky [viz nedávný nálež sp. zn. IV. ÚS 2545/16 vydaný ve sporu mezi pobytovým zařízením a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou²³⁾].

Víceméně obecným požadavkem je také požadavek zákonnosti, transparentnosti a férovosti procedury stanovování úkonů a prostředků a cen hrazených z veřejného zdravotního pojištění a požadavek soudního přezkumu procedury. Ty všechny Ústavní soud formuloval v nedávném plenárním nálezu sp. zn. Pl. ÚS 3/15, který se týkal kritérií výběru zdravotnických prostředků hrazených ze zdravotního pojištění. Soud označil zákonný pojem „provedení nejméně ekonomicky náročné, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení“ za neurčitý a do budoucna vyžaduje, aby zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahoval podrobnější úpravu kritérií výběru a samotné procedury výběru (v průběhu ústního jednání vyšlo najevo, že tzv. číselníky prostředků sestavuje v podstatě referent pojišťovny dle své vlastní úvahy). V tomto nálezu se Ústavní soud nevyjádřil k požadavku na soudní přezkum, učinil tak ale opět nedávno v senátních nálezech.²⁴⁾

Ostatně obdobné závěry formuloval Ústavní soud v minulosti k výběru léků v podobě tzv. lékové vyhlášky: v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/05 požadoval

nově vztahovala, nebyli k dohodování vůbec přizváni - nálež sp. zn. Pl. ÚS 19/16 ze dne 13. 12. 2016 (8/2017 Sb.). Akceptace toho, že jde o hledání rovnováhy mezi požadavky poskytovatelů a možnostmi pojišťoven však podle mého soudu není zcela přesné, neboť omezením dohodovacího řízení na tyto dvě skupiny akterů zůstává toliko někde v pozadí pacient se svým ústavně zaručeným právem na ochranu zdraví a právem na péči, a upřímně řečeno nejsem si jist, zda jeho zájmy je v dohodovacím řízení s to účinně chránit zdravotní pojišťovna, jejímž přirozeným zájmem je především ušetřit co nejvíce prostředků.

²³⁾ Nálež sp. zn. IV. ÚS 2545/16 ze dne 18. 7. 2017.

²⁴⁾ Nálezy sp. zn. I. ÚS 740/15 ze dne 27. 6. 2017 a sp. zn. II. ÚS 315/14 ze dne 27. 6. 2017, v nichž Ústavní soud posuzoval ústavní stížnosti výrobců zdravotnických prostředků proti rozsudkům NSS ve sporu s VZP a dalšími zdravotními pojišťovnami o nezařazení některých přípravků do číselníku úhrad. Ústavní soud v nich dospěl k závěru, že sdělení pojišťovny producentovi prostředku je přezkoumatelné zásahovou žalobou ve správním soudnictví.

individuální rozhodování o zařazení léku do systému veřejného zdravotního pojištění a proceduru přezkoumatelnou ve správním soudnictví.²⁵⁾

Nakonec je zde otázka, kdo všechno má být do systému veřejného zdravotního pojištění zahrnut. K ní se judikatura Ústavního soudu vyjádřila nálezem sp. zn. Pl. ÚS 2/15,²⁶⁾ v němž byl posuzován stávající rozsah zahrnutí cizinců do systému veřejného zdravotního pojištění. Většina soudců Ústavního soudu vyšla toliko z kritéria, které je uvedeno v Listině, jímž je občanství. Dlužno však podotknout, že formulace v Listině je poplatná době, kdy Listina vznikala. Ve skutečnosti zdravotní péče a účast na jejím financování patří k těm oblastem, v nichž občanství nemusí hrát vůbec žádnou roli. Listina stanoví kritérium občanství, které však nemusí souviset s otázkou přispívání do systému – proto považují za vhodné a spravedlivé, pokud stávající zákon jde nad ústavní standard, vyložený v tomto nálezu Ústavním soudem, a stanoví i účast osob, které výkonem závislé práce do systému přispívají.²⁷⁾

3. Judicializace financování zdravotní péče

Když odhlédneme od specifického postavení a pravomocí Ústavního soudu, pak lze i v důsledku jeho judikatury a ústavněprávních požadavků z ní plynoucích vnímat výrazný posun v podobě vstupování obecných soudů do výkladů finančních a dalších limitů poskytování zdravotní péče. I tento posun je v podstatě důsledkem konstitucionalizace, konstitucionalizace práva na bezplatnou zdravotní péči, práva zainteresovaných subjektů podnikat atd. Jinak řečeno, pokud jsou v procesu rozhodování o financování identifikována individuální subjektivní práva a právní nároky, pak se otevírá prostor pro jejich soudní ochranu, tj. pro judikování a judicializaci „policy-making“ podobně jako v jiných oblastech veřejných politik.

Dlužno říci, že judikatura Ústavního soudu tuto tendenci v oblasti financování zdravotní péče výrazně podporuje: požaduje tak soudní přezkum v oblasti stanovování cen léčiv²⁸⁾ a v časově poslední judikatuře pak připustil

²⁵⁾ Rozhodováním o zařazení léčivých přípravků do seznamu léčiv hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění dochází k zásahu do práv jejich výrobců a distributorů, a proto je třeba důsledně dbát na dodržování principů fair procesu.

²⁶⁾ Nález sp. zn. Pl. ÚS 2/15 ze dne 3. 5. 2017 (185/2017 Sb.).

²⁷⁾ Osobně sdílím pochybnosti, zda je spravedlivé, pokud tyto osoby přestávají být pojištěny okamžikem ukončení pracovního poměru, což může být i svévolné a nezákonné jednání zaměstnavatele, avšak to se může projevit až po případném soudním sporu mnoho let zpětně. Navzdory rigidnímu závěru Ústavního soudu by měl zákonodárce zvážit, zda by nebyla přiměřenější úprava, která by počítala alespoň s ochrannou dobou, která by plynula po ukončení pracovního poměru měru. Současná přísná úprava je ostatně opět odrazem toho, že veřejné zdravotní pojištění není v principu pojištěním, ale přerozdělovacím systémem.

²⁸⁾ Do této kategorie spadají časově poslední nálezy z července 2017 (viz poznámka pod čarou 22), které zopakovaly požadavek na úplný soudní přezkum rozhodnutí o stanovení výše úhrady léčivých přípravků ze zdravotního pojištění a navázaly tak na předchozí nálezy sp. zn. I. ÚS 1251/14 ze dne 23. 2. 2015 (N 42/76 SbNU 573), II. ÚS 459/14 ze dne 14. 4. 2015 (N 79/77 SbNU 159) či I. ÚS 1265/14 ze dne 24. 8. 2015 (N 153/78 SbNU 323).

i soudní přezkum rozhodování pojišťoven o zařazení a cenách zdravotnických prostředků.

Stejně tak v minulosti Ústavní soud podpořil aktivní legitimaci a nároky lékařů ve sporech s pojišťovny o doplatky krácených plateb za překročení stanovených finančních limitů.²⁹⁾

4. Ústavní limity a otázky *de lege ferenda*

Vyrovňávání se s různými faktory, které limitují poskytování zdravotní péče, je politicky vždy kontroverzní, ostatně jako v jiných oblastech veřejných politik, ve kterých je třeba rozhodnout o distribuci omezených veřejných statků. Specifikum zdravotní politiky je v tom, že všichni aktéři bez rozdílu jsou současně účastni systému, přinejmenším jako pacienti, a tedy tu více tu méně příjemci zdravotní péče. Ve zdravotní politice, obdobně jako například v důchodové politice, by však bylo žádoucí činit změny s vědomím shora uvedených ústavních omezení, a současně velmi uvážlivě a s co největším společenským konsensem tak, aby bylo dosahováno stabilních řešení.

Zákonodárce bude muset v nejbližší budoucnosti reagovat na celou řadu otázek, které v nedávné judikatuře Ústavní soud nastolil – přinejmenším nově upravit procesní pravidla a kritéria výběru zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.³⁰⁾

Přesto si troufám tvrdit, že před zákonodárcem leží celá řada dalších, dlouhodobějších a zásadnějších výzev, na které bude třeba v budoucnu reagovat. Ty si již nevynucuje samotná judikatura Ústavního soudu, ale vyvstávají z faktické situace ve zdravotnictví. Samozřejmě i v těchto případech se uplatní výše popsané ústavněprávní limity. Pokud jde o tyto úvahy *de lege ferenda*, dovolím si je shrnout do několika následujících bodů.

Domnívám se, že přinejmenším je čas na to, aby zákonodárce v zákoně upravit rozdělení standardů a nadstandardů.³¹⁾ Byl to již opakovaně Ústavní

²⁹⁾ Nález sp. zn. I. ÚS 2785/08 ze dne 13. 9. 2011 (N 157/62 SbNU 373). To je ostatně problematika, které se Ústavní soud věnoval i v jednom z plenárních nálezů o úhradových vyhláškách: v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 uvedl, že nelze akceptovat krácení výše úhrad v případě překročení objemu poskytnuté péče, neboť poskytovatelé nemohou předvídat, jaké penzum péče budou v kalendářním roce poskytovat, nemohou ovlivnit, zda v závěru roku dojde k výraznému navýšení v důsledku epidemií atd. Taková úprava je v rozporu nejen s právem podnikat, ale i s právem na ochranu zdraví, neboť nutí poskytovatele, aby ve vlastním ekonomické zájmu omezovali poskytovanou zdravotní péči.

³⁰⁾ Ústavní soud k tomu Parlamentu stanovil lhůtu do 31. 12. 2018.

³¹⁾ Ostatně jak poukazuje monografie Petra Šustka, zrušením právní úpravy rozdělení standardů a nadstandardů Ústavním soudem v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 36/11 se pouze konzervoval faktický stav, kdy o tom, co lze v individuálním případě uhradit ze zdravotního pojištění nad hrazený standard, rozhoduje zdravotní pojišťovna s ohledem na svou vlastní ekonomickou situaci. Viz ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T. a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, s. 594. Domnívám se, že tento stav je méně akceptovatelný, než přijetí transparentní právní úpravy, která zcela otevřeně a při respektu k ústavněprávním mantinelům stanoví, které výkony jsou oním nadstandardem.

soud, který v tomto směru stanovil mantinely, za nichž by takové rozdělení bylo ústavně konformní. V této souvislosti bych osobně považoval za žádoucí a spravedlivé, aby cena nadstandardu byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění do výše nákladů na zdravotní péči ve standardní variantě. Mám za to, že tím by se otevřel prostor pro komerční zdravotní připojištění tohoto cenového rozdílu, případně pro další přímé úhrady, které již v současnosti v systému existují.

Pokud jde o výše diskutovanou účast cizinců na veřejném zdravotním pojištění, ačkoliv Ústavní soud zhodnotil v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 2/15 současnou právní úpravu jako ústavně konformní, přesto se domnívám, že by měl zákonodárce zvážit zavedení ochranné lhůty, která by po omezenou dobu chránila pojištěnce, který přestal být účasten veřejného zdravotního pojištění (z důvodu ztráty zaměstnání). Současně by měl zákonodárce upravit alespoň rámcovou podobu toho, jaké podmínky musejí obsahovat pojistné smlouvy komerčních pojišťoven nabízejících pojištění zdravotní péče pro dlouhodobě usazené cizince, případně též podmínky smluvního přimusu, tj. povinnosti pojišťovny smlouvu uzavřít.

Shrnutí:

Článek hovoří o ústavních limitech v jejichž rámci probíhá právní regulace financování systému zdravotní péče v České republice. Autor rozebírá ustanovení čl. 31 Listiny základních práv a svobod, které je základním ustanovením pro poskytování zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění. Autor ukazuje, že bezplatnost zdravotní péče a veřejné zdravotní pojištění jsou pojmy, jejichž výklad přesahuje doslovnost vyjádření. V další části příspěvku se autor zabývá detailně omezeními, která vyplývají z judikatury Ústavního soudu.

Constitutional Limits set upon the Legal Regulation of Financing the Health Care System (not only) in the Case-Law of the Constitutional Court – summary:

The article presents limits of the constitutional order that influence the requests set upon the legal regulation of financing the health care system in the Czech Republic. The author analyses the constitutional provision of Art. 31 of the Charter of Fundamental Rights and Freedoms that regulates the very basis of the system stipulating that the citizens are entitled to the health care provided free of charge and on the basis of the public health insurance. The author demonstrates that none of these expressions practically mean that the care would be really provided free of charge (actually, it is only interpreted as the prohibition of collecting direct payments from patients) and that the public health insurance is not based on insurance principles as it rather represents a system for redistribution of financial sources within a calendar year.

In the next parts of the text the author deals with more detailed limits that derive from the Constitutional Court's case-law in particular spheres of legal

regulation. It involves the question about the boundaries of health care and additional services, the issue of the so-called regulatory payments introduced to the system in 2008 that enabled to collect special direct payment for any visit of a physician and for a day of stay in a hospital which aim – declared by the Parliament – has been not to get direct money for the care but to generally regulate and limit the exhaustion of the care and the sources in the system. Other limits deal with the issue of constitutional conformity of introducing the standard care and the care provided above such a standard set down in the legislation, and last but not least the limits of the judicialization of the health care system policies, i. e. the question to what extent the courts may intervene into the policy-making in this sphere.