Ústavní soud České republiky
Joštova 8
660 83
Brno 2

Navrhovatel: Skupina 51 poslanců, podepsaných pod tímto návrhem, jejímž jménem jedná poslanec Mgr. Bohuslav Sobotka

Další účastník: Parlament České republiky

ÚSTAVNÍ SOUD ČR
Joštova 8, 660 83 Brno
Došlo dne: 14 -12- 2011 1
3x krát Přílohy:
Čj.: viz číselný kód Vyřizuje

Věc:

Návrh 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 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.

**(čl. 87 odst. 1 písm. a/ Ústavy České republiky,
§ 64 odst. 1 písm. b/ zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu)**

Vzhledem k naléhavosti věci žádá navrhovatel Ústavní soud, aby podle § 39 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, rozhodl o tomto návrhu přednostně.

Nepředchází

Třikrát

K11771711

I.

Rozdělení zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění na „základní" a „ekonomicky náročnější"

A. Obsah napadených ustanovení

1. Zákon 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, s účinností od 1. prosince 2011 zásadním způsobem mění dosavadní úpravu poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

2. Tato novela stanovila, že pokud lze zdravotní péči uvedenou v § 13 odst. 1 zákona (tj. péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění) poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v § 13 odst. 1 zákona a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotní péče, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (§ 13 odst. 4, nyní odst. 3). Pro tento způsob zdravotní péče zavádí zákon legislativní zkratku „základní varianta".

3. Dále tato novela stanovila, že ostatní způsoby zdravotní péče podle § 13 odst. 4 (nyní odst. 3) věty první zákona, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takové zdravotní péče v základní variantě (§ 13 odst. 4, nyní § 13 odst. 3). Pro tento způsob zdravotní péče zavedla novela legislativní zkratku „ekonomicky náročnější varianta".

4. Dále novela stanovila, že za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče lze považovat pouze zdravotní péči, která je takto označena v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17 zákona (§ 13 odst. 5, nyní § 13 odst. 4 zákona). V § 17 odst. 5 (nyní § 17 odst. 4) novela stanovila, že takovým podzákonným právním předpisem je vyhláška Ministerstva zdravotnictví, kterou se stanoví Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s označením variant zdravotní péče podle § 13. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem (§ 13 odst. 4 zákona).

5. Výše úhrady zdravotní péče z veřejného pojištění v základní variantě má být podle novely stanovena „prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem", tj. vyhláškou Ministerstva zdravotnictví a cenovým rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví vydaným podle § 2a odst. 1 zákona ČNR č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, a podle § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách (viz poznámka pod čarou č. 49). Cena ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče má být stanovena „v souladu s cenovým předpisem" a uvedena v ceníku zdravotnického zařízení. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče má být zveřejněn ve zdravotnickém zařízení na veřejnosti přístupném místě a způsobem umožňujícím dálkový přístup (§ 13 odst. 6, nyní odst. 5 zákona).

6. Dále novela stanovila, že před poskytnutím zdravotní péče, kterou lze poskytnout jak v základní, tak i v ekonomicky náročnější variantě, je zdravotnické zařízení povinno pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Tento postup se nepoužije pouze tehdy, není-li možné

vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví (§ 13 odst. 6, nyní § 13 odst. 5).

7. Dále novela v § 13 odst. 7 (nyní § 13 odst. 6) stanovila, že zdravotnické zařízení je v případech uvedených v § 13 odst. 6 (nyní § 13 odst. 5) povinno do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče i v ekonomicky náročnější variantě. Součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci má být vyslovení souhlasu pojištěnce s poskytnutím zdravotní péče v základní nebo v ekonomicky náročnější variantě. Pokud se pojištěnec rozhodl pro ekonomicky náročnější variantu, má být v takovém případě součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Takto vyslovený souhlas je povinen pojištěnec a ošetřující lékař podepsat; pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, má stvrdit jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek (v záznamu se pak má uvést způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce).

8. V této souvislosti byla doplněna práva pojištěnce o právo vybrat si variantu poskytnutí zdravotní péče (§ 11 odst. 1 písm. f/ zákona). Současně byly doplněny i povinnosti pojištěnce o povinnost uhradit zdravotnickému zařízení, popřípadě jinému subjektu, který pojištěnci poskytl zdravotní péči, rozdíl mezi cenou poskytnuté zdravotní péče a výší úhrady ze zdravotního pojištění podle § 13 zákona (§ 12 písm. n/). Dále novela stanovila, že zdravotnické zařízení nesmí při poskytování zdravotní péče upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu (původně § 13 odst. 8, nyní § 13 odst. 7).

9. Zákon č. 369/2011 Sb. změnil v souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, znění uvedených napadených ustanovení tak, že nahradil pojem „zdravotní péče" pojmem „zdravotní služby" a pojem „zdravotnické zařízení" nahradil pojmem „poskytovatel zdravotních služeb". Dále zákon č. 369/2011 Sb. v souvislosti se zrušením ustanovení § 13 odst. 3 a § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. změnil číslování odstavců v § 13 a 17.

10. Zákon č. 298/2011 Sb. nabyl platnosti dne 14. října 2011 a napadená ustanovení nabyla účinnosti dne 1. prosince 2011. Zákon č. 369/2011 Sb. nabyl platnosti dne 6. prosince 2011 a platné znění napadených ustanovení nabude účinnosti dne 1. dubna 2012.

B. Rozpor napadených ustanovení s ústavním pořádkem a s mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách

a) Protiústavní nehrazení „ekonomicky náročnější" zdravotní péče z veřejného pojištění

11. Každý má právo na život; lidský život je hoden ochrany již před narozením (čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod - dále jen „Listina"). Každý má právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (čl. 31 Listiny). Práv podle čl. 31 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí (čl. 41 odst. 1 Listiny). Při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu (čl. 4 odst. 4 Listiny). Lidé jsou rovní v důstojnosti i v právech (čl. 1 Listiny). Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu majetku nebo jiného postavení (čl. 3 odst. 1 Listiny).

12. Podle čl. 12 odst. 1 Mezinárodního paktu o hospodářských sociálních a kulturních právech (č. 120/1976 Sb. - dále též jen „Pakt") uznávají státy, smluvní strany Paktu, právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. Státy, smluvní strany Paktu, jsou podle jeho čl. 12 odst. 2 povinny učinit opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat též prevenci, léčení a kontrolu nemocí (písm. c/) a vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci (písm. d/).

13. Podle čl. 11 Evropské sociální charty (č. 14/2000 Sb. m. s. – dále též jen „ESCh"), se smluvní státy zavázaly s cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví k tomu, že budou buď přímo nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat opatření zaměřená zejména na odstranění příčin nemocí v co nejvyšší možné míře (odst. 1.) a na co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí (odst. 3.). V čl. 13 ESCh se s cílem zajistit účinné uplatnění práva na sociální a lékařskou pomoc smluvní státy zavázaly zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu (odst. 1.). Česká republika je těmito ustanoveními ESCh vázána.

14. V Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (č. 96/2001 Sb.m.s.) se smluvní státy zavázaly, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učinit odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality (čl. 3).

15. Státy, které jsou smluvní stranou Úmluvě o právech dítěte (č. 104/1991 Sb.), podle jejího čl. 24 odst. 1 uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám. Signatářské státy úmluvy jsou povinny sledovat plné uskutečňování tohoto práva a zejména činit potřebná opatření mj. k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče (odst. 2 písm. b/).

16. Podle čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (č. 10/2010 Sb. m. s.) státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají, že osoby se zdravotním postižením mají právo na dosažení nejvýše možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení. Smluvní státy jsou povinny přijmout veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, i léčebné rehabilitaci. Smluvní státy úmluvy jsou povinny především poskytovat osobám se zdravotním postižením stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním, včetně péče v oblasti sexuální a reprodukční medicíny a obecných programů v oblasti veřejného zdraví (písm. a/); poskytovat zdravotní služby, které osoby se zdravotním postižením, i děti a starší osoby, potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení, a to včetně včasné detekce a intervence, pokud je vhodná, a dále služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení (písm. b/); vyžadovat, aby pracovníci ve zdravotnictví poskytovali osobám se zdravotním postižením péči stejné kvality jako ostatním (písm. d/) a zamezovat diskriminačnímu odepření poskytnutí zdravotní péče nebo služeb na základě zdravotního postižení (písm. f/).

17. Shora sub A. popsaná právní úprava, zavedená zákonem č. 298/2011 Sb., podle navrhovatelů nebere na zřetel ani normy ústavního pořádku (do jehož rámce řadí Ústavní soud rovněž všechny shora uvedené mezinárodní smlouvy o lidských právech), ani judikaturu Ústavního soudu k výkladu ústavních ustanovení dotýkajících se základních práv zakotvených v čl. 31 Listiny. Navrhovatelé mají za to, že vláda, vládní většina poslanců v Poslanecké sněmovně ani prezident republiky nezohlednily při přijímání zákonné úpravy, která rozděluje zdravotní péči hrazenou z veřejného pojištění na „základní" a na „ekonomicky náročnější" ústavní a mezinárodní podmínky pro zákonný rámec úpravy práva na ochranu zdraví a práva občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění.

18. Již z vládního návrhu zákona č. 298/2011 Sb. (sněmovní tisk č. 325) vyplývá, že se ústavními aspekty navrhovatel této novely - vláda - vůbec nezabýval. Svědčí o tom důvodová zpráva k předloze, která nesplňuje všechny náležitostí vyžadované § 86 odst. 3 zákona č. 90/1995 Sb., o jednacím řádu Poslanecké sněmovny, neboť neobsahuje zhodnocení souladu návrhu zákona s mezinárodními smlouvami podle čl. 10 Ústavy a s ústavním pořádkem České republiky. Namísto tohoto zhodnocení totiž obsahuje pouhá ničím nepodložená tvrzení, že *„předkládaný návrh zákona je plně v souladu s ústavním pořádkem ČR"* a že *„návrh není v rozporu s mezinárodními smlouvami, kterými je Česká republika vázána"*.

19. V průběhu připomínkového řízení přitom na problematičnost navrhovaných opatření upozornila některá připomínková místa. Např.:

- Ministerstvo financí k nové úpravě kritéria úhrady zdravotní péče z veřejného pojištění podle toho, zda tato péče , je v souladu s účelným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění", upozornilo, že v návrhu zákona není uvedeno, kdo a jak bude posuzovat co odpovídá tomuto kritériu a že dikce tohoto ustanovení je zcela vágní a ani v důvodové zprávě není podrobněji rozvedena.

- Ministerstvo spravedlnosti ve svých připomínkách uvedlo, že nadstandardní zdravotní péče není v návrhu zákona výslovně vymezena a že *„v těchto případech zákon neumožňuje pojištěnci kontrolu výše požadované úhrady a současně ponechává nekontrolovatelnou volnost zdravotnickým zařízením."*

- Českomoravská konfederace odborových svazů ve svých připomínkách uvedla: *„Současný standard poskytované zdravotní péče se stane budoucím nadstandardem. Jinak řečeno, na úroveň služby, kterou dostává pojištěnec ze současného systému, si bude muset (vedle regulačních poplatků a doplatků za léky) pojištěnec prostě připlatit. Návrh ... tomu novelizací § 13 otevírá cestu.*

Toto zjevné zavedení nucené spoluúčasti občanů na úhradě zdravotní péče se v návrhu zákona nazývá otevření možnosti „legálně si připlatit". Je velmi pravděpodobné, že již v dohledné době si budou pacienti „legálně připlácet" v rozsahu dalších 10 – 15 mld. Kč. Celkové „připlácení" se tak minimálně zvýší ze 40 mld. Kč, dosažených v roce 2008, na 55 – 60 mld. Kč a míra spoluúčastí se zvýší z 15,4 %, dosažených v roce 2008 na zhruba 23 %.

Dle názoru Českomoravské konfederace odborových svazů se jedná o zásadní zhoršení dosavadní právní úpravy směrem k pojištěncům, která není v souladu s článkem 31 Listiny základních práv a svobod, podle kterého „mají občané na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon". (...) Naproti tomu navrhovaná úprava podmiňuje poskytnutí zdravotní péče hrazené ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění tím, že musí být v souladu s účelným vynakládáním zdrojů tohoto pojištění. Návrh zákona však tento nově zavedený pojem nikde nedefinuje. Proto není jasné, kdo bude účelnost vynakládání zdrojů posuzovat "

20. Při projednávání návrhu zákona v Poslanecké sněmovně upozornila řada poslanců na protiústavní obsah navržené právní úpravy - viz např. vystoupení poslanců Antonína Sedi, Soni Markové, Ivana Ohlídala, Bohuslava Sobotky, Lubomíra Zaorálka, Stanislava Křečka, Pavla Kováčika a Vojtěcha Filipa v rozpravě při prvém čtení návrhu zákona konané 27. 4. a 3. 5. 2011, vystoupení poslance Jaroslava Krákory v podrobné rozpravě ve druhém čtení návrhu zákona dne 10. 6. 2011, či vystoupení poslance Antonína Sedi při třetím čtení návrhu zákona dne 21. 6. 2011.

Např. poslanec Bohuslav Sobotka v plenární sněmovní rozpravě dne 3. 5. 2011 řekl: *„Ale ten hlavní problém se skrývá jinde. Skrývá se v § 13 návrhu zákona. Skrývá se v odstavci 4, 5, 6 a následujících. Skrývá se v tom, že se zde navrhuje, aby se zdravotní péče rozdělila na jakousi základní zdravotní péči a poté na péči, která bude jakousi ekonomicky náročnější variantou. To je pojem, který zavádí zákon - ekonomicky náročnější varianta. To znamená, že pacient zaplatí víc, než by platil v situaci, kdy by zákrok byl pokryt jeho zdravotním pojištěním. Tohle je klíčová věc, kvůli které je tento návrh zákona vysoce kontroverzní, vyvolává sociální napětí a vyvolává také obavy občanů.*

Poprvé od okamžiku, kdy v naší zemi byl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění - a já chci připomenout, že v letech, kdy se zaváděl, po roce 1989, na začátku 90. let, tak se navazovalo na systém zdravotního pojištění, který tady koneckonců existoval i za první republiky - poprvé od okamžiku, kdy zde byl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění, je zde snaha, aby se vytvářely kategorie pojištěnců. Kategorie pojištěnců, kteří budou mít na to, aby si doplatili ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče, a kategorie pojištěnců, kteří na to mít nebudou a budou ... muset tuto možnost odmítnout. To je přece věc, se kterou ale naše ústava nepočítá. To je přece věc, se kterou Listina základních práv a svobod nepočítá. To je věc, se kterou systém tak, jak byl nastaven, přece nepočítá. Ten systém tak, jak je nastaven a funguje v naší zemi posledních dvacet let, počítá s rovnými právy pojištěnců. Jestliže jste jednou pojištěnec, jste účastníkem všeobecného zdravotního pojištění, tak přece máte nárok na poskytnutí dostupné kvalitní potřebné zdravotní péče. A nejsou tady kategorie číslo jedna, pojištěnec horší, který dostane horší péči, a kategorie číslo dvě, pojištěnec bohatší, který dostane lepší péči. Tento návrh zákona po dvaceti letech toto mění."

21. Rovněž při projednávání návrhu zákona schváleného Poslaneckou sněmovnou v Senátu (senátní tisk č. 148) řada senátorů vyslovila své přesvědčení o protiústavním obsahu novely – viz vystoupení senátorů Vladimíra Drymla, Jiřího Dienstbiera, Martina Tesaříka a předsedy Senátu Milana Štěcha. Např. senátor Dienstbier v rozpravě uvedl: *„Podle Listiny základních práv a svobod, má každý náš občan právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Tohoto práva se lze domáhat v mezích zákonů, které toto právo upravují. Jestliže Listina základních práv a svobod mluví o základních mezích, má se na mysli zákonná úprava, která stanoví podmínky, za jakých je poskytována bezplatná zdravotní péče na základě veřejného zdravotního pojištění. Předkládaný návrh zákona rozděluje zdravotní péči na ekonomickou nebo levnou a na ekonomicky náročnější. Z právního hlediska ji rozděluje na bezplatnou a placenou lékařskou péči. Jak jsem citoval ustanovení Listiny základních práv a svobod, tak je zcela zřejmě, že v tomto směru zákon vybočuje z mantinelů daných Listinou základních práv a svobod, protože nestanoví meze, v nichž je poskytována bezplatná zdravotní péče na základě zdravotního pojištění, ale stanoví, že část péče je placena. Je zřejmý rozpor s naším ústavním pořádkem. Myslím si, že pokud v této podobě bude zákon schválen, je tady důvod k tomu, aby byl požádán Ústavní soud, aby přezkoumal soulad tohoto zákona s našimi ústavními předpisy."* (stenozáznam z 10. schůze Senátu dne 21. 7. 2011).

Pochybnosti o ústavnosti napadených ustanovení patřily k hlavním důvodům, pro něž oba senátní výbory, které návrh zákona projednávaly, tj. výbor pro zdravotnictví a sociální politiku (usnesením č. 29 z 13. 7. 2011) i ústavněprávní výbor (usnesením č. 80 z 13. 7. 2011) doporučily Senátu návrh zákona zamítnut. Senát se s těmito doporučeními ztotožnil a návrh zákona zamítl (usnesení č. 281 z 21. července 2011).

22. Hlasy poslanců vládní koalice však Poslanecká sněmovna veto Senátu přehlasovala. Prezident republiky nevyužil svého práva vrátit přijatý zákon Parlamentu a podepsal jej.

23. Zákon č. 369/2011 Sb. v napadené úpravě zavedené zákonem č. 298/2011 Sb. „pouze" změnil dosavadní terminologii zákona o veřejném zdravotním pojištění, takže namísto ústavního pojmu „zdravotní péče" (čl. 31 Listiny) používá platné znění zákona č. 48/1997 Sb. (včetně napadených zákonných ustanovení) pojmu „zdravotní služby". Také tato změna zákonné terminologie vystihuje záměr zákonodárce, který spočívá v opuštění ústavních i mezinárodněprávních garancí při poskytování zdravotní péče a sledování koncepce „klientské medicíny", poskytované v závislosti na ekonomických možnostech „klienta" přicházejícího se svými penězi za „poskytovatelem zdravotních služeb".

24. Platné znění napadených ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění předně neobsahuje zákonná kritéria, podle nichž by bylo možno jednoznačně rozlišit, která zdravotní péče (resp. které zdravotní služby) je „ekonomicky náročnější" a která nikoli. Zákonná formulace, podle níž rozdíl mezi „základní" a „ekonomicky náročnější" variantou zdravotní péče spočívá v „účelném a hospodárném vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění" (§ 13 odst. 3) je zcela vágní, přičemž ze zákona nelze zjistit žádné definiční znaky tohoto pojmu, resp. této podmínky pro rozlišení obou „variant" (či spíše druhů) zdravotní péče.

25. Tato zákonná úprava tedy umožňuje rozdělování zdravotní péče (zdravotních služeb) nikoli podle toho, jak je tato péče účinná z hlediska medicínského, tedy jak pomáhá pacientům při záchranně jejich života či při ochraně jejich zdraví a léčení nemocí, ale podle toho, kolik tato péče (služby) stojí, tedy nakolik je ekonomicky náročná pro systém („zdroje") veřejného zdravotního pojištění. Paradoxně tedy může být zákonná podmínka „účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění" interpretována tak, že „drahá" péče nebude pojištěncům (občanům) plně hrazena a budou si ji muset sami přímo doplácet, zatímco „laciná" péče bude péčí poskytovanou plně z prostředků veřejného pojištění.

26. V zákoně přitom absentují jakákoli kritéria, podle nichž by bylo možno určit nákladnost zdravotní péče při jejím rozlišování na „základní variantu" a „ekonomicky náročnější variantu". Není tedy vůbec zřejmé, zda má být kritériem „účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění" cena léčivých přípravků, cena a kvalita zdravotnického materiálu, cena zdravotnických přístrojů, cena zdravotních pomůcek, kvalita péče o pojištěnce ve zdravotnickém zařízení (např. výběr stravy, vybavení prostor zdravotnického zařízení či poskytování jiných souvisejících služeb), výše mezd či platů zdravotnických pracovníků, personální a technické vybavení zdravotnického zařízení, výše regulačních poplatků v závislosti na druhu poskytovaných služeb podle § 16a zákona o veřejném zdravotním pojištění, nebo třeba momentální výše úhrad jednotlivých zdravotních výkonů na základě smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb uzavřené podle § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb.

27. Určení veškerých podmínek, na jejichž základě bude teprve možno zjistit, zda je určitý druh, způsob a rozsah zdravotní péče (zdravotních služeb) její „základní variantou" nebo již „ekonomicky náročnější variantou" je zákonem ponecháno zcela na úvaze ministra zdravotnictví, který je oprávněn tak učinit formou vydání podzákonného právního předpisu – vyhlášky (§ 13 odst. 4 a 5). Zákonodárce tím rezignuje jak na svou výlučnou normotvornou pravomoc při stanovení podmínek a mezí ústavně zaručených základních práv (k tomu viz níže), tak i vůbec na požadavek srozumitelnosti, jasnosti, určitosti a předvídatelnosti zákona, který patří k základům demokratického právního státu (čl. 1 odst. 1 Ústavy).

28. Zákonná podmínka pro rozlišení „základní varianty" a „ekonomicky náročnější varianty" zdravotní péče (zdravotních služeb) spočívající v tom, že zdravotní péči (zdravotní služby) podle § 13 odst. 1 zákona „lze poskytnout více než jedním způsobem", přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v § 13 odst. 1 zákona a mají stejný terapeutický účinek (§ 13 odst. 3 zákona), ve skutečnosti nevypovídá nic bližšího o tom, jaký je zákonem garantovaný „standard" zdravotní péče pro každého pojištěnce bez ohledu na jeho ekonomické možnosti a také bez ohledu na poskytovatele zdravotních služeb, a co už je naopak z hlediska zákona péčí (službami) „nadstandardní".

29. Navrhovatelé v této souvislosti poukazují na nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996 sp. zn. Pl. ÚS 35/95 (č. 64, sv. 5 SbNU, vyhl. pod č. 206/1996 Sb.), v němž Ústavní soud výslovně 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 ve svém nálezu ze dne 4. června 2003 sp. zn. Pl. ÚS 14/02 (č. 82, sv. 30 SbNU, vyhl. pod č. 207/2003 Sb. – viz níže), když uznal za ústavně konformní někdejší ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které zakazovalo všem zdravotnickým zařízením i lékařům přijímat jakoukoli úhradu za zdravotní péči, a to *„ani v souvislosti s poskytováním této péče"*.

30. Navrhovatelé proto poukazují rovněž na nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003 sp. zn. Pl. ÚS 14/02 (č. 82, sv. 30 SbNU, č. 207/2003 Sb.), jímž byl zamítnut návrh na zrušení ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění obsaženém v § 11 odst. 1 písm. d), které stanovilo, že lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči, poskytnutou v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění, přijmout od pojištěnce žádnou úhradu „ani v souvislosti s poskytnutím této péče" (ustanovení bylo zrušeno s účinností od 1. ledna 2008 až zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, v souvislosti se zavedením regulačních poplatků).

Ústavní soud v odůvodnění nálezu uvedl, že *„... vychází ve svých úvahách z ústavní koncepce ochrany zdraví, jež je zakotvena v čl. 6 odst. 1 Listiny, podle něhož "Každý má právo na život," a* v *čl. 31 Listiny, který zní: "Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon."* a s odvoláním na tehdy platnou zákonnou úpravu konstatoval: *„Tím je stanoven v souladu s ústavními principy vývojový trend veřejné zdravotní péče ve směru kvalitní, plnohodnotné a účinné péče na základě rovného postavení všech pojištěnců. 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. Toto pojetí odpovídá i mezinárodním konvencím, jako je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, i doporučením, např. Doporučení Ree (2001)13 Výboru ministrů členským státům Rady Evropy, jež bylo schváleno 10. 10. 2001. Výbor ministrů přitom zdůraznil, že čl. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně vyžaduje, aby subjekty uzavírající smlouvy o zdravotní péči zajistily rovnou dostupnost ke zdravotní péči patřičné kvality. Ústavní soud dodává, že i čl. 4 této Úmluvy stanoví povinnost, „jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví ... provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy". Úmluva sama vstoupila pro Českou republiku v platnost 1. 10. 2001 (č. 96/2001 Sb. m. s.).

(...) 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. Tak např. v Německu, přestože je kolem 10 % obyvatel soukromoprávně pojištěno u komerčních pojišťoven, kvalita soukromé péče se poskytuje na shodné úrovni s veřejným zdravotním pojištěním a podle společných celostátních směrnic. Ve veřejných nemocnicích se poskytují shodné zdravotní výkony včetně shodných typů zdravotnických materiálů pevně spojených s lidským tělem, např. endoprotézy, jak pro soukromě pojištěné osoby, tak pro pojištěnce zákonných nemocenských pojišťoven, a to včetně časového zařazování pacientů ke zdravotním výkonům podle odborných kritérií, a nikoli podle schopnosti připlatit si. Soukromý pacient nebo veřejně pojištěná osoba si mohou ve veřejných nemocnicích jako doplňkové úkony a služby objednat a zvlášť zaplatit jen úředně schvalované položky s úředně potvrzenými cenami, jejichž poskytnutí neovlivňuje úroveň zdraví, např. zvláštní ubytování, stravování, svobodný výběr lékaře či sestry, jiný typ obvazu či léku."

31. Navrhovatelé považují napadenou právní úpravu za diskriminační, neboť přístup k „ekonomicky náročnější variantě" zdravotní péče nebude pro pojištěnce zajištěn v závislosti na potřebě čerpání takové zdravotní péče s ohledem na jeho zdravotní stav, ale toliko vzhledem k tomu, zda bude ochoten, popř. vůbec schopen cenu této zdravotní péče zaplatit. Uplatnění práva každého na ochranu zdraví a práva občana na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění tak bude podmíněno především dostatečnými finančními zdroji pacienta, takže tato práva nebudou zaručena všem (resp. všem občanům) bez rozdílu jejich majetku (čl. 3 odst. 1 Listiny). Vytváří se tak reálně dvojí zdravotnictví – pro ty, co mají na „základní variantu" a pro ty movitější, co si mohou dovolit „variantu ekonomicky náročnější".

32. Přestože zákon zapovídá poskytovateli zdravotních služeb upřednostňovat při poskytování těchto služeb pojištěnce, který si zvolí „ekonomicky náročnější variantu" (§ 13 odst. 7), porušení tohoto zákazu bude moci zdravotní pojišťovna zjistit a zejména prokázat jen velmi obtížně. Poskytovatel zdravotní péče bude totiž hospodářsky přímo zainteresován na tom, aby zdravotní péči prioritně poskytoval právě těm pojištěncům, od nichž očekává nebo s nimiž má již dokonce zkušenost, že si zpravidla volí právě „ekonomicky náročnější variantu". Pojištěnec, který si zvolí „základní variantu" bude záznamem do zdravotnické dokumentace o této své volbě *de facto* „označen" jako ten, kdo poskytovateli nepřinesl nic „navíc". Nebude jistě nesnadné stanovit takovému pojištěnci při příští jeho potřebě čerpání „zdravotních služeb" dlouhou čekací dobu. Z jakých údajů má zdravotní pojišťovna zjišťovat, zda poskytovatel zdravotních služeb opakovaně upřednostnil či neupřednostnil pojištěnce podle jím zvolené „varianty" zdravotní péče (§ 13 odst. 8), zákon nestanoví.

Zavedení dvou „variant" zdravotní péče podle kritéria, zda si pojištěnec ze svého má „připlatit" či nikoli, tak znamená popření jedné z nezměnitelných ústavních norem – rovnosti lidí v důstojnosti a v právech (čl. 1 Listiny).

33. Očekávané protiústavní důsledky vyvolané aplikací napadené zákonné úpravy, spočívající v porušení základních práv podle čl. 31 Listiny, popsali v rozpravě v plénu Senátu např. senátoři Jan Žaloudík a Miloš Janeček (oba senátoři jsou profesory medicíny):

Senátor Jan Žaloudík, zpravodaj výboru pro zdravotnictví a sociální politiku, který byl výborem garančním, v rozpravě mj. uvedl: *„Abych to demonstroval na jednom příkladě, který znám, který můžete zažít všichni, aniž straším. V České republice jsme na prvním místě ... ve výskytu rakoviny tlustého střeva, konečníku, osm tisíc případů ročně. Minimálně sedm a půl tisíce potřebuje operaci, patrně i víc. Takže kdokoli z kolegů by přišel a já ho mám poučit, že jsme mu našli nádor velice včas a musí mu být operováno střevo, ten nádor bude odstraněn, pak se ty konce k sobě sešijí, aby to střevo fungovalo dál. Je to velice prosté. Jak všichni říkají „náročná onkologická léčba", prosím vás, na tom není nic náročného. To se dělalo už před sto lety.*

Já se podle § 13 postavím k pacientovi takto. Řeknu: Podívejte, já vás musím poučit o všech variantách a vy si vyberete, když to neudělám, můžu být pokutován, takže to vydržte, my vám zresektujeme to střevo a já tu anastomózu našiji rukou silonem, jako jsme to dělali před lety, bude to fungovat, ten efekt bude splněn. Nebo vám to zašiji vstřebatelným materiálem, přibude k tomu pět stovek, základní operace je do pěti tisíc korun. Je to práce dva a půl hodiny, tři chirurgové, dvě sestry, stojí to do pěti tisíc korun. Není to až tak nákladné, leckdo si to může dovolit. Řeknu: Anastomózu zašiji vstřebatelným materiálem. Bude to o pár stovek víc a každému bych to doporučil. Nebo tu anastomózu zašiji šicím přístrojem. Ten stojí 12 000 Kč – na jedno použití. Zase se nic nemění na léčebném efektu, ten nádor už je dávno v kýblu. Jde jenom o anastomózu, ale bude to plus dvanáct tisíc. Nebo, když to bude počínající nádor, jak jsem řekl, tak to uděláme ze tří vpichů a jednoho krátkého řezu laparoskopicky, a bude to 30 – 40 tisíc. A nebo se spolu vydáme do Mostiště na Vysočině, tam to odoperují – už asi moji kolegové, já asi už ne, odoperují robotem, bude to stát – na Homolce – sto tisíc korun, anebo tam, kde je to nasmlouváno víc, až 150 000 Kč.

A teď pozor, podle zákona moje stanovisko bude: Všechny tyto metody z hlediska odstranění nádoru jsou si naprosto rovnocenné. Chcete to za těch 150 tisíc korun? Nebo v té variantě, co je bezplatná, za těch 5000 Kč? Nebo si připlatíte 12 000 Kč? Nebo pár stovek za šicí materiál, nebo laparoskopicky? A kdo řekne, kde je ta hranice?

Odborná společnost řekne: I když na to právně vůbec nemá, vždycky má doporučit na úrovni doby. Ale řekněme, že bude rozumná a řekne: Šicí přístroj tam, kde je to nedostupné a laparoskopie už ne, apod. Umíte mi najít člověka, který je tak málo inteligentní a přitom tak solventní, že by si za něco, co je naprosto stejné a rovnocenné připlatil těch mnoho tisíc? Je to absurdní. Tam se nebudeme totiž rozhodovat o standardu a nadstandardu. Tam se budeme rozhodovat o všech možných variantách léčby. A kdybych teď přitlačil na pilu a začal hovořit o následné chemoterapii, tak začneme od pěti tisíc za Fluorouracil, 35 000 za Irinotecan Oxaliplatina, 80 000 za Bevacizumab, 135 000 za Cetuximab. Možnosti, kdo to bude doplácet, kdy, jak a kdo to určí, kdo určí ten rozdíl, kdo určí efekt té léčby. Ano, kalifornská studie vyšla ve prospěch Cetuximabu, říká firma, protože ho tady prodává. Kdo ověří, jestli v Břeclavi ty výsledky jsou podobné? Umíme to, ale poprvé v historii se neplatí Národní onkologický registr, který tady funguje od roku 1977, a poprvé letos dostal na fungování nulu."

Senátor Miloš Janeček uvedl: *„Nemohu si odpustit říci něco jako původní profesí ortoped, který první endoprotézu udělal v roce 1979 a poslední minulý týden v pondělí.*

Zrovna tato péče, na které se neustále ukazuje ten standard a nadstandard, je v podstatě velice scestná, protože já si nemůžu pomoct, medicína, věda, poznatky jsou pouze jedny. A buď jsou pro všechny, nebo pro nikoho. V Brně se staví za několik miliard s posvěcením několika ministerstev ICRC, neboli obrovské vědecké centrum ve spolupráci s americkou Mayo klinikou, které má přinášet nejmodernější poznatky. Budou tam pracovat naši vědci, budou tam pracovat Američané a možná i další lidé z evropských zemí. A ti teď vyprodukují nějaký poznatek A co se bude odehrávat s touto novou vědeckou léčbou, ať to budou nové, dnes populární biologické léčby nebo to, co tu vzpomínal kolega Žaloudík o dalších a dalších novinkách? Bude to pro všechny, nebo to bude nadstandard, budou si to lidé platit? Kde na to vezmou?

A když se vrátím k těm nešťastným endoprotézám, které jsou neustále takto propírány, každý lékař, a pouze, jenom lékař může indikovat. A jestli je zodpovědný a slušný, tak indikuje pro toho pacienta přesně to, co on potřebuje. Nebudeme zde mluvit o lidech, kteří by se nechali ovlivnit různými ekonomickými vlivy. Nebudu samozřejmě 80leté imobilní pacientce dávat náhradu za 100 000 Kč a naopak nedám mladému člověku implantát, o kterém vím, že mu vydrží pár let. Já sám jsem operoval nejmladší pacientku, které bylo 18 let, utrpěla těžkou dopravní nehodu a měla totálně zničený kyčelní kloub. Tato pacientka ho má již 15 let, dostala tehdy protézu v ceně asi 120 000 Kč, o které jsem byl pevně jako operatér přesvědčen, že je to v současné době to nejlepší, co bylo na trhu. Pacientka vystudovala vysokou školu, porodila 2 děti a dodnes s touto endoprotézou chodí. Takže žádná zdravotní pojišťovna, žádný standard a nadstandard mě nemůže ovlivnit v mém medicínském rozhodování. Na druhé straně si neumím představit, jak ta tehdejší mladá gymnazistka, neznám její ekonomické zázemí rodinné - jestli by se ta rodina tehdy dala dohromady a zaplatila protézu za 100 000 Kč. Ale velmi silně si o tom troufám pochybovat.

A s tím souvisí i jiné oblasti. My budeme povinni, pokud se toto všechno dostane do reality, jako lékaři určovat a pacienta informovat o té ekonomicky lepší a nebo horší možné nebo náročnější terapii. A teď si představuji, jak do Úrazové nemocnice v Brně přivezou pacienta, který má zlomenou stehenní kost a k tomu třeba ještě lýtkovou a bércovou, aby to bylo zajímavější. A teď ten pacient, který leží na té příjmové ambulanci, lékař se rozhodne, že se musí operovat, leží tam ve vakuové dlaze, může mít třeba i drobné krvácení, má silné bolesti, je v poúrazovém šoku, protože havaroval např. v autě, teď neví, co je s rodinou apod., a teď já za ním přijdu a začnu se ho ptát, jestli chce standardní nebo nadstandardní léčbu, jestli chce švýcarský hřeb firmy Synthes a nebo chce český hřeb od firmy Beznoska Kladno nebo Medin Nové Město na Moravě apod. My musíme vidět konkrétní důsledky těchto věcí. My tu nemůžeme hovořit všeobecně.

Osobně se nebráním třeba i teoreticky pojmu "standard" a "nadstandard", ale dopředu jsem očekával, že bude vše definováno. A je mi známo, že konkrétně Česká společnost ortopedie a traumatologie, ale i další, se zuřivě brání roky tomu, aby oni byli ti, kteří to nastaví, protože je jim jasné, že potom budou konfrontováni s tou tvrdou realitou, o které tu hovořím. A dávat potom ještě pacientovi podepsat něco na toto téma, jak on se bude v tu chvíli, v tom stresu a v tom všem, o čem jsem říkal, rozhodovat, nemluvě o tom, jestli si rychle vzpomene, kolik má na kontě a jestli on nebo ta rodina to bude schopna zaplatit.

Dalo by se na toto téma hovořit velmi dlouho. Nakonec bychom mohli v extrému říci, že standard by mohla být tzv. náplasťová extenze, která se používala ve 20. letech minulého století, takže pacient by si odležel se všemi riziky 3 měsíce v posteli a potom, kdyby to všechno přežil, tak by uvažoval, že by možná bylo lepší si to zaplatit."

34. Ze všech shora uvedených důvodů považují navrhovatelé ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb. za odporující čl. 1, čl. 3 odst. 1, čl. 4

odst. 4 věta prvá, čl. 6 odst. 1 a čl. 31 Listiny, jakož i čl. 12 odst. 1 a 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.

b) Protiústavní stanovení mezí základních práv podle čl. 31 Listiny teprve podzákonným právním předpisem

35. Podle čl. 31 Listiny má každý právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Podle čl. 41 odst. 1 Listiny je možno se těchto práv domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí. Čl. 4 odst. 2 Listiny stanoví, že meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou upraveny pouze zákonem.

36. Jak již shora uvedeno, platné znění § 13 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění v důsledku novely provedené zákonem č. 298/2011 Sb. a zákonem č. 369/2011 Sb. stanoví, že výše úhrady zdravotních služeb z veřejného pojištění v základní variantě má být stanovena „prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem", tj. vyhláškou Ministerstva zdravotnictví a cenovým rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví vydaným podle § 2a odst. 1 zákona ČNR č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti ceh, a podle § 10 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách (viz poznámka pod čarou č. 49). Cena ekonomicky náročnější varianty zdravotní péče má být stanovena „v souladu s cenovým předpisem" a uvedena v ceníku poskytovatele zdravotních služeb (§ 13 odst. 5), přičemž za ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb lze považovat zdravotní služby, které jsou takto označeny v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění (§ 13 odst. 4). Ministerstvo zdravotnictví má vyhláškou stanovit Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami s označením variant zdravotní péče podle § 13 zákona, tj. varianty „základní" a „ekonomicky náročnější" (§ 17 odst. 4).

37. Na protiústavní obsah ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění uvedených v předchozím bodě upozornili poslanci v průběhu projednávání předlohy v Poslanecké sněmovně – viz např. vystoupení poslance Davida Ratha v rozpravě při prvém a třetím čtení návrhu zákona (stenoprotokoly z 16. schůze Poslanecké sněmovny z 27. 4. 2011 a z 19. schůze 21. 6. 2011).

Tato upozornění zazněla rovněž při projednávání návrhu zákona v plénu Senátu, když např. zpravodaj ústavněprávního výboru Senátu senátor Miroslav Nenutil při odůvodňování doporučení výboru, aby byl návrh zákona zamítnut, ve své zpravodajské zprávě uvedl: *„Protože ale právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky mají občané na základě veřejného zdravotního pajištění za podmínek, jež stanoví zákon, ústavně-právní výbor má pochybnosti o ústavnosti předkládané koncepce této právní úpravy, ...* " (viz stenoprotokol z 10. schůze Senátu ze dne 21. 7. 2011). Podobně senátor Jiří Dienstbier v rozpravě uvedl: *„Pokud Listina základních práv a svobod stanoví, že zákon může upravit meze poskytováni bezplatné zdravotní péče, další části zákona, která je zcela zjevně v rozporu s ústavním pořádkem – už o tom mluvil kolega Nenutil jako zpravodaj ústavně-právního výboru – je to skutečnost, že podle navrhovaného § 17 má ministerstvo vyhláškou upravit, která péče bude levná, ekonomická, tedy neplacená a která bude ekonomicky náročnější, tedy placená. Opět je porušen ústavní princip, že pouze zákonem lze vymezit podmínky poskytování zdravotní péče,*

podmínky nároku na právo na bezplatnou zdravotní péči. To je ústavně-právní pohled." Ve stejném duchu se vyjádřili např. též předseda Senátu Milan Štěch a senátorka Miluše Horská.

38. Navrhovatelé v této souvislosti pro srovnání poukazují na někdejší obdobnou právní úpravu, obsaženou do 31. 3. 1997 v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v zákoně ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a v navazujících podzákonných právních předpisech, kterými byly nařízení vlády ČR č. 216/1992 Sb., kterým se vydává Zdravotní řád a provádějí některá ustanovení zákona ČNR č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu, a vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky.

Ustanovení § 11 odst. 4 zákona o péči o zdraví lidu stanovilo: „Zdravotní péči za plnou nebo částečnou úhradu, popřípadě i její výši, blíže vymezí ministerstvo zdravotnictví v dohodě s ministerstvem financí České republiky vyhláškou vydanou po projednání se zdravotnickými pojišťovnami, se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, zástupci smluvních zdravotnických zařízení a profesními organizacemi zřízenými zvláštním zákonem. Zdravotnické zařízení, které takovou péči poskytne, je povinno vystavit fyzické nebo právnické osobě doklad, v němž uvede, jaká péče byla poskytnuta, a výši finanční úhrady."

Ustanovení § 1 zákona o všeobecném zdravotním pojištění stanovilo: „Tento zákon upravuje všeobecné zdravotní pojištění (dále jen „zdravotní pojištění"), na jehož základě je poskytována potřebná zdravotní péče bez nutnosti její přímé úhrady v rozsahu stanoveném tímto zákonem a Zdravotním řádem."

Ustanovení § 2 odst. 2 zákona o všeobecném zdravotním pojištění stanovilo, že rozlišení zdravotní péče na péči hrazenou zdravotním pojištěním plně nebo částečně „se provádí s ohledem na charakter postižení zdravotního stavu a objem finančních zdrojů na úhradu této péče". Dále toto ustanovení stanovilo: „Pokud je pojištěncům ve věku do 18 let poskytována zdravotní péče označená ve Zdravotním řádu jako péče částečně hrazená, hradí ji zdravotní pojišťovna plně. Okruh péče plně hrazené, částečné hrazené a další podrobnosti při poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona stanoví Zdravotní řád. Zdravotní řád je závazný pro všechny zdravotní pojišťovny, které provádějí zdravotní pojištění." Ustanovením § 2 odst. 3 citovaného zákona byla k vydání Zdravotního řádu zmocněna vláda, která tak měla učinit svým nařízením vydaným po dohodovacím řízení se zástupci Ministerstva financí, Všeobecné zdravotní pojišťovny, ostatních zdravotních pojišťoven, smluvních zdravotnických zařízení, profesních organizací zřízených zákonem a odborných vědeckých společností.

Ustanovení § 13 odst. 3 zákona o všeobecném zdravotním pojištění stanovilo: „Příslušná zdravotní pojišťovna poskytuje úhradu za provedené zdravotní výkony zdravotnickým zařízením podle seznamu výkonů s bodovými hodnotami, pokud Zdravotní řád nestanoví, že se zdravotní péče hradí paušálními částkami. Seznam výkonů s bodovými hodnotami a výše paušálních částek včetně rozsahu zdravotní péče z těchto částek hrazené stanoví ministerstvo vyhláškou po dohodovacím řízení .... Ministerstvo financí po projednání s ministerstvem (zdravotnictví) a Ministerstvem práce a sociálních věcí stanoví na návrh zdravotních pojišťoven cenovým výměrem maximální ceny bodu."

Ustanovení § 13 odst. 5 zákona o všeobecném zdravotním pojištění stanovilo: „Seznam léčiv a prostředků zdravotnické techniky zpracovává ministerstvo po předchozím

dohodovacím řízení ... Seznam léčiv a prostředků zdravotnické techniky, jeho změny a doplňování vydává ministerstvo vyhláškou."

Všechna shora citovaná zákonná ustanovení byla k 1. 4. 1997 zrušena nálezem Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95 (č. 64, sv. 5 SbNU, č. 206/1996 Sb.), kterým byly současně zrušeny na jejich základě vydané uvedené prováděcí podzákonné právní předpisy (nařízení vlády a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví), neboť odporovaly čl. 4 odst. 1 a 2, čl. 31 a 41 Listiny a rovněž čl. 2 odst. 4 Ústavy České republiky.

K důvodům svého derogačního zásahu vůči uvedené právní úpravě Ústavní soud v odůvodnění nálezu uvedl: *„...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.*

Navrhované zrušeni § 1 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., ve zněni zákonů č. 161/1993 Sb. a č. 59/1995 Sb., upravuje jednak všeobecné zdravotní pojištění, ale i podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována. § 2 odst. 2 téhož zákona uvádí, co zahrnuje péči plně nebo částečně hrazenou zdravotním pojištěním, aniž však v odstavci 2 téhož paragrafu přesně definuje meze péče plně či částečně hrazené zdravotním pojištěním. Při určení okruhu péče v těchto dvou rovinách odkazuje citované ustanovení na další podzákonný právní předpis - Zdravotní řád vydaný nařízením vlády ČR č. 216/1992 Sb., ve znění nařízení vlády ČR č. 50/1993 Sb. a nařízení vlády č. 149/1994 Sb. Lze tedy konstatovat, že zákon ČNR č. 550/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů, obsahuje vlastně dvojí zmocnění vlády a upravuje základní koncepci zdravotní péče dalšími resortními předpisy. Tento postup odporuje jak Listině, tak i ústavnímu pořádku České republiky, neboť stanovit meze základních práv a svobod občanů lze jen zákony. Definovat zákonné vymezení obsahu a rozsahu podmínek a způsob poskytováni práva občana na bezplatnou zdravotní péči je možné jen zákonem. Této povinnosti se nemůže zákonodárce zbavit tím, že zplnomocní orgán moci výkonné k vydání právních norem nižší právní síly než zákon, které by určovaly meze těchto základních práv a svobod. Jak již ze shora uvedeného vyplývá, je dosavadní úprava zdravotní péče plně nebo částečně hrazené duplicitně upravena několika právními předpisy, přičemž základní podmínky, rozsah a meze takto poskytované péče jsou zcela jasně řešeny až resortními vyhláškami (vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 467/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů, vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 426/1992 Sb., ve znění vyhlášky č. 150/1994 Sb. a Zdravotního řádu vydaného nařízením vlády ČR č. 216/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění, v § 11 odst. 2, 3, 4, a zákon ČNR č. 550/1991 Sb , v platném znění, v § 2, pozitivně i negativně rámcově vymezují rozsah této péče s jejím rozdělením na zdravotní péči plně nebo částečně hrazenou zdravotním pojištěním. Pojištěncům ve věku do 18 let je hrazena zdravotní péče plně, i když její indikace zní na péči částečně hrazenou. V § 2 odst. 2 zákona ČNR č. 550/1991 Sb., v platném znění, se stanoví, že Zdravotní řád je závazný pro všechny zdravotní pojišťovny. Jeho závaznost však není vztažena na všechny zdravotní pojišťovny výlučně, jak se uvádí v návrhu, a proto není důvodu pro tvrzení, že zavazuje pouze zdravotní pojišťovny, a nikoliv též jiné právnické a fyzické osoby."

39. Napadená platná zákonná úprava ve srovnání s právní úpravou zrušenou Ústavním soudem, která byla popsána v předchozím bodě, vykazuje zcela shodné rysy protiústavního omezení základních práv podle čl. 31 Listiny, resp. způsobu vymezení rozsahu bezplatné zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění: vymezení obsahu, rozsahu a způsobu poskytované zdravotní péče za plnou („základní varianta") nebo částečnou úhradu („ekonomicky náročnější varianta") z veřejného pojištění je ponechána úpravě teprve na úrovni podzákonných právních předpisů. Tím se § 13 odst. 3 a 4 a § 17 odst. 4 ve slovech „a s označením variant zdravotní péče podle § 13" ocitá v rozporu s čl. 31 ve spojení s čl. 41 odst. 1 Listiny, jakož i s čl. 4 odst. 1 a 2 Listiny, s čl. 2 odst. 3 Listiny a s čl. 2 odst. 4 Ústavy.

II.
Zvýšení regulačního poplatku za poskytování lůžkové péče ze 60 Kč na 100 Kč

A. Obsah napadeného ustanovení

40. Zákonem č. 298/2011 Sb. došlo s účinností od 1. prosince 2011 ke zvýšení regulačního poplatku za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách, ze 60 Kč na 100 Kč (§ 16a odst. 1 písm. f/ zákona o veřejném zdravotním pojištění).

41. Zákonem č. 369/2011 Sb. dojde s účinností od 1. dubna 2012 ke změně znění uvedeného ustanovení tak, že regulační poplatek ve výši 100 Kč bude placen za každý den, ve kterém je poskytována „lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče".

B. Rozpor napadeného ustanovení s ústavním pořádkem a s mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách

42. Navrhovatelé předně konstatují, že veškeré regulační poplatky, zavedené zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, považují za protiústavní pro jejich rozpor zejména s čl. 1 a 31 Listiny. Ztotožňují se proto s argumentací obsaženou v odlišných stanoviscích sedmi soudců Ústavního soudu k nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (č. 91, sv. 49 SbNU, č. 251/2008 Sb.). V souladu s některými z těchto stanovisek (separátní vota soudců Pavla Rychetského, Elišky Wagnerové, Jana Musila a Jiřího Nykodýma) navrhovatelé mají také za to, že právní názory vyslovené v odůvodnění uvedeného nálezu nepředstavují změnu právních názorů Ústavního soudu vyslovených v jeho předchozích nálezech, neboť nález vyhlášený pod č. 251/2008 Sb. nebyl přijat postupem podle § 13 zákona o Ústavním soudu, protože se pro něj nevyslovilo alespoň devět přítomných soudců. Ohledně tohoto nálezu tedy platí slova soudce Jiřího Nykodýma: *„Pokud jsou v odůvodnění nálezu zaujímána konkrétní stanoviska z hlediska ústavnosti posuzované právní úpravy, jde sice o stanoviska většiny, nikoliv však kvalifikované, a proto nemohou mít žádnou právní závaznost, a jsou jen vyjádřením názoru soudců hlasujících pro zamítnutí návrhu, stejně jako jsou disenty vyjádřením názoru soudců hlasujících proti tomuto návrhu."*.

43. Předloženým návrhem se však navrhovatelé s ohledem na § 35 odst. 1 zákona o Ústavním soudu nedomáhají opakovaného posouzení ústavnosti téže právní úpravy, tj. celého komplexu regulačních poplatků, ale domáhají se přezkumu ústavnosti zcela nové (novelizované) zákonné úpravy, zavedené zákonem č. 298/2011 Sb., ve znění zákona č. 369/2011 Sb., která spočívá ve zvýšení regulačního poplatku za každý den poskytování lůžkové péče (včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče) ze 60 Kč na 100 Kč (§ 16a odst. 1 písm. f/).

44. Zvýšení tohoto regulačního poplatku je účinné od 1. prosince 2011 a oproti dosavadní výši tohoto poplatku představuje nárůst jeho výše o celé 2/3, tedy o více než 66 %. Vláda coby navrhovatel zákona, ani sněmovní většina poslanců, která přijetí zákona prosadila, přitom nedoložily potřebnost a racionalitu tak rasantního zvýšení tohoto poplatku.

Důvodová zpráva k návrhu zákona (sněmovní tisk 325) ke zvýšení tohoto regulačního poplatku uvádí: *„Zvýšením regulačního poplatku za jeden den hospitalizace na výši 100 Kč by se jednalo o zvýšení příjmu zdravotnických zařízení v celkové výši cca 0,75 mld. Kč ročně. Navržená změna poskytuje pojištěncům na straně jedné motivaci k účelné spotřebě zdravotní péče, na straně druhé pak ochranu před vysokými náklady na zdravotní péči. Staví tak pojištěnce do středu systému, neboť regulační poplatky jsou plně v souladu jak s osobní zodpovědností, tak s principem solidarity v případě nemoci, která ohrožuje finanční situaci jednotlivce nebo rodiny. Zvýšení regulačního poplatku za jeden den hospitalizace by mělo vzhledem ke své regulační funkci vést ke snížení nákladů na poskytnutou zdravotní péči ve zdravotnických zařízeních následné péče, např. v léčebnách dlouhodobě nemocných apod., a to zejména u pojištěnců, kteří jsou zde hospitalizováni, přičemž pobyt by mohl být realizován v zařízeních sociálních služeb. Případné stanovení limitů by popíralo smysl regulačního poplatku, protože po dovršení limitu by nic pojištěnce nemotivovalo k tomu, aby poskytovanou zdravotní péči nenadužíval."*

Uvedené proklamativní důvody podstatného zvýšení poplatku za ústavní péči však již v připomínkovém řízení zpochybnilo např. Ministerstvo financí, které ve svých připomínkách uvedlo: *„Zvolíme-li jednoduchý propočet pro případ jednočlenné domácnosti důchodce, který by byl hospitalizován, event. umístěn v odborné léčebně 1 měsíc, samotný výdaj na tento účel by činil 3 000 Kč, dalším nezbytným výdajem jsou minimálně náklady na bydlení, a pokud by dotyčný pobíral průměrný důchod kolem 10 000 Kč (což ale není pravidlem), nelze tvrdit že se nedostane do problémů a že sociální systém má pro tyto případy nástroje jak situaci řešit. (...)*

Hospitalizován ve zdravotnickém zařízení by měl být pacient z vážných zdravotních důvodů, pak nelze hovořit obecně o využívání „hotelových služeb", např. před operací musí držet přísnou dietu místo stravy. Výběr poplatku za hospitalizaci plošně uplatňovaný, by měl být spíše diferencován s poukazem na mimořádnost některých hospitalizovaných případů. Jde např. o stav, kdy hospitalizovaný vůbec nepřijímá stravu a je vázán na příjem infúzí, které jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění."

45. Od doby, kdy byl tento regulační poplatek zaveden, tj. od 1. ledna 2008, nepochybně nedošlo k natolik významnému nárůstu nákladů poskytování zdravotní péče v žádném segmentu lůžkových zdravotnických zařízení (v nemocnicích, léčebných ústavech ani v zařízeních lázeňské péče), ani v odvětví zdravotnictví jako celku, které by odůvodňovalo tak podstatné zvýšení tohoto poplatku. Ostatně vláda ani sněmovní většina se o ekonomickou analýzu zdůvodňující zvýšení denní „sazby" tohoto poplatku právě na 100 Kč ani nepokusily, jak o tom svědčí absence jakéhokoli bližšího zdůvodnění tohoto opatření v důvodové zprávě.

Při srovnání zvýšení tohoto poplatku s vývojem míry inflace, s růstem výše nominálních i reálných mezd a průměrných důchodů za období 1. 1. 2008 – 1. 12. 2011 rozhodně nelze dospět k závěru, že by uvedené ukazatele vzrostly za tuto dobu o více než 66 %.

46. Částka 40 Kč, o kterou se zvýší dosavadní poplatek za každý den poskytování lůžkové péče, rozhodně není částkou zanedbatelnou. Nově stanovená výše poplatku na 100 Kč totiž při dlouhodobějším poskytování lůžkové zdravotní péče bude představovat mnohem

významnější zásah do majetkové sféry pojištěnce, než jaký představovala částka 60 Kč. Přitom na regulační poplatek za poskytování lůžkové péče se nevztahují ochranné limity stanovené v § 16b zákona, takže zejména pro osoby starší 65 let a pro děti mladší 18 let (resp. pro jejich zákonné zástupce) bude tato částka představovat výrazné zvýšení bariéry přístupu ke zdravotní péči (zdravotním službám) a tím zábranu v uplatnění práva na ochranu zdraví a práva občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění podle čl. 31 Listiny. Tato bariéra vyvstane vůbec před mnohými osobami s nízkými příjmy, zejména pokud nemohou být hmotně zajištěni cestou institutů vzájemné vyživovací povinnosti rodičů a dětí, vyživovací povinnosti mezi ostatními příbuznými, vyživovací povinnosti mezi manžely, výživného na rozvedeného manžela, příspěvku na výživu a úhradu některých nákladů neprovdané matce podle části třetí zákona č. 94/1963 Sb., o rodině (viz bod 118 nálezu vyhl. pod č. 251/2008 Sb.). Přitom úroveň naplnění práva na hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci, při ztrátě živitele, jakož i osob v hmotné nouzi (čl. 30 Listiny) se změnami zákonů v posledních dvou letech výrazně snížila, zatímco rovněž výrazně stoupají a v důsledku vládou prosazovaných opatření (zejména zvýšení daně z přidané hodnoty) nadále budou stoupat životní náklady většiny občanů, resp. obyvatel České republiky.

Výstižně vyjádřil dopad zvýšení poplatku za ústavní péči ze 60 na 100 Kč ve své zpravodajské zprávě přednesené v plénu Senátu senátor Jan Žaloudík, zpravodaj výboru pro zdravotnictví a sociální politiku: *„Jistě se nedotkne toho, kdo na golfovém hřišti dostal ránu míčkem do hlavy, a potom tři dny musí být ve špitále. Jistě se dotkne těch důchodců, kteří měli třeba mrtvici, už mimo golfové hřiště, a budou tam celý měsíc, dva měsíce, tři měsíce, čtyři měsíce.“* (stenozáznam z 10. schůze Senátu dne 21. 7. 2011).

47. Zvýšení regulačního poplatku za ústavní péči je třeba posoudit i ve světle nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 2/08 (č. 73, sv. 49 SbNU, č. 166/2008 Sb.) v jehož odůvodnění se kritizoval stav, kdy pacienti byli po dobu prvních tří dnů nemoci bez nemocenského a navíc ještě museli platit regulační poplatky (bod 63 nálezu). Po derogačním zásahu Ústavního soudu, spočívajícím ve zrušení institutu uvedené třídenní tzv. karenční doby, však novou právní úpravou účinnou od 1. ledna 2009 došlo k jeho obnovení. Zvýšení nijak nelimitovaného výběru regulačního poplatku za ústavní péči tak i ve spojení se znovuzavedeným institutem karenční doby, po kterou nenáleží nemocenská, dále výrazně zvyšuje výdaje pojištěnců.

48. Navrhovatelé poukazují zejména na novou aktuálnost argumentů, které byly zmiňovány v odlišných stanoviscích k nálezu vyhl. pod č. 251/2008 Sb. (tehdy mj. k poplatku 60 Kč):

- Soudce František Duchoň: *„Zmíněná právní úprava je v rozporu i s článkem 1 Listiny, podle kterého lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Existují totiž některé skupiny obyvatel, kterým zavedení těchto poplatků způsobilo značně tíživou sociální situaci.“;*

- Soudce Pavel Holländer: *„Ilustrujme si uvedený závěr na příkladu starobního důchodce. Dle § 2 odst. 2 písm. a) zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, osoba se nachází v hmotné nouzi, jestliže po odečtení přiměřených nákladů na bydlení její příjem nedosahuje částky živobytí. Ve smyslu § 24 odst. 1 písm. b) uvedeného zákona částka živobytí osoby činí u osob, u kterých se nezkoumá snaha zvýšit si příjem vlastní prací [mezi něž dle § 11 odst. 3 písm. b) patří poživatel starobního důchodu], částku existenčního minima zvýšenou o polovinu částky rozdílu mezi životním minimem osoby a existenčním minimem. Dle § 2 a § 5 odst. 1 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, ve znění pozdějších předpisů, částka životního minima jednotlivce činí*

měsíčně 3 126 Kč, částka existenčního minima osoby činí měsíčně 2 020 Kč. Z uvedeného plyne, že podmínkou přiznání statusu hmotné nouze u starobního důchodce je stav, kdy jeho důchod nepřesahuje přiměřené náklady na bydlení o částku 2 623 Kč (to znamená na den 87,43 Kč na stravu, ošacení, hygienické potřeby, dopravu, příp. další základní životní potřeby). Vzhledem k poměru sumy cca 90 Kč ke stávajícím cenám potravin, hygienických potřeb, ošacení, dopravy, příp. dalších základních životních potřeb, zastávám názor, že u osob (důchodců), jejichž příjem se pohybuje nikoli výrazně nad uvedenou hranicí hmotné nouze, zavedení regulačních poplatků představuje reálnou bariéru přístupu k lidsky důstojné zdravotní péči. (...)

Z obsáhlé citace protokolu z ústního jednání dne 16. dubna 2008 plyne, že stanovení limitů regulačních poplatků ve vztahu k jejich sociální únosnosti pro určité skupiny obyvatel nevycházelo ze žádné empirické analýzy, bylo opřeno o domněnky a předpoklad následného ověřování dopadů přijaté úpravy. (...)

Čl. 31 ve spojení s čl. 4 odst. 4 Listiny vytváří tudíž pro zákonodárce prostor pro přijetí zákonné úpravy částečného hrazení zdravotní péče mimo systém veřejného zdravotního pojištění, avšak po splnění následujících kautel:

a) ve svém souhrnu tyto platby nesmí představovat bariéru přístupu k lidsky důstojné zdravotní péči,

b) zakotvení těchto plateb nesmí být překvapivé, musí tedy obsahovat jednak mechanismy a jednak dostatečný časový prostor se na ně připravit (a to státem zřízeným, příp. alespoň kontrolovaným systémem pojištění a dostatečnou legisvakancí).

Pro uvedené považuji napadená ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění za rozporná nejen s čl. 1 Ústavy, nýbrž i s čl. 31 ve spojeni s čl. 4 odst. 4 Listiny."

- Soudce Jan Musil: *„I malé poplatky mohou pro určitou skupinu sociálně hendikepované populace (i když třeba jen pro malou část) vytvářet bariéru, kterou tito občané nebudou s to překonat a nedostane se jim ani základní zdravotní péče – a to přesto, že byli účastníky systému zdravotního pojištění a podíleli se (někdy celoživotně) na jeho průběžném financování.*

Argument obsažený v bodě 118 odůvodnění nálezu, že totiž tomuto „vyloučení" občana ze systému veřejného zdravotního pojištění lze zabránit prostředky sociální péče [obstaráním si potvrzení o hmotně nouzi podle § 16a odst. 2 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění], nepokládám za uspokojivý. Takovéto byrokratické procedury jsou pro nemocné lidi velmi zatěžující, mohou oddálit nezbytné léčení a především toto „doprošování se" bezplatné zdravotní péče z důvodu hmotné nouze je lidsky ponižující a nedůstojné. Právo na zachování lidské důstajnosti je chráněno článkem 10 Listiny."

- Soudkyně Eliška Wagnerová: *„Je totiž zřejmé, že z existenčního minima vypočítaného kolegou P. Holländerem částkou 87,43 Kč na den (strava, ošacení, hygienické potřeby, doprava, komunikační služby a další), resp. z částky, která ji o několik desetikorun převyšuje, není schopna ani relativně mladá osoba, natož senior, zajišťovat si řádnou zdravotní péči, a je tak reálně vystavena nebezpečí újmy na zdraví, ohrožení života a především je brutálně devastována její lidská důstajnost. To vše jsou důsledky, ve vztahu k těmto skupinám osob (a jistě i dalším, viz odlišné stanovisko předsedy Ústavního soudu P. Rychetského), které jsou přímým důsledkem dle mého názoru neústavních a veskrze nemravných požadavků zákona, který nepamatoval na zajištění dostupnosti zdravotní péče i pro osoby spadající do těchto sociálních skupin.*

Zastávám názor, že ve vztahu ke skupině seniorů s nízkým příjmem je dáno i podezření z diskriminace z důvodu věku, neboť tato skupina je podrobena stejnému režimu jako zbylá populace, ač je postavení jejích členů nesouměřitelné (viz k takto chápané rovnosti nález sp.

zn. Pl. ÚS 11/02). Je ústavněprávně nepřijatelně, pokud tzv. zdravotní reforma byla, jak potvrdil svědek – ministr T. Julínek, přijata bez jakékoli předchozí analýzy jejích dopadů na různé sociální skupiny, neboť stát zcela lehkomyslně experimentoval na úkor jednotlivců (zařaditelných do sociálních skupin), což vedlo k porušení jejich základních práv. Jinými slovy, stát nedostál své povinnosti tato základní práva respektovat, ba případně i chránit (...)

Úcta ke stáří je civilizační hodnotou, která se neprojevuje jen v ústavněprávní záruce materiálního zabezpečení seniorů (viz čl. 30 odst. 1 Listiny). Jde o hodnotu, na jejímž uznání je vystavěna naše civilizace a pojetí humanismu. (...) Od dvacátého století, poté, co stát začal ingerovat do různých oblastí života (a to mnohdy z dobrých důvodů a na základě zkušenosti), je však i na něm, tj. na jeho orgánech (legislátorovi, jakož i na státní správě interpretující a aplikující právní předpisy), aby i ony svou činností udržovaly kulturní, resp. civilizační dědictví, když stát převzal činnosti, které dříve obstarávala rodina, popř. obec. Konečně, z těchto civilizačních hodnot vyrůstá obecné chápání spravedlnosti a vyvrcholení nacházejí v moderním pojetí základních práv."

49. Regulační poplatek za každý den poskytování lůžkové péče musí hradit v zásadě rovněž pojištěnci mladší 18 let, resp. za ně jejich zákonní zástupci, nejde-li o případy uvedené v § 16a odst. 2 písm. a/ (pojištěnci umístění ve vyjmenovaných zařízeních nebo svěření do pěstounské péče) nebo odst. 4 zákona (novorozenci). Přitom Česká republika je coby smluvní stát Úmluvy o právech dítěte (č. 104/1991 Sb.), povinna podle jejího čl. 24 odst. 1 uznávat právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení, a dále je povinna usilovat o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám. Náš stát je rovněž povinen sledovat plné uskutečňování tohoto práva a zejména činit potřebná opatření k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče (čl. 24 odst. 2 písm. b/ úmluvy).

50. Výrazně negativní dopad má zvýšení regulačního poplatku za poskytování lůžkové péče i pro zdravotně postižené osoby, které si zpravidla obtížněji obstarávají finanční prostředky pro své životní potřeby, neboť zejména jejich uplatnění v pracovních vztazích je limitované, a přitom mají zpravidla větší potřebu čerpání lůžkové péče v nemocnicích nebo lůžkové léčebně rehabilitační péče v lázních. Nejsou-li tyto osoby starší 65 let nebo mladší 18 let, nevztahuje se na ně ani ochranný limit stanovený v § 16b zákona pro regulační poplatky podle § 16a odst. 1 písm. a) až d) zákona a za doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Tyto osoby přitom mají podle čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (č. 10/2010 Sb. m. s.) právo na dosažení nejvýše možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení. Smluvní státy úmluvy jsou povinny přijmout veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, i léčebné rehabilitaci. Česká republika je podle úmluvy především povinna poskytovat zdravotně postiženým stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním (písm. a/) a poskytovat zdravotní služby, které osoby se zdravotním postižením potřebují specificky z důvodu svého zdravotního postižení, a dále služby určené k minimalizaci nebo prevenci dalšího zdravotního postižení (písm. b/). Zvýšení regulačního poplatku za lůžkovou péči, včetně péče lázeňské, je na újmu závazkům, které na sebe stát v úmluvě převzal.

51. Navrhovatelé mají za to, že zvýšení regulačního poplatku za poskytování lůžkové péče na 100 Kč za den vykazuje zejména vzhledem k takovým skupinám pojištěnců jako jsou děti, senioři, osoby zdravotně postižené a osoby sociálně slabé „rdousící efekt", neboť výše tohoto poplatku již nešetří podstatu a smysl rovného přístupu k lidsky důstojné zdravotní péči

hrazené z veřejného zdravotního pojištění a tento poplatek vytváří pro tyto osoby bariéru tento přístup omezující (viz bod 119 nálezu Ústavního soudu vyhl. pod č. 251/2008 Sb.).

52. Z uvedených důvodů shledávají navrhovatelé zvýšení regulačního poplatku za každý den, ve kterém je poskytována lůžková péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče, za odporující čl. 1, čl. 31 ve spojení s čl. 41 odst. 1 a 4 odst. 4 Listiny, jakož i s čl. 12 odst. 1 a 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.

III.

Oprávnění zdravotních pojišťoven sankcionovat poskytovatele zdravotních služeb

A. Obsah napadených ustanovení

53. Podle § 13 odst. 8 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb. je za opakované porušení povinnosti podle § 13 odstavců 6 a 7 příslušná zdravotní pojišťovna povinna uložit poskytovateli zdravotních služeb pokutu do 1 000 000 Kč. Tato sankce se vztahuje na tyto povinnosti poskytovatele zdravotních služeb:

- povinnost zaznamenat do zdravotnické dokumentace pojištěnce, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče i v ekonomicky náročnější variantě;
- povinnosti vztahující se k obsahu a způsobu provedení záznamu ve zdravotnické dokumentaci (povinnost učinit součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě, dále povinnost ošetřujícího lékaře takto vyslovený souhlas podepsat, popř. jeho povinnost stvrdit projev vůle pojištěnce, který s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, jakož i povinnost uvést v záznamu způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce);
- povinnost poskytovatele zdravotních služeb při poskytování zdravotních služeb neupřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.

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 zdravotních služeb za porušení povinnosti neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložil veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránil.

54. Podle § 16a odst. 9 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., je poskytovatel zdravotních služeb povinen vybrat regulační poplatek uvedený v § 16a odst. 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odst. 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. Zákon č. 59/2009 Sb. stanovil, že opakované udělení této pokuty poskytovateli zdravotních služeb je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty podle platného § 17 odst. 2 zákona (§ 16a odst. 11).

55. Podle § 16a odst. 10 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 270/2008 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb. nesmí poskytovatel zdravotních služeb 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 zdravotních služeb uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Podle § 16a odst. 11 opakované udělení této pokuty poskytovateli zdravotních služeb je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2 zákona.

56. Podle § 32 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb., je zdravotní pojišťovna při zjištění opakovaného porušení povinnosti podle § 32 odst. 4 oprávněna uložit poskytovateli zdravotních služeb pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Tato sankce se vztahuje na porušení zákazu uloženého poskytovateli zdravotních služeb, který je oprávněn vydávat léčivé přípravky, v souvislosti s výdejem léčivého přípravku vázaného na lékařský předpis, hrazeného z veřejného zdravotního pojištění, poskytnout, nabídnout nebo slíbit peněžní či nepeněžní plnění, výhody nebo dary majetkové či nemajetkové povahy, a to ani prostřednictvím třetích osob. 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.

57. Podle § 44 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 369/2011 Sb., je za opakované porušení povinnosti stanovené pro poskytovatele v § 11 odst. 1 písm. d) zákona příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna a současně povinna uložit poskytovateli pokutu až do výše 1 000 000 Kč. Tato sankce se vztahuje na porušení zákazu uloženého poskytovateli přijmout od pojištěnce úhradu za služby hrazené z veřejného pojištění. 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. Opakované uložení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2 zákona.

B. Rozpor napadených ustanovení s ústavním pořádkem a s mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách

58. Zdravotní pojišťovny nejsou orgány veřejné moci, ale právnickými osobami, které v právních vztazích vystupují svým jménem, mohou nabývat práv a povinností a nesou odpovědnost z těchto vztahů vyplývající (§ 2 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, § 5 odst. 1 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách).

Resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny („zaměstnanecké pojišťovny") působící podle zákona č. 280/1992 Sb. mohou provádět veřejné zdravotní pojištění jen na základě povolení uděleného Ministerstvem zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Zaměstnanecké pojišťovny se zapisují do obchodního rejstříku (§ 5 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb.), tudíž jsou podnikateli (§ 2 odst. 2 písm. a/ obchodního zákoníku).

Všechny zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky (§ 43 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění).

59. Podle § 17 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona 369/2011 Sb., za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb. Smlouvy se nevyžadují pouze při poskytování neodkladné péče pojištěnci a dalších zdravotních služeb v taxativně vymezených případech (pojištěncům ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence a ochranného léčení nařízeného soudem).

Spory mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami týkající se plnění smlouvy o poskytování a úhradě hrazené zdravotní péče nejsou řešeny jednostranným vrchnostenským rozhodnutím zdravotní pojišťovny, ale především vzájemným jednáním zástupců smluvních stran, nebo - nedojde-li k dohodě - ve smírčím jednání, anebo u soudu či v rozhodčím řízení (viz ustanovení jednotlivých rámcových smluv dle vyhlášky č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy – čl. 2 odst. 3 písm. g/ příloh č. 1 až 3, 5 až 7 a 9, čl. 2 odst. 3 písm. h/ přílohy č. 4, čl. 2 odst. 3 písm. e/ přílohy č. 8, čl. 12 příloh č. 1 až 9).

60. Ze shora popsané platné zákonné úpravy vyplývá, že zdravotní pojišťovny zásadně nejsou vůči poskytovatelům zdravotních služeb ani v nadřízeném postavení, ani v postavení orgánu oprávněného vůči poskytovatelům zdravotních služeb uplatňovat veřejnou moc. Vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb jsou založeny na soukromoprávním základě, uplatňuje se tedy mezi nimi princip privátní autonomie, kdy jeden subjekt nemůže jednostranně vnutit pod hrozbou sankce svou vůli subjektu jinému. To ostatně vyplývá již z ústavního pořádku, který neobsahuje žádnou ústavní normu, která by opravňovala zdravotní pojišťovny ukládat veřejnoprávní sankce subjektům, které jsou s nimi jinak v rovnoprávném postavení.

61. Na uvedené principy vztahu zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení ostatně poukázali již někteří soudci Ústavního soudu ve svých odlišných stanoviscích k nálezu sp. zn. Pl.ÚS 1/08 (č. 91, sv. 49 SbNU, vyhl. pod č. 251/2008 Sb.), když shledali protiústavním tehdejší ustanovení § 16a odst. 8 zákona o veřejném zdravotním pojištění, zakládající (v tehdejším znění) oprávnění zdravotních pojišťoven ukládat pokuty zdravotnickým zařízením až do výše 50 000 Kč za opakované a soustavné nevybírání regulačních poplatků.

Např. soudce Vojen Güttier uvedl: *„Právo zdravotních pojišťoven ukládat pokuty zdravotnickým zařízením v případě nevybírání regulačních poplatků je ... porušením ústavního principu rovnosti a zákazu diskriminace (čl. 1 a čl. 3 odst. 1 Listiny) a porušením práva vlastnit majetek (čl. 11 odst. 1 Listiny). To proto, že vztah mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními je vztahem soukromoprávním (občanskoprávním), jehož strany si jsou rovny. Je absurdní, jestliže sám zákon přiznává jedné straně soukromoprávního vztahu právo pokutovat stranu druhou, byť za porušení zákonné povinnosti (poznámka: jež – jak je*

uvedeno shora – je sama o sobě nesmyslná, jesdiže jde podle téhož zákona o příjem zdravotnického zařízení).“

Podobně soudce Jan Musil uvedl: *„Zdravotní pojišťovny na straně jedné a zdravotnická zařízení a lékárny na straně druhé jsou soukromoprávními subjekty, jejichž právní vztahy jsou upraveny smluvně. Z uzavřených smluv nevyplývá závazek vybírat regulační poplatek, určený navíc pro samotného příjemce poplatku, ani právo zdravotní pojišťovny ukládat pokuty za nevybírání těchto částek. Nemohu souhlasit s názorem vysloveným v bodě 131 odůvodnění nálezu, že „je na vůli zákonodárce, který subjekt vybaví pravomocí veřejnoprávní sankce“. Odporuje logice věci a principům právního státu, aby pravomoc ukládat veřejnoprávní sankci ve formě poměrně citelné peněžité pokuty byla zákonem svěřována jednomu z účastníků občanskoprávního vztahu, který je samozřejmě zainteresován na obsahu tohoto vztahu.“.*

Soudce Jiří Nykodým uvedl: *„S návrhem na zrušení tohoto ustanovení pro rozpor s ústavním pořádkem se nález vůbec nevypořádává. Přitom je evidentní, že toto ustanovení je v rozporu z čl. 11 odst. 1 Listiny, podle kterého má každý právo vlastnit majetek. Jde tedy o právo, a nikoliv povinnost. Proto má-li někdo podle zákona právo získat majetek, nelze ho sankcionovat za to, že se tohoto práva vzdá. Toto ustanovení je navíc v rozporu s čl. 1 Listiny, podle kterého jsou si lidé rovni v právech. V soukromoprávním vztahu proto nelze zákonem založit jednostrannou povinnost jedné smluvní strany vůči druhé smluvní straně, sankcionovanou navíc vysokou pokutou, která nemá oporu ve smluvním vztahu. Zdravotní pojišťovny na straně jedné a zdravotnická zařízení na straně druhé jsou soukromoprávními subjekty, které mezi sebou mají uzavřenu smlouvu o poskytování zdravotní péče. Z této smlouvy nevyplývá závazek zdravotnického zařízení vybírat poplatek za zdravotní péči čistě pro sebe. Je tedy porušením rovnosti smluvních stran, pokud zákon jedné smluvní straně ukládá vybírat určité finanční částky, které jsou čistě jejím příjmem, a druhé straně smluvního vztahu dává právo ukládat pokuty za nevybírání těchto částek, s nimiž ovšem nemá vůbec nic společného, protože nejsou jejím příjmem, a jedinou vazbou je zde právo pojištěnce požadovat při překročení limitu stanoveného zákonem vrácení přeplatku nad tento limit z prostředků veřejného zdravotního pojištění.“.*

K tomu dlužno dodat, že pokud jde o maximální výši pokuty, kterou může zdravotní pojišťovna uložit poskytovateli zdravotních služeb za nevybírání regulačních poplatků, byla tato hranice zvýšena z 50.000 Kč na 1.000.000 Kč, tedy devatenácteronásobně (o 1.900 %)!

62. Obdobné závěry platí i pro ostatní napadená ustanovení, která – zjevně po vzoru již zavedeného oprávnění zdravotních pojišťoven pokutovat zdravotnická zařízení, resp. nyní poskytovatele zdravotních služeb za nevybírání regulačních poplatků – rozšiřují tyto sankční pravomoci na další oblasti. Zdravotní pojišťovny přitom mají při ukládání těchto pokut vytvořen napadenou zákonnou úpravou prostor pro velmi širokou volnou úvahu, a to jak co do výše uložené pokuty, tak co do možnosti jejího opakovaného ukládání.

63. Zejména pokuty, které mohou být ukládány až do výše jednoho milionu Kč i opakovaně, mohou mít pro hospodářskou činnost, resp. pro samotného sankcionovaného poskytovatele zdravotních služeb až likvidační důsledky. Zdravotní pojišťovna tak 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, a to zejména v případech, že poskytovatel byl nebo je se zdravotní pojišťovnou ve sporu, řešeném ve smírčím jednání, popř. v soudním či rozhodčím řízení. Zejména v případech, kdy uložení pokuty zakládá důvod pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě hrazených

služeb bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 2 zákona, tedy prakticky třeba i pro okamžité zrušení smlouvy, tak zdravotní pojišťovna může vystupovat jako skutečný „soudce ve své vlastní věci".

64. Oproti tomu poskytovatel zdravotních služeb žádným podobným veřejnoprávním sankčním oprávněním vůči zdravotní pojišťovně nedisponuje.

65. Navrhovatelé z výše uvedených důvodů nepovažují zákonnou úpravu popsanou v napadených ustanoveních, podle níž mohou v různých směrech zdravotní pojišťovny ukládat poskytovatelům zdravotních služeb citelné pokuty, za ústavně konformní. Tato zákonná úprava odporuje principu rovnosti v právech (čl. 1 a čl. 3 odst. 1 Listiny), zejména pak ve vztahu k rovnosti účastníků řízení, jak je zakotven v čl. 96 odst. 1 Ústavy a v čl. 37 odst. 3 Listiny. Porušuje též právo vlastnit majetek, jakož i ústavní normu, podle níž vlastnické právo všech vlastníků má stejný zákonný obsah a ochranu (čl. 11 odst. 1 Listiny).

IV.

Vzhledem ke shora uvedenému ad I až III navrhovatelé navrhují, aby Ústavní soud rozhodl takto:

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 zákona č. 48/1997 Sb.,** o **veřejném zdravotním pojištění,** ve **znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.,** se **zrušují dnem vyhlášení nálezu** ve **Sbírce zákonů.**

V Praze dne 13. prosince 2011

Bohuslav Sobotka v. r.	Alfréd Michalik v. r.	Karel Černý v. r.
Lubomír Zaorálek v. r.	Miroslav Svoboda v. r.	Jiří Petrů v. r.
Michal Hašek v. r.	Milan Urban v. r.	Ivan Ohlídal v. r.
Jeroným Tejc v. r.	Jan Babor v. r.	Miroslav Váňa v. r.
Josef Smýkal v. r.	Vítězslav Jandák v. r.	Václav Neubauer v. r.
Jaroslav Krákora v. r.	Jaroslav Foldyna v. r.	Jan Chvojka v. r.
Václav Klučka v. r.	Josef Novotný v. r.	Roman Sklenák v. r.
Jan Hamáček v. r.	Jan Látka v. r.	Václav Zemek v. r.
Vlasta Bohdalová v. r.	Robin Böhnisch v. r.	Jaroslav Vandas v. r.
Pavel Holík v. r.	Václav Votava v. r.	Petr Hulínský v. r.
Cyril Zapletal v. r.	František Novosad v. r.	Jiří Koskuba v. r.
David Rath v. r.	Roman Váňa v. r.	Stanislav Křeček v. r.
Richard Dolejš v. r.	Jiří Zemánek v. r.	Hana Orgoníková v. r.
Ladislav Šinei v. r.	Jiří Krátký v. r.	Miroslava Stmadlová v. r.
Dana Váhalová v. r.	Antonín Seďa v. r.	Josef Tancoš v. r.
Ladislav Velebný v. r.	Vladimíra Lesenská v. r.	Pavel Ploc v. r.
Adam Rykala v. r.	František Bublan v. r.	Ladislav Skopal v. r.