



ÚRAD PRO OCHRANU HOSPODÁRSKÉ SOUTĚŽE



ÚOHSX003YHWA

Číslo jednací:
ÚOHS-P885/2011/KD-20436/2011/850/DSv

Vyřizuje/linka/fax:
Mgr. David Svoboda/273

V Brně dne:
30. 1. 2012

Sdělení Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže

Vážený pane předsedo,

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (dále též „**Úřad**“) obdržel dne 24. 11. 2011 stížnost od Asociace českých a moravských nemocnic, zájmového sdružení právnických osob se sídlem Bělocerkevská 18, 100 00 Praha 10, zapsaného pod registračním číslem 44/565/01 v registru zájmových sdružení právnických osob u Magistrátu hlavního města Prahy, (dále též jen „**podavatel**“ či „**stěžovatel**“), v níž napadá jednání Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, se sídlem Orlická 2020/4, 130 00 Praha 3, Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky, se sídlem Drahojlova 1404/4, 190 03 Praha 9, České průmyslové zdravotní pojišťovny, se sídlem Jeremenkova 11, 703 00 Ostrava, Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, se sídlem Roškotova 1225/1, 140 21 Praha 4, Zaměstnanecké pojišťovny Škoda, se sídlem Husova 302, 293 01 Mladá Boleslav 4, Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky, se sídlem Kodaňská 1441/46, 101 00 Praha 10, Revírní bratrské pokladny, zdravotní pojišťovny, se sídlem Michálkovická 108, 710 15 Ostrava – Slezská Ostrava a Zdravotní pojišťovny METAL – ALIANCE, se sídlem Čermákova 1951, 272 01 Kladno.

Uvedené zdravotní pojišťovny podle stěžovatele omezují hospodářskou soutěž zakázanou dohodou, nedovoleným jednáním ve shodě a zneužitím dominantního postavení, čehož se měly dopustit uzavřením a podpisem dokumentu nazvaného „Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu – nemocničních lůžek“ ze dne 31. 10. 2011 (dále jen „**Memorandum**“). V Memorandu deklarují zdravotní pojišťovny společnou vůli restrukturalizovat a redukovat lůžkový fond poskytovatelů zdravotní péče v České republice tím, že budou koordinovaně postupovat při ukončování stávajících smluv o úhradách zdravotní péče uzavřených se zdravotnickými zařízeními a při uzavírání smluv nových. Zmíněný dokument je přílohou stížnosti.



Stěžovatel v jednání zdravotních pojišťoven (podpisu Memoranda a naplňování v něm vytyčených cílů) spatřuje rozpor se zákonem č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník (dále též „**obchodní zákoník**“ nebo „**ObchZ**“) a se zákonem č. 143/2001 Sb., o ochraně hospodářské soutěže a o změně některých zákonů (zákon o ochraně hospodářské soutěže), ve znění pozdějších předpisů (dále též „**zákon**“ nebo „**ZOHS**“, popř. „**zákon o ochraně hospodářské soutěže**“), protože dle jeho názoru dochází k omezení práva jednotlivých nemocnic samostatně a nezávisle stanovovat svůj postup ve smluvních vztazích se zdravotní pojišťovnou a podmínky, které chce nabízet pro pojištěnce. Rovněž má být uvedeným jednáním narušena hospodářská soutěž mezi samotnými zdravotními pojišťovnami.

Úřad se při posouzení stížnosti zabýval všemi skutkovými i právními otázkami vztahujícími se k řešené záležitosti, posoudil je v souladu s příslušnými právními předpisy a následně dospěl k níže uvedeným závěrům.

Stěžovatel své závěry o protiprávním postupu zdravotních pojišťoven opírá o následující tvrzení. Dle konstatování stěžovatele mají poskytovatelé zdravotní péče (zdravotnická zařízení) uzavřeny se zdravotními pojišťovnami smlouvy o úhradách zdravotní péče na základě 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**“), a dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Posléze uvedená vyhláška v příloze č. 4 čl. 2 odst. 1) stanoví, že právní vztahy mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí písemnou smlouvou uzavřenou podle rámcové smlouvy, právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění a poskytování zdravotní péče, přičemž ve věcech neupravených těmito právními předpisy a smlouvou se řídí obchodním zákoníkem. Shodné ujednání o subsidiárním použití obchodního zákoníku obsahují též „typové“ smlouvy mezi asociacemi nemocnic a jednotlivými zdravotními pojišťovnami, stejně tak smlouvy mezi jednotlivými nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami. Jelikož vyhláškou vydané rámcové smlouvy upravují pouze dobu účinnosti, způsob a důvody ukončení smlouvy, a to samé má platit pro smlouvy sjednané na jejich základě, dovozuje z toho stěžovatel, že ostatní jednání a postupy smluvních stran neupravené veřejnoprávními předpisy nebo smlouvou, například ve věcech uzavírání a vypovídání smluv, se řídí (subsidiárně) obchodním zákoníkem a zároveň zákonem o ochraně hospodářské soutěže podle ustanovení § 42 odst. 2 ObchZ, který na jeho použití odkazuje.¹

K tomu Úřad uvádí, že zákon o ochraně hospodářské soutěže vymezuje svoji věcnou působnost v § 1, podle nějž upravuje ochranu hospodářské soutěže na trhu výrobků a služeb proti jejímu vyloučení, omezení, jinému narušení nebo ohrožení dohodami soutěžitelů, zneužitím dominantního postavení nebo spojením soutěžitelů. Nastanou-li zákonem předvídané okolnosti, je orgánem povolaným ke zjednání nápravy Úřad. Ten při narušení hospodářské soutěže musí postupovat podle zákona. Zákon o ochraně hospodářské soutěže je předpisem veřejnoprávním, jehož účelem je ochrana hospodářské soutěže jakožto ekonomicko-sociálního fenoménu, nikoli ochrana konkrétních soutěžitelů.

Zákon o ochraně hospodářské soutěže stanoví podmínky svého použití jednak vymezením jednání, jež je způsobilé hospodářskou soutěž narušit, a dále vymezením subjektů, které se tohoto

¹ „Nedovolené omezování hospodářské soutěže upravuje zvláštní zákon.“

jednání mohou dopustit. Již bylo uvedeno výše, že zákon předpokládá 3 kategorie jednání způsobilých narušit hospodářskou soutěž, a to zakázanou dohodu soutěžitelů, spojení soutěžitelů nebo zneužití dominantního postavení soutěžitelem příp. zneužití dominantního postavení, které má více soutěžitelů (společná dominance). Uvedeného narušení hospodářské soutěže se mohou dopustit subjekty, které zákon označuje pojmem „soutěžitel“. Jde o poměrně širokou skupinu subjektů, neboť jsou jimi slovy zákona (§ 2 odst. 1) „fyzické a právnické osoby, jejich sdružení, sdružení těchto sdružení a jiné formy seskupování, a to i v případě, že tato sdružení a seskupení nejsou právními osobami, pokud se účastní hospodářské soutěže nebo ji mohou svou činností ovlivňovat, i když nejsou podnikateli.“

Je proto třeba položit si otázku, zda zdravotní pojišťovny jakožto subjekty *sui generis* jsou soutěžiteli ve smyslu zákona o ochraně hospodářské soutěže.

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění mají zdravotní pojišťovny za úkol provádět zdravotní pojištění v České republice.² Jsou jimi jednak Všeobecná zdravotní pojišťovna, zřízená zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, a dále resortní, oborové, podnikové a případně další pojišťovny zřizované na základě zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a jiných pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Poskytovatelé zdravotní péče (zdravotnická zařízení) uzavírají se zdravotními pojišťovnami smlouvy o úhradách zdravotní péče na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví, kterou se vydávají rámcové smlouvy, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům.³

Samotný institut veřejného zdravotního pojištění má svůj legislativní základ vyjádřen v čl. 31 usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky, dle něž mají občané na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Mezi právní předpisy, které dávají konkrétní obsah uvedenému právu na bezplatnou zdravotní péči, patří již zmíněný zákon o veřejném zdravotním pojištění, který mimo jiné upravuje podmínky, za nichž bude zdravotní péče na základě účasti jednotlivce v systému veřejného zdravotního pojištění poskytnuta.

System provádění veřejného zdravotního pojištění se vyznačuje určitými typickými atributy, jež ho charakterizují a jež jsou vlastní rovněž činnosti zdravotních pojišťoven, které mají za úkol jej provádět (viz pozn. č. 2). Těmito znaky se odlišují zdravotní pojišťovny od soutěžitelů účastnících se hospodářské soutěže na určitém trhu zboží, kteří určují zásadně samostatně a nezávisle své podnikatelské aktivity a strategii v soutěži se svými konkurenty. Zdravotní pojišťovny nemají (jak bude dále objasněno) autonomii vůle ohledně svého působení na trhu, jak je tomu jinak obvyklé. Tyto charakteristické znaky jsou seznatelné jednak přímo z textu příslušných právních předpisů, zároveň byly popsány nebo konkretizovány v rozhodovací činnosti soudů národních a zejména soudů Evropské unie (viz dále).

První kritérium, podle kterého je možné usuzovat na charakter činnosti zdravotních pojišťoven, představuje stupeň solidarity, jenž vyjadřuje vztah výše příspěvku pojištěnce k rozsahu jím čerpané zdravotní péče. Rozsah péče, na který má pojištěnec nárok, je stanoven právním

² Ust. § 40 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

³ Ust. § 17 odst. 1 tamtéž.

předpisem,⁴ stejně tak je právním předpisem určena i výše pojistného.⁵ Neplatí úměra, že čím více pojištěnec do systému veřejného zdravotního pojištění odvede, tím více péče může čerpat, a naopak. Na výši pojistného tak nemá žádný vliv, v jakém rozsahu za pojištěnce zdravotní pojišťovna provádí úhrady smluvním zdravotnickým zařízením. Zdravotní pojišťovna taktéž nemůže svým jednostranným rozhodnutím libovolně ovlivnit zákonem stanovený rozsah poskytované péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Dalšími charakteristickými aspekty jsou rozsah pokrytí a povinná účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotně pojištěny jsou ze zákona všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky nebo zaměstnanci osob s trvalým pobytem nebo sídlem v České republice,⁶ přičemž k samotnému vzniku zdravotního pojištění dochází už v okamžiku narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky, nebo dnem získání trvalého pobytu na území ČR, anebo dnem, kdy se osoba bez trvalého pobytu stane zaměstnancem.⁷ Zdravotní pojištění tak vzniká do jisté míry nezávisle na vůli osoby a v zásadě se nelze povinné účasti v systému vyhnout.

Dalším kritériem při posuzování charakteru činnosti zdravotních pojišťoven je stupeň jejich autonomie při nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění. V České republice existuje vysoká míra regulace omezující volnost zdravotních pojišťoven při nakládání s vybranými prostředky z veřejného zdravotního pojištění, neboť je striktně stanoven účel a možnosti jejich použití.⁸

K předcházejícímu odstavci se úzce váží další znaky činnosti zdravotních pojišťoven, jimiž jsou způsob financování a možnost tvorby zisku. Základní zdroj příjmů zdravotních pojišťoven v oblasti veřejného zdravotního pojištění představují platby pojistného, jehož výše je stanovena právním předpisem (*viz poznámka č. 5*). Takto vybrané prostředky směřují především do úhrad poskytnuté péče smluvními zdravotnickými zařízeními. Formou právního předpisu je zároveň vydáván seznam zdravotních výkonů včetně jejich bodového ohodnocení hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění.⁹ Zdravotní pojišťovny samozřejmě mohou generovat zisk, například v oblasti provádění smluvního (komerčního) zdravotního pojištění či z jiných komerčních aktivit. Samotné provádění veřejného zdravotního pojištění však komerční činností není, nesměruje k dosahování zisku, ale k zajištění zdravotní péče pojištěncům a k tomuto účelu slouží i systém přerozdělení vybraných prostředků (princip solidarity) umožňující též fungování veřejného zdravotnictví jako celku.

V neposlední řadě je možné jako další imanentní kritérium uvést státní dozor a míru regulace vůbec. Oblast provádění veřejného zdravotního pojištění se vyznačuje vysokou ingerencí státu, ať už v oblasti kontroly a dozoru nebo vytváření závazných pravidel fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění skrze legislativní činnost. Zejména činnost zdravotních pojišťoven, ale nejen jich, je v oblasti veřejného zdravotního pojištění striktně vymezena z hlediska cílů a prostředků k jejich dosažení. V tomto ohledu je možno poukázat kromě znaků uvedených výše

⁴ Ustanovení § 13 a násl. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁵ Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

⁶ Ustanovení § 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁷ Ustanovení § 3 tamtéž.

⁸ Ustanovení § 20 a násl. zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁹ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

taktéž na regulaci podmínek vzniku a vstupu zdravotních pojišťoven na trh, míru jejich kontraktační povinnosti vůči pojištěncům a zdravotnickým zařízením (při splnění podmínek stanovených zákonem), obdobně na regulaci základních podmínek obsahu smluvních vztahů o úhradách zdravotní péče uzavíraných mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením vyplývajících z obsahu rámcových smluv a další aspekty, které ve svém komplexu vymezují veřejné zdravotní pojištění a činnosti subjektů zajišťujících jeho provádění jako zcela specifické činnosti vykonávané ve veřejném zájmu.

Naplněním výše uvedených specifik činností spojených s prováděním veřejného zdravotního pojištění nelze dle Úřadu pohlížet na zdravotní pojišťovny jako na soutěžitele ve smyslu zákona.

K tomu Úřad doplňuje, že judikatura soudů Evropské unie vymezila kritéria, jejichž naplnění vylučuje aplikaci pravidel hospodářské soutěže na daný subjekt. Vychází přitom z ustálené definice pojmu podniku - anglicky „undertaking“ (český ekvivalent pojmu soutěžitel dle § 2 odst. 1 zákona), který zahrnuje entitu vykonávající hospodářskou činnost nezávisle na právním postavení této entity a způsobu jejího financování, přičemž hospodářskou činnost představuje jakákoliv činnost spočívající v nabízení zboží nebo služeb na daném trhu.¹⁰ Pojem podnik (undertaking) je tak v kontextu unijního práva hospodářské soutěže chápán funkčně.¹¹ Obecně lze dojít k závěru, že entita, která disponuje tržní silou a může soutěž negativně ovlivnit, není považována za podnik, pokud nevykonává hospodářskou činnost („*economic activity*“).¹²

Pokud jde o zmíněná odlišující kritéria, Evropský soudní dvůr (dále též „**ESD**“) v rozsudku C-159/91 a C-160/91 ze dne 17. 2. 1993 ve věci *Poucet a Pistre*, [1993] ECR I-637, konstatoval, že pojem podnik ve smyslu Smlouvy ES nezahrnuje entity, které provádějí správu veřejného sociálního zabezpečení a které plní funkci výlučně sociálního rázu, neboť jsou založené na principu národní solidarity a jsou nevýdělečné. V daném případě ESD dospěl k závěru, že organizace pověřené správou státem zavedených systémů sociálního zabezpečení (jako je povinné nemocenské pojištění), které vycházejí ze zásady solidarity, jsou při této činnosti neziskové, v rámci nich vyplácené dávky nejsou v přímém poměru k výši povinných příspěvků, plní výlučně sociální funkci. Tyto organizace (v nejširším slova smyslu) nevykonávají ekonomickou činnost a nejsou podnikem (undertaking) ve smyslu čl. 81 smlouvy ES (nyní čl. 101).¹³

V rozsudku Soudu prvního stupně T-319/99 ze dne 4. 3. 2003 ve věci *FENIN v. Komise*, [2003] ECR II-357, dospěl soud k závěru, že poskytuje-li subjekt péči svým pojištěncům na základě

¹⁰ Srov. rozsudek Evropského soudního dvora C-41/90 ze dne 23. 4. 1991 ve věci *Höfner a Elser v. Macrotron*, [1991] ECR I-1979; rozsudek Evropského soudního dvora C-244/94 ze dne 16. 11. 1995 ve věci *Fédération française des sociétés d'assurances a další*, [1995] ECR I-4013; rozsudek Evropského soudního dvora C-55/96 ze dne 11. 12. 1997 ve věci *Job Centre*, [1997] ECR I-7119; rozsudek Evropského soudního dvora C-180/98 až C-184/98 ze dne 12. 9. 2000 ve věci *Pavlov a další*, [2000] ECR I-6451.

¹¹ Srov. též rozsudek Evropského soudního dvora C-218/00 ze dne 22. 1. 2002 ve věci *Cisal*, [2002] ECR I-691; rozsudek Evropského soudního dvora 2004 C-264/01, C-306/01, C-354/01 a C-355/01 ze dne 16. 3. ve věci *AOK-Bundesverband a další*, [2004] ECR I-2493.

¹² Srov. rozsudek Soudu prvního stupně T-319/99 ze dne 4. 3. 2003 ve věci *FENIN v. Komise*, [2003] ECR II-357.

¹³ Srov. též zejména rozsudky Evropského soudního dvora ve věci *Cisal*, rozsudek Evropského soudního dvora ve věci *AOK-Bundesverband*, a rozsudek Soudu prvního stupně T-319/99 ze dne 4. 3. 2003 ve věci *FENIN v. Komise*, [2003] ECR II-357, potvrzený Evropským soudním dvorem rozsudkem C-205/03 ze dne 11. 7. 2006, [2006] ECR I-6295, resp. podaný kasační opravný prostředek byl zamítnut.

univerzálního pojištění a v souladu se zásadou solidarity, pak tato entita ve své činnosti správce sociálního pojištění nejedná jako podnik.

Zmínit je třeba též rozsudek Evropského soudního dvora C-118/85 ze dne 16. června 1987 ve věci *Komise v. Itálie*, [1988] ECR I-2955. Soud zde konstatoval, že hospodářská činnost (podniku) spočívá v nabídce zboží a služeb na trhu, čímž se odlišuje od svrchované činnosti prováděné v rámci výkonu veřejné moci. Určujícím ukazatelem tohoto rozlišení je povaha vykonávané činnosti. Proto je třeba konkrétní činnost přezkoumat v každém jednotlivém případě, aby bylo možné určit, do které kategorie konkrétní činnost náleží. Kvalifikace určité entity jako podniku tak závisí na povaze činnosti, kterou vykonává. Určitá entita může proto být při výkonu některých činností považována za podnik, zatímco u jiných činností právu hospodářské soutěže podléhat nebude.

Obdobně v rozsudku Soudu prvního stupně T-155/04 ze dne 12. 12. 2006 ve věci *SELEX Sistemi Integrati SpA v. Komise*, [2006] ECR I-4797, soud konstatoval, že u každé činnosti veřejnoprávního subjektu je třeba zjistit, zda je oddělitelná od činnosti spadající do veřejnoprávní oblasti a zda představuje činnost hospodářskou (povaha prováděných činností je určujícím kritériem pro možnost nebo nemožnost aplikace pravidel hospodářské soutěže).

S ohledem na výše popsaná specifika činnosti zdravotních pojišťoven v České republice a s přihlédnutím k rozhodovací praxi soudů EU Úřad uzavírá, že činnost zdravotních pojišťoven působících v České republice při provádění veřejného zdravotního pojištění je činností směřující k naplnění sociálních cílů, založených na principu solidarity a neziskovosti, a zejména proto ji nelze považovat za činnost hospodářské povahy (*economic activity*). Jak vyplývá z evropské judikatury, nelze současně odlišovat samotné „zdánlivě“ hospodářské činnosti jako např. nákup zboží, objednávání služeb apod. od účelu, za jakým se tak děje. Zdravotní pojišťovny nejsou při činnostech směřujících k naplňování sociálních cílů založených na principu solidarity a neziskovosti, tj. při provádění veřejného zdravotního pojištění, soutěžiteli ve smyslu § 2 odst. 1 zákona o ochraně hospodářské soutěže. Pro aplikační praxi je vždy potřebné náležitě posoudit, zda jde o činnost provádění všeobecného zdravotního pojištění či činnost směřující k tomuto účelu, tj. aktivitu, kterou nelze považovat za hospodářskou, anebo o jinou, tj. soutěžní aktivitu např. v podobě poskytování smluvního připojištění léčebných výloh nebo komerční pojištění zavazadel při cestách do zahraničí apod. Vynětí z působnosti zákona platí pro zdravotní pojišťovny pouze ve vztahu k provádění všeobecného zdravotního pojištění.

Úřad se rovněž zabýval obsahem Memoranda za účelem ověření, zda kroky, jež se zdravotní pojišťovny chystají v souladu s Memorandem uskutečnit, se týkají oblasti provádění veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny deklarují, že nástrojem restrukturalizace a redukce lůžkového fondu je zejména ukončení smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními lůžkové péče. Cílem je zajištění nároků pojištěnců na poskytnutí zdravotní péče v rámci nové struktury lůžkových zdravotnických zařízení. Memorandum svým obsahem a stanovením konkrétních cílů vyjadřuje vůli zdravotních pojišťoven učinit při provádění veřejného zdravotního pojištění takové kroky, jež mohou mít dopad v oblasti lůžkového fondu poskytovatelů zdravotní péče. Je více než zřejmé, že činnosti zdravotních

pojišťoven v rámci plnění rámcových smluv a smluv uzavřených na jejich základě (včetně uzavření a ukončení těchto smluv) spadají do oblasti poskytování veřejného zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že na zdravotní pojišťovny při provádění veřejného zdravotního pojištění je nutno pohlížet jako na subjekty *sui generis*, nikoliv jako na soutěžitele v intencích ZOHS (viz výše), možnost aplikace ZOHS na jejich posuzované jednání je vyloučena. Taktéž je nutné doplnit, že Memorandum nebylo podepsáno pouze zástupci zdravotních pojišťoven, ale i zástupcem Ministerstva zdravotnictví ČR, neboť obsah Memoranda naplňuje cíle reformy zdravotnictví ČR.

S ohledem na výše uvedenou nemožnost aplikace ZOHS se Úřad již nevyjadřuje k některým argumentům podavatele směřujícím do právního posouzení jednání zdravotních pojišťoven, tedy zda je Memorandum zakázanou dohodou ve smyslu ustanovení § 3 odst. 2 písm. b), d), e) ZOHS, případně, zda by mohly být jednáním zdravotních pojišťoven naplněny znaky zneužití dominantního postavení.

Stěžovatel ve svém podání dále uvádí některé argumenty, kterými napadá a zpochybňuje samu nutnost provedení redukce stávajícího lůžkového fondu v České republice. Vyjadřuje například pochyby nad materiály, jimiž má být prokázána finanční úspora po zrušení části nemocničního lůžkového fondu, porovnává stavy nemocničních lůžek v ČR a okolních zemích k prokázání tvrzení, že jich v ČR není nadbytek, vyjadřuje se též k ekonomické situaci zdravotních pojišťoven, když dle jeho názoru k plánované redukci lůžek neexistují finanční důvody s ohledem na ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven, a uvádí ještě některé další argumenty, jež vedou stěžovatele k závěru, že jednání zdravotních pojišťoven bude mít nevratné negativní důsledky pro zdravotnická zařízení i zaměstnance nemocnic a pro pacienty se zhorší dostupnost zdravotní péče.

K tomu Úřad uvádí, že návrh koncepce i reformy veřejného zdravotnictví je věcně v kompetenci vlády a Ministerstva zdravotnictví ČR. Úřadu nepřísluší hodnotit, zda plánované kroky v této oblasti mohou mít výše zmíněné negativní důsledky. Svá stanoviska a připomínky k návrhům novel zákonů v souvislosti s reformou zdravotnictví z hlediska ochrany hospodářské soutěže poskytuje Úřad v rámci meziresortního připomínkového řízení přímo gestorovi, v daném případě zejména Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Stěžovatel též zmiňuje očekávané přijetí nových legislativních pravidel, vztahujících se jak k úpravě činnosti zdravotních pojišťoven při provádění veřejného zdravotního pojištění, tak k úpravě dalších oblastí ve zdravotnictví. Nespecifikuje však konkrétní normy a pravidla. Takové obecné konstatování dle názoru Úřadu nepostačí ke změně náhledu na činnost zdravotních pojišťoven v ČR, jak shora podáno.

Jak bylo vysvětleno výše, oblast veřejného zdravotního pojištění se vyznačuje omezenou možností aplikace práva hospodářské soutěže. Vzhledem k probíhající reformě veřejného zdravotnictví v České republice a souvisejícím změnám v legislativě však nelze vyloučit, že míra státní ingerence a regulace odvětví může v budoucnu poklesnout ve prospěch uplatnění soutěžních principů. Z tohoto důvodu Úřad i nadále bude pečlivě sledovat vývoj v oboru a je připraven jednat z úřední povinnosti, pokud to bude ochrana hospodářské soutěže vyžadovat. Zároveň Úřad vítá veškeré podněty a upozornění na možná porušení soutěžních pravidel, byť jim

není možné vždy vyhovět, představují však důležité vodítko, kam zvláště směřovat pozornost a dohled.

S pozdravem



Mgr. Igor Pospíšil
ředitel Odboru kartelů

Úřad pro ochranu
hospodářské soutěže
třída Kpt. Jaroše 7
604 55 Brno 5

Obdrží:

Asociace českých a moravských nemocnic
Bělocerkevská 18
100 00 Praha 10