8

NÁLEZ
Ústavního soudu
Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl pod sp. zn. Pl. ÚS 19/16 dne 13. prosince 2016 v plénu složeném z předsedy soudu Pavla Rychetského a soudců Ludvíka Davida, Jaroslava Fenyka, Josefa Fialy, Jana Filipa, Jaromíra Jirsy, Jana Musila, Vladimíra Sládečka, Radovana Suchánka, Kateřiny Šimáčkové, Vojtěcha Šimíčka (soudce zpravodaj), Milady Tomkové, Davida Uhlíře a Jiřího Zemánka o návrhu skupiny 24 senátorů Senátu Parlamentu České republiky, za kterou jedná senátor Jiří Čunek, zastoupené JUDr. Tatianou Jiráskovou, advokátkou, se sídlem Kamenická 2378/1, Plzeň, na zrušení vyhlášky č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, a to konkrétně ve slovech „a e)“ obsažených v ustanovení § 4 odst. 2 a v její příloze č. 1 v části B bodu 2 písm. b), za účasti Ministerstva zdravotnictví jako účastníka řízení a skupiny 15 senátorů Senátu Parlamentu České republiky, za kterou jedná senátor MUDr. Přemysl Sobotka, zastoupené prof. JUDr. Alešem Gerlochem, CSc., advokátem, se sídlem Botičská 4, Praha 2, jako vedlejšího účastníka řízení,

takto:

Ustanovení § 4 odst. 2 a příloha č. 1 část B bod 2 písm. b) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, ve slovech „a e)“ se ruší dnem vyhlášení tohoto nálezu ve Sbírce zákonů.

Odůvodnění

I.
Předmět řízení

1. Skupina 24 senátorů Senátu Parlamentu České republiky (dále jen „navrhovatelé“) se návrhem doručeným Ústavnímu soudu dne 25. 4. 2016 domáhala zrušení vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, (dále též jen „úhradová vyhláška“), a to konkrétně ve slovech „a e)“ obsažených v ustanovení § 4 odst. 2 a v její příloze č. 1 v části B bodu 2 písm. b) (dále též jen „napadená ustanovení“).

2. Dikce napadených ustanovení úhradové vyhlášky:

§ 4 odst. 2

Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) **a e)** zákona a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví v příloze č. 1 k této vyhlášce.

Příloha č. 1 část B bod 2 písm. b)

Pro poskytovatele zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) **a e)** zákona se stanoví výše úhrady podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté výkony …

3. V průběhu řízení o tomto návrhu obdržel Ústavní soud dne 10. 5. 2016 návrh skupiny 15 senátorů Senátu Parlamentu České republiky, kterým se rovněž domáhala zrušení slov „a e)“ obsažených v napadeném ustanovení § 4 odst. 2 úhradové vyhlášky. Vzhledem k této skutečnosti byl tento návrh z důvodu litispendence (§ 35 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu) podle ustanovení § 43 odst. 2 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, ve spojení s jeho § 43 odst. 1 písm. e) odmítnut usnesením ze dne 21. 6. 2016 sp. zn. Pl. ÚS 23/16. Ústavní soud se tak otázkou souladu napadeného ustanovení úhradové vyhlášky, jehož zrušení bylo podstatou odmítnutého návrhu, bude zabývat v (dříve zahájeném) řízení o nyní projednávaném návrhu navrhovatelů, a to i z hlediska argumentace obsažené v pozdějším návrhu uvedené skupiny senátorů [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012 (N 195/67 SbNU 333; 437/2012 Sb.), všechna rozhodnutí Ústavního soudu jsou rovněž dostupná na http://nalus.usoud.cz]. Této skupině senátorů tak bylo podle ustanovení § 35 odst. 2 zákona o Ústavním soudu přiznáno právo být v řízení o nyní projednávaném návrhu vedlejším účastníkem.

II.
Rekapitulace návrhu navrhovatelů a vedlejšího účastníka řízení

4. Napadená ustanovení úhradové vyhlášky dle navrhovatelů stanoví pro rok 2016 hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro ošetřovatelskou péči poskytovanou na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb ve smyslu ustanovení § 22 písm. e) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále též jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“). Dle navrhovatelů se ovšem tato regulace nachází v rozporu s čl. 1 odst. 1 Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) a zejména s čl. 79 odst. 3 Ústavy, neboť úhradová vyhláška nebyla Ministerstvem zdravotnictví ve vztahu k ošetřovatelské péči pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních sociálních služeb vydána v mezích a na základě zákona (*secundum et intra legem*), ale mimo zákon (*preater legem*).

II. A)
Regulace úhrad zdravotních služeb poskytovaných pobytovým zařízením sociálních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění

5. Navrhovatelé předně ve svém návrhu poukazují na skutečnost, že současně s vytvořením podmínek pro poskytování ošetřovatelské a rehabilitační péče pobytovými zařízeními sociálních služeb (předvídané zejména v ustanovení § 36 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 206/2009 Sb.) musel být též zvolen způsob úhrady této péče z veřejného zdravotního pojištění. Pro tento případ byl zvolen tzv. výkonový způsob úhrady, tj. úhrada za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, upravený vyhláškou č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „vyhláška č. 134/1998 Sb.“). S účinností od 1. 1. 2007 (na základě vyhlášky č. 620/2006 Sb.) sem byla přiřazena nová odbornost „913 – všeobecná sestra v sociálních službách“ a byly upraveny příslušné výkony této odbornosti, přičemž všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí „všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb, přičemž poskytnutá zdravotní péče se vykazuje na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913“.

6. V rámci úhrady ošetřovatelské a rehabilitační péče z veřejného zdravotního pojištění, která byla poskytnuta klientům pobytových zařízení sociálních služeb, vystupují tři subjekty: zdravotní pojišťovna, ošetřující lékař a pobytové zařízení sociálních služeb. Ošetřující lékař je poskytovatelem zdravotních služeb, který disponuje vlastním oprávněním pro poskytování zdravotních služeb a má se zdravotní pojišťovnou uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb (dle ustanovení

§ 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění). Ve své podstatě se jedná o libovolného registrujícího lékaře, jehož vztah k pobytovému zařízení sociálních služeb je definován pouze tím, že někteří jeho pacienti jsou zároveň klienty daného sociálního zařízení. O tyto své pacienty pak ošetřující lékař pečuje mj. tak, že na základě sestaveného ošetřovatelského plánu objednává provedení konkrétních zdravotních výkonů u pobytového zařízení sociálních služeb, které tyto výkony provede vlastními zaměstnanci s příslušnou odbornou způsobilostí. Má-li pobytové zařízení sociálních služeb uzavřenu tzv. zvláštní smlouvu (ve smyslu ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění), je následně oprávněno poskytnutou zdravotní péči zdravotní pojišťovně vykázat (konkrétní postup stanoví metodika pro pořizování a předávání dokladů, kterou vyhotovují zdravotní pojišťovny). Jinými slovy, „pobytové zařízení sociálních služeb má nárok na úhradu poskytnuté péče pouze v rozsahu objednávky ošetřujícího lékaře, který poskytnutí této péče vyhodnotil jako potřebné, přičemž se jedná o samostatného poskytovatele zdravotních služeb stojícího mimo smluvní vztah zdravotní pojišťovny a pobytového zařízení sociálních služeb“.

7. V případě tzv. výkonového způsobu úhrady je dále nutno určit, kdo je oprávněn stanovit hodnotu bodu, neboť jinak by nebylo možno převést objem poskytnuté zdravotní péče na finanční plnění. Dle navrhovatelů je pro posouzení tohoto návrhu zcela zásadní otázkou, zda je Ministerstvo zdravotnictví oprávněno úhradovou vyhláškou stanovit hodnotu bodu i pro úhradu zdravotních služeb poskytnutých pobytovými zařízeními sociálních služeb. Podle ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění je Ministerstvo zdravotnictví zmocněno stanovit hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb i regulační omezení pro „smluvní poskytovatele“, kteří jsou legitimováni k účasti v dohodovacím řízení. K účasti v dohodovacím řízení jsou však oprávněny pouze fyzické a právnické osoby, které mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, (dále též jen „zákon o zdravotních službách“) a současně mají uzavřenu smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb dle ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Dle názoru navrhovatelů nicméně historickým a gramatickým výkladem ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění nelze dospět k závěru, že „smluvními poskytovateli“ jsou rovněž pobytová zařízení sociálních služeb, byť poskytují zdravotní služby a jsou ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Tyto smlouvy ovšem nejsou smlouvami o poskytování a úhradě hrazených služeb ve smyslu ustanovení § 17, nýbrž tzv. zvláštními smlouvami se specifickým účelem (zajištění věcného plnění při poskytování ošetřovatelské péče), které jsou uzavírány podle ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Uvedené konstatování dle navrhovatelů potvrzuje i skutečnost, že po celou dobu účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o sociálních službách“) nebyla odbornost 913, resp. ošetřovatelská péče poskytovaná pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, nikdy předmětem regulace úhradové vyhlášky. K úpravě odbornosti 913 došlo poprvé až v předmětné úhradové vyhlášce pro rok 2016, což je ovšem dle navrhovatelů zjevným excesem Ministerstva zdravotnictví a překročením zákonného zmocnění k jejímu vydání.

8. Navrhovatelé ovšem současně zdůrazňují, že vyloučení aplikace úhradové vyhlášky na pobytová zařízení sociálních služeb neznamená absenci jakékoliv cenové regulace jimi poskytnutých služeb. Zmocnění Ministerstva zdravotnictví k regulaci úhrad hrazených služeb totiž není jediným zmocněním k cenové normotvorbě, neboť Ministerstvo zdravotnictví je k regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb zmocněno též zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů, ve spojení se zákonem č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů. S odkazem na uvedené zákony pak byl ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví, ostatně jako každý rok, zveřejněn cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2016/DZP ze dne 1. 12. 2015 o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů (dále jen „Cenový předpis“). Jinými slovy, za situace, kdy jsou poskytovatelé sociálních služeb vyloučeni z účasti na dohodovacím řízení předcházejícím přijetí úhradové vyhlášky ve smyslu ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, pak je právě Cenový předpis regulativem jimi poskytnutých zdravotních služeb.

II. B)
Nedostatky v procesu přijímání úhradové vyhlášky

9. Navrhovatelé ve svém návrhu zevrubně rekapitulují i samotný průběh procesu přijímání úhradové vyhlášky, přičemž upozorňují na dvě významné a sporné skutečnosti (svá tvrzení dokládají i přílohami k návrhu). Tou první je, že dohodovacího řízení předvídaného v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění se nezúčastnil (a s ohledem na znění citovaného ustanovení ani nemohl zúčastnit) zástupce poskytovatelů sociálních služeb (reprezentovaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb České republiky). Z ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění vyplývá, že Ministerstvo zdravotnictví je oprávněno, po proběhnuvším dohodovacím řízení, vydat vyhlášku stanovící hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Dohodovací řízení je obligatorním krokem před vydáním příslušné vyhlášky, neboť úkolem Ministerstva zdravotnictví je posouzení, zda výsledek dohodovacího řízení je, či není v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, případně jednat, pokud v zákonem stanovené době nedojde mezi zúčastněnými stranami k dohodě. Tím je současně vymezen předmět vyhlášky, který může upravovat pouze úhrady hrazených služeb těch poskytovatelů, kteří jsou legitimováni účastnit se dohodovacího řízení, a tím pádem předkládat své návrhy, diskutovat o nich či přistupovat na kompromisní řešení. V opačném případě by byl zcela popřen smysl a význam dohodovacího řízení, kterým je vytvoření prostoru pro nalezení shody zúčastněných subjektů na ceně hrazených služeb a podmínek jejich úhrad. Pokud je vyloučena účast některého z poskytovatelů hrazených služeb na dohodovacím řízení, pak ani Ministerstvo zdravotnictví nemůže plnit svou základní povinnost, kterou je posouzení výsledků dohodovacího řízení s právními předpisy nebo veřejným zájmem.

10. Druhou navrhovateli zdůrazněnou skutečností je, že Ministerstvo zdravotnictví poté, co byl návrh úhradové vyhlášky v souladu s legislativními pravidly vlády předložen k projednání pracovní komisi Legislativní rady vlády pro veřejné právo II, v rozporu s čl. 16 legislativních pravidel vlády nerespektovalo stanovisko pracovní komise ze dne 12. 10. 2015. V něm pracovní komise reagovala na původní návrh úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, do jejíhož ustanovení § 1, a tedy pod předmět regulace byla zahrnuta i odbornost „913 – pobytová zařízení sociálních služeb – odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách“. Vůči tomuto postupu vznesla pracovní komise připomínku, v níž upozorňovala na skutečnost, že „návrh vyhlášky je v určitém rozporu se zákonným zmocněním, představovaným § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, kdy vydání takové vyhlášky předchází dohodovací řízení poskytovatelů zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. Pobytová zařízení sociálních služeb – odbornost 913 – všeobecná sestra v sociálních službách – nejsou poskytovateli zdravotních služeb, ale poskytovateli sociálních služeb, byť zabezpečují v určitém rozsahu i služby zdravotní. Proto tato odbornost nemůže být navrhovanou vyhláškou upravena – její poskytovatelé, reprezentovaní Asociací poskytovatelů sociálních služeb se neúčastnili a ani nemohli účastnit dohodovacího řízení, požadovaného zákonem č. 48/1997 Sb. jako obligatorní krok před vydáním vyhlášky, neboť nejde o reprezentanty poskytovatelů zdravotních služeb. Ošetřovatelská péče, kterou poskytují všeobecné sestry v zařízeních poskytovatelů sociálních služeb, má být hrazena na základě zvláštní smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou uzavřené podle § 17a zákona č. 48/1997 Sb., a nikoliv podle smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou uzavřenou podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.“. Z těchto důvodů pracovní komise požadovala „vypustit slovo ‚913‘ z ustanovení § 1 písm. g), z § 10 a dalších ustanovení návrhu úhradové vyhlášky“.

11. Dle navrhovatelů ovšem Ministerstvo zdravotnictví na tuto připomínku reagovalo tak, že sice slovo „913“ z návrhu úhradové vyhlášky vypustilo, zároveň však upravilo znění ustanovení § 4 odst. 2 úhradové vyhlášky, dle kterého se v příloze č. 1 stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro hrazené služby poskytované mj. poskytovateli zvláštní ambulantní péče ve smyslu ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, což je ošetřovatelská péče poskytovaná pobytovými zařízeními sociálních služeb v odbornosti 913. Tímto svým postupem dle

navrhovatelů Ministerstvo zdravotnictví „zcela flagrantním způsobem obešlo nejen stanovisko pracovní komise, ale též porušilo legislativní pravidla vlády“.

II. C)
Rozpor napadených ustanovení s čl. 1 odst. 1 Ústavy

12. Navrhovatelé jsou toho názoru, že výše popsaný postup Ministerstva zdravotnictví v procesu přijímání úhradové vyhlášky se nachází v rozporu s čl. 1 odst. 1 Ústavy a z něho judikatorně [navrhovatelé odkazují na nálezy Ústavního soudu a citují ze sp. zn. Pl. ÚS 5/02 ze dne 2. 10. 2002 (N 117/28 SbNU 25; 476/2002 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 77/06 ze dne 15. 2. 2007 (N 30/44 SbNU 349; 37/2007 Sb.) či sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.)] odvozenými principy obecně se týkajícími i normotvorby, konkrétně se zákazem libovůle a svévole a zásadou předvídatelnosti. Přestože v návrhu citované závěry z judikatury Ústavního soudu se týkají především zákonodárného procesu, navrhovatelé mají za to, že jsou aplikovatelné též na odvozenou normotvorbu. „Ani moc výkonná nemůže při vydávání podzákonných právních předpisů postupovat libovolně, ale je též vázána právem. Kromě Ústavy a zákonů jsou to jistě též procedurální pravidla při přijímání podzákonných norem, jsou-li souladná s vyššími hodnotami tvorby práva, a to obzvláště za situace, kdy jsou tato pravidla vytvořena samotnou mocí výkonnou, tedy vládou ČR.“ Dle navrhovatelů mají adresáti právních předpisů nepochybně rovněž „právo legitimně očekávat, že právní předpis prošel diskurzem nejen co do jeho obsahu, ale též co do jeho formální správnosti. Pokud předkladatel návrhu vyhlášky svým postupem *de facto* zabrání možnosti odborného diskurzu, zda tento právní předpis či některá jeho ustanovení nejsou v rozporu s Ústavou, musí být porušení legislativních pravidel vnímáno jako porušení základních principů normotvorby vyplývajících z čl. 1 odst. 1 Ústavy“. Rezignace na kontrolu ústavnosti přijetí prováděcího právního předpisu v souladu s legislativními pravidly vlády by tak dle navrhovatelů „znamenala možnost orgánů moci výkonné, nadaných právem odvozené normotvorby, zaplevelit právní řád celou řadou nařízení či vyhlášek sice vydaných na základě zákonného zmocnění, ale jinak vydaných mimo jejich kompetenci“.

II. D)
Rozpor napadených ustanovení s čl. 79 odst. 3 Ústavy

13. Napadená ustanovení úhradové vyhlášky dle navrhovatelů rovněž vybočují z ústavních kautel, které stanoví čl. 79 odst. 3 Ústavy. Ministerstvo zdravotnictví limity výše uvedeného zákonného zmocnění zakotveného v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění výrazně překročilo, pokud v úhradové vyhlášce stanovilo hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení též pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, tj. pro ošetřovatelskou péči poskytovanou pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, ačkoliv ty v žádném případě nelze považovat za „smluvní poskytovatele“ ve smyslu ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Navrhovatelé proto uzavírají, že „zcela neočekávané zařazení ošetřovatelské péče poskytované klientům v pobytových zařízeních sociálních služeb do úhradové vyhlášky pro rok 2016 je překročením zákonného zmocnění a porušením zákazu libovůle a principu předvídatelnosti práva“.

II. E)
Návrh vedlejšího účastníka řízení

14. Vedlejší účastník řízení svůj návrh na zrušení napadeného ustanovení [slov „a e)“ obsažených v ustanovení § 4 odst. 2 úhradové vyhlášky] rovněž odůvodňuje především tím, že rozšíření působnosti vyhlášky na subjekty, které jsou uvedeny v ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, nemá jednak oporu v zákoně, k jehož provedení je vyhláška vydána, jednak úhrady pro subjekty, na něž vyhláška v napadeném rozsahu dopadá, nemohou být z tohoto hlediska vyhláškou vůbec

regulovány, což představuje překročení ústavních kautel daných v čl. 79 odst. 3 Ústavy [vedlejší účastník řízení v této souvislosti odkazuje na nálezy Ústavního soudu a cituje sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013 (N 111/69 SbNU 765; 238/2013 Sb.) či sp. zn. Pl. ÚS 17/15 ze dne 9. 2. 2016 (77/2016 Sb.)].

15. Dle názoru vedlejšího účastníka řízení v rozsahu, ve kterém byla úhradová vyhláška napadena, není splněna ani jedna z ústavních podmínek pro vydání podzákonného právního předpisu. Zákonný podklad sice v obecné rovině existuje (zákon o veřejném zdravotním pojištění), avšak ten nijak neumožňuje, aby právní úprava poskytování úhrad za ošetřovatelskou péči byla obsažena v podzákonném právním předpisu. Naopak zákon o veřejném zdravotním pojištění odkazuje v ustanovení § 17a a § 22 písm. e) pouze a výlučně na tzv. zvláštní smlouvu, kterou musí zdravotní pojišťovna uzavřít s každým jednotlivým poskytovatelem sociálních služeb. Z toho nezbytně plyne i skutečnost, že Ministerstvo zdravotnictví není zákonem zmocněno regulovat formou podzákonného právního předpisu výši úhrady za takto poskytovanou péči. „*Eo ipso* se tím vyhláška ocitá i mimo meze zákona, a to právě proto, že zákon umožňuje vydat podzákonný právní předpis pouze pro účely poskytování úhrad za zdravotní péči poskytovatelům zdravotních služeb.“ Překročení mezí zákonného zmocnění v zákoně o veřejném zdravotním pojištění je dle vedlejšího účastníka řízení natolik zjevné, že je není třeba ani obšírně vysvětlovat. Nadto tomuto tvrzení svědčí i fakt, že dosud nikdy nebyla výše úhrad placených za péči poskytovatelům sociálních služeb zakotvena v žádné úhradové vyhlášce pro jednotlivé předchozí roky (tj. za rok 2015 a roky předcházející). Z toho je zřejmé, že Ministerstvo zdravotnictví počínaje rokem 2007 a konče rokem 2015 respektovalo skutečnost, že mu regulace takové materie v podzákonném právním předpisu vůbec nepřísluší.

16. Nad rámec argumentace, že úhradová vyhláška byla v napadeném rozsahu vydána mimo zákonnou kompetenci Ministerstva zdravotnictví (ve smyslu ustanovení § 68 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb.), vedlejší účastník řízení ve svém návrhu poukazuje i na její „celkovou konstrukci, která je velmi problematická též z hlediska požadavků kladených na transparentnost právního předpisu“. Není žádný důvod pro to, aby z hlediska zachování žádoucí systematiky právního předpisu poskytovatelé sociálních služeb, pokud by na ně mohla úhradová vyhláška vůbec dopadat, nebyli uvedeni v ustanovení § 1 vedle ostatních subjektů, na které úhradová vyhláška dopadá. „Pro ministerstvem zvolené legislativně-technické řešení nevidí žádný důvod kromě toho, že tímto způsobem provedené rozšíření personální působnosti vyhlášky v rozporu se zákonem na první pohled ‚nebije do očí‘.“

17. V neposlední řadě vedlejší účastník řízení ve svém návrhu uplatňuje i hmotněprávní důvody a s oporou v judikatuře Ústavního soudu [zejména v citovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 či nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/15 ze dne 8. 12. 2015 (15/2016 Sb.)] namítá jednak porušení práva poskytovatelů sociálních služeb na podnikání ve smyslu čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“), jednak porušení zásady ochrany legitimního očekávání jakožto nepominutelné složky demokratického právního státu dle čl. 1 odst. 1 Ústavy. Namítanou protiústavnost napadeného ustanovení úhradové vyhlášky vedlejší účastník řízení spatřuje ve způsobu, jakým se stanoví výchozí pravidla pro výpočet úhrad za péči pro poskytovatele sociálních služeb. Tím, že poskytovatelé sociálních služeb „byli neorganicky a nepromyšleně“ zahrnuti pod personální působnost vyhlášky, vztahují se na ně stejná pravidla pro výpočet výše úhrad, která mají platit pro poskytovatele zdravotní péče. Postavení poskytovatelů sociálních služeb však s postavením poskytovatelů zdravotní péče srovnatelné není. Zároveň ale není srovnatelné ani postavení poskytovatelů sociálních služeb mezi sebou navzájem, a to vzhledem ke specifickému charakteru sociálních služeb.

18. To se projevuje zejména u výpočtu výše úhrad, neboť podle ustanovení § 2 odst. 1 úhradové vyhlášky je jedním z výchozích parametrů pro výpočet výše úhrad tzv. referenční období, kterým je rok 2014. Do referenčního období jsou zařazeny veškeré hrazené služby poskytnuté v roce 2014, poskytovatelem vykázané do 31. 3. 2015 a zdravotní pojišťovnou uznané do 31. 5. 2015 (§ 2 odst. 3 úhradové vyhlášky). Podle ustanovení § 17 odst. 2 úhradové vyhlášky platí, že u poskytovatele, který v referenčním období neexistoval, vznikl v průběhu referenčního období nebo neměl uzavřenou

smlouvu se zdravotní pojišťovnou, použije zdravotní pojišťovna referenční hodnoty srovnatelných poskytovatelů. Avšak, jak je dle vedlejšího účastníka řízení zřejmé z návaznosti právní úpravy, až do konce roku 2015 byli poskytovatelé sociálních služeb zcela vyňati z působnosti vyhlášky, což znamená, že pro období roků 2014, 2015, resp. i pro všechna předchozí období, neexistoval objektivní společný rámec pro výpočet úhrad. Všem poskytovatelům sociálních služeb totiž proplácely zdravotní pojišťovny jimi poskytované služby podle individuálně uzavřených smluv ve smyslu citovaných ustanovení § 17a a § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Výše sjednaných úhrad se tak lišila případ od případu, resp. závisela na konkrétní zdravotní pojišťovně a konkrétním poskytovateli sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že chybějí jakákoliv referenční kritéria (nelze použít referenční období ani neexistují srovnatelní poskytovatelé, neboť byly uzavřeny individuální smlouvy s jednotlivými poskytovateli), nemohou si poskytovatelé sociálních služeb učinit vůbec žádnou představu o výši úhrad, a tedy ani o tom, zda se jim vrátí alespoň náklady vynaložené na poskytované služby. „Tím je dotčeno nejen právo na návratnost vynaložených nákladů, resp. právo na vytvoření takových podmínek, které dávají reálný předpoklad dosažení zisku, nýbrž je též dotčen princip předvídatelnosti dopadů právní úpravy do právního postavení jejích adresátů, neboť jsou neznámé základní vstupní hodnoty, které je třeba do výpočtu zahrnout (srov. bod 57 nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13).“

19. Porušení zásady ochrany legitimního očekávání pak vedlejší účastník řízení spatřuje v tom, že poskytovatelé sociálních služeb uvedení v ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění spadali až do doby účinnosti úhradové vyhlášky výlučně pod režim ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, a tedy uzavírali, jak bylo opakovaně zdůrazněno, se zdravotními pojišťovnami tzv. zvláštní smlouvy. Tato dlouholetá praxe opírající se o jednoznačné znění zákona vedla ke vzniku prostředí, které utvářelo jistotu a stabilitu pro poskytovatele těchto služeb a ovlivňovalo jejich ekonomické aktivity (dlouhodobé investice do vybavení jimi provozovaných zařízení a podobně). „Změna“ vyvolaná napadaným ustanovením úhradové vyhlášky přinesla do těchto stabilních vztahů element nejistoty, neboť zásadně změnila tak významnou skutečnost pro každý ekonomický subjekt, jakým je způsob určení výše úhrady za jím poskytované služby.

20. Ve svém vyjádření k návrhu navrhovatelů, doručeném Ústavnímu soudu dne 15. 8. 2016, vedlejší účastník řízení sděluje, že „celkově se s návrhem ztotožňuje s tím, že v souladu se svým původním návrhem navrhuje, aby napadená ustanovení byla zrušena již dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů, a to proto, že není důvod účinky nálezu v tomto případě odkládat“. Přestože na rozdíl od navrhovatelů nemá vedlejší účastník řízení za to, že by napadená ustanovení úhradové vyhlášky byla v rozporu s čl. 1 odst. 1 Ústavy z důvodů v návrhu uváděných, neboť „pravidla normotvorného procesu při vydávání podzákonných právních předpisů se odvíjejí z čl. 79 odst. 3 Ústavy; význam čl. 1 Ústavy je v daném kontextu natolik obecný, že jeho porušení nelze shledat, ledaže by porušení čl. 79 odst. 3 Ústavy vždy implikovalo též porušení čl. 1 Ústavy“, argumentace porušením pravidel pro vydávání podzákonných právních předpisů, která plynou z čl. 79 odst. 3 Ústavy, byla stěžejní částí i návrhu vedlejšího účastníka řízení, a proto uzavírá, že „s obsahem části VIII návrhu zcela souhlasí, neboť se v klíčových bodech shoduje s jeho vlastní argumentací“.

III.
Vyjádření Ministerstva zdravotnictví a repliky k němu

21. Ústavní soud podle ustanovení § 42 odst. 4 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 77/1998 Sb., zaslal předmětné návrhy na zrušení napadených ustanovení úhradové vyhlášky Ministerstvu zdravotnictví. Současně je podle ustanovení § 69 odst. 3 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, zaslal veřejnému ochránci práv s žádostí o sdělení, zda vstupuje do řízení jako vedlejší účastník. Veřejný ochránce práv na uvedenou výzvu nicméně reagoval podáním ze dne 25. 7. 2016, v němž Ústavnímu soudu sděluje, že „nevyužije svého práva vstoupit do řízení“.

22. Ministerstvo zdravotnictví ve svém vyjádření, doručeném Ústavnímu soudu až dne 15. 10. 2016, návrhy na zrušení napadených ustanovení úhradové vyhlášky nepovažuje za důvodné a nespatřuje v nich porušení žádného z práv, na jejichž údajné porušení poukazují navrhovatelé. Ministerstvo zdravotnictví předně „považuje v souvislosti s návrhem za klíčové vyjasnit důvody, které vedly k zahrnutí odbornosti 913 (všeobecná sestra v sociálních službách) do textu úhradové vyhlášky". V tomto ohledu souhlasí s tvrzením navrhovatelů, že úhrady zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli sociálních služeb se provádějí podle tzv. zvláštní smlouvy uzavřené na základě ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zahrnutí odbornosti 913 do úhradové vyhlášky na této skutečnosti nic nemění. Aby mohly být zdravotní služby odbornosti 913 hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, musí i nadále, i po zahrnutí této odbornosti do úhradové vyhlášky, být uzavřena zvláštní smlouva. Bez uzavření zvláštní smlouvy proto i nadále není úhrada těchto zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění možná.

23. Ministerstvo zdravotnictví nicméně zdůrazňuje, že zahrnutím odbornosti 913 do úhradové vyhlášky „usiluje o řešení dvou specifických problémů, které v praxi vznikaly a za účelem jejichž řešení opakovaně zástupci poskytovatelů sociálních služeb Ministerstvo zdravotnictví o zahrnutí odbornosti 913 do úhradové vyhlášky žádali". Prvním z těchto problémů je dlouhodobá praxe, kdy smlouvy poskytovatelů jak zdravotních, tak sociálních služeb se zdravotními pojišťovnami zpravidla neobsahují podmínky úhrad přímo, ale až v tzv. úhradových dodatcích, které obsahují pouze dohodu o úhradách poskytnutých zdravotních služeb a zpravidla se uzavírají na dobu jednoho roku, přičemž na každý rok se zdravotní pojišťovna s poskytovatelem dohodne na novém úhradovém dodatku. „Zatímco ale u poskytovatelů zdravotních služeb platí, že pokud se zdravotní pojišťovna na úhradovém dodatku s poskytovatelem nedohodne, jsou poskytnuté zdravotní služby hrazeny postupem podle úhradové vyhlášky (přičemž smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb dává oběma stranám možnost dohodnout se prostřednictvím úhradového dodatku na podmínkách úhrad odlišných od podmínek stanovených plošně úhradovou vyhláškou), u poskytovatelů sociálních služeb úprava hrazení poskytnutých zdravotních služeb pro případ neuzavření příslušného úhradového dodatku v minulosti zcela chyběla." Problém pak spočíval zejména v tom, že ačkoliv zdravotní pojišťovny mají podle ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění vůči poskytovatelům sociálních služeb kontraktační povinnost, pro případ nedodržení kontraktační povinnosti zdravotní pojišťovny již zákon nestanoví žádný další postup, a toto ustanovení tak v praxi není dostatečně vynutitelné. V případě absence vzájemné dohody o uzavření tzv. úhradového dodatku tak „právní vztah pojišťovny s poskytovatelem sociálních služeb, pokud jde o úhrady za poskytnuté zdravotní služby, zůstával v právním vakuu. Neexistoval zřejmý způsob, jak při neuzavření úhradového dodatku zdravotní služby poskytované v souladu se zvláštní smlouvou hradit, a docházelo ke sporům, které musely být řešeny soudně s velmi špatně předjímatelným výsledkem".

24. S tím souvisí dle Ministerstva zdravotnictví druhý problém, který spočívá v tom, že dosud „neexistovala žádná úprava úhrad, od které by se jednání zdravotní pojišťovny s poskytovatelem sociálních služeb mohlo odvíjet". Zahrnutí odbornosti 913 do úhradové vyhlášky proto ze strany Ministerstva zdravotnictví „představovalo nutný krok k řešení právního vakua dlouhodobě existujícího mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli sociálních služeb … slibovalo zjednodušit a zpřehlednit právní vztahy poskytovatelů sociálních služeb se zdravotními pojišťovnami pro případ nesjednání úhradového dodatku zvláštní smlouvy, usnadnit sjednávání těchto úhradových dodatků a předcházet zbytečným soudním sporům, které z neuspokojivé právní úpravy v minulosti často vznikaly".

25. V této souvislosti Ministerstvo zdravotnictví „nad rámec této argumentace" zmiňuje, že v období od vydání úhradové vyhlášky Nejvyšší soud vydal dne 28. 4. 2016 rozsudek sp. zn. 23 Cdo 1988/2014, z něhož vyplývá, že „není-li ke zvláštní smlouvě sjednán úhradový dodatek pro realizaci úhrad, lze analogicky využít úhradovou vyhlášku, a to ustanovení úhradové vyhlášky pro příslušný rok obsahově nejbližší odbornosti 913 [pro rok 2012 podle judikátu šlo o úhrady pro poskytovatele uvedené v § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění]". Proto Ministerstvo zdravotnictví dodává, že „ve světle tohoto precedenčního rozhodnutí se zahrnutí odbornosti 913 do úhradové vyhlášky může nyní jevit nadbytečným, protože naprosto stejného výsledku lze nyní dosáhnout analogickým využitím

nejbližšího ustanovení úhradové vyhlášky vztahujícího se na poskytovatele zdravotních služeb“, přesto považuje za důležité zdůraznit, že v době vydání vyhlášky nebylo možné takové „precedenční rozhodnutí předjímat a bylo nutné řešit faktickou situaci právního vakua, kdy otázka, zda je, nebo není možné úhradovou vyhlášku na výše popsané situace aplikovat, nebyla přesvědčivým způsobem zodpovězena“.

26. Ministerstvo zdravotnictví se ve svém vyjádření neztotožňuje s namítaným porušením čl. 79 odst. 3 Ústavy, neboť zmocnění pro vydání úhradové vyhlášky v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění „se týká úhrad hrazených zdravotních služeb, přičemž nerozlišuje, který z oprávněných subjektů je poskytuje. Podle § 11 zákona o zdravotních službách je přitom zdravotní služby oprávněn poskytovat jak ‚poskytovatel zdravotních služeb‘, tak za stanovených podmínek ‚poskytovatel sociálních služeb‘“. Rovněž nesouhlasí s tím, že by jeho postup (v podobě zahrnutí odbornosti 913 do textu úhradové vyhlášky) byl nepředvídatelný či svévolný, neboť je „naopak reakcí na výše popsané dlouhodobé úsilí poskytovatelů zdravotních služeb. V tomto ohledu nelze tedy hovořit o nepředvídatelném postupu ministerstva, ale o reakci na toto úsilí. Rovněž se z tohoto důvodu nejedná o svévolný postup, který by znamenal prosté vydání podzákonné právní úpravy bez předchozího projednání s dotčenými subjekty. Toto projednání se realizuje v rámci dohodovacích řízení, která i v tomto případě proběhla“.

27. Stejně tak se Ministerstvo zdravotnictví neztotožňuje s námitkou stran porušení čl. 26 Listiny, neboť „sama úhradová vyhláška se totiž práva na podnikání bezprostředně netýká, nijak nereguluje podmínky, za nichž lze získat oprávnění k poskytování zdravotních služeb, nebrání poskytovatelům zdravotních služeb tyto služby nabízet, a to ať už jde o služby hrazené nebo nehrazené z veřejného zdravotního pojištění apod.“. Pouze stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení, a to obecnými znaky pro všechny zvolené a předem určené kategorie. „Spadá-li konkrétní poskytovatel zdravotních služeb do dané kategorie, bude mu úhrada za poskytnutou zdravotní péči vypočítána shodně jako každému dalšímu poskytovateli zdravotních služeb, který spadá do stejné kategorie.“

28. Ústavní soud uvedené vyjádření Ministerstva zdravotnictví zaslal navrhovatelům i vedlejšímu účastníkovi řízení k replice.

29. Navrhovatelé ve své replice setrvávají u své argumentace, že Ministerstvo zdravotnictví vydáním napadených ustanovení v úhradové vyhlášce překročilo zákonné zmocnění (§ 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění), přičemž vyjádření Ministerstva zdravotnictví odůvodňující jeho postup „přesvědčení navrhovatelů stvrzuje“, přičemž nedostatky zákonné právní úpravy nelze řešit cestou změny podzákonných právních předpisů, tj. úhradové vyhlášky. „Ministerstvo mělo nepochybně dost času i příležitostí ke změně zákona o veřejném zdravotním pojištění a k napravení tvrzeného právního vakua.“ Navrhovatelé dále konkrétně polemizují a nesouhlasí s výše rekapitulovanými důvody („problémy v praxi“), jež vedly Ministerstvo zdravotnictví k přijetí napadených ustanovení. Stejně tak navrhovatelé nesouhlasí s argumentací Ministerstva zdravotnictví, v níž odmítá porušení čl. 79 odst. 3 Ústavy, neboť ministerstvem z ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění dovozený postup přichází v úvahu teprve poté, co proběhne dohodovací řízení, které je obligatorním krokem před vydáním úhradové vyhlášky. „Poskytovatelé sociálních služeb nejsou k účasti na dohodovacím řízení legitimováni a nikdy v minulosti nebyli podřazeni pod úhradovou vyhlášku. Tato konstrukce je zcela pochopitelná, neboť v případě osoby, která se stala klientem poskytovatele sociálních služeb, nastala jediná změna spočívající v jejím přesunu z domácího prostředí do zařízení poskytovatele sociálních služeb, kde jí mají být poskytnuty komplexní zdravotně sociální služby.“

30. Navrhovatelé současně poukazují na skutečnost, že ve dvojkolejnosti budování systému poskytovatelů zdravotních služeb a systému poskytovatelů sociálních služeb je pokračováno i nadále, a to i za přispění Ministerstva zdravotnictví, přičemž za příklad uvádí zákon č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv (zákon o registru smluv), a s tím související novelu zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon

č. 200/2015 Sb.), jejímž předkladatelem bylo Ministerstvo zdravotnictví. „Dle stávající právní úpravy zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou zveřejňovány v registru smluv vedeném zdravotními pojišťovnami všechny smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, včetně dodatků upravujících výši úhrad. Avšak zvláštní smlouvy uzavírané s poskytovateli sociálních služeb jsou podřazeny zákonu o registru smluv a jsou zveřejňovány v registru vedeném Ministerstvem vnitra. Každá z uvedených právních úprav však spojuje s nesplněním povinnosti zveřejnit smlouvu zcela jiné následky.“ Navrhovatelé proto odmítají snahu Ministerstva zdravotnictví dovozovat za tohoto stavu věci analogické použití úhradové vyhlášky na poskytovatele sociálních služeb jako „zcela účelovou, v rozporu s platnou právní úpravou a v rozporu s úmyslem zákonodárce formulujícího postavení poskytovatelů sociálních služeb prostřednictvím zákonů“.

31. Vedlejší účastník řízení ve své replice rovněž odmítá argumentaci Ministerstva zdravotnictví a setrvává na stanovisku, že regulace péče poskytované poskytovateli sociálních služeb by mohla být provedena v úhradové vyhlášce „jen za předpokladu změny zákonné úpravy. K té však nedošlo, a ministerstvo proto nebylo oprávněno úhradu za péči poskytovanou v zařízeních sociálních služeb regulovat tím způsobem, který zvolilo“. Pokud Ministerstvo zdravotnictví shledává oporu pro vydání napadených ustanovení úhradové vyhlášky v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve spojení s ustanovením § 11 zákona o zdravotních službách, nelze prý z pouhého faktu, že poskytování zdravotních služeb je možné i v zařízeních sociálních služeb, dovodit závěr, že „ministerstvo mohlo úhradovou vyhláškou regulovat též takovouto zdravotní péči. Ustanovení § 11 zákona o zdravotních službách se totiž týká oprávnění k poskytování zdravotních služeb a nelze z něj dovozovat shodné postavení poskytovatelů zdravotních služeb a poskytovatelů sociálních služeb. Ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění je bez pochybností *lex specialis* k § 17 téhož zákona“. Navíc, pokud by byl argument ministerstva správný, je otázkou, proč nebyla péče poskytovaná poskytovateli sociálních služeb zařazena do regulace úhradovou vyhláškou již od účinnosti zákona č. 372/2011 Sb., tj. od 1. 4. 2012.

32. Podle názoru vedlejšího účastníka řízení zákonodárce dal přijetím právní úpravy obsažené v ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění nepochybně najevo, že „úhrada za ošetřovatelskou péči v zařízeních sociálních služeb má být poskytována v jiném režimu než úhrada za zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ve smyslu § 17 téhož zákona“. Pokud by totiž zákonodárce zamýšlel hradit ošetřovatelskou péči poskytovatelům sociálních služeb ve stejném režimu jako u zdravotnických zařízení, mohl vcelku jednoduše zařadit poskytovatele sociálních služeb mezi subjekty, na které dopadá citované ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. „Rozhodně však nelze považovat za přípustné, aby se takového výsledku dosahovalo prostřednictvím vyhlášky, která v tomto ohledu zjevně zákonnou oporu postrádá.“

IV.
Ústní jednání

33. Ve smyslu ustanovení § 44 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, rozhodl Ústavní soud ve věci bez konání ústního jednání, neboť od něj nebylo lze očekávat další objasnění věci.

V.
Ústavní konformita přijetí napadených ustanovení

34. Při řízení o kontrole norem podle čl. 87 odst. 1 písm. b) Ústavy musí Ústavní soud ve smyslu ustanovení § 68 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb., nejprve zkoumat, zda „jiný právní předpis“ byl přijat a vydán ústavně konformním způsobem a v mezích Ústavou stanovené kompetence.

35. Jak již bylo rekapitulováno, úhradová vyhláška č. 273/2015 Sb., jejíž součástí jsou napadená ustanovení, byla vydána Ministerstvem zdravotnictví. Pravomoc ministerstev vydávat právní předpisy k provedení zákona je formálně založena čl. 79 odst. 3 Ústavy, který stanoví, že (mimo jiné) ministerstva mohou na základě a v mezích zákona vydávat právní předpisy, jsou-li k tomu zákonem zmocněna. Jedná se o právní normu, která v obecné rovině zakládá pravomoc orgánů exekutivy k tvorbě sekundárních právních norem za podmínky, že realizace této pravomoci je konkretizována v zákoně ve vztahu k určité kompetenci (k určité zákonem vymezené části výkonu státní moci). „Důvodem zakotvení této pravomoci přímo v Ústavě je skutečnost, že se jedná o klíčovou otázku dělby moci mezi mocí legislativní a exekutivní v oblasti normotvorné. Ustanovení čl. 79 odst. 3 Ústavy tak na jedné straně vytváří pravomoc exekutivy k odvozené normotvorbě a stanoví tak vlastně její limity ve vztahu k moci zákonodárné, na druhé straně je třeba toto ustanovení vnímat tak, že rovněž poskytuje ochranu moci výkonné před protiústavními zásahy ze strany moci zákonodárné. Dovedeno do důsledku, pokud by normotvorná pravomoc exekutivy byla konstituována toliko zákonem, byla by v přímé dispozici zákonodárce, čímž by moc zákonodárná sama o sobě mohla zasahovat do pravomoci orgánů moci výkonné, například tak, že by takovou pravomoc exekutivě zcela odňala“ [srov. např. nález sp. zn. Pl. ÚS 28/06 ze dne 16. 12. 2008 (N 222/51 SbNU 753; 69/2009 Sb.) či nález sp. zn. Pl. ÚS 6/07 ze dne 9. 2. 2010 (N 20/56 SbNU 207; 66/2010 Sb.)].

36. Materiálně je pak pravomoc dle čl. 79 odst. 3 Ústavy podmíněna existencí výslovného zákonného zmocnění a jeho mezemi, které je naplněním této pravomoci co do rozsahu a obsahu (kompetence). Dané ustanovení je přitom nezbytné vykládat v kontextu celé Ústavy tak, aby byly zachovány rovněž ostatní příkazy a principy z ústavního pořádku plynoucí. Proto s ohledem na požadavek předvídatelnosti práva [princip odvozovaný judikaturou Ústavního soudu z principu právního státu zakotveného v čl. 1 odst. 1 Ústavy – srov. např. nález sp. zn. Pl. ÚS 21/02 ze dne 22. 3. 2005 (N 59/36 SbNU 631; 211/2005 Sb.) či citovaný nález sp. zn. Pl. ÚS 77/06] a princip dělby moci (čl. 2 odst. 1 Ústavy) musí zákonné zmocnění pokud možno co nejpřesněji definovat obsah, účel a rozsah úpravy provedené předvídanou vyhláškou, a zajistit tak určitost zákonného zmocnění [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 ze dne 21. 6. 2000 (N 93/18 SbNU 287; 231/2000 Sb.)]. Jak Ústavní soud zdůraznil v citovaném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 6/07, „zákonem vymezená specialita takové normotvorby svědčí pro odlišné funkční pojetí [srov. též dílčí vymezení působnosti ministerstev oproti ‚řídící, kontrolní a sjednocovací‘ úloze vlády dle zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen ‚kompetenční zákon‘)]. Při respektování dělby moci (restriktivní výklad zákonného zmocnění) a principu právní jistoty je (a má být) zmocnění pro vydání právního předpisu natolik přesné a konkrétní co do svého rozsahu, obsahu a účelu, že ministerstvo či jiný správní orgán nemá možnost se od zákonných limitů odchýlit a uplatnit tak např. svou vlastní právní (politickou) vůli vzdor Parlamentu“. Jinými slovy, tímto způsobem zákonodárce na straně jedné (při respektování principu dělby moci) vytyčuje hranice ministerstvům pro jejich normotvorbu, jejíž obsah nesmí v žádném případě měnit zákony anebo je mimo vůli zákonodárce doplňovat [obdobně srov. odlišné stanovisko Elišky Wagnerové k nálezu sp. zn. Pl. ÚS 28/06 (viz výše)], na straně druhé (při respektování principu určitosti a srozumitelnosti práva) reflektuje požadavek předvídatelnosti práva, a to nikoliv pouze ve vztahu k ministerstvům, která očekávají jasné a zásadní vodítko k vymezení materie, jejíž podrobnosti má jimi vydaný podzákonný právní předpis upravit, ale v konečném důsledku i ve vztahu k jednotlivým subjektům coby potenciálním adresátům daného podzákonného právního předpisu, kdy již ze samotného obsahu zákonného zmocnění musí být pro ně seznatelné, v jakých případech a v jaké šíři je dané ministerstvo dle čl. 79 odst. 3 Ústavy oprávněno přistoupit k jeho vydání. „Nerespektování některého z uvedených prvků zmocňovací normy vede k závěru o nedostatku zákonného zmocnění k vydání prováděcího předpisu“ (srov. citovaný nález sp. zn. Pl. ÚS 6/07).

37. Teprve za situace, kdy zákonné zmocnění naplňuje výše uvedené požadavky, Ústavní soud zkoumá, zda byl daný podzákonný právní předpis vydán státním orgánem k tomu oprávněným a v mezích jeho kompetence, tedy zda se při výkonu této pravomoci pohyboval v mezích a na základě zákona (*secundum et intra legem*), a nikoliv mimo zákon (*preater legem*). Zjednodušeně řečeno, jde o to, aby v případě, kdy má být podle zákona X, tento předpis nestanovil, že má být Y, ale že má být

X1, X2, X3 [srov. nález sp. zn. Pl. ÚS 7/03 ze dne 18. 8. 2004 (N 113/34 SbNU 165; 512/2004 Sb.) či nález sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.)].

VI.
Vlastní přezkum Ústavního soudu

38. Zmocnění Ministerstva zdravotnictví k vydání úhradové vyhlášky, kterou se stanoví hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení, vyplývá z ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, které zní: „Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.“

39. Ústavní soud konstatuje, což ostatně navrhovatelé ani vedlejší účastník řízení nijak nezpochybňují, že předmětná úhradová vyhláška č. 273/2015 Sb. byla vydána na základě ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění a státním orgánem k tomu oprávněným.

40. Navrhovatelé a obdobně i vedlejší účastník řízení nicméně svou argumentaci ohledně protiústavnosti napadených ustanovení úhradové vyhlášky zakládají na tvrzení, že Ministerstvo zdravotnictví překročilo své kompetence ve smyslu čl. 79 odst. 3 Ústavy, neboť napadené ustanovení úhradové vyhlášky se nachází mimo meze zákonného zmocnění zakotveného v citovaném ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

41. Ústavní soud se s tímto názorem ztotožňuje, a to z následujících důvodů.

42. Ústavní soud se předně ztotožňuje s argumentem navrhovatelů i vedlejšího účastníka řízení, že napadenými ustanoveními předvídaná regulace úhrad skrze úhradovou vyhlášku i pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění, tj. pro ošetřovatelskou péči poskytovanou pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb, se nachází mimo meze citovaného zákonného zmocnění zakotveného v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Uvedené ustanovení je totiž třeba nahlížet a vykládat v kontextu celého zákona o veřejném zdravotním pojištění, který mimo jiné reflektuje i specifické postavení zařízení pobytových sociálních služeb, pokud poskytují zdravotní služby, na což ostatně poukazují nejen navrhovatelé, ale i Ministerstvo zdravotnictví.

43. Postavení poskytovatelů sociálních služeb obecně upravuje (s účinností od 1. 1. 2007) citovaný zákon o sociálních službách, který též stanoví, že v případě zařízení sociálních služeb poskytujících pobytové služby (dle § 34 odst. 1 zákona o sociálních službách se jedná např. o týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem) jsou klientům vedle sociálních služeb poskytovány též zdravotní služby, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (§ 36 zákona o sociálních službách). Za účelem naplnění této povinnosti poskytovatelů pobytových sociálních služeb zajistit zdravotní péči svým klientům došlo v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách k novelizaci (zákonem č. 109/2006 Sb., s účinností od

1. 1. 2007) souvisejících právních předpisů, a to jednak tehdy platného zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, jednak zákona o veřejném zdravotním pojištění. Prvně citovaný zákon byl sice (s účinností od 1. 4. 2012) nahrazen citovaným zákonem o zdravotních službách, nicméně na postavení zařízení pobytových sociálních služeb jako poskytovatelů zdravotních služeb tato změna neměla zásadní vliv, neboť zákon o zdravotních službách pouze zpřesňuje práva a povinnosti zařízení pobytových sociálních služeb při poskytování zdravotní péče.

44. Zákon o veřejném zdravotním pojištění byl uvedenou novelizací dotčen konkrétně tím, že za stávající ustanovení § 17 bylo vloženo nové ustanovení § 17a (následně v souvislosti s přijetím citovaného zákona o zdravotních službách doznalo terminologických změn), které (s účinností od 1. 4. 2012) zní: „Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetřovatelské péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb poskytujících pobytové sociální služby uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona[28)] zvláštní smlouvy s poskytovateli sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetřovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů[28a)].“ Současně bylo novelizováno i ustanovení § 22 zákona o veřejném zdravotním pojištění, které vymezuje druhy „zvláštní ambulantní péče“ jakožto služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění, přičemž podle písmene e) citovaného ustanovení se za ni považuje rovněž „ošetřovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a“.

45. Z výše rekapitulované právní úpravy, regulující postavení zařízení pobytových sociálních služeb jako poskytovatelů zdravotních služeb, tedy mimo jiné vyplývá, že: a) klientům zařízení pobytových sociálních služeb je poskytována ošetřovatelská a rehabilitační péče prostřednictvím zaměstnanců těchto zařízení, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání (§ 36 zákona o sociálních službách); b) ošetřovatelská péče se poskytuje formou zvláštní ambulantní péče [§ 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění] na základě ordinace ošetřujícího lékaře, přičemž se jedná o péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

46. Za zcela zásadní pak Ústavní soud považuje skutečnost, že specifické postavení zařízení pobytových sociálních služeb jako poskytovatelů zdravotních služeb nachází odraz i ve specifické úpravě způsobu úhrady zdravotních služeb jimi poskytovaných, když za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetřovatelské péče zařízení pobytových sociálních služeb uzavírají se zdravotní pojišťovnou tzv. zvláštní smlouvy ve smyslu ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, v nichž mj. sjednávají též podmínky úhrady. Dle ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění je příslušná zdravotní pojišťovna tuto zvláštní smlouvu povinna uzavřít, pokud o to poskytovatel sociálních služeb požádá a prokáže, že ošetřovatelská péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky poskytovatele sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání. Na tuto skutečnost poukazuje i Ministerstvo zdravotnictví ve svém vyjádření („Aby mohly být zdravotní služby odbornosti 913 hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, musí i nadále, i po zahrnutí této odbornosti do úhradové vyhlášky, být uzavřena zvláštní smlouva. Bez uzavření zvláštní smlouvy proto i nadále není úhrada těchto zdravotních služeb z veřejného zdravotního pojištění možná“).

47. Z uvedeného dle Ústavního soudu zřetelně vyplývá, že odlišné postavení poskytovatelů zdravotních služeb a poskytovatelů sociálních služeb, byť tito (konkrétně zařízení pobytových sociálních služeb ve smyslu ustanovení § 34 a 36 zákona o sociálních službách) mohou poskytovat i zdravotní služby formou zvláštní ambulantní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění [ve smyslu ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění], nachází v zákoně o veřejném zdravotním pojištění odraz zejména v odlišné právní úpravě regulující konkrétní podmínky úhrady takto poskytovaných zdravotních služeb v rámci systému založeného na tzv. výkonovém způsobu úhrady (upra-

ného vyhláškou č. 134/1998 Sb.). Určitým východiskem je v tomto směru již ustanovení § 11 odst. 1 písm. b) zákona o veřejném zdravotním pojištění, které zajišťuje právo pojištěnce na výběr poskytovatele zdravotních služeb na území České republiky a zavádí legislativní zkratku „poskytovatel“, přičemž tento pojem je dále definován v ustanovení § 2 odst. 1 zákona o zdravotních službách jako „fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona“, přičemž poskytovat může pouze zdravotní služby uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb (§ 11 odst. 1 tohoto zákona). Oproti tomu bez získání oprávnění k poskytování zdravotních služeb je možné poskytovat zdravotní služby v zařízeních sociálních služeb podle zákona o zdravotních službách [§ 11 odst. 2 písm. b) posledně citovaného zákona], přičemž postačuje splnění oznamovací povinnosti příslušnému krajskému úřadu (odstavec 8 citovaného ustanovení).

48. Ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb otázku financování reguluje ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jež předpokládá uzavírání „smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb“ mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb (odstavec 1), ty se však musí řídit tzv. rámcovou smlouvou, která „je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími“ (odstavec 2); dohoda vzešlá na základě dohodovacího řízení je pak předvídána i za účelem stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení vždy na následující kalendářní rok (odstavec 5), přičemž v obou případech, kdy nedojde k dané dohodě ve stanovené lhůtě, anebo po posouzení jejího obsahu dospěje Ministerstvo zdravotnictví k názoru, že „tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem“, je Ministerstvo zdravotnictví oprávněno „učinit rozhodnutí“ (odstavec 2), resp. „stanovit hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok vyhláškou“ (odstavec 5).

49. Jak již bylo nicméně zdůrazněno výše, ve vztahu k zařízením pobytových sociálních služeb poskytujícím zdravotní služby je otázka jejich úhrady výslovně regulována specificky toliko v ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to ve formě uzavírání tzv. zvláštních smluv, na které výslovně odkazuje i ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění a v konečném důsledku nepřímo (odkazem na toto ustanovení) i napadená ustanovení úhradové vyhlášky. Tyto tzv. zvláštní smlouvy přitom nelze v žádném případě ztotožňovat se smlouvami ve smyslu ustanovení § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, přičemž zákon o veřejném zdravotním pojištění nijak blíže neupravuje jejich obsah, náležitosti a koneckonců ani způsob stanovení hodnoty bodu atp., jak činí právě ve vztahu ke smlouvám dle ustanovení § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, pouze zakotvuje kontraktační povinnost dotčených subjektů.

50. Ústavní soud se tak ztotožňuje s názorem navrhovatelů i vedlejšího účastníka řízení, že pro posouzení nyní projednávané věci je zásadní otázkou, zda je Ministerstvo zdravotnictví oprávněno úhradovou vyhláškou stanovit hodnotu bodu i zařízením pobytových sociálních služeb, jak činí skrze napadená ustanovení úhradové vyhlášky, přičemž dospěl k závěru, že předmětné zákonné zmocnění, tj. ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, jednoznačnou odpověď na tuto otázku neposkytuje. Aniž by se tedy Ústavní soud přikláněl k výkladu zastávanému navrhovateli, anebo výkladu zastávanému Ministerstvem zdravotnictví, nazíráno „pouze“ prizmatem výše rekapitulovaných závěrů judikatury Ústavního soudu k nezbytným požadavkům na obsahové náležitosti zákonného zmocnění k vydání prováděcího předpisu ve smyslu čl. 79 odst. 3 Ústavy, nelze dle Ústavního soudu předmětné ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění považovat za jasné, srozumitelné a pro dotčené subjekty předvídatelné zmocnění opravňující Ministerstvo zdravotnictví úhradovou vyhláškou regulovat rovněž úhradu zdravotních služeb poskytovaných zařízeními pobytových sociálních služeb [ve smyslu ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění]. Jakkoliv se Ústavnímu soudu jeví do značné míry racionální důvody, jimiž Ministerstvo zdravotnictví odůvodňuje svůj postup, nemůže tak činit mimo meze zákonného zmocnění, a tedy v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy, omezující příslušné orgány veřejné moci v rámci normotvorné pravomoci před nežádoucí (v rozporu s čl. 2 odst. 1 Ústavy) ingerencí do oblasti moci zákonodárné.

51. Odkaz Ministerstva zdravotnictví na „precedenční závěry“ z citovaného rozsudku Nejvyššího soudu sp. zn. 23 Cdo 1988/2014 tak paradoxně ve skutečnosti jen dokládá potřebu praxe vyjasnit a odstranit některé pochybnosti ohledně otázky způsobu regulace úhrad za zdravotní služby poskytované zařízeními pobytových sociálních služeb, nelze jej však považovat za potvrzení názoru Ministerstva zdravotnictví ohledně existence zákonného zmocnění („analogickým využitím nejbližšího ustanovení úhradové vyhlášky vztahujícího se na poskytovatele zdravotních služeb“), opravňujícího je ve smyslu čl. 79 odst. 3 Ústavy k přijetí (rozšíření) regulace skrze úhradovou vyhlášku i na tuto otázku.

52. Souhrnně řečeno, pokud se dle Ministerstva zdravotnictví v rámci úhrad za zdravotní služby poskytované zařízeními pobytových sociálních služeb vyskytují takové „problémy v praxi“, jež lze řešit pouze cestou regulace skrze úhradovou vyhlášku, k jejímuž vydání by mělo být zmocněno, musí tak nezbytně za tímto účelem především iniciovat změnu zákona o veřejném zdravotním pojištění, k čemuž mělo ostatně od 1. 1. 2007 (účinnost vyhlášky č. 620/2006 Sb., nově zahrnující odbornost 913 do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami) mnoho příležitostí i dostatek časového prostoru. Stávající situace totiž ve výsledku znamená, že zákon o veřejném zdravotním pojištění na straně jedné sice výslovně předpokládá specifický režim uzavírání zvláštních smluv zařízeními pobytových sociálních služeb se zdravotními pojišťovnami (§ 17a), a to mimo rámec mechanismu uzavírání smluv zakotveného v ustanovení § 17 stejného zákona, nicméně na straně druhé napadená část ustanovení § 4 odst. 2 vyhlášky č. 273/2015 Sb. tato zařízení „vtahuje“ do stejného režimu, jako je tomu u poskytovatelů zdravotních služeb; to ovšem bez jakékoliv výslovné zákonné opory.

53. Z výše citovaného ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění totiž vyplývá, že zákonodárce v rámci nastaveného systému tzv. výkonového způsobu úhrady pro konkrétní způsob stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení upřednostnil před autoritativním rozhodnutím (regulací) Ministerstva zdravotnictví vzájemnou dohodu mezi zdravotními pojišťovnami a zástupci smluvních poskytovatelů, která má být výsledkem dohodovacího řízení. Účelem dohodovacího řízení je tak dosáhnout společným postupem dohody na obsahu rámcových smluv a na stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení a jedná se o obligatorní součást (náležitost) procesu stanovení hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení v rámci úhrad za poskytování zdravotních služeb ze strany smluvních poskytovatelů. Jeho náležitosti a podmínky (včetně vymezení okruhu zúčastněných subjektů) pak konkretizuje citované ustanovení § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jak zdůraznil i Ústavní soud, „ústřední zásadu uvedeného zmocnění je třeba spatřovat v zákonodárcem zakotvené prioritě dohody, která má být výsledkem dohodovacího řízení. S ohledem na tento preferovaný účel je nutno vykládat i další podmínky a náležitosti dohodovacího řízení, resp. interpretovat samotnou zmocňovací normu“ (srov. citovaný nález sp. zn. Pl. ÚS 6/07). Systematickým výkladem ustanovení § 17 a 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, popř. § 22 písm. e) citovaného zákona, který na § 17a výslovně navazuje, lze dospět k závěru, že § 17 neodkazuje ministerstvo k úpravě plateb za poskytnuté zdravotní služby v závislosti na výsledku dohodovacího řízení dle § 17, nýbrž podle zvláštní smlouvy uzavřené postupem podle § 17a.

54. Při hodnocení postupu Ministerstva zdravotnictví při vydání napadených ustanovení úhradové vyhlášky v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy a se zákonným zmocněním obsaženým v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění proto Ústavní soud nemůže přehlédnout, že Ministerstvo zdravotnictví skrze napadená ustanovení úhradové vyhlášky přistoupilo k regulaci úhrad i za zdravotní služby poskytované zařízeními pobytových sociálních služeb [ve smyslu ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění]. Ministerstvo zdravotnictví tak nicméně učinilo, aniž by zástupce poskytovatelů sociálních služeb měl vůbec možnost se uvedeného dohodovacího řízení zúčastnit, což se podává jak ze „Závěrečného protokolu dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2016“ ze dne 19. 8. 2015 (příloha návrhu), tak i z citovaného stanoviska pracovní komise Legislativní rady vlády. V souzené věci se však tato námitka nemohla uplatnit, protože na předmětná zařízení se dohodovací řízení, jak je uvedeno shora, podle ustanovení § 17 citovaného zákona nevztahovalo, takže i kdyby byla jeho

účastníky, nemohlo by to sanovat neústavní a nezákonný postup vztažení působnosti napadené vyhlášky na ně.

55. Poslední skupina námitek navrhovatelů i vedlejšího účastníka řízení se týkala postupu Ministerstva zdravotnictví v rámci procesu přijímání napadených ustanovení úhradové vyhlášky. Konkrétně bylo namítáno, že Ministerstvo zdravotnictví výše rekapitulovaným postupem nerespektovalo citované stanovisko (připomínku) pracovní komise Legislativní rady vlády, a porušilo tak čl. 16 odst. 10 legislativních pravidel vlády. Přestože se Ústavní soud s tímto závěrem ztotožňuje, nelze již přisvědčit názoru (zastávanému navrhovateli), že tímto postupem rovněž došlo k porušení čl. 1 odst. 1 Ústavy a z něho judikatorně odvozených principů týkajících se normotvorby, konkrétně zákazu svévole a zásady předvídatelnosti práva.

56. Problematickým aspektem uvedené argumentace navrhovatelů je skutečnost, že referenčním kritériem (měřítkem) kontroly ústavnosti přijetí podzákonného právního předpisu činí samotná legislativní pravidla vlády, jejichž porušení by tak ve svém důsledku a samo o sobě představovalo derogační důvod vedoucí ke zrušení takto přijatého právního předpisu. Interní normativní instrukce ovšem referenčním kritériem ústavnosti a zákonnosti právního předpisu být nemohou. Jak k tomu ostatně již dříve konstatoval Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 7/03 ze dne 18. 8. 2004 (N 113/34 SbNU 165; 512/2004 Sb.), „[p]orušení … legislativních pravidel … bez dalšího, tj. bez porušení Ústavou a zákonem stanovené kompetence, příp. bez porušení ústavně předepsaného způsobu přijetí a vydání jiného právního předpisu (např. absencí jejího publikování stanoveným způsobem ve Sbírce zákonů), derogační důvod podle § 68 odst. 2 zákona č. 182/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů, pro nedodržení ústavně předepsaného způsobu přijetí zákona nebo jiného právního předpisu nezakládá“. Výše rekapitulované okolnosti přijímání nyní napadených ustanovení úhradové vyhlášky však za natolik závažné porušení zakládající dokonce rozpor s ústavním principem právního státu podle čl. 1 odst. 1 Ústavy Ústavní soud neshledal.

VII.
Závěr

57. S ohledem na výše uvedené Ústavní soud dospěl k závěru, že úhradová vyhláška se v rozsahu napadených ustanovení pohybuje mimo meze zákonného zmocnění zakotveného v ustanovení § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, a byla tedy Ministerstvem zdravotnictví vydána v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy. Proto Ústavní soud podle ustanovení § 70 odst. 1 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb., vyhověl předmětnému návrhu a napadená ustanovení úhradové vyhlášky jako protizákonná a protiústavní zrušil. Za dané situace se však Ústavní soud pro zjevnou nadbytečnost nezabýval hmotněprávními námitkami vedlejšího účastníka řízení ohledně rozporu napadených ustanovení s čl. 26 odst. 1 Listiny.

58. Ústavní soud konečně připomíná, že koncepce řízení o tzv. abstraktní kontrole norem je založena na zásadě, podle níž ke zrušení právního předpisu dochází s účinky *ex nunc*, a nikoliv *ex tunc* (viz zejména ustanovení § 70 odst. 1 a § 71 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 48/2002 Sb.). To pro nyní rozhodovanou věc konkrétně znamená, že se účinky zrušení napadených ustanovení nemohou nijak projevit ve vztahu ke službám, které byly ze strany zařízení pobytových sociálních služeb poskytnuty ještě před vykonatelností tohoto nálezu, jelikož byly ve vztahu ke zdravotním službám uskutečněny za situace, kdy platila právní úprava, kterou Ústavní soud teprve následně shledal protiústavní a protizákonnou. Z derogace napadených ustanovení vyhlášky č. 273/2015 Sb. provedené tímto nálezem proto v žádném případě nelze dovodit, že by předmětná zařízení poskytovala hrazené služby protiprávně, resp. že by tyto služby neměly být za hodnocené období roku 2016 zdravotními pojišťovnami uhrazeny.

Předseda Ústavního soudu:
JUDr. **Rychetský** v. r.