



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 92

Rozeslána dne 5. srpna 2013

Cena Kč 65,-

O B S A H:

236. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci
237. Sdělení Ministerstva práce a sociálních věcí o rozšíření závaznosti Kolektivní smlouvy vyššího stupně
238. Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ve věci návrhu na zrušení některých ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
-

236**VYHLÁŠKA**

ze dne 25. července 2013,

kterou se mění vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Ministerstvo zdravotnictví stanoví podle § 120 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), k provedení § 69 písm. a) a b) zákona o zdravotních službách:

Čl. I

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, se mění takto:

1. V § 1 odst. 1 se na konci písmene j) čárka nahrazuje tečkou a písmeno k) se zrušuje.

2. V příloze č. 1 části 12 oddílu A se slova „kopie

listu o prohlídce zemřelého“ nahrazují slovy „část B listu o prohlídce zemřelého“.

3. V příloze č. 3 bodě 10 písm. a) se slovo „list“ nahrazuje slovy „část B listu“.

4. V příloze č. 3 bodě 10 písm. b) se slovo „listu“ nahrazuje slovy „části B listu“.

Čl. II**Účinnost**

Tato vyhláška nabývá účinnosti dnem 30. srpna 2013.

Ministr:

MUDr. Holcát, MBA, v. r.

237**SDĚLENÍ****Ministerstva práce a sociálních věcí**

ze dne 25. července 2013

o rozšíření závaznosti Kolektivní smlouvy vyššího stupně

Ministerstvo práce a sociálních věcí podle § 7 zákona č. 2/1991 Sb., o kolektivním vyjednávání, ve znění nálezů Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 199/2003 Sb., a zákona č. 255/2005 Sb., sděluje, že Kolektivní smlouva vyššího stupně na roky 2013 – 2014, uzavřená dne 31. 3. 2013 mezi Odborovým svazem zaměstnanců sklářského, keramického, bižuterního průmyslu a porcelánu a Asociací sklářského a keramického průmyslu ČR, je s účinností od prvního dne měsíce následujícího po vyhlášení tohoto sdělení, závazná i pro další zaměstnavatele s převládající činností v odvětví označeném kódy CZ – NACE: 231, 2341 a 2342.

S obsahem kolektivní smlouvy vyššího stupně se lze seznámit na krajských pobočkách Úřadu práce České republiky a na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (www.mpsv.cz).

Ministr:

Ing. Koníček v. r.

238**N Á L E Z****Ústavního soudu****Jménem republiky**

Ústavní soud rozhodl pod sp. zn. Pl. ÚS 36/11 dne 20. června 2013 v plénu složeném z předsedy soudu Pavla Rychetského a soudců Stanislava Balíka, Jaroslava Fenyka, Jana Filipa, Vojena Güttlera, Pavla Holländera, Ivany Janů, Vladimíra Kůrky, Dagmar Lastovecké, Jana Musila, Jiřího Nykodýma, Vladimíra Sládečka, Milady Tomkové a Michaely Židlické o návrhu skupiny 51 poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, jejichž jménem jedná poslanec Mgr. Bohuslav Sobotka, na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená podle odstavců 1 až 5“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., doplněném o alternativní návrh na zrušení ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 odst. 1 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 2 a odst. 3 ve slovech „uložená podle odstavců 1 a 2“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb., zákona č. 369/2011 Sb. a zákona č. 458/2011 Sb., za účasti Poslanecké sněmovny a Senátu Parlamentu České republiky jako účastníků řízení

takto:

I. Ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 7, § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a § 12 odst. 1 písm. n) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění po novelizaci provedené zákonem č. 458/2011 Sb., se ruší dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů.

II. Dnem vyhlášení tohoto nálezu ve Sbírce zákonů pozbývají současně platnosti části přílohy vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to ty části přílohy, kde je symbolem „E“ označeno, že jde o ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče podle § 13 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

III. Ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se ruší uplynutím dne 31. prosince 2013.

IV. Ustanovení § 13 odst. 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, se ruší dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů a ustanovení § 16a odst. 9 až 11, pokud se týkají poplatku za lůžkovou péči podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená podle odstavců 1 až 5“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících

zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a § 44 odst. 2 a odst. 3 ve slovech „uložená podle odstavců 1 a 2“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění po novelizaci provedené zákonem č. 458/2011 Sb., se ruší uplynutím dne 31. prosince 2013.

Odůvodnění

I.

Vymezení věci a rekapitulace návrhu

1. Ústavnímu soudu byl dne 14. prosince 2011 doručen návrh skupiny 51 poslanců Parlamentu České republiky na zrušení v záhlaví označených (částí) ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., pro jejich rozpor s ústavním pořádkem a se závazky České republiky vyplývajícími z mezinárodních smluv o lidských právech. K výzvě soudu navrhovatelé dodatečně upravili petit návrhu tak, že zohlednili novelu 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“) provedenou zákonem č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, která se stane účinnou od 1. 1. 2015. Napadená právní úprava

- rozděluje zdravotní péči, resp. zdravotní služby, z hlediska úhrady z veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější, která nad rámec úhrady stanovené pro základní péči z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazena není,
- zvyšuje denní regulační poplatek za poskytování lůžkové péče z 60 Kč na 100 Kč,
- opravňuje zdravotní pojišťovny postihovat poskytovatele zdravotních služeb za porušení některých povinností uložených jim zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

2. Podle navrhovatelů je přijatá právní úprava v rozporu s čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“) garantujícím právo na život, čl. 31 Listiny zaručujícím každému právo na ochranu zdraví a občanům na základě veřejného pojištění za podmínek stanovených zákonem právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, čl. 4 odst. 4 Listiny ukládajícím šetřit při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod jejich podstaty a smyslu, čl. 1 Listiny deklarujícím rovnost v důstojnosti i právech, čl. 3 odst. 1 Listiny zaručujícím základní práva a svobody všem bez rozdílu majetku nebo jiného postavení a čl. 11 odst. 1 Listiny, podle něhož má vlastnické právo všech vlastníků stejný zákonný obsah a ochranu. Současně napadená úprava odporuje závazkům plynoucím ze čl. 12 odst. 1 a odst. 2 písm. c) a d) Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 11 odst. 1 a 3 a čl. 13 Evropské sociální charty, čl. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, čl. 24 odst. 1 a odst. 2 písm. b) Úmluvy o právech dítěte a čl. 25 písm. a), b), d) a f) Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

a) Rozdělení zdravotních služeb na základní a ekonomicky náročnější

3. Již samotná terminologická změna, kdy pojem „zdravotní péče“ byl v zákoně o veřejném zdravotním pojištění nahrazen pojmem „zdravotní služby“, dle navrhovatelů vystihuje celkový záměr zákonodárce směřovat ke koncepci klientské medicíny, poskytované dle kritéria ekonomických možností „klienta“. Zákonná úprava dovoluje rozdělovat zdravotní péči podle její ekonomické náročnosti pro systém, nikoliv její účinnosti z hlediska medicínského. Použité formulace jsou přitom velmi vágní, v zákoně zcela absentují definiční znaky jediného rozlišení obou variant, kterým je „účelné a hospodárné vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění“. Rovněž nejsou vůbec vymezena kritéria, podle kterých by bylo možné určit nákladnost zdravotní péče při rozlišování její základní a ekonomicky náročnější varianty. Není tak zřejmé, zda kritériem má být cena léčivých přípravků, cena zdravot-

nického materiálu, zdravotnických přístrojů, cena zdravotních pomůcek, kvalita péče ve zdravotnickém zařízení (strava, vybavení prostor, doplňkové služby), výše odměny zdravotnických pracovníků, personální a technické vybavení či momentální výše úhrad jednotlivých zdravotnických výkonů na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb dle zákona o veřejném zdravotním pojištění. Podmínka rozlišení obou variant, tedy možnost poskytnout zdravotní službu více než jedním způsobem, nevypovídá nic o tom, jaký je zákonem garantovaný standard zdravotní péče. Navrhovatelé v této souvislosti poukazují na nálezy sp. zn. Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. 7. 1996 (N 64/5 SbNU 487; 206/1996 Sb.), v němž Ústavní soud konstatoval, že „nárok občanů na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je vázán na ústavní požadavek a rámec veřejného pojištění“. Tuto ústavní kautelu Ústavní soud zopakoval i v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02 ze dne 4. 6. 2003 (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Sb.). Zde Ústavní soud rovněž uvedl, že „z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, ‚levnější‘, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, ‚dražší‘, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu ‚lepších‘ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění“. Napadenou úpravu považují navrhovatelé za diskriminační, neboť přístup k ekonomicky náročnější variantě bude záviset na ochotě či schopnosti zaplatit cenu zdravotní péče, nikoliv na potřebě jejího čerpání. Vytváří se tak reálně dvojí zdravotnictví – pro ty, co mají jen na základní variantu, a pro motivější, kteří si mohou dovolit variantu ekonomicky náročnější. Navrhovatelé vyslovují přesvědčení, že poskytovatelé zdravotních služeb budou upřednostňovat pojištěnce, kteří si zvolí ekonomicky náročnější variantu, neboť na tom budou hospodářsky zainteresováni. Naopak pojištěnci, kteří zvolí základní variantu, budou záznamem ve zdravotnické dokumentaci označeni jako ti, kteří nepřinášejí nic navíc, a budou proto postihováni například dlouhou čekací dobou na čerpání zdravotní služby. Pojišťovny budou přitom zákonný zákaz takového jednání kontrolovat jen velmi těžko. Zavedení dvou variant zdravotní péče dle kritéria, zda pojištěnec má prostředky na to, aby si ze svého péči doplácel, je popřením principu rovnosti lidí v důstojnosti a právech. Navrhovatelé připomínají, že na protiústavnost přijímaných změn a důsledků vyvolaných jejich aplikací upozorňovali jednotliví zákonodárci ve svých vystoupeních v rámci plenárních rozprav v Poslanecké sněmovně i Senátu, přičemž reprezentativní příspěvky v návrhu citují.

4. Podle Listiny lze meze základních práv a svobod stanovit pouze zákonem a práva na ochranu zdraví je možno se domáhat jen v mezích prováděcích zákonů. Zákon o veřejném zdravotním pojištění přitom počítá s tím, že výši úhrad zdravotních služeb v základní variantě, jakož i vymezení zdravotních služeb, které jsou ekonomicky náročnější variantou, stanoví prováděcí předpis, konkrétně vyhláška Ministerstva zdravotnictví. To také stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s označením variant zdravotní péče. I v tomto případě již v průběhu přijímání změn upozorňovali někteří zákonodárci na porušení ústavního principu, podle kterého vymezit podmínky poskytování zdravotní péče a podmínky nároků na bezplatnou zdravotní péči lze jen zákonem. Do 31. 3. 1997 obdobnou úpravu obsahoval zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, podle něhož zdravotní péči za plnou nebo částečnou úhradu, popřípadě její výši, mělo blíže vymezit Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí vyhláškou. Související ustanovení zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, světovalo stanovit okruhy péče plně hrazené a částečně hrazené Zdravotnímu řádu, který byla zmocněna vydat vláda svým nařízením. Tuto právní úpravu zrušil Ústavní soud svým nálezem sp. zn. Pl. ÚS 35/95 (č. 206/1996 Sb.) s tím, že „nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům“. Nyní napadená úprava vykazuje s tou, kterou Ústavní soud uvedeným nálezem zrušil, dle navrhovatelů zcela shodné rysy protiústavního omezení základních práv.

b) Zvýšení regulačního poplatku

5. Navrhovatelé předepisují, že za protiústavní považují veškeré regulační poplatky zavedené zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, přičemž se v tomto směru ztotožňují s argumentací obsaženou v odlišných stanoviscích sedmi soudců Ústavního soudu podaných k nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008 (N 91/49 SbNU 273; 251/2008 Sb.). Upozorňují však, že se nedomáhají opakovaného posouzení téhož, tedy celého komplexu regulačních poplatků, ale zcela nové zákonné úpravy zvyšující regulační poplatek za každý den poskytování lůžkové péče z 60 Kč na 100 Kč. Důvody zvýšení o celé 2/3, tedy v citelné výši, byly zdůvodněny toliko proklamativně, bez doložení potřebnosti a racionality takového opatření, ostatně výhrady v připomínkovém řízení vzneslo i Ministerstvo financí. Od zavedení poplatku v roce 2008 nedošlo k natolik významnému nárůstu nákladů ani v segmentu lůžkových zdravotnických zařízení ani zdravotnictví jako celku. Navýšení neodpovídá míře inflace ani růstu nominálních a reálných mezd. Částka navýšení není zanedbatelná, zejména pro některé sociální skupiny bude bariérou v přístupu ke zdravotní péči, zvláště když nejsou stanoveny žádné ochranné limity. Výrazně negativní dopad má navýšení na osoby zdravotně postižené. Navýšení poplatku má dle názoru navrhovatelů zejména ve vztahu k takovým skupinám pojištěnců, jako jsou děti, senioři, osoby zdravotně postižené a osoby sociálně slabé, „růdnosící efekt“.

c) Oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb

6. Pojišťovněm je předmětné oprávnění dáno, ačkoliv nejsou orgány veřejné moci a nejsou zásadně vůči poskytovatelům zdravotních služeb ani v nadřízeném postavení ani v postavení orgánu oprávněného uplatňovat vůči nim veřejnou moc. Vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb stojí na soukromoprávním základě a uplatňuje se mezi nimi princip privátní autonomie. Ostatně tento přístup zákonodárce kritizovali někteří soudci Ústavního soudu ve svých odlišných stanoviscích k výše citovanému nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Zdravotní pojišťovny mají velmi širokou volnou úvahu při ukládání pokut, a to jak co do výše, tak i jejího opakovaného ukládání. Maximální výše pokut je značná a lze jí ohrozit samotnou hospodářskou existenci poskytovatele zdravotních služeb. Navrhovatelé vyjadřují obavu, že zdravotní pojišťovna může prostřednictvím tohoto sankčního oprávnění přímo či nepřímo působit na poskytovatele zdravotních služeb ve vztahu k uzavírání, plnění nebo ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb, zvláště jsou-li či byli spolu ve sporu. V případech, kdy uložení pokuty zakládá důvod pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty (§ 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění), zdravotní pojišťovna může vystupovat jako skutečný „soudce ve své vlastní věci“. Oproti tomu poskytovatel zdravotních služeb žádným podobným veřejnoprávním sankčním oprávněním vůči zdravotní pojišťovně nedisponuje.

II. A)

Vyjádření účastníků řízení

7. Ústavní soud zaslal návrh na zahájení řízení v souladu s ustanovením § 69 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, (dále též jen „zákon o Ústavním soudu“) účastníkům řízení – Poslanecké sněmovně a Senátu Parlamentu České republiky.

8. Poslanecká sněmovna reagovala stručným vyjádřením. Zrekapitulovala v něm průběh legislativního procesu s tím, že předmětné zákony novelizující zákon o veřejném zdravotním pojištění považuje za řádně přijaté a vyhlášené. Posouzení napadených ustanovení nechává zcela na zvážení Ústavním soudem.

9. Rovněž Senát ve svém vyjádření nevyjádřil jednoznačně podporu ani podanému návrhu ani napadené zákonné úpravě. Konstatoval, že záležitost byla věnována velká pozornost již v orgánech Senátu, kde stejně jako následně při projednání v plénu převažovaly výhrady senátorů hodnotící návrh jako protiústavní, oproti menšinovému stanovisku s návrhem souhlasit. To se také odrazilo

v hlasování. Ve vyjádření je následně popsáno projednávání novely ve vztahu k jednotlivým ustanovením navrhovaným nyní ke zrušení. Celkově taktéž Senát ponechává zcela na úvaze Ústavního soudu, jak jednotlivé části posoudí a s konečnou platností rozhodne.

10. Možnost vlády a veřejného ochránce práv vstoupit do řízení v postavení vedlejšího účastníka řízení, zakotvená s účinností od 1. 1. 2013 v § 69 odst. 2 a 3 zákona o Ústavním soudu, ve znění zákona č. 404/2012 Sb., se uplatní jen pro řízení zahájená po 1. 1. 2013 (viz sdělení Ústavního soudu č. 469/2012 Sb. k účinkům zákona č. 404/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, na neskončená řízení před Ústavním soudem zahájená před 1. 1. 2013).

II. B)

Stanoviska dalších dotčených subjektů

11. Ústavní soud považoval za žádoucí získat komplexnější náhled na předestřenou problematiku, oslovil proto další subjekty reprezentující jednotlivé zájmové skupiny, u nichž očekával protichůdný postoj k předmětné reformě. Ve snaze zachovat názorovou vyváženost poskytl takto možnost vyjádřit se k návrhu především Ministerstvu zdravotnictví jako zpracovateli zdravotnické reformy, dále Svazu zdravotních pojišťoven České republiky, Všeobecné zdravotní pojišťovně, České lékařské komoře a Svazu pacientů České republiky.

12. Ministerstvo zdravotnictví předložilo k návrhu podrobné stanovisko strukturované dle okruhů vymezených v návrhu. Zavedená úprava základní a ekonomicky náročnější péče co do ústavní konformity dle přesvědčení Ministerstva zdravotnictví ob stojí, což dokládá přehledem nosných bodů úpravy: a) garance určité, komplexně pojaté zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, vymezené kvalitativními znaky; b) zdravotní péče musí být skutečně účinná; c) skutečně účinné musí být obě varianty péče; d) pojištěnec má právo na nabídku základní plně hrazené varianty a na informace o ekonomicky náročnější variantě včetně rozdílu v ceně; e) v případě volby ekonomicky náročnější varianty hradí pojištěnec pouze rozdíl oproti variantě základní; f) ceník ekonomicky náročnějších variant je veřejně dostupný; g) je zakázáno upřednostňovat pacienty volící ekonomicky náročnější variantu; h) ekonomicky náročnější varianta je leda taková, která je takto označena v prováděcím předpise; i) z bezplatné péče se nestává placená, objem plně hrazené péče zůstává zachován. Ministerstvo zdravotnictví zásadně nesouhlasí, že chybí definice základní a ekonomicky náročnější péče. Ustanovení § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění zajišťuje pojištěnci nárok na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, která je zde definována obecnými znaky (má za cíl zlepšit či zachovat zdravotní stav nebo zmírnit utrpení, musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být dosaženo, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o její účinnosti). Nejvyšší možný standard zdravotní péče odpovídající zdravotnímu stavu a potřebám pacienta ve smyslu stejného terapeutického účinku je zajištěn vždy u obou variant, tedy i u varianty základní. Teprve v případě, že lze poskytnout zdravotní péči splňující uvedená kritéria § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění více způsoby, které mají stejný terapeutický účinek, je kritériem úhrady možných variant účelné a hospodárné vynakládání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění. Při porovnání nákladů jednotlivých variant do nich musí být zahrnuto vše, co s poskytnutím takové péče souvisí (samotný výkon, délka související hospitalizace, léky, zdravotnické prostředky atd.). Žádnou zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jediným způsobem, nelze označit za ekonomicky náročnější variantu. Postup provozovatele zdravotních služeb bude vždy takový, že lékař posoudí zdravotní stav pacienta a od něj se odvíjející účel poskytnutí zdravotních služeb, stanoví optimální variantu péče, která se pro daný případ stane variantou základní, a teprve následně bude zkoumat, zda pro příslušný léčebný postup neexistují varianty ekonomicky náročnější s identickým terapeutickým účinkem. Určení podmínek, na jejichž základě bude možno variantu péče identifikovat, není ponecháno na úvaze ministra, úprava prováděcím předpisem pouze provádí příslušná ustanovení zákona, aby aplikace obecných zákonných mezí byla pro účastníky co nejjednodušší a uživatelsky komfortní. Zmocnění je odrazem zákonodárcovy snahy optimálně nastavit systém tak, aby se nevyčerpal, ale současně umožnil realizaci práva garantovaného Listinou. Pracuje s pojmy účel

a hospodárnost hrazené péče, kdy účel je medicínským hlediskem odrážejícím zájem pacienta a hospodárnost reflektuje omezený objem prostředků veřejného zdravotního pojištění. Popsaný způsob a nové zákonné meze již Ministerstvo zdravotnictví aplikovalo ve vyhlášce č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů; ekonomicky náročnější variantou zdravotní péče je pouze taková, která pro pacienta již nepřináší zlepšení z hlediska medicínského, ale přináší mu zvýšené pohodlí nebo naplňuje jeho subjektivní preference (některá očkování, fixační sádky apod.). Ministerstvo zdravotnictví rovněž nesouhlasí se způsobem srovnání právní úpravy nyní napadené s tou, kterou zrušil Ústavní soud nálezem sp. zn. Pl. ÚS 35/95 (č. 206/1996 Sb.), resp. s tvrzením, že vykazují shodné rysy. Nyní je vymezení obou variant, a to jak co do prvků společných (stejný terapeutický účinek), tak i rozlišujících (soulad s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění), stanoveno přímo zákonem. V předchozím případě to byl pouze podzákonný předpis – předpokládaný Zdravotní řád. Pokud jde o navýšení regulačního poplatku, rozhodně nevytváří bariéru přístupu ke zdravotní péči. Jeho zaplacení není zakotveno jako podmínka pro poskytnutí hrazené zdravotní péče, ta musí být poskytovateli zdravotních služeb poskytnuta bez ohledu na to, zda poplatek zaplacen byl či nikoliv. Analýzou statistických údajů Ministerstvo zdravotnictví zjistilo, že systém regulačních poplatků, tak jak byl počínaje 1. 1. 2008 nastaven, žádným způsobem dostupnost zdravotní péče neomezil, a to ani pro nejchudší občany. Přitom splnil zamýšlený účel regulačního efektu na spotřebu zdravotní péče. Úroveň zvýšení vychází z ekonomických propočtů výše denních nákladů na spotřebu 10 % domácností s nejnižšími příjmy v České republice přepočtených per capita (nezapočítávají se výdaje na bydlení, ale na potraviny a nápoje, tabák, vodné a stočné, elektrickou energii, plyn a paliva, ambulantní zdravotní péči, pohonné hmoty a oleje, kulturní služby, rekreační a sportovní služby, herny a loterie, restaurace a kavárny a jídelny), které v roce 2010 činily 99,74 Kč. Navrhované opatření proto nemůže mít proklamovaný rdousící efekt. Konečně Ministerstvo zdravotnictví s navrhovatelem nesouhlasí ani v tom, že by odporovalo ústavnímu pořádku oprávnění zdravotních pojišťoven pokutovat poskytovatele zdravotní péče. Poukazuje na jiné případy, kdy právo svěřuje výkon veřejné správy osobě soukromého práva, ostatně v případě státu a veřejnoprávních korporací je běžné, že kromě veřejnoprávních vztahů vystupují jako subjekty soukromoprávní. K prolínání soukromého a veřejného práva a od něj se odvíjející smíšené povaze činnosti institucí a k hranicím veřejného a soukromého práva se vyjádřil opakovaně i Ústavní soud [Ministerstvo zdravotnictví odkazuje na rozhodnutí sp. zn. II. ÚS 75/93 ze dne 25. 11. 1993 (U 3/2 SbNU 201) a sp. zn. I. ÚS 41/98 ze dne 1. 12. 1998 (N 147/12 SbNU 363)]. V posuzovaném případě je státní správa delegována výslovně zákonem, jsou přesně vymezeny případy, podmínky a sankce, na postup zdravotních pojišťoven se vztahuje správní řád a jejich rozhodnutí je přezkoumatelné soudem. Podle Ministerstva zdravotnictví je úprava obdobná případům, kdy stát prostřednictvím správních úřadů ukládá sankce za porušení zákona osobám, s nimiž uzavírá či může uzavřít smlouvy s rozličným plněním. Dosavadní právní úprava umožňuje pojišťovnám sankcionovat i pojištěnce a zaměstnavatele, proti čemuž navrhovatelé kupodivu ničeho nenamítají. Legislativní řešení je nejen opodstatněné, ale i vhodné, neboť pojišťovny disponují potřebnými údaji od poskytovatelů zdravotních služeb i pojištěnců. Jde vesměs o osobní údaje, jejichž další předávání ohrožuje jejich ochranu. Lze poukázat i na dosavadní praxi, kdy pokuta byla uložena v pouhých 93 případech a vybrána jen v 41 případech, a to v celkové výši 587 500 Kč.

13. Svaz zdravotních pojišťoven České republiky prostřednictvím svého prezidenta argumenty navrhovatelů rovněž odmítá. Rozdělení zdravotní péče nemůže být vzhledem ke stejnému terapeutickému účinku diskriminační. Svaz zdravotních pojišťoven po rozdělení péče na standardní a nadstandardní dlouhodobě volá a zavedení legální možnosti si za zdravotní péči připlatit vítá. Právní úprava naopak uvolnila dostupnost i ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče pro ty, kteří si nemohli dovolit zaplatit celý zdravotnický prostředek nebo službu, neboť dnes si připlatí pouze rozdíl. Navýšení regulačního poplatku je nutno vidět v celkovém kontextu úpravy, když na druhou stranu došlo ke zrušení poplatku za položku na receptu. Ve svém důsledku tak došlo pro širší skupinu pacientů ke snížení zátěže. Navíc je zde možnost regulačního poplatku vůbec neplatit, jde-li o pojištěnce pobírajícího dávku pomoci v hmotné nouzi. Pokud jde o oprávnění pojišťoven sankcionovat zdravotnická zařízení, musí se dle Svazu zdravotních pojišťoven rozlišovat dva různé, na sobě nezávislé vztahy, které mohou mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením vzniknout; na jedné straně čistě obchodně-právní vztah a na druhé vztah veřejnoprávní, kdy pojišťovna vystupuje jako vykonavatel veřejné moci.

Sám Ústavní soud v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 dospěl k závěru, že je na vůli zákonodárce, který subjekt vybaví pravomocí veřejnoprávní sankce.

14. Všeobecná zdravotní pojišťovna s navrhovateli taktéž nesouhlasí. Zavedení nadstandardu je moderní způsob dosažení veřejného zájmu a krokem vpřed. Napadenou úpravu nelze považovat za diskriminační ani zabraňující v přístupu k péči. Hrazená péče musí odpovídat zdravotnímu stavu pacienta a účelu, jehož má být dosaženo. Z toho plyne, že bude-li pro konkrétního pojištěnce představovat ekonomicky náročnější varianta jedinou možností zdravotní péče, bude pro něj variantou základní. Rozdíly variant nespočívají ve vhodnosti a účinnosti léčby, zákon jasně požaduje stejný terapeutický účinek. Všeobecná zdravotní pojišťovna upozorňuje na fakt, že spoluúčast u léčivých přípravků stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv pouhým rozhodnutím, dlouho je rovněž využíván systém variant úhrady u brýlí. Podmínky jsou jasně stanoveny zákonem (ze stejně účinných léčebných postupů se hradí jen ten nejlevnější), seznam zdravotních výkonů o ničem nerozhoduje, pouze označuje ty výkony, které zákon zařadil pro jejich cenu mezi hrazené jen do výše nejlevnější alternativy. Pokud jde o poplatek za lůžkovou péči, ten se jako takový osvědčil při regulaci nadužívání péče. Přitom navýšení bylo nutné k tomu, aby měl opravdu demotivující účinek. Může být jistě pro některé skupiny pojištěnců zátěží, ovšem k řešení těchto situací má stát nástroje v oblasti sociálního zabezpečení. Nelze přehlédnout, že u dětí a seniorů byl snížen limit na (ostatní) regulační poplatky, čímž došlo ke snížení celkové zátěže. Konečně možnost ukládat veřejnoprávní sankce je nejlepší způsob, jak vynutit na poskytovatelích zdravotních služeb plnění povinností. Zdravotní pojišťovny jsou veřejné instituce, minimalizace zneužití pravomoci z jejich strany je zaručena ukládáním pokut ve správním řízení s následnou možností soudního přezkumu.

15. Česká lékařská komora u rozdělení péče rozlišuje dva aspekty. Zaprvé je to samotné rozdělení zdravotních výkonů stejného terapeutického účinku na výkony provedené v základní variantě a variantě ekonomicky náročnější s příplatkem pojištěnce, které samo o sobě za protiústavní nepovažuje. Pojištěnec má při stávající právní úpravě vyplývající z § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění zaručeno, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny všechny zdravotní služby, které jsou potřebné k ochraně jeho zdraví, avšak způsob jejich provedení, může-li být v některých případech rozdílný, si může sám zvolit a za komfortnější si dobrovolně připlatit. Za situace, kdy se české zdravotnictví opakovaně potýká se závažnými ekonomickými problémy a kdy i v okolních demokratických zemích existuje pro občany možnost se regulérně připojistit, přičemž všeobecné zdravotní pojištění pokrývá jen péči nejnutnější, je možnost připlácení za určitý nadstandard žádoucí a poskytovatelé zdravotních služeb po něm sami volali. Navíc nově se kalkuluje jen s rozdílem mezi komfortnějším a méně komfortním provedením zdravotního výkonu či zdravotní pomůckou, což je dle České lékařské komory pro pojištěnce pozitivní, neboť dosud si museli takové výkony či pomůcky hradit zcela sami. Pokud jde o druhý aspekt, tedy způsob výběru jednotlivých úkonů, u nichž lze varianty péče a pomůcek nabízet, ten je ponechán na ryze administrativním úřednickém postupu – ministerské vyhlášce (stávající praxe je taková, že Ministerstvo zdravotnictví rozhodne ve vyhlášce, kterou se stanoví seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jaké výkony lze nabízet kromě základní i v ekonomicky náročnější variantě). K poplatku za poskytování lůžkové péče má Česká lékařská komora jen terminologickou výhradu, neboť jde ve skutečnosti o platbu za hotelové služby. Jde víceméně o služby, které by hospitalizovaný pacient musel hradit i v domácím prostředí (strava, světlo, teplo, výměna ložního prádla). Proti navýšení jako takovému nic nenamítá, odpovídá podle ní patrně zvýšeným nákladům, k němuž za čtyři roky došlo. Konečně oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele je dle České lékařské komory v situaci, kdy jde o smluvní partnery bezprecedentní a v demokratických zemích vyloučené. V širším rámci připomíná opakovaně kritizované nerovné postavení pojišťoven a zdravotnických zařízení a upozorňuje na problém ještě tiživější, než je ten obsažený v návrhu, a sice pokřivená a netransparentní pravidla uzavírání smluv o poskytování péče mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními; o bytí a nebytí soukromého lékaře, resp. zdravotnického zařízení rozhoduje fakticky přízeň či nepřízeň úředníka monopolní zdravotní pojišťovny, nikoliv preference pacientů.

16. Svaz pacientů České republiky se stran rozdělení péče do variant naopak ztotožňuje se stanoviskem navrhovatelů. Jedině ošetřující lékař může rozhodnout, co je v konkrétním případě nutno pro pacienta udělat a právě to má být hrazeno z veřejného pojištění. Podle svazu je dokonce zapotřebí

zcela zakázat paralelní poskytování individuálně placené péče v zařízeních pracujících smluvně pro veřejnou pojišťovnu. Odmítají všechna omezení hrazení zdravotní péče, ať už budou stanovena zákonem či podzákonným předpisem, neboť jsou principiálně v rozporu s čl. 31 Listiny. Odmítají rovněž regulační poplatky, včetně poplatku za lůžkovou péči, neboť nemají co regulovat. Počet ošetřených po jejich zavedení klesl jen o ty nejchudší, kteří jsou ale skutečně nemocní. Naopak se rozšířil fenomén zvaný na kontrolní vyšetření, z něhož si učinili někteří poskytovatelé významný obchod. Výše poplatku za hospitalizaci je bezohledná, podporují proto argumentaci návrhu na jeho zrušení. Sankce, které mohou pojišťovny ukládat poskytovatelům, jsou nesmyslně vysoké, skutečnou motivací jejich zavedení muselo být poskytnutí nástroje k likvidaci některých poskytovatelů zdravotním pojišťovnám. Součástí stanoviska Svazu pacientů České republiky bylo vyjádření Národní rady osob se zdravotním postižením. Ta považuje za nejvýznamnější projednávané téma problematiku poplatků ve zdravotnictví. S jejich platbou zásadně nesouhlasí. U hendikepovaných pacientů neplní žádnou regulační úlohu, hospitalizace je u nich spojena vždy s řadou nepříjemných, ve vyjádření popisovaných překážek, a hospitalizaci se proto snaží naopak vyhnout. Tito pacienti mají navíc zdravotní potíže častěji, nutný pobyt v nemocnici je delší, obecně se obtížněji léčí. Tyto osoby jsou dále limitovány ve výdělkových možnostech, reálně je nabídka pracovních příležitostí pro ně minimální. Invalidní důchody, které jsou obvykle jejich jediným příjmem, jsou velmi nízké a nastavenou výši poplatku za lůžkovou péči pro ně činí neakceptovatelnou. Na modelovém příkladu Národní rada osob se zdravotním postižením vypočítává, že pro hendikepované osoby může být platba regulačních poplatků, zejm. poplatku za hospitalizaci, ekonomicky likvidační.

II. C)

Přehled zahraničních úprav

17. Ústavní soud si dále opatřil informace k otázce standardní a nadstandardní zdravotní péče a ke spoluúčasti pacientů, jak je řešena právními předpisy v sousedních, s ohledem na historické souvislosti, pro nás relevantních zemích.

18. Na Slovensku definuje zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotní péči, službách souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně a doplnění některých zákonů, zdravotní péči jako „súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotníckí pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín s cieľom predĺženia života fyzickej osoby (ďalej len ‚osoba‘), zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií; zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, dispenzarizáciu, diagnostiku, liečbu, biomedicínsky výskum, ošetrovateľskú starostlivosť a pôrodnú asistenciu.“ Současně stanoví zásadu rovného zacházení, dle které „Právo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti sa zaručuje rovnako každému v súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania v zdravotnej starostlivosti ustanovenou osobitným predpisom. V súlade so zásadou rovnakého zaobchádzania sa zakazuje diskriminácia aj z dôvodov pohlavia, náboženského vyznania alebo viery, manželského stavu a rodinného stavu, farby pleti, jazyka, politického alebo iného zmysľšania, odborovej činnosti, národného alebo sociálneho pôvodu, zdravotného postihnutia, veku, majetku, rodu alebo iného postavenia.“ Péče je z hlediska krytí z veřejného pojištění rozdělena, podmínky stanoví zákon č. 577/2004 Z. z., o rozsahu zdravotní péče hrazené na základě veřejného zdravotního pojištění a o úhradách za služby související s poskytováním zdravotní péče, doplněný nařízením vlády č. 722/2004 Z. z., o výši úhrady pojištěnce za služby související s poskytováním zdravotní péče, a nařízením vlády č. 777/2004 Z. z., kterým se vydává Seznam nemocí, při kterých se zdravotní výkony částečně uhrazují nebo se neuhrazují na základě veřejného zdravotního pojištění.

19. K otázce přímých úhrad od pacientů se v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 38/03 ze dne 17. května 2004 (č. 396/2004 Z. z.), vydaném v řízení o návrhu týkajícím se „spoplatnenia určitej časti poskytovania zdravotnej starostlivosti poskytovanej na základe zdravotného poistenia, ako aj úkonov a činností, ktoré sice se zdravotnou starostlivosťou poskytovanou na základe zdravotného poistenia úzko súvisia, ale netvoria jej bezprostrednú súčasť“, vyjádřil Ústavní soud Slovenské republiky. Při analogickém znění čl. 40 slovenské Ústavy a čl. 31 české Listiny formuloval právní větu, že „Bezplatná starostlivosť podľa čl. 40 Ústavy má svoj ‚rozsah‘, tj. že nie všetko sa poskytuje bezplatne“.

20. V Rakousku – ovšem při jiné struktuře veřejného pojištění (asi 80 % rakouského obyvatelstva je pojištěno podle zákona o všeobecném sociálním pojištění, zbylé populační skupiny, jako např. státní úředníci, jsou pojištěny podle zvláštních předpisů, neexistují tzv. státní pojištěnci, náklady na péči výdělečně nečinných osob jsou zahrnuty v příspěvcích na zdravotní pojištění ostatních osob; je možné rovněž uzavřít nepovinné soukromé nadstandardní připojištění) a jiné struktuře výdajů (přibližně polovina výdajů na zdravotnictví je financována z příspěvků zdravotního pojištění, pětina z daňových příjmů a přes čtvrtinu financují přímo občané) – dělí péči z hlediska úhrad tak, že v každé veřejné nemocnici musí být vytvořena „všeobecná třída“ (poplatková/ubytovací třída). Do té jsou přijímány všechny osoby, jež nepožadují přijetí do zvláštní třídy. Vedle všeobecné poplatkové třídy může být ve veřejné nemocnici zřízena „zvláštní třída“, která je určena pro přijímání osob nebo jejich rodinných příslušníků, jež si přijetí do této třídy vyžádají a na základě svých příjmů nebo majetkových poměrů jsou schopny hradit příspěvky na ošetrovací den a další platby ve zvláštní třídě za sebe nebo svého rodinného příslušníka [viz např. § 32 zákona o nemocnicích pro zemi Vídeň (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG)]. Úhradami za péči (poplatky/příspěvky za péči, tzv. „Pflegegebühren“) ve všeobecné třídě jsou (s určitými výjimkami) hrazeny veškeré výkony nemocnice (od roku 1997 jsou v Rakousku úhrady nemocniční péče do značné míry závislé na provedených lékařských a ošetrovateckých výkonech). Do úhrad za péči nejsou zahrnuty např. náklady dopravy pacientů do nemocnice a z ní, zhotovení zubních náhrad – pokud nejsou spojeny s léčbou poskytovanou v nemocnici, zhotovení ortopedických pomocných prostředků (náhrada částí těla) – pokud se nejedná o terapeutickou podporu, dále náklady pohřbu jedince zemřelého v nemocnici [viz § 44 odst. 4 zákona o nemocnicích pro zemi Vídeň (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG)]. Stejně platí pro doplňkové výkony, jež nejsou spojeny s medicínskými výkony (nesouvisí s léčebnými výkony) a jsou poskytnuty na výslovnou žádost pacientů. Vedle úhrad za péči (úhrad z pojistného) smějí být vyžadovány zvláštní poplatky (tzv. „Sondergebühren“) a honoráře. Jedná se např. o poplatek za ubytování ve zvláštní ubytovací třídě, tzv. ambulantní poplatek (tzv. „Ambulatoriumsbeitrag“, který byl údajně v roce 2003 zrušen, jelikož mnoho občanů bylo od poplatku osvobozeno), dále náklady na dopravu pacientů, zubní náhrady, pokud nejsou ve spojitosti s léčbou v nemocnici, ortopedické pomůcky apod. Od pacientů ve zvláštní třídě lze požadovat též tzv. smluvní (lékařský) honorář [srov. § 45a zákona o nemocnicích pro zemi Vídeň (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 – Wr. KAG)]. Totéž platí, pokud jde o honorář za laboratorní nebo konziliární vyšetření, rtg nebo jiné fyzikální výkony a za činnost zvláštních odborných lékařů, jako například za anesteziologii a intenzivní medicínu. Jedná se tedy o výkon v režimu soukromé smlouvy. Na ošetroujícího lékaře pak připadá část smluvního honoráře (ne méně než 40 %). Nemocnice dále vybírá tzv. „příspěvky na náklady“. Zde jsou rovněž stanoveny výjimky, tj. některé osoby toto neplatí či mají sazbu sníženou (s ohledem na výši příjmu – např. pokud příjem pacienta nepřesahuje cca 900 €). Úhrady za péči a příp. zvláštní poplatky jsou zveřejněny v zemské sbírce zákonů (ve věstníku) zemskou vládou, a to formou nařízení. Nemocnice vyúčtuje pacientovi poplatky poslední den před propuštěním, teprve po uplynutí šesti týdnů ode dne splatnosti účtu mohou být vyúčtovány zákonné úroky z prodlení – počítá se s oslabeností pacienta po propuštění z nemocnice a dává se mu tak čas na pozdější zaplacení, teprve poté se uplatní zákonem regulované úroky. Proti vyúčtování plateb může osoba podat do dvou týdnů od vystavení účtu – písemně nebo ústně námitky. O námitce rozhoduje magistrát jako oblastní správní úřad. Pro určité skupiny obyvatel existují v placení spoluúčasti výjimky. Spoluúčast se běžně vyžaduje u zubních lékařů, nesmluvních lékařů, terapeutů, psychologů a podobně. Některé výkony či prostředky (například zubní můstky) si pacient hradí sám v plné výši.

21. V Polsku (viz IMPROVING THE HEALTH-CARE SYSTEM IN POLAND, dokument OECD č. JT03321394 z 10. 5. 2012) je přístup k základní péči zajištěn bez omezení na základě všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní péče není rozdělována na standardní a nadstandardní. Většina základní péče, bez ohledu na vlastnické postavení poskytovatele, je stále hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Polsko věnuje na systém zdravotní péče 7,4 % HDP. Podíl soukromě vlastněných zařízení ambulantní péče se zvýšil ze 42 % v roce 2000 na 82 % v roce 2009 a zvyšuje se celkové využití ambulantní péče. Polsko patří k zemím OECD, které mají vysoký podíl přímých plateb (léky, úhrady za lékařskou péči specializovaných lékařů v soukromých zařízeních, platby u zubního lékaře, předplacené balíčky lékařských služeb placené zaměstnavatelem pro zaměstnance). Všechny tyto

služby jsou formálně placeny samostatně, protože neexistuje soukromé pojištění, ačkoliv diskuse o potřebě zavést soukromé zdravotní pojištění probíhá v Polsku nejméně deset let. Národní fond zdraví (dále jen „NFZ“) je nezisková organizace, jejímž primárním úkolem je poskytovat přístup ke službám veřejného pojištění v oblasti zdravotní péče. Poskytovatelům služeb je zajištěno rovné zacházení. NFZ je plně odpovědný za vyhodnocení potřeb a za kontrolu sjednaných lékařských služeb. Kromě smluvních služeb NFZ také financuje vybrané programy pro veřejné zdraví, předpisy léků v ambulantní péči, experimentální programy, rehabilitaci a lázeňskou léčbu a dlouhodobou péči. Od roku 2008 se seznam rozšířil na vysoce specializované léčebné postupy. V roce 2009 byl v právní úpravě poprvé zmíněn tzv. garantovaný balíček služeb zdravotní péče, což je rozsáhlý seznam lékařských služeb pokrytých zdravotním pojištěním s vyloučením takových lékařských výkonů, jako je plastická chirurgie, očkování proti chřipce, operace měnící pohlaví a procedury in-vitro. Poskyvatelé základní péče mají příspěvek za pacienta, zatímco platební schéma za péči specialistů je poplatek za službu. Za pobyt na lůžku v nemocnici se u péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění nepříplácí.

22. Ve Spolkové republice Německo, pokud se týká otázky rozdělení zdravotní péče z hlediska její úhrady na standard a nadstandard, eventuálně toho, zda se rozdělení týká jen „doplňkové“ či „související“ péče, použitých materiálů a pomůcek, anebo rovněž lékařských výkonů jako takových, bylo v této specifické otázce osloveno dopisem Spolkové ministerstvo zdravotnictví (Bundesministerium für Gesundheit). Z obdržené odpovědi vyplývá, že úhrady za poskytnutou nemocniční péči se stanovují především na základě případových paušálů dle systému DRG a dodatečných plateb. Tyto úhrady se poskytují za celkový objem výkonů nutných v rámci jednotlivých případů provést pro zajištění účelné a dostatečné zdravotní péče o pacienta. Jde o tzv. všeobecné nemocniční výkony, do nichž je zahrnuta mimo jiné péče o nemocné, nezbytné operace, pobyt v nemocnici, strava a jiné úkony nemocničního zařízení. Vyžaduje-li to zdravotní indikace, patří sem i léčba primářem. Nemocnice mohou účtovat volitelné – nadstandardní – výkony, což jsou jiné výkony než výkony všeobecné nemocniční péče, pokud bylo dohodnuto jejich samostatné účtování. Pacient si může dále vyžádat, aby léčbu provedl určitý lékař zařízení (Chefarztbehandlung), i když to není dle zdravotní indikace nutné; dohoda o volbě lékaře se vztahuje na všechny lékaře nemocnice, kteří jsou oprávněni vystavovat účty a podílejí se na léčbě pacienta. Od všech lékařů, kteří se podíleli na léčbě, obdrží pacient samostatné faktury, které musí uhradit k normální úhradě nemocničního pobytu v rámci systému všeobecných nemocničních výkonů. Účtované částky se snižují o 25 % odpovídajících zápočtu podílu odměny za lékařské ošetření v sazbách za ošetrovací den. Jako nadstandardní službu lze sjednat pobyt v nemocnici na jednolůžkovém či dvoulůžkovém pokoji. Ústavní soud dále zjistil, že z ustanovení § 2 páté knihy sociálního zákoníku, který upravuje zákonné zdravotní pojištění (Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung, dále též jen „SGB V“), vyplývá, že zdravotní pojišťovny hradí pojištěncům zdravotní péči s ohledem na zásadu hospodárnosti (§ 12 SGB V), přičemž současně kvalita a účinnost zdravotní péče musí odpovídat všeobecně uznávanému stavu lékařského poznání a musí zohledňovat medicínský pokrok (§ 2 SGB V *in fine*). Míra spoluúčasti pacienta na úhradách jiných než všeobecných nemocničních výkonů závisí do značné míry na tom, jaký typ privátního zdravotního pojištění, jichž je v Německu pestrá nabídka, si sjedná. Pokud se týká regulačního poplatku (doplatku – Zuzahlung) za hospitalizaci, ten je stanoven ve výši 10 € za kalendářní den, maximálně je však vybírán za dobu 28 dnů hospitalizace v kalendářním roce – viz § 61 SGB V. Dalšími regulačními poplatky jsou pak doplatek za recept, poplatek za rehabilitaci, poplatky za převoz sanitkou apod. Obdobně jako v české právní úpravě jsou stanoveny maximální limity pro vybírané poplatky a různá osvobození (např. pro dlouhodobě nezaměstnané v režimu Hartz IV atd.). Regulační poplatek za návštěvu praktického lékaře, stomatologa, ambulantního specialisty, psychologa (tzv. Praxisgebühr), který byl stanoven ve výši 10 € za kalendářní čtvrtletí a byl příjmem zdravotní pojišťovny, byl spolkovým zákonodárcem zrušen k 31. 12. 2012. Pro zajímavost je možné uvést to, že Spolkový sociální soud (Bundessozialgericht, BSG) v roce 2009 dopěl k závěru, že tento regulační poplatek nezasahuje do ústavně garantovaných práv pacientů (viz rozsudek ze dne 25. 6. 2009 sp. zn. B 3 KR 3/08 R).

23. Z opatřených podkladů (zejména materiál ze dne: 6. 11. 2012, autor: Petr Gola, dostupný na <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich>) dále vyplývá, že v Evropě se poplatek za hospitalizaci pohybuje v následujících relacích:

Belgie – Základní spoluúčast pacientů se zdravotním pojištěním ve státní nemocnici činí 14,71 € za den. Dále je potřeba zaplatit přijímací poplatek ve výši 42 €.

Bulharsko – Zdravotně pojištění občané platí za každý den hospitalizace 2 % z minimální mzdy. V současné době činí minimální měsíční mzda 270 BGN (138 €). Spoluúčast za den tak činí 2,76 € za den.

Estonsko – Výše spoluúčasti u hospitalizace se liší dle jednotlivých zdravotnických zařízení. Nejvíce však činí 1,60 € denně.

Francie – Základní hospitalizační poplatek činí 18 € za den (13,50 € v psychiatrickém zařízení).

Lotyšsko – Výše příspěvku pacienta se liší dle typu nemocnice a léčby. Příspěvek se pohybuje od 9 LVL (14 €).

Lucembursko – Hospitalizační poplatek činí 19,62 € za den.

Německo – Základní spoluúčast pacientů se zdravotním pojištěním činí 10 € za každý den hospitalizace.

Rakousko – Výše příspěvku pacienta se liší dle typu nemocnice a spolkové země. Pohybuje se okolo 10 € za den hospitalizace.

Švédsko – Výše spoluúčasti u hospitalizace se liší dle jednotlivých zdravotnických zařízení. Nejvíce však činí 80 SEK (8,94 €) denně.

Švýcarsko – Pacienti ve státních nemocnicích hradí příspěvek na náklady a ubytování 15 CHF (12 €) denně.

II. D)

Replika k vyjádřením a stanoviskům

24. Navrhovatelé podali k postoupeným vyjádřením a stanoviskům repliku, v níž polemizují zejména s jednotlivými argumenty Ministerstva zdravotnictví. Opakují kritiku důvodové zprávy, která je podle nich zcela nevyhovující. Ministerstvo ani ve vyjádření nijak nevyvrátilo, že v zákoně chybí meze základní a ekonomicky náročnější varianty péče, formulace napadených ustanovení činí rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění závislým na ministerské vyhlášce. Ani v zákoně zakotvená podmínka stejného terapeutického účinku nemůže založit pravomoc ministerstva arbitrárně určovat, která péče takový účinek má, a která již nikoliv. Předestřená představa ministerstva o praktické aplikaci napadené úpravy nemá v zákoně žádnou oporu. Optimální varianta péče nebude hrazena z veřejného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem v závislosti na zdravotním stavu pacienta, ale ryze podle toho, zda bude či nebude označena za ekonomicky náročnější variantu v podzákonném předpise. Taktéž ze znění zákona o veřejném zdravotním pojištění nevyplývá, že ekonomicky náročnější varianta, označená tak vyhláškou, by mohla být ad hoc v případě konkrétního pojištěnce variantou základní dle momentálního medicínského hlediska, jde spíše o dezinterpretaci ministerstva. Nepřílehavý je rovněž poukaz na dosavadní praxi, neboť zdravotní péče, kterou si pojištěnec hradí sám, je na rozdíl od napadené úpravy stanovena přímo zákonem. Je-li v případě navýšení poplatku jediným ukazatelem částka denních nákladů na spotřebu 10 % nejchudších domácností v roce 2010, svědčí to spíše proti zvýšení poplatku, neboť je v civilizované zemi nepřijatelné, aby poplatek na jediný den lůžkové péče převyšoval veškeré výdaje zohledňované pro výpočet denní spotřeby nejchudších domácností. Stran sankcí ukládaných poskytovateli zdravotních služeb navrhovatelé připomínají, že nikterak nezpochybňovali možnost pověřit osobu soukromého práva výkonem veřejné správy, ale kritizovali absenci zákonných mezí volné úvahy zdravotní pojišťovny o výši a možnosti opakovaného ukládání pokut, neadekvátní nastavení horního limitu a nepřiměřené zvýšení horní hranice pokuty za nevybírání regulačních poplatků. K vyjádření Svazu zdravotních pojišťoven navrhovatelé zejména konstatují, že adorovaná možnost pacienta si za péči připlatit nemá nic společného s konceptem práva na bezplatnou zdravotní péči a na hrazené zdravotní pomůcky založeného Listinou. Vyjadřují obavu, že napadená úprava se bude realizovat v duchu trendu posledních let, kdy čím více si pojištěnci připlácejí, tím je rozsah hrazené péče užší. Relevantní ve vztahu k výhradám proti navýšení regulačního poplatku pak nemůže být poukaz na zrušení poplatku za položku na receptu, což nemá pro pojištěnce čerpajícího lůžkovou zdravotní péči praktický význam. Podstatné zde je, že poplatek není omezen žádným limitem a vztahuje se i na děti mladší 18 let věku. Rozhodně navrhovatelé nesouhlasí s postojem Všeobecné zdravotní pojišťovny, která návrh v části týkající se variant péče odmítá jako

účelový a nesprávný, a s tím, že seznam zdravotních výkonů pouze označuje výkony, které jako hrazené do výše nejlevnější alternativy označil již zákon. Navrhovatelé trvají na tom, že zákon sám žádné výkony neoznačuje, činí tak až předpis podzákonný, což považují za deficit ústavnosti. Odmítají rovněž tvrzení pojišťovny, že navýšení poplatku za poskytování lůžkové péče si vyžádala praxe, neboť dosavadní výše 60 Kč neměla dostatečně demotivující účinek a nevedla ke kýženému cíli, tedy redukovat nadužívání lůžkové péče. Navrhovatelé nesouhlasí s výchozí premisou, že pojištěnci si pobyt na lůžku záměrně svévolně prodlužují, podle nich naopak poplatek žádnou regulační funkci nemá. Pojišťovně v této souvislosti vytýkají, že ke svým tvrzením nedodala žádné empirické údaje (jimiž nepochybně disponuje). Navrhovatelé upozorňují, že předložili návrh zákona (sněmovní tisk č. 979), který by zrušil poplatek za lůžko u dětí do 18 let věku. Vláda s tím sice pod záminkou legislativních nedostatků vyslovila nesouhlas, nicméně sdělila, že v obecné rovině tento záměr sdílí. Se stanoviskem České lékařské komory se navrhovatelé ztotožňují v té části, kde je napadené právní úpravě vytýkána neústavnost. Naopak nesouhlasí s názorem, že je v pořádku, pokud zákon umožňuje při stejném terapeutickém účinku nabídnout pacientovi komfortnější provedení některých výkonů či komfortnější pomůcku za příplatek. V intencích čl. 31 Listiny totiž nemůže být péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění prosta komfortnějšího provedení či komfortnějších pomůcek. Prezentovaný názor jde proti žádoucímu trendu, když komfortnější provedení výkonů a komfortnější zdravotní pomůcky jsou jen pro ty, co si mohou dovolit za ně připlatit, nikoliv pro všechny pojištěnce. Problematická je i podmínka stejného terapeutického účinku, když je ponecháno na volné úvaze ministra, která péče takový účinek má, a která nikoliv. Navrhovatelé rovněž odmítají názor České lékařské komory, že zvýšení poplatku za poskytování lůžkové péče odpovídá navýšení nákladů, k němuž za poslední roky došlo. Konečně s argumenty Svazu pacientů České republiky a Národní rady osob se zdravotním postižením se navrhovatelé plně ztotožňují a zdůrazňují jejich závažnost.

III.

Dikce napadených ustanovení

A) Právní úprava vymezení zdravotní péče, která se poskytuje v základní variantě a ekonomicky náročnější variantě

25. Ustanovení:

§ 11 odst. 1 písm. f): Pojištěnec má právo vybrat si variantu poskytnutí zdravotních služeb podle § 13,

§ 12 písm. n): Pojištěnec je povinen uhradit poskytovateli, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní služby, rozdíl mezi cenou poskytnutých zdravotních služeb a výší úhrady ze zdravotního pojištění podle § 13.

§ 13 odst. 3 až 7:

(3) Pokud lze zdravotní služby uvedené v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotních služeb, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotních služeb podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě.

(4) Za ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb lze považovat pouze zdravotní služby, které jsou takto označeny v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.

(5) Před poskytnutím zdravotních služeb, které lze poskytnout jak v základní variantě, tak i v ekonomicky náročnější variantě, je poskytovatel povinen pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku poskytovatele, a výší úhrady zdravotních služeb v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem. Postup podle věty první se nepoužije,

není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotních služeb musí být poskytovatelem zveřejněn v prostorách zdravotnického zařízení na veřejnosti přístupném místě a dále způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(6) Poskytovatel je v případech uvedených v odstavci 5 povinen do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotních služeb v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotních služeb i v ekonomicky náročnější variantě. Součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci je vyslovení souhlasu pojištěnce s poskytnutím zdravotních služeb v základní variantě, nebo s poskytnutím zdravotních služeb v ekonomicky náročnější variantě, pokud se pojištěnec pro takovou variantu rozhodl; v takovém případě je součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výši úhrady zdravotních služeb v základní variantě. Takto vyslovený souhlas podepíše pojištěnec a ošetřující lékař; pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce.

(7) Poskytovatelé nesmí při poskytování zdravotních služeb upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.

§ 17 odst. 4: Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s označením variant zdravotní péče podle § 13.

B) Zvýšení regulačního poplatku za poskytnutou lůžkovou péči z 60 Kč na 100 Kč/den

26. Ustanovení § 16a odst. 1 písm. f):

(1) Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen v souvislosti s poskytováním hrazených služeb hradit poskytovateli, který hrazené služby poskytl, regulační poplatek ve výši (...)

f) 100 Kč za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, přičemž se den, ve kterém byl pojištěnec přijat k poskytování takové péče, a den, ve kterém bylo poskytování takové péče ukončeno, počítá jako jeden den; to platí i pro pobyt průvodce dítěte, je-li podle § 25 hrazen ze zdravotního pojištění. Povinnosti vyplývající z jiných zákonů tím nejsou dotčeny.

C) Oprávnění zdravotních pojišťoven postihovat poskytovatele zdravotní péče za porušení některých ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění

27. Ustanovení:

§ 32 odst. 5: Při zjištění opakovaného porušení povinnosti podle odstavce 4 je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 44 odst. 5: Za opakované porušení povinnosti stanovené pro poskytovatele v § 11 odst. 1 písm. d) uloží příslušná zdravotní pojišťovna poskytovateli pokutu až do výše 1 000 000 Kč; při určení výše pokuty se přihlídně k závažnosti porušení povinnosti, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž bylo spácháno; pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo; opakované uložení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2.

§ 44 odst. 6: Pokuta uložená podle odstavců 1 až 5 je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

§ 13 odst. 8: Za opakované porušení povinnosti podle odstavců 6 až 7 příslušná zdravotní pojišťovna uloží poskytovateli pokutu do 1 000 000 Kč. Při určení výše pokuty se přihlédne k závažnosti porušení povinnosti, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž bylo spácháno. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila. Opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2. Poskytovatel za porušení povinnosti neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložil veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránil.

§ 16a odst. 9 až 11:

(9) Poskytovatel je povinen regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 až 4. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

(10) Poskytovatel nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazených služeb, které podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhají. Při zjištění opakovaného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto poskytovateli uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.

(11) Opakované udělení pokuty poskytovateli podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2.

IV.

Podmínky aktivní legitimace navrhovatele

28. Návrh na zrušení označených ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění byl podán skupinou jedenapadesáti poslanců Parlamentu České republiky, a tedy v souladu s podmínkami obsaženými v ustanovení § 64 odst. 1 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu. V předmětné věci lze tudíž konstatovat naplnění podmínek aktivní legitimace na straně navrhovatele.

V.

Ústavní konformita legislativního procesu

29. Ústavní soud je v souladu s ustanovením § 68 odst. 1 zákona o Ústavním soudu v řízení o kontrole zákonů nebo jiných právních předpisů povinen posoudit, zda napadený právní předpis byl přijat a vydán ústavně předepsaným způsobem.

30. Znění napadené právní úpravy bylo do zákona o veřejném zdravotním pojištění vtěleno zákonem č. 298/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, jímž došlo k obsahovým změnám, a zákonem č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony; ten však ve znění napadené úpravy mění pouze dosavadní terminologii. Návrh novely (později publikované pod č. 298/2011 Sb.) zákona o veřejném zdravotním pojištění předložila Poslanecké sněmovně vláda České republiky dne 13. 4. 2011 (sněmovní tisk 325). Usnesením č. 592 dne 21. 6. 2011 dolní komora návrh schválila většinou 105 poslanců ze 180 přítomných, proti návrhu hlasovalo 73 poslanců.

31. Senát postoupený návrh (postoupení dne 30. 6. 2011) projednal dne 21. 7. 2011 a v usnesení č. 281 se většina 48 ze 75 přítomných senátorů vyslovila pro jeho zamítnutí. Poslanecká sněmovna Senátem zamítnutý návrh zákona projednala dne 6. 9. 2011 (usnesení č. 668) a návrh zákona schválila většinou 103 poslanců ze 177 přítomných. Proti hlasovalo 68 poslanců. Prezidentu republiky byl zákon doručen dne 15. 9. 2011 a dne 29. 9. 2011 jej podepsal.

32. Ústavní soud konstatuje, že k přijetí a vydání právních předpisů, které jsou předmětem přezkumu, došlo předepsaným způsobem.

VI. Vlastní přezkum

33. Po zjištění, že napadená právní úprava obstála testování z hlediska ústavnosti procedury jejího přijetí, bylo možno se zabývat vlastním obsahem napadených ustanovení. Odůvodnění je koncipováno v témže duchu jako návrh, postupně se tedy zabývá ústavností nejprve rozdělení zdravotní péče, respektive zdravotních služeb na variantu základní a ekonomicky náročnější, poté navýšení poplatku za poskytování lůžkové péče a nakonec oprávněním zdravotních pojišťoven sankcionovat za vymezená jednání poskytovatele zdravotních služeb.

A) Varianty zdravotních služeb z hlediska jejich úhrady ze zdravotního pojištění

34. Jak bylo shora popsáno, navrhovatelé spatřují protiústavnost právní úpravy jednak ve způsobu jejího vymezení, tedy ve formulaci (či absenci) podmínek a kritérií variant zdravotní péče z hlediska její úhrady z prostředků zdravotního pojištění, a jednak ve formě, jakou to bylo učiněno. První okruh námitek tak zpochybňuje vůbec samotnou možnost, aby zákonodárce zdravotní péči dělil podle toho, zda si za ni pacient má připlácet či nikoliv. Je proto žádoucí se v dalších úvahách odrazit od zodpovězení této základní otázky, tedy zda samotné rozdělení zdravotní péče (mající v kontextu zkoumané úpravy stejný terapeutický účinek) dle kritéria jejího hrazení z prostředků veřejného pojištění český ústavní pořádek umožňuje či nikoliv.

35. Určujícím je pro to obsah čl. 31 Listiny. Ten zaručuje každému právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Jde o to, zda toto ustanovení Listiny představující právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění zahrnuje bez dalšího veškerou dostupnou a v úvahu přicházející péči a pomůcky a zda současně vylučuje možnost vydělit určitou část péče jako nadstandardní a vyvést ji z režimu úhrady z veřejného pojištění, přesněji úhrady úplné.

36. Podle čl. 89 odst. 2 Ústavy České republiky (dále jen „Ústava“) jsou vykonatelná rozhodnutí Ústavního soudu závazná pro všechny orgány i osoby. Obsahem práva na bezplatnou zdravotní péči se Ústavní soud v minulosti již opakovaně zabýval. Podstatná jsou v tomto směru tři jeho rozhodnutí: nález sp. zn. Pl. ÚS 35/95 (č. 206/1996 Sb.; N 64/5 SbNU 487), nález sp. zn. Pl. ÚS 14/02 (č. 207/2003 Sb.; N 82/30 SbNU 263) a nález sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (č. 251/2008 Sb.; N 91/49 SbNU 273). Ústavní soud se v nich krom posouzení merita vyjádřil i k širším souvislostem financování zdravotní péče. S ohledem na závaznost nosných částí odůvodnění musel z těchto rozhodnutí vycházet Ústavní soud i nyní.

37. Možnost rozdělení zdravotní péče na standardní, tedy hrazenou z veřejného pojištění, a nadstandardní, tedy částečně či úplně hrazenou pacientem, Ústavní soud připustil již v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95, kde se zabýval ústavností zákonných ustanovení rámcově vymezujících rozsah zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a podzákonných předpisů stanovících konkrétní okruh této péče. V odůvodnění nálezu totiž – terminologií nyní napadeného zákona – s variantami péče imanentně počítá, ačkoliv se soustředil na podstatu případu, a to legislativní formu právní úpravy:

„Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu byla ponechána na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“ Ještě silněji se vyslovil v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02, jímž řešil otázku souladnosti zákazu daného zdravotnickým zařízením a zdravotnickým pracovníkům přijímat od pojištěnců jakoukoliv úhradu za péči toliko související s poskytnutou péčí hrazenou z veřejného pojištění, když konstatoval: „Ze znění zákona však současně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla“; s touto interpretací výslovně souhlasila i skupina sedmi disentujících soudců. Stejná věta pak byla citována rovněž ve většinovém stanovisku pléna v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (bod 125), kde bylo dále konstatováno, že „... formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti“. Soudce Jiří Nykodým ve svém odlišném stanovisku uvedl: „Vůbec nechci tvrdit, že veškerá zdravotní péče musí být poskytována bezplatně. ... Zákonem je možné stanovit, které úkony lékařské péče jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny plně, které částečně a které vůbec ne, stejně jako je tomu u úhrady léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely. Současně ale musí být vytvořena možnost dobrovolného pojištění, ze kterého by bylo možné hradit náklady na léčbu, které nebudou z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny. Okolnost, že stát přinejmenším od roku 1995 nebyl schopen připravit zákon, který by určil zdravotní péči plně nebo částečně hrazenou ze zdravotního pojištění, a tím i vymezil péči z těchto prostředků vůbec nehrazenou, tak aby rozpočet veřejného zdravotního pojištění byl vyrovnaný, ačkoliv po celou řadu let je zřejmé, že výdaje jsou vyšší než příjmy, nemůže být důvodem k porušení ústavního pořádku. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/93 vymezil možnosti této zákonné úpravy tak, že podmíněnost tohoto práva zákonem neznamená, že zákonem lze bezplatnost vyloučit zcela. Zákon může stanovit, co je bezplatné a co již bezplatné není.“ K jeho disentu se přihlásil i soudce Vojen Güttler. Přímou úhradu služeb připustil, byť opatrnější formulací, ve svém odlišném stanovisku také soudce Pavel Holländer: „Rovněž si lze ve vztahu k čl. 31 Listiny představit přímou úhradu služeb (a to opět s možností smluvního pojištění), jež nejsou bezprostřední součástí zdravotní péče.“

38. Listina zahrnuje ustanovení o základních právech, která jsou co do normativního obsahu odlišná. V první řadě jsou to základní lidská práva, která vyvěrají přímo z lidského bytí, a pouze tato skutečnost je základem vymezení jejich ústavního obsahu a rozsahu. Jedná se o hodnoty, které obsahují základní práva pro uchování integrity člověka a zajištění jeho důstojnosti, jako jsou např. právo na život, nedotknutelnost osoby a osobní svoboda. Takováto práva jsou nezadatelná, nezcizitelná, neproměnitelná a nezrušitelná (čl. 1 Listiny). Jejich meze mohou být upraveny za podmínek stanovených Listinou a pouze zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny).

39. Naproti tomu práva a svobody obsažené v hlavě čtvrté jako „Hospodářská, sociální a kulturní práva“ vyžadují ke své realizaci součinnosti dalších faktorů; nepůsobí bezprostředně jako práva výše zmíněná. U pojednávaného čl. 31 Listiny je tento fakt výslovně vyjádřen větou druhou. Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je tu zúženo na rozsah veřejného pojištění, a je tedy podmíněno úhradou pojistných částek a objemem prostředků takto vytvořených a připravených k redistribuci. Veškerá práva obsažená v hlavě čtvrté jsou závislá na dosažené hospodářské a sociální úrovni státu a s tím spojené výši životní úrovně. Toto právo spadá pod režim čl. 4 odst. 1 Listiny, kdy povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona a v jeho mezích a jen při zachování základních lidských práv.

40. Reálné naplnění proklamovaného práva na zdravotní péči a zdravotní pomůcky, které budou skutečně účinné a budou odpovídat moderním trendům v medicíně, je podmíněno v první řadě odpovídajícím finančním zázemím. Faktem všeobecně známým je, že – a není to míněno v negativním smyslu slova – finanční potřeby zdravotnictví neustále rostou. Pokroku, výzkumu a technologickým

možnostem oboru tempo růstu hospodářství a s ním svázaného objemu zdrojů veřejného zdravotního pojištění nestačí. Ministerstvo zdravotnictví jako orgán zodpovědný za stabilitu rezortu proto logicky hledá cesty, jak získat pro financování zdravotní péče (či zdravotních služeb) další prostředky. Zvyšování podílu přímých plateb pacientů je jednou z nich.

41. Tato možnost není vyloučena ani tím, že ústavodárce do čl. 31 Listiny výslovně zavedl bezplatnost. Pojem „bezplatnost“ z hlediska hlavy čtvrté Listiny, upravující hospodářská, sociální a kulturní práva, již Ústavní soud rovněž vyložil. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/93 (č. 49/1994 Sb.; N 7/1 SbNU 51) se zabýval návrhem na zrušení ustanovení článku I zákona č. 190/1993 Sb., jímž bylo novelizováno ustanovení § 4 odst. 1 zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Tímto článkem se v § 4 odst. 1 zákona č. 29/1984 Sb., věta „Výchova a vzdělávání jsou bezplatné“, nahrazovala větou „Ve školách, které jsou součástí soustavy základních a středních škol, mají občané právo na bezplatné vzdělání, nestanoví-li zákon jinak“. Ústavní soud rušil toto ustanovení v části „nestanoví-li zákon jinak“, přičemž jako hlavní důvod uvedl, že i když podle čl. 41 odst. 1 Listiny práva uvedeného v čl. 33 odst. 2 Listiny, tj. práva na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, se lze domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí, lze sotva mít za to, že s šetřením mezi základních práv a svobod by ještě byla slučitelná zákonnou výjimkou zpochybněná nepodmíněnost práva na bezplatné základní a středoškolské vzdělání. V na to navazujícím nálezu sp. zn. Pl. ÚS 25/94 ze dne 13. 6. 1995 (N 31/3 SbNU 233; 165/1995 Sb.) se Ústavní soud zabýval návrhem na zrušení nařízení vlády č. 15/1994 Sb., o bezplatném poskytování učebnic, učebních textů a základních školních potřeb. Tímto nařízením vláda stanovila rozsah, ve kterém se žákům poskytují bezplatně učebnice, učební texty a základní školní potřeby. Tento návrh zamítl a v odůvodnění uvedl, že bezplatnost vzdělání nemůže spočívat v tom, že stát ponese veškeré náklady, které občanům v souvislosti s realizací práva na vzdělání vzniknou. Stát tedy může požadovat úhradu části nákladů v souvislosti s realizací práva na vzdělání a vláda má k takovému postupu bezpochyby oprávnění. To v žádném případě nezpochybňuje principy bezplatného vzdělání na základních a středních školách. Těmito dvěma nálezy Ústavní soud vymezil pojem bezplatnosti v obecné rovině tak, že podmíněnost práva obsaženého v Listině zákonem neznamená, že zákonem lze bezplatnost vyloučit zcela. Zákon může stanovit, co je bezplatné a co již bezplatné není.

42. Z pohledu Ústavního soudu je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny nebyl zákonem fakticky vyprazdňován. V jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní. Jak bylo řečeno v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02: „z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, „levnější“, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, „dražší“, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu „lepších“ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění“. Je nutno konstatovat, že stávající právní úprava takové obavy sice zásadně nebudí, neboť zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13 odst. 1 vymezuje kvalitativní podmínky zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění shodně pro obě varianty péče tak, že a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Na druhé straně nelze vyloučit, že při více možnostech léčby, z nichž každá splňuje shora uvedené parametry, může být dražší postup vhodnější než levnější s ohledem na individuální podmínky konkrétního pacienta. V takovém případě musí být dána ošetřujícímu lékaři možnost rozhodnout v zájmu ochrany života a zdraví pacienta o vhodnosti použití ekonomicky dražší varianty, která při splnění stanovených podmínek bude i tak plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pacient se nemůže dostat do situace, k níž stávající úprava svádí: bude poučen o základním a ekonomicky náročnějším léčebném postupu, přičemž ošetřující lékař jej seznámí s tím, že mu bude plně uhrazen ze zdravotního pojištění pouze léčebný zákrok v základní variantě, ale současně, s ohledem na jeho specifické podmínky, do-

poručován jako pro něho vhodnější léčebný postup ve variantě ekonomicky náročnější. Je tedy třeba stanovit zákonem hranice mezi informováním o základní variantě a ekonomicky náročnější variantě či variantách a doporučením k použití jedné z možných variant léčebného postupu. Pokud se ošetřující lékař rozhodne doporučit pro konkrétní diagnózu ekonomicky náročnější variantu, může tak učinit jedinečně za té podmínky, že bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nelze přehlížet, že pacient je slabší stranou při sjednávání podmínek léčebného postupu, a poskytuje-li právní úprava ochranu spotřebiteli v oblasti závazkových právních vztahů majících materiální podstatu, tím spíše musí právní úprava poskytovat ochranu pacientovi, kde jde o hodnoty podstatnější. Příkladem takové situace mohou být pacienti s přidruženými chorobami, u kterých by základní varianta výkonu znamenala zvýšené riziko komplikací, eventuálně ohrožení života, a proto je u nich nutno ekonomicky náročnější výkon považovat za výkon základní v zájmu ochrany zdraví konkrétního pacienta. V takovém případě je vyloučeno, aby tento, vzhledem k individuálním podmínkám pacienta vhodnější výkon nebyl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

43. Shora uvedené argumenty tak vedou Ústavní soud k dílčímu závěru, že samotné rozdělení zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, z veřejného pojištění plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější je v souladu s naším ústavním pořádkem. Důležité také je, že obdobně k této problematice přistupují i země Evropské unie. Inspiraativní je rovněž shora citovaný závěr Ústavního soudu Slovenské republiky obsažený v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 38/03 (č. 396/2004 Z. z.), podle něhož bezplatná péče podle čl. 40 Ústavy Slovenské republiky (při analogickém znění čl. 40 slovenské Ústavy a čl. 31 české Listiny) má svůj rozsah a neznamena to, že veškerá péče se poskytuje bezplatně.

44. Bylo řečeno, že hospodářská, sociální a kulturní práva, mezi něž patří i právo na bezplatnou zdravotní péči dle čl. 31 Listiny, jsou konkretizována výslovně až příslušným zákonem a teprve na jeho základě (v jeho mezích) je možné se těchto práv a svobod domáhat (čl. 41 odst. 1 Listiny). Na druhou stranu to musí být zákon, nestačí právní předpis podzákoný. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 to Ústavní soud formuloval naprosto jednoznačně: „Právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného pojištění a za podmínek blíže vymezených zákonem. Jestliže tedy tyto podmínky mohou být upraveny pouze zákonem, je zcela nezbytné, aby i rozsah a způsob jejich poskytování byl vymezen stejným legislativním režimem. Jiná než zákonná úprava by byla porušením Listiny, a tedy i ústavnosti. Nelze připustit, aby vymezení rozsahu výše poskytované zdravotní péče za plnou nebo částečnou úhradu bylo ponecháno na úpravě jiným než zákonným právním předpisům. Tím by se sféra ochrany základních práv a svobod dostala pod pravomoc moci výkonné, která k takovým pravomocím není oprávněna.“ Co do podstaty se stejně vyslovil i v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 14/02: „Má-li se veřejné zdravotní pojištění přibližovat evropskému standardu, bylo by patrně třeba, aby zákon jednoznačně a srozumitelně vymezil možnosti soukromé platby pojištěnců, patrně podobně, jako je tomu ve vyspělých evropských státech, Německu, Švýcarsku aj.“ Pro další přezkum je tento výklad určující a bude zkoumáno, zda zákonodárce kromě vlastního rozdělení zdravotní péče a zdravotních pomůcek do variant skutečně vymezil samotným zákonem i rozsah a způsob jejich poskytování v rámci jednotlivých variant, anebo to fakticky zůstalo až na prováděcí ministerské vyhlášce.

45. Exekutivě je v podmínkách moderního (regulačního) státu přiznávána vlastní normotvorná činnost. Aby ta mohla být považována za ústavně konformní a nelibovolný výkon moci, musí mít vždy pro svou normotvorbu meze stanoveny zákonem. Ministerstva a jiné správní úřady mohou dle čl. 79 odst. 3 Ústavy na základě zákona, v jeho mezích a toliko, jsou-li k tomu zákonem zmocněny, vydávat právní předpisy. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 45/2000 ze dne 14. 2. 2001 (N 30/21 SbNU 261; 96/2001 Sb.) Ústavní soud uvedl: „Lze tedy shrnout, že ústavní vymezení odvozené normotvorby exekutivy spočívá na následujících zásadách: (a) nařízení musí být vydáno oprávněným subjektem, (b) nařízení nemůže zasahovat do věcí vyhrazených zákonu (nemůže tedy stanovit primární práva a povinnosti) a (c) musí být zřejmá vůle zákonodárce k úpravě nad zákonný standard (musí být tedy otevřen prostor pro sféru nařízení).“ Prováděcí vyhláškou jakožto dalším případem odvozené normotvorby se zabýval v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 23/02 ze dne 30. 6. 2004 (N 89/33 SbNU 353; 476/2004 Sb.), kde uvedl, že „pro zabezpečení efektivního výkonu veřejné správy je vhodné ponechat úpravu

podrobností podzákonnému právnímu předpisu, který lze operativněji měnit. Proto i ústavní pořádek České republiky dovoluje zákonodárci, aby za určitých podmínek zmocnil výkonné orgány k vydávání podzákonných právních předpisů. Zmocnění ovšem musí být výslovné a obsah podzákonného předpisu musí být v souladu se zákonem, který provádí, musí tedy být vydán na jeho základě a v jeho mezích. Pokud však Parlament rezignuje na stanovení příslušného rámce a blanketně zmocní exekutivu k tomu, aby stanovila, co je právo, jaká jsou práva a povinnosti osob nebo jaké jsou pravomoci a povinnosti správních úřadů, pak porušuje zásadu omezené delegace normotvorby, a porušuje tak i principy dělby moci, stanovené mj. v čl. 2 odst. 1 Ústavy. Omezení delegace normotvorby je jedním z tradičních a klíčových aspektů dělby moci a systému brzd a vzájemných vyvážení, na nichž je postaven i ústavní pořádek České republiky. Zákonodárce v systému dělby moci zásadně nemůže přenést svou pravomoc na jiný subjekt, svěřit ji do jiných rukou (...). Podle judikatury Ústavního soudu nemusí být každá povinnost stanovena zákonem, neboť požadavek, aby jakákoliv povinnost byla stanovena přímo a výhradně zákonem, by „zjevně vedl k absurdním důsledkům, a to k popření smyslu sekundární normotvorby, jelikož pojmovou součástí každé právní normy je vymezení určitých práv a povinností adresátů normy“ (srov. nálezy č. 410/2001 Sb.). Podzákonný předpis se však musí vždy pohybovat v mezích zákona, které jsou buď výslovně vymezeny anebo vyplývají ze smyslu a účelu zákona. Na základě zákonného zmocnění má prováděcí předpis konkretizovat problematiku upravenou v základních rysech již samotným zákonem, ale nikdy nesmí jít mimo zákon.“ V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 ze dne 21. 6. 2000 (N 93/18 SbNU 287; 231/2000 Sb.) pak Ústavní soud konstatoval, že čl. 79 odst. 3 Ústavy je třeba interpretovat restriktivně, což znamená, že zmocnění k vydávání podzákonných právních předpisů musí být konkrétní, jednoznačné a jasné.

46. K oprávnění exekutivy při realizaci (příp. regulaci a s tím související možnosti omezení) základních práv obsažených v hlavě IV Listiny se Ústavní soud vyslovil již opakovaně. Ve výše zmíněném nálezu sp. zn. Pl. ÚS 45/2000 se zabýval základním právem podnikat (čl. 26 odst. 1 Listiny), které „nepůsobí sice bezprostředně a lze se ho dovolávat jen v mezích zákonů, na druhé straně však pro jakékoliv limity takového podnikání či činnosti existuje výhraza zákona.“ Tehdy posuzované nařízení vlády přitom obsahovalo řadu ustanovení zasahujících do oblastí svobodného podnikání. Jakkoli Ústavní soud respektoval princip volnějšího vztahu mezi zákonem a nařízením, když za prioritu ústavnosti nařízení považoval jeho soulad se smyslem a účelem zákona jako celku, byl nucen konstatovat, že gramatický, systematický ani logický výklad, a to ani při největší míře extenzivního přístupu, nenasvědčuje tomu, že by od zmíněného ustanovení zákona bylo možné odvodit regulaci výroby, která na zemědělství navazuje, resp. omezit uplatnění vyrobeného zboží na určitém trhu. Jestliže zákonodárce nemůže oblast úpravy vztahů určených pro úpravu zákonem delegovat na moc výkonnou, a tím vlastně rezignovat na svoji zákonodárnou povinnost, tím spíše si výkonná moc nemůže právo na takovou úpravu přisvojit sama, s odvoláním se na zákon, který evidentně má jiný účel a smysl. Napadené nařízení porušilo výhradu zákona a omezilo svobodné podnikání způsobem, jenž zákon nepředpokládá ani rámcově neupravuje. Přistoupil-li Ústavní soud ke zrušení podzákonných předpisů z důvodu, že meze vytvořené zákonodárcem pro legislativní činnost exekutivy jsou neurčité, tím spíše tak musí učinit v oblasti, kde legislativní iniciativu vlády zákon nepředpokládá vůbec. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 5/01 ze dne 16. 10. 2001 (N 149/24 SbNU 79; 410/2001 Sb.) Ústavní soud uvedl, že neplatí, že jakékoliv omezení základního práva zakotveného v čl. 26 odst. 1 Listiny lze provést toliko zákonem (a nikoliv nařízením vlády). Nařízení vlády č. 445/2000 Sb., o stanovení produkčních kvót mléka na léta 2001 až 2005, považoval (až na výjimku jednoho ustanovení) za ústavně konformní, neboť toliko na základě výslovného zákonného zmocnění konkretizovalo problematiku upravenou v základních rysech již samotným zákonem. „Opačný závěr, který by požadoval stanovení jakékoliv povinnosti přímo a výhradně zákonem, by zjevně vedl k absurdním důsledkům, a to k popření smyslu sekundární (a v některých případech i primární) normotvorby, jelikož pojmovou součástí každé právní normy je vymezení určitých práv a povinností adresátů normy.“ Jestliže vláda respektovala příslušné zásady pro vydání napadeného nařízení – na základě výslovného zákonného zmocnění – a toto nařízení svou materií toliko podrobněji konkretizuje citované zákonné zmocnění, tzn. problematiku upravenou v základních rysech již samotným zákonem, nemůže být nařízení protiústavní; meze základních práv a svobod byly v tomto případě stanoveny přímo zákonem (čl. 4 odst. 2 Listiny) a povinnosti z tohoto nařízení vyplývající jsou proto ukládány „na základě zákona a v jeho mezích“ (čl. 4 odst. 1 Listiny). V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 23/02 (viz výše) Ústavní soud zrušil ustanovení zákona č. 109/2002 Sb.,

o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. Zákon v ustanoveních, jejichž zrušení bylo navrženo, zaváděl do českého právního řádu pojem „smluvní rodina“, který však blíže nevymezoval, a jeho ustanovení byla v tomto směru neurčitá. Práva a povinnosti osob a orgánů zúčastněných na tomto institutu a jejich pravomoci by musely být stanoveny vyhláškou ministerstva, aby se tento institut vůbec mohl stát funkčním. Proto byla napadená ustanovení mj. v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy, neboť představovala nepřipustnou delegaci normotvorby na orgán moci výkonné a umožňovala úpravu mezi základních práv a svobod podzákonnou právní normou. Napadená ustanovení zákona byla v rozporu s tímto článkem Ústavy, protože ministerstvo bylo zmocněno k úpravě něčeho, pro co samotný zákon nestanovil žádné meze, co sám vůbec neupravoval. Nejednalo se tedy o provedení zákona, ale o jeho doplnění, neboť prováděcí předpis by institut smluvní rodiny musel přesně vymezit. Chyběla tedy příslušná zákonná úprava, kterou by měla ministerská vyhláška provést. Zákon svou stručností a neurčitostí nedával nutný základní rámec pro zmíněný podzákonný předpis. Napadený zákon se v předmětných ustanoveních ústavních principů podzákonné normotvorby nedržel. Vymezení pojmu smluvní rodiny v zákoně bylo neurčité. Stejně tak neurčité byly podmínky, za nichž lze dítě do smluvní rodiny umístit („ve zvláště odůvodněných případech, vyžaduje-li to zájem dítěte“). Intenzita této neurčitosti byla tak vysoká, že vylučovala možnost stanovení normativního obsahu daných ustanovení pomocí obvyklých interpretačních postupů.

47. Těžiště úpravy variant zdravotních služeb leží v § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. V odstavci 1 tohoto ustanovení (které není navrhováno ke zrušení) je obsažena definice zdravotní služby hrazené ze zdravotního pojištění; takto se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. V odstavci 2 (rovněž nyní nenapadeném) jsou vymezeny okruhy služeb (např. zdravotní péče preventivní, diagnostická, poskytování léčivých přípravků, převoz pojištěnců atd.), které jsou ve stanoveném rozsahu a za stanovených podmínek z veřejného pojištění hrazeny. Rozlišení variant péče je v napadených odstavcích 3 a 4 definováno tak, že lze-li zdravotní služby uvedené v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, pak se v případě, že všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí ta, která je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění, označená jako „základní varianta“. Ostatní způsoby zdravotních služeb splňující tytéž podmínky až na účelné a hospodárné vynakládání zdrojů jsou jakožto „ekonomicky náročnější varianta“ z veřejného pojištění hrazeny jen ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě. Ekonomicky náročnější varianta zdravotních služeb musí být takto označena v prováděcích právních předpisech; dle § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s označením variant zdravotní péče. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.

48. Je tedy otázka, zda touto formulací zákonodárce vyhověl dikci čl. 31 Listiny. Podle Ministerstva zdravotnictví jako předkladatele návrhu zejména první odstavec § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění garantuje, že obě varianty budou splňovat nejvyšší možný standard zdravotní péče odpovídající zdravotnímu stavu a potřebám pacienta. Tedy i varianta základní, která vyhovuje všem kritériím hrazené zdravotní péče včetně stejného terapeutického účinku. Ministerstvo vykládá varianty tak, že nejprve bude vždy důkladně posouzen zdravotní stav pacienta a stanovena optimální varianta péče, která se pro daný případ stane variantou základní. Teprve následně bude zkoumáno, zda pro příslušný léčebný postup neexistuje fakticky i formálně varianta ekonomicky náročnější s tímž terapeutickým účinkem. Bude to taková péče, která pro pacienta již nepřináší zlepšení z hlediska medicínského (má stejný terapeutický účinek), ale jen zvýšené pohodlí či ji pacient subjektivně preferuje. Prvky oběma variantám společné i jejich meze jsou tak dle názoru Ministerstva zdravotnictví zakotveny přímo v zákoně, vyhláška pak jen uživatelsky komfortně provádí jeho ustanovení.

49. S tím lze souhlasit pouze částečně. Je pravda, že obecný základ variant základní a ekonomicky náročnější je obsažen přímo v zákoně. Z pohledu Ústavního soudu je ale podstatné, zda úprava v zákoně sama o sobě, tedy i bez prováděcí vyhlášky, je adresátům dostatečně srozumitelná a zda by byla aplikovatelná. Prováděcí předpis má stanovit již jen její detaily. Napadená úprava variant péče v současné době funguje tak, že kromě výše reprodukováného obecného rámce v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jsou ve vyhlášce, kterou se vydává seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, Ministerstvem zdravotnictví označeny zdravotní výkony, u nichž lze pojištěncům nabízet volbu mezi základní a ekonomicky náročnější variantou. Poskytovatelům zdravotních služeb, pojišťovnám i pojištěncům je tedy teprve z vyhlášky zřejmé, co je základní variantou a za jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a zdravotní materiál je možno či nutno doplácet nad rámec úhrady z veřejného pojištění. Ze zákona samotného to neplyne a nelze to z něj dovodit ani nejvolnější interpretací. Zákon o veřejném zdravotním pojištění tedy udělal pouze první krok k vymezení standardu a nadstandardu (slovy zákona o veřejném zdravotním pojištění základní a ekonomicky náročnější varianty). Druhá, ovšem podstatná část, bez níž je institut neživotaschopný, tedy konkrétní určení toho, co je v intencích čl. 31 Listiny bezplatnou péčí, je upravena až v prováděcí vyhlášce. Zákonodárce tím dle Ústavního soudu požadavkům nastaveným ústavním pořádkem a opakovaně vyloženým dosa-
vadní rozhodovací praxí nedostál.

50. Ze čl. 4 odst. 2 Listiny vyplývá, že „požadavek zákonného základu pro možné omezení základního práva je vyvozován z demokratického principu, jakož i z principu materiálního právního státu. Jeho důvodem je znemožnit exekutivě realizaci vlastních představ o tom, jak a jak mnoho lze omezit základní práva. Tím, že toto oprávnění bylo uděleno demokraticky legitimovanému parlamentu, má být zajištěno, že k omezení základních práv dojde až po demokratickém parlamentním diskursu a navíc získává omezení základního práva i následnou demokratickou zpětnou vazbu“ (srov. blíže Wagnerová, Eliška, Šimíček, Vojtěch, Langášek, Tomáš, Pospíšil, Ivo a kol. Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer, 2012, s. 128). Zákonodárce nemůže delegovat na moc výkonnou uložení primárních povinností, podzákonná úprava vždy musí ctít účel a smysl zákonem definovaný. Podzákonná úprava sama, bez opory v zákoně, vymezila definiční znak, na který je povinnost vázána. Jde proto o úpravu, která mj. koliduje i s požadavkem plynoucím ze čl. 4 odst. 1 Listiny. Ve vztahu k posuzované materii lze uzavřít, že některé podstatné definiční znaky, na něž je vázána povinnost úhrady zdravotní péče (byť po zvolení její ekonomicky náročnější varianty), jakož i povinnost poskytovatelů zdravotní péče týkající se nabízení variant či dokumentace souhlasu pacienta jsou (či mají být) primárně vymezeny teprve podzákonným předpisem.

51. Jak bylo řečeno, podzákonná normotvorba je protiústavní, jestliže meze základních práv a svobod nemůže stanovovat nic jiného než přímo zákon. Tak je tomu i v řešeném případě mezi práva na bezplatnou zdravotní péči. Problematika je sice upravena v základních rysech již v samotném zákoně o veřejném zdravotním pojištění, ovšem jen zčásti. Nutný základní rámec pro podzákonný právní předpis je proto příliš stručný a neurčitý. Kromě toho nelze přehlédnout mezeru zákonné definice, na kterou je poukázáno v bodě 42 odůvodnění.

52. Z uvedených důvodů nezbyvá než napadená ustanovení § 13 odst. 3, 4 a část § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění zrušit pro rozpor s čl. 4 odst. 2 a čl. 31 Listiny. Protože související ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 5 až 7 tím pozbývají smyslu, byla nálezem zrušena i tato ustanovení.

B) Zvýšení regulačního poplatku za poskytnutou lůžkovou péči

53. Navrhovatelé napadají ustanovení zakotvující poplatkovou povinnost [§ 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění], resp. nikoliv poplatek jako takový, ale jeho navýšení na aktuálních 100 Kč za den poskytované lůžkové péče.

54. Návrhem na zrušení poplatku za poskytování lůžkové péče se Ústavní soud již jednou zabýval v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (č. 251/2008 Sb.; N 91/49 SbNU 273), a to v rámci posuzování

ústavní konformity systému regulačních poplatků ve zdravotnictví jako celku. Návrh na zrušení poplatku – v tehdejší výši 60 Kč za den hospitalizace – zamítl. Ve vztahu ke všem poplatkům shledal důvody pro zachování maximální míry zdrženlivosti při realizaci své pravomoci přistoupit k derogačnímu rozhodnutí s tím, že předkládání nejvhodnějších způsobů naplňování sociálních práv dle hlavy čtvrté Listiny je úkolem politických stran opírajících se o mandát získaný od voličů. Současně, jako podpůrný krok, provedl test rozumnosti se závěrem, že napadená úprava ob stojí ve všech jeho krocích. Ve vztahu k nyní řešenému poplatku za hospitalizaci Ústavní soud přihlédl k tomu, že navrhovatelé sami připustili, že jde o zpoplatnění „hotelových služeb“, tedy stanovení poplatku za nocleh a stravu v nemocnici, které nemusí vybočovat z mezí ústavnosti. V případě placení poplatku za hospitalizaci se tak evidentně nemůže jednat o bezplatnou zdravotní péči či zdravotní pomůcky ve smyslu čl. 31 Listiny, ale o souběžně poskytované jiné související služby. Jinak by – dovedeno ad absurdum – čl. 31 Listiny měl zakládat nárok na bezplatné ubytování či pohostinské služby i mimo lékařská zařízení a bez ohledu na to, zda jsou či nejsou poskytovány v souvislosti se zdravotní péčí či nikoliv. Ústavní soud uzavřel, že předmětnou část návrhu (na zrušení § 16 odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění) by v situaci, kdy by nebyla napadána i z důvodu nekonformity legislativního procesu, posoudil jako návrh zjevně neopodstatněný.

55. Ve věci nyní projednávané plénem na podstatu závěrů výše uvedených navazuje. Ovšem změna okolností, konkrétně změna právní úpravy, k níž došlo po rozhodnutí ve věci sp. zn. Pl. ÚS 1/08 a která navýšila poplatek z původních 60 Kč na nyníšších 100 Kč za den hospitalizace, vede Ústavní soud k přesvědčení, že otázku ústavní souladnosti daného ustanovení je potřeba znovu otevřít. Navýšení sazby poplatku o 2/3 je totiž natolik výrazné, že jde ve skutečnosti o ustanovení ve své podstatě jiné. Ostatně právě v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 Ústavní soud konstatoval, že „... k posouzení otázek souvisejících se sociálními právy nepřistupuje staticky, ale s mimořádným důrazem na to, jaký je stav v době jeho rozhodování“. Současně ve vztahu k oblasti sociálních práv připomněl, že v intencích nálezu sp. zn. Pl. ÚS 11/02 ze dne 11. 6. 2003 (N 87/30 SbNU 309; 198/2003 Sb.) důvodem, pro který „Ústavní soud může překonat vlastní judikaturu, je změna sociálních a ekonomických poměrů v zemi nebo změna v jejich struktuře anebo změna kulturních představ společnosti. Další možností je změna či posun právního prostředí tvořeného podústavními právními normami, které v souhrnu ovlivňují nahlížení ústavních principů a zásad, aniž by z nich ovšem vybočovaly, a především neomezuji princip demokratické státnosti (čl. 1 odst. 1 Ústavy). Další možností pro změnu judikatury Ústavního soudu je změna, resp. doplnění těch právních norem a principů, které tvoří závazná referenční hlediska pro Ústavní soud, tj. takových, které jsou obsaženy v ústavním pořádku České republiky, nejde-li samozřejmě o změny odporující limitům stanoveným čl. 9 odst. 2 Ústavy, tj. nejde-li o změny podstatných náležitostí demokratického právního státu.“.

56. Ústavní soud proto podrobil předmětné ustanovení v jeho aktuální podobě znovu testu rationality, kteroužto metodiku v obdobných případech již standardně používá [kromě nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 a v něm citovaného nálezu sp. zn. Pl. ÚS 83/06 ze dne 12. 3. 2008 (N 55/48 SbNU 629; 116/2008 Sb.) například ještě nálezu sp. zn. Pl. ÚS 54/10 ze dne 24. 4. 2012 (č. 186/2012 Sb.)]. Test reflektuje na jedné straně nutnost respektovat poměrně rozsáhlou diskreci zákonodárce a současně na straně druhé potřebu vyloučit jeho případné excesy. Skládá se ze čtyř kroků: 1) vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu, 2) zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu, 3) posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, 4) zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší. Pokud jde o první tři kroky testu, lze odkázat na závěry obsažené v odůvodnění nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08; k třetímu kolu testu budiž jen upřesněno a konkretizováno, že sledovaný cíl, totiž vyvést z režimu úhrad z veřejného zdravotního pojištění ty služby, které s vlastním poskytováním zdravotní péče nemají co společného, je legitimní. Stran rozumnosti napadené právní úpravy však dospěl Ústavní soud z důvodů níže uvedených k závěrům odlišným.

57. Jak bylo řečeno, poplatek za poskytnutou lůžkovou péči je ve své podstatě platbou za poskytnuté „hotelové služby“. To dokládá i argumentace Ministerstva zdravotnictví ke konkrétní úrovni

předmětného poplatku, která je odvozena od per capita nákladů na potraviny, nápoje, energie, vodu atd. Je tedy vnímán jako ekvivalent nákladů, které by pacient tak jako tak (i mimo zdravotnické zařízení) nutně vynaložil. Z toho rezultuje prvá ústavněprávní výhrada Ústavního soudu. Zakotvená povinnost nijak nediferencuje případy, kdy je pobyt na lůžku pouze běžnou součástí léčby, se zdravotní službou pouze související, v krajním případě nahraditelnou pobytem mimo zdravotnické zařízení, jakkoliv by to nebylo praktické a pro pacienta optimální řešení, a kdy jde již o nutnou součást vlastního medicínského výkonu. Těžko lze akceptovat, že během hospitalizace na jednotce intenzivní péče je pacientovi poskytována „hotelová služba“. V těchto případech se již povinnost hradit poplatek dostává do rozporu s dikcí čl. 31 Listiny. Hospitalizace, která je zdravotní péčí v užším smyslu, hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, musí být poskytnuta bezplatně, neboť k ní pro pacienta neexistuje žádná jiná alternativa.

58. Dalším faktorem, který způsobuje ústavněprávní deficit, je absence limitů u této platby; v tomto směru musel Ústavní soud navrhovatelům zcela přisvědčit. Zákon o veřejném zdravotním pojištění povinnost ukládá plošně, musí jej platit i osoby výdělečně nečinné včetně skupin sociálně ohrožených, dětí, osob zdravotně postižených apod. Stejně tak není povinnost platit poplatek ohraničena časově, pacient jej tedy má hradit v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace. Kombinace těchto faktorů může vyvolat finančně neúnosnou situaci nejen u výše jmenovaných kategorií pacientů. Každopádně popírá podstatu solidarity v čerpání zdravotní péče. Opatřením účinně zmírňujícím dopady předmětné povinnosti není osvobození od poplatku těch pojištěnců, kteří se prokáží rozhodnutím, oznámením nebo potvrzením vydaným orgánem pomoci v hmotné nouzi o poskytované dávce. Zde je předpokládána aktivita spojená s vyřizováním a obstaráváním úřední listiny, kterou lze právě od osob poplatkem sociálně ohrožených těžko očekávat, resp. žádat.

59. Předmětná právní úprava v podobě, která je výše kritizována, vybočuje i v kontextu poplatku za hospitalizaci hrazeného v okolních zemích, jak to bylo popsáno v narativní části. Ve Spolkové republice Německo je účtován doplatek (Zuzahlung) za hospitalizaci ve výši 10 € za kalendářní den, maximálně je však vybírán za dobu 28 dnů hospitalizace v kalendářním roce [§ 61 páté knihy sociálního zákoníku (Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung)]. Jen pro úplnost se patří poznamenat, jelikož se této skutečnosti dotkla některá vyjádření v posuzované věci podaná, že tento poplatek, přesněji řečeno doplatek, zrušen nebyl. Spolkovým zákonodárcem byl k 31. 12. 2012 zrušen regulační poplatek za návštěvu praktického lékaře, stomatologa, ambulantního specialisty, psychologa (tzv. Praxisgebühr), který byl stanoven ve výši 10 € za kalendářní čtvrtletí a byl příjmem zdravotní pojišťovny. Přitom Spolkový sociální soud (Bundessozialgericht, BSG) v roce 2009 dopěl k závěru, že tento regulační poplatek nezasahuje do ústavně garantovaných práv pacientů (viz rozsudek ze dne 25. 6. 2009 sp. zn. B 3 KR 3/08 R). Na Slovensku se podle ustanovení § 1 odst. 1 písm. a) nařízení vlády č. 722/2004 Z. z., o výši úhrady pojištěnce za služby související s poskytováním zdravotní péče, vydaného k provedení zákona č. 577/2004 Z. z., o rozsahu zdravotní péče hrazené na základě veřejného zdravotního pojištění a o úhradách za služby související s poskytováním zdravotní péče, poplatek za pobyt na lůžku neplatí. Rovněž v Rakousku u nemocniční péče hradí pojištěnec spoluúčast za každý den hospitalizace ve výši cca 10 € denně (tzv. hospitalizační poplatek) – jeho výše je různá podle jednotlivých spolkových zemí, ale maximálně se platí po dobu 28 kalendářních dnů ročně. Tyto finanční prostředky pak většinou slouží mimosoudnímu odškodňování pacientů za nedostatky při poskytování péče. I v případě, že pacient není od poplatku osvobozen, může požádat nemocnici o mimořádné odpuštění platby z důvodu momentální nepříznivé situace. V případě nezaopatřených rodinných příslušníků pojištěnce se předpokládá v období prvních čtyř týdnů úhrada spoluúčasti ve výši 10 % z denní sazby. Počínaje pátým týdnem je pro pojištěnce i nezaopatřené rodinné příslušníky nemocniční léčení bezplatné. V některých případech může zdravotní pojišťovna proplácet část či plnou výši cestovních výdajů vynaložených za účelem přístupu ke zdravotní péči (MISSOC: Your social security rights in Austria. Brusel, 2011, str. 11).

60. Jak bylo řečeno, ústavní deficit navýšení poplatku je shledán právě v jeho nedostatečné diferenciaci a plošné aplikaci v kombinaci s absencí jakýchkoli limitů. Ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění tak staví do rozporu s čl. 31 Listiny, jakož i čl. 3

odst. 1 Listiny garantujícím základní práva všem bez rozdílu majetku. Ústavní soud proto přistoupil k jeho zrušení. Současně byla stanovena legisvakanační lhůta do konce roku 2013, neboť poplatek za lůžkovou péči je aktuálně nikoliv nevýznamným příjmem poskytovatelů zdravotních služeb a jeho okamžitý výpadek by je bezdůvodně a nespravedlivě ekonomicky postihl. Zákodáři je tímto vytvořen časový prostor, aby mohl nastavit parametry platby v intencích tohoto nálezu.

61. Obiter dictum dává Ústavní soud zákonodárci ke zvážení, zda neupřesnit zvolenou, vpravdě matoucí terminologii. Předmětná platba je nazvána poplatkem, ačkoliv v právní terminologii se poplatkem rozumí platební povinnost fyzické nebo právnické osoby v souvislosti s činností orgánu veřejné moci (státu či obce) uskutečňovanou při výkonu veřejné moci v jejím zájmu. Jde o platbu, jejímž smyslem je jednak působit motivačně ve vztahu k subjektu domáhajícímu se určitého úkonu veřejné moci (tj. sledující jako cíl vážnost úkonu, nezneužívání veřejné moci, např. u soudních poplatků soudnictví) a dále plní poplatek roli části ekonomického ekvivalentu za činnost veřejné moci. Ustanovení článku 11 Listiny stanoví, že daně a poplatky lze ukládat pouze na základě zákona, přičemž je třeba zdůraznit, že určujícím znakem daní a poplatků je to, že plynou do veřejných rozpočtů. Je evidentní, že o tento druh platby se nejedná. Jde ve své podstatě o platbu za „hotelové služby“, které jsou příjmem poskytovatelů zdravotních služeb a neplynou do veřejných prostředků. Na poskytovatele nebyla přenesena žádná pravomoc státu při zajišťování jeho funkcí nebo zajišťování zdrojů ani v souvislosti s vybíráním regulačních poplatků. Jde o subjekty soukromého práva. Vhodnější by proto bylo v dané souvislosti termín poplatek neužívat.

C) Oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb

62. Předmětem posuzování je výčet jednání obsažených v zákoně o veřejném zdravotním pojištění, za která mohou ukládat zdravotní pojišťovny poskytovatelům sankce. Jen okrajově se Ústavní soud zabýval otázkou majetkových sankcí v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, když uvedl: „je na vůli zákonodárce, který subjekt vybaví pravomocí veřejnoprávní sankce, pokud je sankce ukládána jako výsledek řádného správního řízení a rozhodnutí o udělení sankce podléhá soudnímu přezkumu, což je v případě napadené právní úpravy splněno“. Takto se vypořádával s majetkovou sankcí za nevybírání poplatku zdravotnickým zařízením (podle nové terminologie „poskytovatele zdravotní služby“). V tehdy platném a účinném znění šlo o majetkovou sankci ve výši 50 000 Kč. Nyní je napadáno ustanovení § 16a odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění, které umožňuje za stejný delikt uložit pokutu až do výše 1 000 000 Kč, a spolu s ním i odstavců 10 a 11, všechny ve vztahu k návrhu na zrušení ustanovení o zvýšení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici. Kromě toho současný návrh směřuje proti majetkovým sankcím upraveným v dalších ustanoveních zákona, konkrétně v ustanoveních § 13 odst. 8, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5.

63. Ústavní soud se však až dosud – tedy ani v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/08, kde to ani nebylo namítáno – nezabýval otázkou, zda takto nastavená sankční pravomoc nevylučuje rovný vztah mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, který je v prvé řadě vztahem soukromoprávním. Tomu by měla odpovídat i intenzita jeho deformace plynoucí ze specifického postavení zdravotních pojišťoven daná tím, že spravují zejména veřejné, nikoliv privátní prostředky. Ústavní soud nepochybně, že je obecně přijatelné, aby určitý subjekt vystupoval v soukromoprávních vztazích a současně byl nadán vrchnostenskou pravomocí, ale ve vztahu poskytovatel zdravotní péče (služby) – zdravotní pojišťovna je třeba zohlednit specifika plynoucí z reality českého prostředí. Předpokladem životaschopnosti poskytovatele zdravotních služeb je uzavření smlouvy o jejich poskytování a úhradě se zdravotní pojišťovnou, zejména s dominantní Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Přes tuto objektivní existenční závislost na vstřícnosti zdravotní pojišťovny nejsou pro uzavírání smluv dána žádná formální, přezkoumatelná a hlavně transparentní pravidla ve smyslu nároku poskytovatele na její uzavření v případě splnění určitých předpokladů. Toto fakticky nerovné postavení je dále prohlubováno širokým sankčním oprávněním pojišťoven.

64. Ústavní soud se otázkou rovnosti v právech zabýval již v řadě svých rozhodnutí. Vyslovil se především v tom smyslu, že ústavní zásada rovnosti vyjádřená v čl. 1 Listiny neznamená absolutní

rovnost. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 6/96 ze dne 5. 11. 1996 (publikován pod č. 295/1996 Sb., N 113/6 SbNU 313), na který navázala další judikatura, to konkrétně vyjádřil takto: „Ústavní zásadu rovnosti, v právech zakotvenou v čl. 1 Listiny, nelze pojímat absolutně a rovnost chápat jako kategorii abstraktní. Již Ústavní soud České a Slovenské Federativní Republiky vyjádřil své chápání rovnosti, v uvedeném článku zakotvené, jako rovnosti relativní, jak ji mají na mysli všechny demokratické ústavy, požadující pouze odstranění neodůvodněných rozdílů (nález Ústavního soudu ČSFR uveřejněný pod č. 11 Sbírky usnesení a nálezů Ústavního soudu ČSFR). Zásadě rovnosti v právech je proto třeba rozumět také tak, že právní rozlišování v přístupu k určitým právům mezi právními subjekty nesmí být projevem libovůle, neplyne z ní však, že by každému muselo být přiznáno jakékoliv právo“.

65. Ústavní soud obecně interpretuje princip rovnosti z dvojího pohledu [viz např. nálezy sp. zn. Pl. ÚS 16/93 ze dne 24. 5. 1994 (N 25/1 SbNU 189; 131/1994 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 36/93 ze dne 17. 5. 1994 (N 24/1 SbNU 175; 132/1994 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 5/95 ze dne 8. 11. 1995 (N 74/4 SbNU 205; 6/1996 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 9/95 ze dne 28. 2. 1996 (N 16/5 SbNU 107; 107/1996 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 33/96 ze dne 4. 6. 1997 (N 67/8 SbNU 163; 185/1997 Sb.), sp. zn. Pl. ÚS 9/99 ze dne 6. 10. 1999 (N 135/16 SbNU 9; 289/1999 Sb.) atd.]. První je dán požadavkem vyloučení libovůle v postupu zákonodárce při odlišování skupin subjektů a jejich práv, druhý pak požadavkem ústavněprávní akceptovatelnosti hledisek odlišování, tj. nepřipustnosti dotčení některého ze základních práv a svobod odlišováním subjektů a práv ze strany zákonodárce. Z postulátu rovnosti sice nevyplyvá požadavek obecné rovnosti každého s každým, plyne z něj však požadavek, aby právo bezdůvodně nezvýhodňovalo ani neznevýhodňovalo jedny před druhými. Ústavní soud tedy připouští i zákonem založenou nerovnost, pokud jsou pro to ústavně akceptovatelné důvody.

66. Tak tomu ale v daném případě není. Dominantní postavení pojišťoven, zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny, v kombinaci se sankčním oprávněním a regulacemi vůči poskytovatelům zdravotních služeb, konkrétně limitací výkonů, finančními sankcemi za preskripci léků a vyžádanou péči při překročení stanovených limitů, není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváženo, například kontraktační povinností ze strany pojišťoven v případech, kdy jsou splněny objektivně obecně závaznými právními předpisy stanovené podmínky. Sankční oprávnění zdravotních pojišťoven, které vyplývá z napadených ustanovení § 16a odst. 10 a 11, jakož i § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená podle odstavců 1 až 5“ zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak vybočuje z mezí ještě ústavně přijatelné nerovnosti, jak ji Ústavní soud vymezil ve shora citovaných nálezech. Tuto nerovnost ještě navíc násobí velké rozpětí většiny sankcí, které samo o sobě není protiústavní, jak bude dále uvedeno, ale zvýrazňuje ji právě v kombinaci se shora uvedenými skutečnostmi. Označená zákonná ustanovení jsou tak v rozporu s čl. 1 Listiny garantujícím rovnost v právech.

67. Pokud jde o ustanovení § 13 odst. 8 zákona o veřejném zdravotním pojištění, to souvisí s povinnostmi poskytovatelů zdravotních služeb, které vzešly z nově vytvořeného rozdělení péče do variant z hlediska úhrady z veřejného pojištění. Konkrétně umožňuje sankcionovat porušení povinnosti poskytovatele zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta jednak nabídku zdravotní služby v základní variantě a poučení o možnosti čerpat ji ve variantě ekonomicky náročnější a jednak souhlas pacienta a dále porušení zákazu upřednostňovat pacienta volícího ekonomicky náročnější variantu služby. Vzhledem ke zrušení základu materie umožňující poskytovat hrazenou péči ve variantách vyplývá z logiky věci, že je u tohoto ustanovení dalším důvodem pro zrušení, že se ruší sankce vynucující jeho plnění ze zrušeného ustanovení. Z toho důvodu toto ustanovení ruší Ústavní soud dnem vyhlášení nálezu ve Sbírce zákonů. Ostatní ustanovení ruší ve lhůtě do konce roku 2013, což je lhůta dostačující k tomu, aby zákonodárce stihl provést úpravu znění napadených ustanovení v intencích tohoto nálezu. Zákonodárce by měl dále zvážit, zda nepromítnout úpravy v intencích tohoto nálezu i do sankcí za nevybírání poplatků za ostatní zdravotní péči, které posuzovaným návrhem nebyly dotčeny.

68. Ústavní soud nepřisvědčil navrhovatelům, že akceptovatelná není široká volná úvaha zdravotní pojišťovny, a to jak při stanovení výše, tak stran možnosti opakovaného ukládání pokut, jakož i že horní limit pokuty není adekvátní. Aktuálně – v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012 (č. 437/2012 Sb.) – řešil Ústavní soud otázku ústavní konformity části zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), vymezující

skutkové podstaty přestupků a jiných správních deliktů, jakož i výši sankcí za ně. Návrh skupiny senátorů v této části [konkrétně ve vztahu k ustanovením § 114 odst. 1 písm. g) a § 117 odst. 1 písm. e), f), g), n) a r) a odst. 3 písm. d), e), f), g), h), i) a m) zákona o zdravotních službách], podle nichž horní hranice pokut jsou s ohledem na jejich závažnost nepřiměřeně vysoké, zamítl, neboť neshledal podobu sankcí rozpornou s čl. 11 odst. 1 ve spojení s čl. 4 odst. 1 a 4 Listiny. Současně konstatoval, že možnost přezkumu konkrétní aplikace předmětných ustanovení v řízení o ústavních stížnostech zůstává nedotčena. Svůj závěr odůvodnil v bodech 329–337 uvedeného nálezu a na toto odůvodnění se nyní odkazuje.

69. Obiter dictum Ústavní soud konstatuje, že rozsah sankčních oprávnění nemůže být vyvážen ani legitimním cílem, který je jejich ukládáním sledován, tj. šetrné nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Takové opatření se jeví jako nepřiměřené za situace, kdy s těmito veřejnými prostředky hospodaří kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které mají charakter ryze soukromoprávních subjektů. Zákonodárce by měl zvážit úspornější způsob nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění i z pohledu organizačního uspořádání. Pokud jde o horizontální vztah zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, aby bylo zabráněno jeho pokračující distorzi, k níž dochází mimo jiné i svěřením sankčního oprávnění zdravotním pojišťovnám, mělo by být za současných podmínek subjektem nadaným tímto oprávněním buď samo Ministerstvo zdravotnictví, příp. (alternativně) v případě státních a krajských poskytovatelů zdravotních služeb jejich zřizovatelé a v případě soukromých poskytovatelů zdravotních služeb k tomu kompetentní subjekty, jakými jsou např. odborná profesní sdružení lékařů.

70. K rušeným částem § 12 a 44 zákona o veřejném zdravotním pojištění dlužno dodat, že v průběhu projednávání návrhu doznala tato ustanovení změny provedené zákonem č. 458/2011 Sb., o změně zákonů související se zřízením jednoho inkasního místa a dalších změnách daňových a pojistných zákonů, (změna se týká pouze struktury ustanovení, kdy dosavadní text ustanovení § 12 se bude označovat jako odstavec 1 a budou doplněny odstavce 2 a 3 a v případě § 44 se odstavec 5 stane odstavcem 2, dosavadní odstavec 6 odstavcem 3). Změna se stane účinnou až od 1. 1. 2015, výrok nálezu proto odpovídá jak právní úpravě platné a účinné v době rozhodování, tak i změně, která teprve nabude účinnosti. Budiž doplněno, že v případě ustanovení § 12 navrhovatelé sice změnu provedenou zákonem č. 458/2011 Sb. ani v doplněné variantě petitu návrhu nereflektovali, nicméně Ústavní soud, vycházející z obsahu podání, tak učinil. Zákon o Ústavním soudu nespojuje posuzování ústavnosti s účinností právního předpisu, ale s jeho platností, v důsledku čehož je nutno považovat za přípustné návrhy na zrušení právních předpisů i tehdy, když nejsou v důsledku obou z naznačených možností účinné (viz Filip, J., Holländer, P., Šimíček, V. Zákon o Ústavním soudu. Komentář. 2., přepracované a rozšířené vydání. Praha: C. H. Beck, 2007, str. 387).

VII.

71. S ohledem na výše uvedené argumenty Ústavní soud ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f) a odst. 9 až 11 [pokud se týkají poplatku za lůžkovou péči podle ustanovení § 16a odst. 1 písm. f) zákona o veřejném zdravotním pojištění], § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13“, § 32 odst. 5, § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „uložená podle odstavců 1 až 5“ zákona o veřejném zdravotním pojištění a § 12 odst. 1 písm. n) a § 44 odst. 2 a odst. 3 ve slovech „uložená podle odstavců 1 a 2“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění po novelizaci provedené zákonem č. 458/2011 Sb., podle ustanovení § 70 odst. 1 zákona o Ústavním soudu zrušil. Vykonatelnost zrušujícího výroku č. III a části výroku č. IV nálezu je z důvodů shora rozvedených odložena do 31. 12. 2013.

72. V souladu s ustanovením § 70 odst. 3 zákona o Ústavním soudu byly současně zrušeny relevantní části přílohy vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů, a to v označení výkonu

jako varianty ekonomicky náročnější. Pro upřesnění Ústavní soud výrok II interpretuje tak, že se ve vyhlášce vedle samotného symbolu „E“ ruší i k němu příslušející popis ekonomicky náročnější varianty.

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

Odlišná stanoviska podle § 14 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, zaujali k rozhodnutí pléna soudci Stanislav Balík, Vladimír Kůrka, Dagmar Lastovecká, Michaela Židlická a k jeho odůvodnění soudkyně Ivana Janů.



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, nám. Hrdinů 1634/3, pošt. schr. 155/SB, 140 21 Praha 4, telefon: 974 817 289, fax: 974 816 871 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, tel.: 516 205 175, e-mail: sbirky@moraviapress.cz. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku z předcházejícího roku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2013 činí 6 000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné a objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 175, objednávkový-knihkupci – 516 205 175, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej** – **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3, tel.: 387 319 045; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihařství – Přibíková, J. Švermy 14; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Olomouc:** Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** ABONO s. r. o., Sportovců 1121, LEJHANEC, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, nám. Českých bratří 8; **Praha 3:** Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, K Červenému dvoru 24; **Praha 4:** Tiskárna Ministerstva vnitra, Bartůňkova 4; **Praha 6:** PERIODIKA, Komornická 6; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362, po-pá 7-12 hod., tel.: 286 888 382, e-mail: tiskovy.servis@top-dodavatel.cz, DOVOZ TISKU SUWECO CZ, Klečákova 347; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, MONITOR CZ, s. r. o., Třebostická 5, tel.: 283 872 605; **Přerov:** Jana Honková-YAHO-i-centrum, Komenského 38; **Ústí nad Labem:** PNS Grosso s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 259 032, fax: 475 259 029; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Žatec:** Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírek, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od zaevídování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklama:** informace na tel. číslo 516 205 175. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.