**Pl. ÚS 36/11 від 20 червня 2013 року**

**«Надання базової медичної допомоги та медичної допомоги рівня, вищого за базовий»**

**РІШЕННЯ КОНСТИТУЦІЙНОГО СУДУ ЧЕСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ**

# ІМЕНЕМ РЕСПУБЛІКИ

**ВСТУПНІ ЗАУВАЖЕННЯ**

**Загальні принципи визначення базової та дорожчої альтернатив дійсно містяться безпосередньо в Законі. Однак, з точки зору Конституційного Суду, важливо, чи є рамки Закону самі по собі, тобто без нормативно-правових актів, прийнятих на його виконання, достатньо зрозумілими для осіб, дії яких регулюються Законом, і чи можна їх застосовувати. Нормативно-правовий акт, прийнятий на виконання закону, має лише деталізувати. Оскаржувана система альтернатив медичної допомоги на даний час працює таким чином, що, крім вищезгаданих загальних принципів, які містяться в Законі про державне медичне страхування, наказ, яким визначається перелік медичних послуг із бальними значеннями, також містить медичні послуги, визначені Міністерством охорони здоров’я, щодо яких застрахованим особам може бути запропонований вибір між базовою та більш дорогою альтернативами. Лише з цього наказу надавачам медичних послуг, страховим компаніям та застрахованим особам стає зрозуміло, що є базовою альтернативою і які медичні послуги, медичні засоби, ресурси та медичні матеріали можуть або мають оплачуватись понад суму, що покривається за рахунок державного страхування. Це не є зрозумілим із самого Закону і не може бути виведено з нього навіть за допомогою найвільнішого тлумачення. Таким чином, Закон про державне медичне страхування зробив лише перший крок до визначення медичної допомоги стандартного та вище стандартного рівня (у редакції Закону про державне медичне страхування – базова та дорожча альтернативи). Друга, хоч і суттєва частина, без якої ця інституція не могла б вижити, тобто конкретне визначення того, що, в межах наміру ст. 31 Закону, є безкоштовною медичною допомогою, регулюється лише в нормативно-правовими актами, виданими на його реалізацію. На думку Конституційного Суду, тут законодавець не дотримався вимог, визначених конституційним порядком, які неодноразово тлумачились у чинній судовій практиці.**

**Збір за стаціонарне обслуговування в основному є оплатою «готельних послуг». Це також підтверджується аргументами Міністерства охорони здоров’я щодо конкретного розміру збору, який визначається як витрати на їжу, напої, енергію, воду тощо на одну людину. Таким чином, це розглядається як еквівалент витрат, який пацієнт обов’язково мав би все одно сплачувати (навіть за межами медичного закладу). Звідси випливає перше критичне конституційно-правове міркування Конституційного Суду. Встановлене зобов'язання жодним чином не диференціює випадки, коли госпіталізація є лише поточною складовою лікування, пов'язаною тільки з медичними послугами, і в крайньому випадку може бути замінена перебуванням за межами медичного закладу, навіть якщо це не є практичним та оптимальним рішенням для пацієнта, і коли госпіталізація є необхідним компонентом самої медичної послуги. Навряд чи ми можемо погодитись із тим, що під час госпіталізації у відділенні інтенсивної терапії пацієнту надаються «готельні послуги». У цих випадках обов'язок сплатити збір суперечить тексту ст. 31 Хартії. Госпіталізація, яка є медичною допомогою у вузькому розумінні і охоплюється державним медичним страхуванням, повинна надаватися безкоштовно, оскільки для пацієнта немає іншої альтернативи. Іншим фактором, що спричиняє невідповідність конституції, є відсутність лімітів на таку оплату; у зв'язку з цим Конституційний Суд має повністю погодитись із заявниками. Закон про державне медичне страхування накладає загальні зобов'язання; їх повинні сплачувати особи, які не мають доходу, включаючи соціально вразливі групи, дітей, осіб з інвалідністю за станом здоров'я тощо. Так само обов'язок щодо сплати збору не обмежений у часі; пацієнт повинен сплатити його повністю, незалежно від тривалості госпіталізації. Поєднання цих факторів може спричинити фінансово нестерпну ситуацію не лише для вищезазначених категорій пацієнтів. У будь-якому випадку, це заперечує суть солідарності в отриманні медичної допомоги. Звільнення від зборів для тих застрахованих осіб, які подають рішення, заяву або підтвердження, видане органом, що надає допомогу малозабезпеченим, щодо розподілених виплат, не є таким заходом, що ефективно пом'якшує наслідки цього обов'язку. Це потребує зусиль з оформлення офіційних документів, чого навряд чи можна очікувати або вимагати саме від тих осіб, для який цей збір є найбільш соціально обтяжливим.**

**Постулат рівності не породжує загальної вимоги, згідно з якою всі мають бути рівними з усіма іншими, але він породжує вимогу, згідно з якою закон не дає переваг чи недоліків одній групі перед іншою за умови обґрунтування. Таким чином, Конституційний Суд також приймає передбачену законом нерівність, якщо для цього є конституційно прийнятні причини. Однак, у цьому випадку це не так. Домінуюче становище страхових компаній, особливо Všeobecná zdravotní pojišťovna, в поєднанні з дозволом накладати санкції та норми на надавачів медичних послуг, зокрема обмеження послуг, фінансові штрафи за призначення ліків та необхідного лікування, якщо це перевищує встановлені ліміти, нічим не збалансовано на стороні надавачів медичних послуг, наприклад, зобов’язанням укладати договори зі страховими компаніями у випадках, коли об’єктивно виконуються умови, встановлені загальнообов’язковими правовими нормами. Таким чином, надання повноважень страховим компаніям накладати штрафні санкції, виходячи з оскаржуваних положень § 16а ч. 10 та 11, а також § 32 ч. 5 та § 44 ч. 5 та ч. 6, у словах «накладених відповідно до пунктів 1-5» Закону про державне медичне страхування, виходить за межі конституційно прийнятної нерівності, як Конституційний Суд визначав у вищезазначених рішеннях. Ця нерівність помножується на великий діапазон більшості покарань, що не є неконституційним саме по собі, як буде зазначено нижче, але посилюється у поєднанні з вищезазначеними обставинами. Таким чином, зазначені окремі законодавчі положення суперечать ст. 1 Хартії, що гарантує рівні права.**

# РІШЕННЯ

Пленум Конституційного Суду у складі голови Павла Ричецького та суддів Станіслава Баліка, Ярослава Феника, Яна Філіпа, Воєна Гютлера, Павла Холлендера, Івани Яню, Володимира Кюрки, Дагмара Ластовецьки, Яна Мусіля, Іржі Нікодима, Володимира Сладечека, Мілади Томкової та Міхаели Жідліки, виніс рішення за зверненням групи у складі 51 депутата Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки, що її представляв депутат п. Богуслав Соботка, у якому вимагалось скасування § 11 ч. 1 п. f), § 12 п. n), § 13 ч. 3-8, § 16a ч. 1 п. f), ч. 9 -11 та у § 17 ч. 4 слів «та визначення альтернативної медичної допомоги відповідно до § 13», § 32 ч. 5 та §44 ч. 5 та у ч. 6 слів «накладених відповідно до частин 1-5» Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами, внесеними відповідно до Закону № 270/2008 Coll., Закону № 59/2009 Coll., Закону № 298/2011 Coll. та Закону № 369/2011 Coll., а також висувалась альтернативна пропозиція щодо скасування § 11 ч. 1 п. f), § 12 ч. 1 п. n), § 13 ч. 3-8, § 16a ч. 1 п. f), ч. 9 -11 та у § 17 ч. 4 слів «та визначення альтернативної медичної допомоги відповідно до §13», §32 ч. 5 та§ 44 ч. 2 та у ч. 3 слів «накладених відповідно до частин 1 та 2” Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами, внесеними відповідно до Закону № 270/2008 Coll., Закону № 59/2009 Coll., Закону № 298/2011 Coll., Закону № 369/2011 Coll. та Закону   
№ 458/2011 Coll., за участі Палати депутатів та Сенату Парламенту Чеської Республіки у якості сторін у справі наступним чином:

# Положення § 11 ч. 1 п. f), § 12 п. n), § 13 ч. 3-7 та у § 17 ч. 4 слів «та визначення альтернативної медичної допомоги відповідно до § 13 Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями та § 12 ч. 1 п. n) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. у редакції зі змінами, внесеними відповідно до Закону № 458/2011 Coll., мають бути скасовані з дня публікації цього рішення у Збірнику законів.

# З дня публікації цього рішення у Збірнику законів нечинними визнаються: частини додатку до Наказу Міністерства охорони здоров'я № 134/1998 Coll., в якому оприлюднюється перелік медичних послуг з бальними значеннями зі змінами і поправками, що є складовими частинами додатку, де позначка «Е» означає більш дорогу [дослівно – «економічно більші вимогливу»] альтернативу медичної допомоги відповідно до § 13 ч. 5 Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями.

1. **Положення § 16a ч. 1 п. f) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями скасовуються, починаючи з кінця дня 31 грудня 2013 року.**

# Положення § 13 ч. 8 Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і поправками скасовуються з дня опублікування цього рішення у Збірнику законів, а положення § 16a ч. 9-11 у тій частині, що стосується зборів за стаціонарне лікування, відповідно до § 16a ч. 1 п. f) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями, § 32 ч. 5 та§ 44 ч. 5 та у ч. 6 слів «накладених відповідно до частин 1-5» Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями, а також § 44 ч. 2 та у ч. 3 слів «накладених відповідно до частин 1 та 2» Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами, внесеними відповідно до Закону № 458/2011 Coll., скасовуються, починаючи з кінця дня 31 грудня 2013 року.

**МОТИВУВАЛЬНА ЧАСТИНА**

I.

Суть та стисле викладення змісту звернення

1. 14 грудня 2011 року до Конституційного Суду надійшло звернення групи у складі 51 депутатів Парламенту Чеської Республіки з проханням скасувати вищезазначені положення (частини положень) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами, внесеними відповідно до Закону № 270/2008 Coll., Закону № 59/2009 Coll., Закону № 298/2011 Coll. та Закону № 369/2011 Coll., з огляду на їхню невідповідність конституційному порядку та зобов'язанням Чеської Республіки, що випливають з міжнародних договорів про права людини. У відповідь на запит Суду, заявники згодом внесли зміни до рішення, запропонованого у зверненні, з урахуванням змін до Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів   
   № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями («Закон про державне медичне страхування»), запроваджених Законом про внесення поправок до нормативно-правових актів, пов’язаних із визначенням місця платежу, та інших змін до податкових та страхових нормативно-правових актів № 458/2011 Coll., що набуде чинності з 1 січня 2015 року. Оскаржуване законодавство

* розділяє медичну допомогу та медичні послуги для цілей відшкодування за рахунок державного медичного страхування на базові, що повністю відшкодовується, та на більш дорогі альтернативи, вартість яких не відшкодовується за рахунок коштів медичного страхування вище розміру, встановленого для базової допомоги,
* а також підвищує розмір щоденної доплати [буквально – «регуляторний збір»] за стаціонарне лікування з 60 чеських крон до 100 чеських крон,
* надає повноваження медичним страховим компаніям карати надавачів медичних послуг за порушення певних зобов’язань, покладених на них Законом про державне медичне страхування.

1. На думку заявників, прийнята законодавча база суперечить ст. 6 ч. 1 Хартії основних прав і свобод («Хартія»), яка гарантує право на життя, ст. 31 Хартії, яка гарантує кожному право на охорону здоров'я та гарантує громадянам право на безкоштовну медичну допомогу та медичні засоби, що надаються за рахунок державного страхування на умовах, передбачених законом, ст. 4 ч. 4 Хартії, яка вимагає збереження сутності та значення прав і свобод при застосуванні положень щодо їх обмежень, ст. 1 Хартії, яка проголошує рівну гідність та рівність прав, ст. 3 ч. 1 Хартії, яка гарантує основні права та свободи кожному незалежно від майнового чи іншого стану, та ст. 11 ч. 1 Хартії, відповідно до якої майнові права кожного власника мають однаковий зміст і захищаються однаково. Оскаржуване законодавство також суперечить зобов'язанням, що випливають зі ст. 12 ч. 1 та ч. 2 п. c) та d) Міжнародного пакту про економічні, соціальні і культурні права, ст. 11 ч. 1 та 3 та ст. 13 Європейської соціальної хартії, ст. 3 Конвенції про права людини та біомедицину, ст. 24 ч. 1 та ч. 2 п. b) Конвенції про права дитини та ст. 25 п. a), b), d) та f) Конвенції про права людей з інвалідністю.
2. Розділ медичних послуг на базові та дорожчі
3. На думку заявників, проста зміна термінології, коли термін «медична допомога» був замінений у Законі про державне медичне страхування на термін «медичні послуги», охоплює загальний намір законодавця дотримуватись напряму на концепцію клієнто-орієнтованої допомоги, що надається відповідно до критеріїв фінансових можливостей «клієнта». Законодавча база дозволяє диференціювати медичну допомогу відповідно до фінансового тягаря, який вона створює для системи, а не за її ефективністю з медичної точки зору. Формулювання, що використовуються, є дуже розмитими, а в законі повністю відсутні елементи, що визначають єдине розмежування двох альтернатив, яке є «ефективним та економічним розподілом джерел державного медичного страхування». Так само відсутнє визначення критеріїв, згідно з якими можна було б визначити фінансове навантаження на систему охорони здоров'я, розрізняючи базові та більш дорогі альтернативи. Отже, незрозуміло, чи має бути критерієм ціна на ліки, вартість медичних матеріалів, медичного обладнання, вартість медичних засобів, якість лікування у медичному закладі (харчування, меблі приміщення, додаткові послуги), рівень заробітної плати медичних працівників, персоналу та технічного обладнання, або одноразовий розмір оплати за окремі медичні послуги на підставі договору про надання та оплату послуг, вартість яких відшкодовується згідно із Законом про державне медичне страхування. Умова щодо розмежування двох альтернатив, тобто можливості надання медичних послуг більш ніж одним способом, нічого не говорить про законодавчо гарантований стандарт медичної допомоги. У цьому зв'язку заявники посилаються на рішення у справі № Pl. ÚS 35/95 від 10 липня 1996 року (N 64/5 SbNU 487; 206/1996 Coll.), в якому Конституційний Суд заявив, що «право громадян на безоплатну медичну допомогу та медичні засоби пов'язане з конституційними вимогами та регулюванням державного страхування». Конституційний Суд ще раз наголосив на цій конституційній гарантії у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 14/02 від 4 червня 2003 року (N 82/30 SbNU 263; 207/2003 Coll.). У ньому Конституційний Суд також зазначив що «з точки зору конституційних і законодавчих принципів таку допомогу не можна розділяти на певну базову, «дешевшу» але менш відповідну та менш ефективну допомогу та на допомогу вищого рівня, «дорожчу», але більш відповідну та більш ефективну. Різниця між допомогою стандартного та вище стандартного рівня може полягати у відмінностях щодо відповідності та ефективності лікування. Законом регулюється не те, яку медичну допомогу може надавати лікар або медичний заклад, а який вид медичної допомоги він має надавати у загальних інтересах, що застрахована особа мала таке право на лікування та медикаменти, що задовольняє її об'єктивно визначені потреби та вимоги щодо належного рівня та медичної етики. Отже, орієнтація охорони здоров'я на розвиток, що підтримується законодавством, базується не на перенесенні «кращих» видів медичної допомоги зі сфери безоплатної медицини до сфери безпосередньої оплати застрахованими особами, а навпаки – вона спрямована на покращення видів допомоги, що надаються безкоштовно за рахунок державного медичного страхування». Заявники вважають оскаржуване законодавство дискримінаційним, оскільки доступ до більш дорогої альтернативи залежатиме від готовності чи здатності заплатити ціну за медичну допомогу, а не від потреби в ній. Таким чином, фактично створюються дві системи охорони здоров'я – для тих, кому доступна лише базова альтернатива, і для більш забезпечених – тих, хто може дозволити собі дорожчу альтернативу. Заявники стверджують, що надавачі медичних послуг віддаватимуть пріоритет застрахованим особам, які обирають більш дорогу альтернативу, оскільки вони матимуть в цьому економічну зацікавленість. Натомість, застраховані особи, які обирають базову альтернативу, будуть ідентифіковані в медичних документах як такі, що не приносять нічого додатково, а отже, будуть покарані, наприклад, тривалим періодом очікування на отримання медичних послуг. Страховим компаніям буде важко контролювати дотримання законодавчої заборони такої поведінки. Впровадження двох альтернатив надання медичної допомоги на основі того, чи має застрахована особа кошти для виплати додаткових сум за своє лікування, суперечить принципу рівності людей у гідності та правах. Заявники звертають увагу на те, що окремі законодавці у своїх виступах під час пленарного обговорення у Палаті депутатів та в Сенаті звертали увагу на неконституційність прийнятих змін та наслідки, що будуть спричинені в результаті їх застосування, наводячи репрезентативні приклади у своєму зверненні.
4. Відповідно до Хартії, основоположні права та свободи можуть бути обмежені лише законом, а право на медичну допомогу може реалізовуватися лише в межах законодавчих актів. Закон про державне медичне страхування передбачає, що рівень відшкодування вартості медичних послуг у базовій версії, а також перелік медичних послуг, які є дорожчою альтернативою, будуть визначатись нормативно-правовим актом, зокрема, наказом Міністерства здоров'я. Також буде визначений перелік медичних послуг із бальними значеннями для встановлення альтернативних варіантів лікування. І в цьому випадку, під час прийняття поправок, деякі законодавці звернули увагу на порушення конституційного принципу, згідно з яким умови надання медичної допомоги та умови отримання безоплатної медичної допомоги можуть встановлюватися лише законом. До 31 березня 1997 року такі положення містились в Законі про охорону здоров'я№. 20/1966 Coll. зі змінами і доповненнями, згідно з якими надання медичної допомоги за повну або часткову оплату та розмір такої оплати за необхідності повинні були детально визначатись наказом Міністерства охорони здоров'я за погодженням з Міністерством фінансів. Відповідне положення Закону про загальне медичне страхування № 550/1991 Coll. зі змінами і доповненнями передавало визначення напрямків лікування, вартість якого повністю або частково відшкодовувалась відповідно до Розпорядження про медичну допомогу, яке уряд був уповноважений видавати своїм наказом. Конституційний Суд скасував це законодавче положення у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 35/95 (№ 206/1996 Coll.), зазначивши, що «неприпустимо, щоб визначення обсягів медичної допомоги, що надається на умовах повного або часткового відшкодування, було б покладено на інші норми, крім законодавчих». На думку заявників, законодавство, що розглядається, містить ознаки неконституційного обмеження основних прав, повністю ідентичних законодавству, яке Конституційний суд скасував у цьому рішенні.
5. Збільшення розміру доплати [«регуляторний збір»]
6. Заявники зазначають, що вони вважають неконституційними всі доплати, запроваджені Законом про стабілізацію державних бюджетів №. 261/2007 Coll., і у зв'язку з цим вони погоджуються з міркуваннями, викладених в окремих думках семи суддів Конституційного Суду, що надавались до судової справи №. Pl. ÚS 1/08 від 20 травня 2008 року (N 91/49 SbNU 273; 251/2008 Coll.). Водночас, вони зазначають, що вимагають не повторного перегляду того самого питання, тобто всієї системи доплат, а абсолютно нової законодавчої бази, яка збільшує доплату за кожен день надання стаціонарної допомоги з 60 чеських крон до 100 чеських крон. Причини такого збільшення аж на 2/3, тобто на значну суму, були обґрунтовані лише у вигляді проголошення, без документування необхідності та доцільності цього кроку; до речі, навіть Міністерство фінансів висловило сумніви у процесі надання зауважень. З моменту введення плати у 2008 році не спостерігалось якогось значного зростання витрат ані в сегменті стаціонарних лікувальних закладів, ані в цілому в галузі охорони здоров’я. Таке збільшення не відповідає рівню інфляції або зростанню номінальної та реальної заробітної плати. Розмір збільшення не є незначним; для певних соціальних груп це буде перешкодою для доступу до медичної допомоги, тим більше, що жодних захисних обмежень не встановлено. Це збільшення має помітно негативний вплив на людей з інвалідністю за станом здоров'я. На думку заявників, підвищення збору має «задушливий ефект», особливо по відношенню до таких груп застрахованих осіб, як діти, люди похилого віку, люди з інвалідністю за станом здоров'я та соціально вразливі особи.
7. Надання повноважень медичним страховим компаніям штрафувати надавачів медичних послуг
8. Страхові компанії отримали такі повноваження, хоча вони не є органами державної влади і, по суті, не обіймають вищого становища та не виконують функції органу, уповноваженого здійснювати державну владу, по відношенню до надавачів медичних послуг. Відносини між медичними страховими компаніями та надавачами медичних послуг мають приватно-правовій характер, і між ними діє принцип приватної автономії. Цей підхід законодавчої влади критикувався деякими суддями Конституційного Суду у їхніх окремих думках до вищезгаданої судової справи №. Pl. ÚS 1/08. Медичні страхові компанії мають дуже широкий розсуд у призначенні штрафів як щодо суми штрафів, так і щодо накладення повторних штрафів. Максимальна сума штрафу є значною, і це може загрожувати самому економічному існуванню надавача медичних послуг. Заявники висловлюють занепокоєння тим, що медична страхова компанія може скористатись цим дозволом, щоб карати, прямо чи опосередковано впливати на надавача медичних послуг стосовно укладення, виконання або припинення договору про надання та оплату послуг, вартість яких відшкодовується, особливо якщо вони мають або мали взаємні конфлікти. У тих випадках, коли накладення штрафу є підставою для розірвання договору про надання та оплату послуг, вартість яких відшкодовується, без періоду попередження про припинення дії (§ 17 ч. 2 Закону про державне медичне страхування), медична страхова компанія може діяти як «суддя у своїй справі». На відміну від цього, надавач медичних послуг не має у своєму розпорядженні жодного аналогічного публічно-правового дозволу на покарання медичної страхової компанії.

II. A)

Заяви сторін у провадженні

1. Конституційний Суд, відповідно до § 69 Закону про Конституційний Суд   
   № 182/1993 Coll. зі змінами і доповненнями («Закон про Конституційний Суд»), направив клопотання про відкриття провадження сторонам у справі – Палаті депутатів та Сенату Парламенту Чеської Республіки.
2. Палата депутатів надала коротку заяву у відповідь. У ній вона коротко описала законодавчий процес та заявила, що вважає, що відповідні закони, які вносять зміни до Закону про державне медичне страхування, були належним чином прийняті та оприлюднені. Палата залишає оцінку оскаржуваних положень повністю на розгляд Конституційного Суду.
3. Так само Сенат у своїй заяві чітко не зазначив підтримки ані клопотанню, ані оскаржуваної законодавчої бази. Він заявив, що цьому питанню приділялася велика увага в органах Сенату, де, як і під час подальших дебатів у повному складі Сенату, застереження з боку сенаторів, які вважали законопроєкт неконституційним, переважило думку меншості, яка погодилася із законопроєктом. Це також знайшло своє відображення у результатах голосування. Далі у заяві описується обговорення поправки щодо окремих положень, які зараз пропонується скасувати. Загалом, Сенат також залишає на розсуд Конституційного Суду перегляд окремих частин та прийняття остаточного рішення.
4. Можливість уряду та уповноваженого з прав людини долучатись до провадження зі статусом другорядної сторони, встановлена станом на 1 січня 2013 року у § 69 ч. 2 та 3 Закону про Конституційний Суд із змінами, внесеними Законом № 404/2012 Coll., застосовується лише до проваджень, відкритих після 1 січня 2013 року (див. Повідомлення Конституційного суду № 469/2012 Coll. щодо наслідків Закону   
   № 404/2012 Coll., яким вносяться зміни до Закону № 99/1963 Coll., Цивільного процесуального кодексу зі змінами і доповненнями, та деяких інших законів про незавершені провадження у Конституційному суді, відкриті до 1 січня 2013 року).

II. B)

Заяви від інших задіяних суб'єктів

1. Конституційний Суд вважав за доцільне отримати більш вичерпне уявлення про викладене питання і тому звернувся до інших суб'єктів, що представляють окремі групи інтересів, і, як він очікував, мають протилежну позицію щодо цієї реформи. Намагаючись забезпечити баланс думок, він також надав можливість подавати заяви Міністерству охорони здоров'я як розробнику реформи системи охорони здоров'я та до Асоціації медичних страхових компаній Чеської Республіки, Všeobecná zdravotní pojišťovna [Загальній медичній страховій компанії], Чеській лікарській палаті та Асоціації пацієнтів Чехії.
2. Міністерство охорони здоров’я надало детальну довідку щодо звернення, структуровану відповідно до визначених у ньому сфер. Міністерство охорони здоров'я вважає, що система базової та дорожчої медичної допомоги буде відповідати випробуванню на відповідність конституції, яку воно підтримує у викладенні основних моментів цієї системи: страхування, що визначається якісними елементами; b) охорона здоров'я повинна бути фактично ефективною; c) обидві альтернативи охорони здоров’я повинні бути фактично ефективними; d) застрахована особа має право на вибір основної альтернативи, вартість якої повністю відшкодовується, та на інформацію про більш дорогу альтернативу, включаючи різницю в ціні; e) якщо вона обирає більш дорогу альтернативу, застрахована особа виплачує лише різницю в ціні порівняно з основною альтернативою; f) прейскурант дорожчих альтернатив є загальнодоступним; g) заборонено надавати пріоритет пацієнтам, які обирають більш дорогу альтернативу; h) більш дорогою альтернативою може бути лише та, яка визначена як така в нормативно-правових актах, прийнятих на виконання закону; i) безкоштовна медична допомога не стає платною медичною допомогою; зберігається обсяг допомоги, вартість якої відшкодовується у повному обсязі. Міністерство охорони здоров’я принципово не погоджується з тим, що визначення базового та дорожчого лікування відсутнє. Положення § 13 ч. 1 Закону про державне медичне страхування гарантує застрахованій особі право на медичну допомогу, вартість якої відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, яке тут визначається у вигляді загальних ознак (її мета – покращити або зберегти стан здоров’я чи зменшити страждання, вона має відповідати стану здоров’я застрахованої особи та цілі, якої треба досягти, відповідає наявній сучасній медичній науці та базується на доказовій медицині). Найвищий можливий стандарт охорони здоров’я, що відповідає самопочуттю та потребам пацієнта в сенсі одного і того ж лікувального ефекту, завжди забезпечений обома альтернативами, тобто включаючи основну альтернативу. Лише в тому випадку, якщо можливо надати медичну допомогу, що відповідає критеріям, передбаченим § 13 ч. 1 Закону про державне медичне страхування, кількома способами, що мають однаковий лікувальний ефект, це є критерієм відшкодування вартості можливих альтернатив задля забезпечення ефективних та економічних витрат коштів державного медичного страхування. У процес порівняння витрат на окремі альтернативи повинно бути включено все, що пов’язано з наданням такої допомоги (сама послуга, тривалість госпіталізації, ліки, медичні засоби тощо). Жодна медична допомога, яка може бути надана лише одним способом, не може бути визнана як більш дорога альтернатива. Процедура, якої дотримується медичний працівник, завжди полягає в тому, що лікар оцінює стан здоров’я пацієнта та пов’язану з цим мету надання медичної допомоги, визначає оптимальну альтернативу допомоги, яка буде базовою альтернативою для цього випадку, і лише потім дивиться, чи існують більш дорогі альтернативи з однаковим терапевтичним ефектом для цілей відповідного лікування. Визначення умов, на основі яких визначатиметься альтернативна лікуванню, не залишається на розсуд міністра; законодавство просто використовує нормативно-правові акти, прийняті на виконання відповідних положень Закону, щоб зробити загальні законодавчі вимоги якомога простішими та максимально зручними для учасників. Надання повноважень відображає намагання законодавця оптимально налаштувати систему таким чином, щоб вона не вичерпувала себе, але в той же час дозволяла реалізувати гарантоване Хартією право. Використовуються концепції ефективності та дієвості допомоги, що відшкодовується, де ефективність – це медична точка зору, що відображає інтерес пацієнта, а дієвість відображає обмежену кількість коштів державного медичного страхування. Міністерство охорони здоров’я вже застосувало цей метод та нові законодавчі обмеження в Наказі №. 411/2011 Coll., який вносить зміни до наказу Міністерства охорони здоров'я № 134/1998 Coll., що містить перелік послуг охорони здоров’я з бальними значеннями, змінений пізнішими нормативно-правовими актами; більш дорогою альтернативою медичної допомоги є лише та, яка не забезпечує пацієнту поліпшення з медичної точки зору, але забезпечує підвищений комфорт або відповідає його суб’єктивним уподобанням (певна вакцинація, гіпсова пов’язка тощо). Міністерство охорони здоров'я також не погоджується із способом порівняння оскаржуваної законодавчої бази з тією, що була скасована Конституційним Судом у справі Pl. ÚS 35/95 (№. 206/1996 Coll.), тобто із твердженням, що вони мають однакові риси. Тепер визначення обох альтернатив, як загальних елементів (однаковий лікувальний ефект), так і різних (з урахуванням ефективних та економічних витрат коштів державного медичного страхування), визначається безпосередньо Законом. У попередньому випадку це був лише підзаконний нормативний акт – очікуване Розпорядження щодо надання медичної допомоги. Що стосується збільшення доплати, це, безумовно, не створює бар'єру для доступу до медичної допомоги. Сплата збору не встановлюється як умова надання медичної допомоги, що відшкодовується; вона має надаватись постачальником медичних послуг, незалежно від того, сплачувався збір чи ні. Проаналізувавши статистичні дані, Міністерство охорони здоров’я визначило, що система доплат, яка була встановлена з 1 січня 2008 року, жодним чином не обмежувала доступність медичної допомоги навіть для найбідніших громадян. Тим не менше, вона виконала передбачену мету – здійснення регуляторного впливу на споживання медичної допомоги. Сума збільшення базується на економічних розрахунках розміру щоденних витрат на споживання 10% домогосподарств з найнижчим доходом у Чехії, розрахованих на душу населення (не включаючи витрати на житло, але включаючи їжу та напої, алкоголь, воду та каналізацію , електроенергію, газ та паливо, амбулаторне медичне обслуговування, ПММ для транспорту, культурні послуги, послуги з відпочинку та спорту, ігри та лотереї, ресторани, та кафе та їдальні), які у 2010 році становили 99,74 крон. Тому пропоноване положення не може мати заявленого задушливого ефекту. Насамкінець, Міністерство охорони здоров'я також не погоджується із заявниками стосовно того, що повноваження медичних страхових компаній накладати штрафи на надавачів медичних послуг суперечить конституційному порядку. Воно згадує інші випадки, коли закон покладає здійснення державного управління на приватну юридичну особу; у всякому разі, у випадку держави та публічно-правових корпорацій зазвичай, окрім публічно-правових відносин, вони виступають також суб'єктами приватного права. Конституційний Суд неодноразово звертався до поєднання приватного та публічного права та наслідків змішаного характеру діяльності установ та меж публічного та приватного права [Міністерство охорони здоров’я посилається на рішення у справі № II. ÚS 75/93 від 25 листопада 1993 року (U 3/2 SbNU 201) та справі № I. ÚS 41/98 від 1 грудня 1998 року (N 147/12 SbNU 363)]. У справі, що розглядається, державне управління прямо делегується законом, чітко визначені справи, умови та покарання, а процедури діяльності медичних страхових компаній регулюються Адміністративно-процесуальним кодексом і їхні рішення підлягають перегляду судом. На думку Міністерства охорони здоров'я, ця система аналогічна випадкам, коли держава через адміністративні установи накладає покарання за порушення законодавства на осіб, з якими вона укладає або може укладати договори з різних питань. Чинна законодавча база дозволяє страховим компаніям також накладати штрафи на застрахованих осіб та роботодавців, проти чого заявники, що цікаво, не заперечують. Законодавча база є не лише виправданою, але й зручною, оскільки страхові компанії мають у своєму розпорядженні необхідні дані від надавачів медичних послуг та від застрахованих осіб. Йдеться, як правило, про особисті дані, захист яких може бути поставлений під загрозу подальшою їх передачею. Також можна згадати існуючу практику, коли штраф було накладено лише у 93 випадках, а стягнуто лише у 41 справі на загальну суму у розмірі 587 500 крон.
3. Асоціація медичних страхових компаній Чеської Республіки в особі свого голови також відкидає аргументи заявників. Розділення медичної допомоги не може бути дискримінаційним з огляду на однаковий лікувальний ефект. Асоціація медичних страхових компаній протягом тривалого часу закликала розділити медичну допомогу на стандартну та вище стандартного рівня та вітає запровадження законної можливості оплатити додаткову допомогу. Це законодавство, навпаки, полегшило доступність навіть більш дорогої альтернативи охорони здоров’я для тих, хто не може дозволити собі заплатити повну ціну лікування або медичних послуг, оскільки тепер вони будуть платити лише різницю. Збільшення доплати має розглядатися в повному контексті законодавства, де, з іншого боку, плата за кожне найменування у рецепті була скасована. Наслідком цього стало зниження тягаря витрат для більшої групи пацієнтів. Більше того, існує можливість взагалі не сплачувати доплату, якщо застрахована особа отримує допомогу як малозабезпечена. Що стосується надання дозволу медичним страховим компаніям карати медичні заклади, то, на думку Асоціації медичних страхових компаній, необхідно розрізняти два різних незалежних напрямки відносин, які можуть виникнути між страховою компанією та медичним закладом; з одного боку – суто комерційні правовідносини, а з іншого – публічно-правові відносини, коли страхова компанія виступає як сторона, що виконує державні повноваження. Конституційний Суд у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 1/08 дійшов висновку, що від законодавця залежить, якому суб’єкту він надає повноваження накладати публічно-правові покарання.
4. Všeobecná zdravotní pojišťovna [Загальна медична страхова компанія] також не погоджується із заявниками. Запровадження надання медичної допомоги вище стандартного рівня – це сучасний метод задоволення суспільних інтересів та крок вперед. Оскаржуване законодавство не можна вважати дискримінаційним або таким, що перешкоджає доступу до медичної допомоги. Допомога, вартість якої відшкодовується, має відповідати стану здоров’я пацієнта та меті, якої необхідно досягти. Звідси випливає, що якщо дорожча альтернатива є єдиним можливим видом лікування для конкретної застрахованої особи, вона буде базовою альтернативою для такої особи. Відмінності в альтернативних варіантах не полягають у придатності та ефективності лікування; закон однозначно вимагає забезпечення однакового лікувального ефекту. Všeobecná zdravotní pojišťovna вказує на те, що доплата за ліки встановлюється Державним інститутом контролю за ліками простим рішенням; для окулярів вже давно використовується система альтернатив. Умови чітко визначені Законом (із кількох однаково ефективних методів лікування відшкодовується лише найдешевше), перелік медичних послуг нічого не вирішує, а лише визначає ті послуги, які Закон класифікував, виходячи з ціни, як такі, вартість яких відшкодовується лише до рівня найменш дорогої альтернативи. Що стосується доплати за госпіталізацію, вона виявилася успішною у регулюванні надмірного використання медичної допомоги. Збільшення було необхідне для того, щоб воно справді мало демотивуючий ефект. Безумовно, це може бути тягарем для певних груп застрахованих осіб, але держава має інструменти для вирішення таких ситуацій у сфері соціального забезпечення. Не можна ігнорувати той факт, що для дітей та людей похилого віку обмеження (інших) доплат було зменшено, і це зменшило загальний тягар. Нарешті, можливість застосування публічно-правових покарань є найкращим методом змусити надавачів медичних послуг виконувати свої зобов’язання. Страхові медичні компанії – це державні установи; накладення штрафу в адміністративному провадженні з подальшою можливістю судового перегляду гарантує мінімізацію зловживання владою з їхнього боку.
5. Чеська лікарська палата виділяє два аспекти розподілу медичної допомоги. По-перше, це фактичний розподіл медичної допомоги з однаковим лікувальним ефектом на послуги, що надаються в якості базової альтернативи, та на більш дорогу альтернативу з додатковою оплатою застрахованою особою, яку вона не вважає неконституційною самою по собі. Згідно із чинною законодавчою базою, застрахованій особі відповідно до § 13 Закону про державне медичне страхування гарантується, що всі медичні послуги, необхідні для захисту її здоров’я, відшкодовуються, хоча якщо спосіб їх виконання в деяких випадках відрізняється, така особа може сама вибрати та добровільно доплачувати за більш зручну альтернативу. У ситуації, коли чеська система охорони здоров'я неодноразово зіштовхується з серйозними економічними проблемами, і коли в сусідніх демократичних країнах громадяни також мають можливість отримувати звичайне страхування, а загальне медичне страхування охоплює лише найнеобхіднішу допомогу, здатність доплачувати для деяких стандартних послуг є бажаною, і самі надавачі послуг закликали до цього. Більше того, система від нещодавна включає лише різницю між більш комфортними та менш комфортними медичними послугами чи медичною допомогою, що, на думку Чеської лікарської палати, є позитивним для застрахованих осіб, оскільки до цього часу вони мали оплачувати повну ціну такі послуги або допоміжні засоби самостійно. Що стосується другого аспекту, спосіб вибору індивідуальних послуг, для яких можуть бути запропоновані альтернативні варіанти догляду та допоміжних засобів, залишається суто адміністративно-офіційною процедурою – наказом міністра (поточна практика полягає в тому, що Міністерство охорони здоров'я приймає рішення у вигляді наказу, що встановлює перелік медичних послуг із бальними значеннями, визначаючи, які послуги можуть бути запропоновані у якості базової та дорожчої альтернативи). Чеська лікарська палата має лише термінологічне заперечення проти стягування збору за стаціонарні послуги, оскільки це насправді плата за готельні послуги. Це певною мірою ті послуги, які госпіталізований пацієнт все одно мав був би оплачувати вдома (харчування, освітлення, опалення, зміна постільної білизни). Вона не заперечує проти збільшення як такого; на думку Палати, воно явно відповідає збільшенню витрат, що відбулося за чотири роки. Насамкінець, за даними Чеської лікарської палати, дозвіл штрафувати надавачів послуг є безпрецедентним у ситуації, що стосується контрагентів, і в демократичних країнах про це не може бути й мови. У більш широкому контексті вона вказує на нерівний статус медичних страхових компаній та медичних закладів, який неодноразово критикувався, та згадує про ще вагомішу проблему, ніж визначена у зверненні, а саме на деформовані та непрозорі правила укладення договорів про надання допомоги між страховими компаніями та медичними закладами; існування або відсутність приватного лікаря чи закладу охорони здоров’я де-факто вирішується доброю волею чи її відсутністю у чиновника монопольної медичної страхової компанії, а не уподобанням пацієнтів.
6. На відміну від цього, Чеська асоціація пацієнтів погоджується з позицією заявників щодо розділу медичної допомоги на альтернативні варіанти. Тільки лікуючий лікар може вирішити, що потрібно зробити для пацієнта в конкретному випадку, і саме це повинно покриватися державним страхуванням. На думку Асоціації, навіть потрібно повністю заборонити паралельне надання індивідуально оплачуваної допомоги у закладах, які працюють на договірних засадах для державної страхової компанії. Вони відхиляють усі обмеження щодо відшкодування вартості медичної допомоги, встановлені законодавством чи підзаконними актами, оскільки вони в принципі суперечать ст. 31 Хартії. Так само вони мають заперечення проти спільних платежів, включаючи плату за стаціонарне лікування, оскільки вони нічим не регулюються. Після їх введення кількість осіб, що лікувались, зменшувалась лише серед найбідніших верств населення, які, втім, справді хворі. На відміну від цього, спостерігалося зростання кількості випадків, коли людей викликали для обстеження, що певні медичні працівники перетворили на значний бізнес. Розмір плати за госпіталізацію є непродуманим; тому Асоціація підтримує наведені у зверненні аргументи про її скасування. Штрафи, які страхові компанії можуть накласти на надавачів послуг, безглуздо високі; справжнім мотивом їх запровадження, мабуть, було надання страховим компаніям інструменту ліквідації певних надавачів [медичних] послуг. Стисла заява Чеської асоціації пацієнтів включає заяву Чеської національної ради з питань інвалідності. Рада вважає найважливішою обговорюваною темою питання зборів у сфері охорони здоров’я. Вона категорично заперечує проти таких зборів. Вони не виконують жодної регуляторної ролі для пацієнтів з обмеженими можливостями; для них госпіталізація завжди передбачає низку неприємних перешкод, описаних у зверненні, і тому вони намагаються її уникнути. Більше того, у цих пацієнтів частіше виникають проблеми зі здоров'ям, для них необхідне триваліше перебування в лікарні, а лікування в цілому складніше. Ці особи також мають обмежені можливості для заробітку; реально доступні для них можливості роботи мінімальні. Пенсії по інвалідності, що, як правило, є їхнім єдиним доходом, дуже низькі, і розмір плати за стаціонарну допомогу для них стає неприйнятним. Використовуючи метод моделювання ситуації, Чеська національна рада з питань інвалідності підраховує, що доплата, і особливо сплата зборів за госпіталізацію, може бути фінансово згубною для людей з обмеженими можливостями.

II. C)

Огляд систем інших країн

1. Конституційний Суд зібрав інформацію про те, як питання надання медичної допомоги стандартного та вище стандартного рівня та доплати з боку пацієнтів, регулюється законодавчими актами сусідніх країн, які є актуальними для нас з огляду на історичний контекст.
2. У Словаччині Закон про охорону здоров’я, послуги, пов’язані з наданням медичної допомоги, а також про внесення змін та доповнень до деяких нормативно-правових актів № 576/2004 Coll. визначає охорону здоров’я як «сукупність робочих заходів, що виконуються медичними працівниками, включаючи забезпечення ліками, допоміжними медичним засобами та дієтичними продуктами з метою продовження життя фізичної особи («людини»), поліпшення якості життя людини та здорового розвитку майбутніх поколінь; охорона здоров'я включає профілактику, відпуск [ліків], діагностику, лікування, біомедичні дослідження, догляд та допомогу у пологах». У ньому також викладено принцип рівного ставлення, який стверджує, що «Право на надання медичної допомоги гарантується однаково кожному відповідно до рівного ставлення у системі охорони здоров'я, встановленого спеціальним нормативно-правовим регулюванням. Відповідно до принципу рівного ставлення, дискримінація за ознакою статі, релігійних уподобань чи віри, шлюбного та сімейного стану, кольору шкіри, мови, політичних чи інших переконань, участі у профспілках, національного чи соціального походження, фізичних вад, віку, майна, расових чи інших ознак заборонена». Що стосується відшкодування за рахунок державного медичного страхування, допомога розділяється; умови передбачені Законом про обсяги медичної допомоги, що охоплюється державним медичним страхуванням, та про відшкодування вартості послуг, пов’язаних із наданням медичної допомоги № 577/2004 Coll., зі змінами, внесеними урядовим Указом про рівень оплати застрахованою особою послуг, пов’язаних із наданням медичної допомоги № 722/2004 Coll. та розпорядженням Уряду № 777/2004 Coll., у якому міститься перелік захворювань, для яких медичні послуги частково відшкодовуються або не відшкодовуються за рахунок державного медичного страхування.
3. Конституційний Суд Словацької Республіки розглядав питання безпосередньої оплати пацієнтами у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 38/03 від 17 травня 2004 року   
   (№ 396/2004 Coll.), прийнятому за результатами провадження за зверненням щодо «введення плати за певний сегмент медичної допомоги, що надається за рахунок медичного страхування, а також послуг та видів діяльності, які тісно пов’язані із медичною допомогою, що надається за рахунок медичного страхування, але не є її безпосередньою складовою». Враховуючи, що ст. 40 Конституції Словаччини сформульована аналогічно до ст. 31 чеської Хартії, Суд висловився таким чином , що «Безкоштовне лікування відповідно у ст. 40 має свою «сферу дії», тобто не все надається безкоштовно».
4. Австрія – яка має, звичайно, іншу структуру державного страхування (близько 80% австрійського населення застраховане згідно із Законом про загальне соціальне страхування, а решта груп, наприклад, державні службовці, застраховані за спеціальними законодавчими положеннями; тут немає «державних» застрахованих осіб, оскільки витрати на догляд за особами, які не мають доходу, включаються до страхових внесків, сплачених іншими особами; також можна вибрати необов’язкове приватне додаткове страхування) та іншу структуру видатків (приблизно половина витрат на охорону здоров’я фінансується за рахунок страхових внесків, одна п’ята – за рахунок податків, а більше чверті фінансується безпосередньо громадянами) – розділяє допомогу з точки зору відшкодування, так що кожна державна лікарня повинна мати «загальну категорію» (збір/категорію проживання). В цю категорію потрапляють усі особи, які не звертаються з проханням про влаштування у спеціальну категорію. На додаток до категорії загальної оплати державна лікарня може встановити «спеціальну категорію», яка призначена для осіб або членів їх сімей на їхнє прохання, тому що відповідно до своїх доходів або майнового вони можуть платити збори за день лікування та інші збори за спеціальну категорію для себе або членів сім'ї [див., наприклад, § 32 Закону про лікарні Відня (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG)]. У загальній категорії оплата за лікування (гонорари/надбавки за лікування, «Pflegegebühren») покриває (за певними винятками) всі лікарняні послуги (з 1997 року в Австрії відшкодування перебування в стаціонарі значною мірою залежить від лікаря та послуг медсестер). Відшкодуванню не підлягають, наприклад, витрати на перевезення пацієнтів до лікарні та з лікарні, виготовлення зубних протезів – якщо вони не пов’язані з лікуванням, яке проводиться в лікарні – підготовка ортопедичних засобів (протезування) – якщо вони не є терапевтичною підтримкою – витрати на похорон особи, яка померла в лікарні [див. § 44 ч. 4 Закону про лікарні у Відні (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG)]. Те саме стосується додаткових послуг, які не пов'язані з наданням медичної допомоги (не пов'язані з лікуванням) і надаються на безпосереднє прохання пацієнтів. На додаток до виплат за лікування (виплат зі страхових внесків) можуть стягуватись спеціальні збори («Sondergebühren») та надбавки. Це може бути, наприклад, плата за проживання в спеціальній категорії палат, «амбулаторний» збір («Ambulatoriumsbeitrag», який нібито був скасований у 2003 році, оскільки багато громадян були звільнені від сплати), витрати на перевезення пацієнтів, зубні протези, якщо вони не пов’язані з лікуванням у лікарні, ортопедичні засоби тощо. Від пацієнтів спеціального класу також може вимагатись сплата контрактного (лікарського) збору [див. § 45a Закону про лікарні у Відні (Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 - Wr. KAG)]. Те саме стосується плати за лабораторне або консультативне обстеження, рентгенологічне обстеження та інші фізичні послуги, а також за роботу лікарів-спеціалістів, наприклад, для анестезіології та інтенсивної терапії. Отже, це означає послуги за приватним договором. У цьому випадку лікуючий лікар отримує частину контрактного збору (не менше 40%). Лікарня також стягує «внески на витрати». Тут також є деякі винятки, тобто певні особи не платять їх або платять за зниженою ставкою (з урахуванням їхнього рівня доходу – наприклад, якщо дохід пацієнта не перевищує приблизно 900 євро). Розмір виплат за лікування та будь-які спеціальні збори публікуються у Збірнику законів землі (у бюлетені) Урядом землі у формі наказу. Лікарня стягує з пацієнта збори в останній день перед випискою, а встановлені законом відсотки за несвоєчасну виплату можуть стягуватися лише через шість тижнів після дати виплати – очікується, що пацієнт буде ослаблений після виписки з лікарні, і таким чином йому дадуть час заплатити пізніше; лише після цього застосовуються визначені законом процентні збори. Людина може подати заперечення – письмово або усно – проти сплати збору протягом двох тижнів після виставлення рахунку. Рішення стосовно заперечень приймає мерія, що діє як регіональне адміністративне представництво. Є певні винятки щодо доплат для певних груп людей. Доплати зазвичай вимагаються для стоматологів, лікарів, що не працюють за договором, терапевтів, психологів тощо. Пацієнти мають повністю самостійно оплачувати певні послуги або допоміжні засоби (наприклад, зубні мости).
5. У Польщі (див. Boulhol, H., et al. (2012), «Поліпшення системи охорони здоров'я в Польщі», Робочі документи Департаменту економіки ОЕСР, № 957, Видання ОЕСР. doi: [10.1787/5k9b7bn5qzvd-en](http://dx.doi.org/10.1787/5k9b7bn5qzvd-en) від 10 травня 012 року) доступ до базової допомоги за рахунок загального медичного страхування забезпечується без обмежень. Медична допомога не розділяється на допомогу стандартного і вище стандартного рівня. Основна допомога, незалежно від форми власності надавача, все ще оплачується за рахунок державного медичного страхування. Польща виділяє 7,4% ВВП на систему охорони здоров’я. Частка амбулаторій, що перебувають у приватній власності, зросла з 42% у 2000 році до 82% у 2009 році, а загальне використання амбулаторної допомоги збільшується. Польща належить до числа країн ОЕСР, що мають високу частку прямих виплат (ліки, оплата допомоги лікарів-спеціалістів у приватних закладах, оплата праці стоматолога, пакети передплаченого медичного обслуговування, які роботодавці сплачують працівникам). Усі ці послуги офіційно оплачуються самостійно, оскільки приватного страхування не існує, хоча дискусії про необхідність запровадження приватного медичного страхування тривають у Польщі вже щонайменше десять років. Національний фонд охорони здоров’я (НФОЗ) є некомерційною організацією, основною метою якої є надання доступу до послуг державного страхування у галузі охорони здоров’я. Постачальникам послуг гарантується рівне ставлення. НФОЗ несе повну відповідальність за оцінку потреб та перевірку узгоджених медичних послуг. На додаток до послуг, що надаються на договірній основі, НФОЗ також фінансує окремі програми охорони здоров'я, призначення ліків в амбулаторних умовах, експериментальні програми, реабілітаційні та оздоровчі курортно-санаторні процедури, а також довготривале лікування. З 2008 року список розширився за рахунок включення вузькоспеціалізованих методів лікування. У 2009 році у законодавстві було вперше згадано «гарантований» пакет медичних послуг, великий перелік медичних послуг, що охоплюються медичним страхуванням, за винятком таких послуг, як пластична хірургія, імунізація проти грипу, операції зі зміни статі та процедури in vitro. Надавачі базової допомоги отримують внесок на одного пацієнта, тоді як схема оплати за спеціалізовану допомогу – це оплата послуги. Додаткові виплати у період перебування в лікарні за медичну допомогу, вартість якої відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, відсутні.
6. Стосовно питання розподілу медичної допомоги з точки зору оплати на допомогу стандартного та вище стандартного рівня, або розподілу тільки на «додаткову» чи «пов’язану» допомогу, матеріалів та допоміжних засобів, а також власне послуг лікаря у Німеччині було надіслано відповідного листа із запитанням Федеральному міністерству охорони здоров’я (Bundesministerium für Gesundheit). У відповіді зазначалось, що розмір відшкодування вартості стаціонарного лікування визначається головним чином на основі фіксованих зборів за системою DRG та додаткових платежів. Відшкодування надається для загального обсягу послуг, необхідних в окремих випадках для забезпечення ефективної та достатньої медичної допомоги пацієнту. Це включає «загальні» лікарняні послуги, що включають догляд за хворими, необхідні операції, перебування в лікарні та інші послуги, що надаються медичним закладом. Якщо цього вимагає діагноз, сюди також включається лікування у лікаря вищого рівня. Лікарні можуть брати плату за визначені послуги, які відрізняються від послуг загального стаціонарного лікування, якщо було домовлено про окрему оплату. Пацієнт також може вимагати надання лікування певним лікарем у закладі (Chefarztbehandlung), навіть якщо це не потрібно на підставі діагнозу; угода про вибір лікаря поширюється на всіх лікарів у лікарні, які мають право стягувати плату та брати участь у лікуванні пацієнта. Пацієнт отримає окремі рахунки від усіх лікарів, які залучались до лікування, що їх він має сплатити як частину оплати перебування в лікарні в системі загальних лікарняних послуг. Суми, що стягуються, зменшуються на 25%, і це відповідає розрахунку частки оплати за лікування лікарем відповідно до ставок за день лікування. Перебування в лікарні в приватній або напів-приватній палаті може бути надано як послугу вище стандартного рівня. Конституційний Суд також дізнався, що § 2 п’ятого тому Соціального кодексу, який регулює передбачене законом медичне страхування (Sozialgesetzbuch V - Gesetzliche Krankenversicherung, "SGB V"), зазначається, що медичні страхові компанії оплачують надання медичної допомоги застрахованим особам за принципом ефективності (§ 12 SGB V), в той же час якість та ефективність медичної допомоги повинна відповідати загальновизнаному стану медичної науки і враховувати прогрес у медицині (§ 2 SGB V in fine). Частка доплати пацієнта за послуги, відмінні від загальних лікарняних послуг, значно залежить від того, який вид приватного медичного страхування він обрав із широкого спектру, що пропонується. Що стосується регуляторного збору (доплата – Zuzahlung) за госпіталізацію, то він встановлений у розмірі 10 євро на добу, але може стягуватися максимум за 28 днів госпіталізації протягом календарного року – див. § 61 SGB V. Інші регуляторні збори – це додатковий збір за призначення ліків, збір за реабілітацію, збір за перевезення швидкою допомогою тощо. Подібно до чеського законодавства, існують максимальні обмеження щодо зборів та різні винятки (наприклад, для тривало безробітних у категорії Hartz IV тощо). Регуляторний збір за відвідування лікаря загальної практики, стоматолога, амбулаторного спеціаліста або психолога (Praxisgebühr), який був встановлений у розмірі 10 євро за календарний квартал і був доходом страхової компанії, був скасований федеральним законодавчим органом з 31 грудня 2012 року. Цікаво зазначити, що у 2009 році Федеральний соціальний суд (Bundessozialgericht, BSG) дійшов висновку, що цей регуляторний збір не порушує конституційно гарантовані права пацієнтів (див. Рішення від 25 червня 2009 року, у справі B 3 KR 3/08 R).
7. Отримані матеріали (зокрема, стаття Петра Голи від 6 листопада 2012 року, доступна за посиланням <http://finexpert.e15.cz/za-den-v-nemocnici-platime-100-kc-jak-je-to-v-ostatnich-zemich)> також містять інформацію про те, що плата за перебування в лікарнях в Європі коливається наступним чином:

Бельгія – Базова доплата у державних лікарнях для пацієнтів із медичним страхуванням становить 14,71 євро на день. Вони також мають сплачувати початковий збір у розмірі 42 євро.

Болгарія – Громадяни, які мають медичну страховку, сплачують 2% мінімальної заробітної плати за кожен день госпіталізації. Станом на сьогодні мінімальна місячна заробітна плата становить 270 левів (138 євро). Таким чином, доплата становить 2,76 євро на день.

Естонія – Доплата за госпіталізацію відрізняється для різних медичних закладів. Однак, найбільша сума становить 1,60 євро на день.

Франція – Базова доплата за госпіталізацію становить 18 євро на день (13,50 євро в психіатричних закладах).

Латвія – Розмір доплати від пацієнта відрізняється залежно від типу лікарні та лікування. Він починається з 9 латів (14 євро).

Люксембург – Доплата за госпіталізацію становить 19,62 євро на день.

Німеччина – Базова доплата для пацієнтів із медичною страховкою становить 10 євро за день госпіталізації.

Австрія – Розмір доплати з боку пацієнта відрізняється залежно від типу лікарні та землі. Він становить близько 10 євро на день госпіталізації.

Швеція – Розмір доплати за госпіталізацію є різним у різних медичних закладах. Однак найвищий становить 80 шведських крон (8,94 євро) на день.

Швейцарія – Пацієнти, які перебувають у державних лікарнях, сплачують внесок за витрати та проживання у розмірі 15 швейцарських франків (12 євро) на день.

II. D)

Відповіді на заяви та висловлені позиції

1. Заявники надали відповідь на заяви та позиції, передані їм, в яких вони серед іншого спростовують окремі аргументи Міністерства охорони здоров'я. Вони повторюють критику інформаційно-аналітичної довідки, яка, на їх думку, є абсолютно незадовільною. У своїй заяві Міністерство також не спростувало той факт, що в Законі відсутнє розмежування базових та дорожчих альтернатив допомоги; формулювання оскаржуваних положень робить обсяг медичної допомоги, що відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, залежним від наказу Міністерства. Навіть вимога Закону про однаковий лікувальний ефект не може встановлювати повноваження Міністерства довільно визначати, яка допомога має такий ефект, а яка ні. Ідея Міністерства щодо практичного застосування оскаржуваного законодавства не має підґрунтя в Законі. За умов, викладених в Законі, оптимальна альтернатива допомоги не буде покриватися державним медичним страхуванням залежно від стану здоров'я пацієнта, а виключно на основі того, визначена вона чи ні, як найдорожча альтернатива в підзаконних актах. Так само, формулювання Закону про державне медичне страхування не вказує на те, що більш дорога альтернатива, визначена наказом, могла б у випадку конкретної застрахованої особи ситуативно бути основною альтернативою, виходячи з сучасного медичного погляду; це швидше неправильне тлумачення Міністерства. Посилання на існуючу практику також не є доречним, оскільки медична допомога, яку застрахована особа оплачує самостійно, на відміну від оскаржуваного законодавства, визначається безпосередньо Законом. Якщо у випадку збільшення збору єдиним показником є сума щоденних витрат на споживання найбідніших 10% домогосподарств у 2010 році, це більше говорить проти збільшення плати, оскільки в цивілізованій країні неприпустимо, щоб збір за один день перебування в лікарні перевищував всі витрати, включені в обчислення щоденних витрат найбідніших домогосподарств. Що стосується покарання, яке накладається на надавачів медичних послуг, заявники зазначають, що вони жодним чином не ставили під сумнів можливість доручення суб'єкту приватного права здійснення державного управління, але критикували відсутність встановлених законом обмежень щодо розсуду страхової компанії стосовно суми та можливого багаторазового накладення штрафу, невідповідної верхньої межі та непропорційного збільшення верхньої межі штрафу за нестягнення доплат. У відповіді на заяву Асоціації медичних страхових компаній заявники стверджують, що жадана можливість для пацієнта доплачувати за медичне обслуговування не має нічого спільного з концепцією права на визначені Хартією безкоштовну медичну допомогу та на медичні засоби, вартість яких відшкодовується. Вони висловлюють своє занепокоєння тим, що оскаржуване законодавство буде впроваджене в дусі останніх тенденцій, коли чим більше застрахованих людей доплачують, тим вужчим стає обсяг допомоги що відшкодовується. Тоді посилання на скасування збору за препарати, що відпускаються за рецептом, не може мати відношення до заперечень проти збільшення доплати, що не має практичного значення для застрахованої особи, яка отримує медичну допомогу в стаціонарі. Важливим є те, що плата жодним чином не обмежена, а також стосується дітей віком до 18 років. Заявники, безумовно, не погоджуються з позицією Загальної медичної страхової компанії, яка заперечує частину звернення, що стосується альтернативних варіантів медичної допомоги, як таку, що слугує власним інтересам та є некоректною, і зазначає, що перелік медичних послуг визначає лише послуги, передбачені Законом, що вже були визначені як такі, що відшкодовуються до рівня найменш дорогої альтернативи. Автори заявляють, що сам Закон не визначає жодних послуг; це робиться лише підзаконними актами, пройнятими на його виконання, що, на їхню думку, є порушенням конституційності. Вони також відхиляють твердження страхової компанії про те, що збільшення стаціонарного збору вимагалося з практичної точки зору, оскільки нинішній рівень 60 крон не мав достатньо демотивуючого ефекту і не призвів до бажаної мети, щоб зменшити надмірне використання стаціонарного лікування. Заявники не погоджуються з початковою передумовою про те, що застраховані особи навмисно та самовільно продовжують своє перебування у стаціонарі; на їхню думку, навпаки, збір не має регулюючої функції. У зв'язку з цим вони критикують страхову компанію за те, що вона не додала жодних емпіричних даних (які вона, безсумнівно, має у своєму розпорядженні) до своїх тверджень. Заявники відмічають, що вони подали проєкт Закону (публікація Палати депутатів № 979), який скасовує стаціонарну плату для дітей віком до 18 років. Незважаючи на те, що уряд не погоджується з цим, посилаючись на законодавчу невідповідність, він проте заявив, що загалом погоджується із зазначеною метою. Заявники погоджуються з позицією Чеської лікарської палати, в якій вона критикує оскаржуване законодавство за неконституційність. Натомість, вони не погоджуються з думкою, що закон може дозволити пропонувати пацієнтові зручнішу версію певних послуг або зручніші засоби за додаткову плату за умови, що лікувальний ефект є однаковим. В межах наміру ст. 31 Хартії, медична допомога, вартість якої відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, не може не передбачати більш зручної версії або зручніших засобів. Представлена думка суперечить бажаній тенденції, оскільки більш комфортне надання послуг та зручніші медичні засоби призначені лише для тих, хто може дозволити собі платити за них більше, а не для всіх застрахованих осіб. Вимога щодо такого самого лікувального ефекту також є проблематичною, оскільки визначення того, яка допомога має такий ефект, а яка ні, залишається на розсуд Міністра. Заявники також не погоджуються з думкою Чеської лікарської палати про те, що підвищення плати за перебування у стаціонарі відповідає збільшенню витрат, яке відбулося за останні роки. Насамкінець, заявники повністю погоджуються з аргументами Асоціації пацієнтів Чеської Республіки та Чеської національної ради з питань інвалідності та наголошують на їх серйозності.

III.

Текст оскаржуваних положень

1. Законодавча база для визначення медичної допомоги, яка надається у якості базової та дорожчої альтернативи
2. Положення:

§ 11 ч. 1 п. f): Застрахована особа має право обрати альтернативу медичним послугам згідно з § 13,

§ 12 п. n): Застрахована особа зобов'язана заплатити надавачу або іншому суб'єкту господарювання, який надає застрахованій особі медичну допомогу, різницю між ціною наданих медичних послуг та розміром відшкодування за рахунок медичного страхування згідно з § 13.

§ 13 ч. 3 -7:

1. Якщо медичні послуги, викладені в частині 1, можуть надаватися більш ніж одним способом, і всі вони відповідають умовам, викладеним і частині 1, а також мають однаковий лікувальний ефект, відшкодовується спосіб надання медичних послуг, що відповідає принципу ефективності та економічності витрат коштів державного медичного страхування («базова альтернатива»). Інші способи надання медичних послуг, згадані у першому реченні, що не відповідають умові забезпечення ефективності та економічності витрат коштів державного медичного страхування («дорожча альтернатива»), відшкодовуються за рахунок медичного страхування у розмірі, передбаченому для відшкодування основної альтернативи таких медичних послуг.
2. Дорожча альтернатива медичної допомоги означає лише медичні послуги, які відповідним чином визначені в нормативно-правових актах, прийнятих на виконання закону відповідно до § 17. Медична допомога, яка може бути надана лише одним способом, не може бути визнана як більш дорога альтернатива.
3. Перш ніж надавати медичну допомогу, що може бути надана у якості як базової альтернативи, так і більш дорогої альтернативи, надавач має запропонувати застрахованій особі надання медичних послуг у базовій альтернативі, а також повідомити її про дорожчу альтернативу, в т.ч. різницю між ціною більш дорогої альтернативи, встановлену відповідно до розпорядження про ціни та визначену в прейскуранті надавача, та розмір відшкодування вартості медичних послуг у базовій альтернативі, визначений нормативно-правовими актами, прийнятими на виконання закону відповідно до § 17, та розпорядженням про ціни. Визначений у першому реченні порядок не застосовується, якщо з огляду на стан здоров’я пацієнта неможливо отримати його згоду, а для порятунку його життя чи здоров’я необхідні негайні дії. Прейскурант із більш дорогими альтернативами медичної допомоги має оприлюднюватись надавачем у приміщенні медичного закладу у доступному для громадськості місці, а також у спосіб, що дозволяє віддалений доступ.
4. У випадках, згаданих у частині 5, надавач має зазначити в медичні карті застрахованої особи, що їй пропонувалось надання основної альтернативи медичної допомоги та що вона була проінформована про можливість надання більш дорогої альтернативи медичної допомоги. Запис у медичній карті має включати висловлення згоди застрахованої особи на надання базової альтернативи медичної допомоги, або на надання економічно більш вимогливої альтернативи медичної допомоги, якщо застрахована особа обрала цю альтернативу; у цьому випадку запис у медичній карті також має містити висловлення згоди застрахованої особи на сплату різниці між ціною дорожчої альтернативи та розміром відшкодування вартості базової альтернативи медичної допомоги. Така згода підписується застрахованою особою та лікуючим лікарем; якщо застрахована особа не може підписати через стан свого здоров'я, її однозначне волевиявлення підтверджується підписом лікуючого лікаря та одного свідка. У відповідному записі зазначається спосіб, у який застрахована особа висловила свою волю, та причини здоров'я, що перешкоджають застрахованій особі її підписати.
5. Надавачи послуг, забезпечуючи медичну допомогу, не можуть віддавати пріоритет застрахованій особі, яка вибирає більш дорогу альтернативу.

§ 17 ч. 4: Міністерство охорони здоров’я своїм наказом оприлюднює Перелік медичних послуг із бальними значеннями та визначенням альтернативних варіантів медичної допомоги відповідно до § 13.

1. Збільшення розміру доплати за стаціонарну допомогу з 60 крон до 100 крон на день
2. Положення

§ 16a ч. 1 п. f): (1) Застрахована особа або її законний представник від її імені зобов’язаний у зв'язку з наданням послуг, вартість яких відшкодовується, сплатити постачальнику, який надав покриті послуги, доплату в розмірі

f) 100 чеських крон за кожен день, протягом якого надається стаціонарне лікування, включаючи стаціонарну санаторно-курортну допомогу; день, коли застраховану особу приймають для надання такої допомоги, і день, коли припиняється надання допомоги, вважається одним днем; це також стосується перебування особи, яка супроводжує дитину, якщо це відшкодовується за рахунок медичного страхування згідно з § 25. Це не стосується обов'язків, що випливають з інших законів.

1. Надання дозволу медичним страховим компаніям штрафувати надавача медичних послуг за порушення певних положень Закону про державне медичне страхування
2. Положення

§ 32 ч. 5: У разі виявлення неодноразового порушення зобов’язань, передбачених у частині 4, страхова компанія має право накласти штраф на надавача послуг у розмірі до 1 000 000 чеських крон. Штраф може бути накладений повторно. У разі накладання штрафу страхова компанія враховує тяжкість порушення, ступінь причинності та обставини, за яких сталося порушення зобов’язань. Штраф може бути накладений протягом строку до 1 року з дня, коли страхова компанія встановила порушення або невиконання зобов'язань, але не пізніше 3 років з дня, коли сталося порушення або невиконання зобов'язань. Штраф є доходом медичної страхової компанії, яка його наклала.

§ 44 ч. 5: За неодноразове порушення зобов'язань, покладених на надавачів послуг відповідно до § 11 ч. 1 п. d) відповідна медична страхова компанія накладає на надавача послуг штраф у розмірі до 1 000 000 крон; встановлюючи розмір штрафу, вона має враховувати тяжкість порушення зобов'язань, зокрема, спосіб його вчинення, його наслідки та обставини, за яких він був вчинений; штраф може бути накладений протягом строку до 1 року з дня, коли відповідна медичній страховій компанії стало відомо про порушення зобов'язань, але не пізніше 3 років з дня, коли сталося порушення зобов'язань; неодноразове накладення штрафу є підставою для розірвання угоди про надання та оплату послуг, що відшкодовуються, без періоду попередження про припинення згідно з § 17 ч. 2.

§ 44 ч. 6: Штраф, накладений відповідно до частин 1-5, є доходом медичної страхової компанії, яка його наклала.

§ 13 ч. 8: За повторне порушення зобов'язань, передбачених частинами 6, 7, відповідна медична страхова компанія накладає на надавача послуг штраф у розмірі до 1 000 000 крон. Встановлюючи розмір штрафу, вона має враховувати тяжкість порушення зобов'язань, зокрема, спосіб його вчинення та його наслідки та обставини, за яких воно був вчинене. Штраф може бути накладений протягом строку до 1 року з дня, коли відповідній страховій компанії стало відомо про невиконання зобов'язань, але не пізніше 3 років з дня, коли сталося порушення або невиконання зобов'язань. Штраф є доходом медичної страхової компанії, яка його наклала. Повторне накладення штрафу є підставою для розірвання угоди про надання та відшкодування вартості медичних послуг без періоду попередження згідно з § 17 ч. 2. Надавач послуг не несе відповідальності за порушення зобов'язань, якщо доведе, що він доклав усіх зусиль, яких можна було б вимагати від нього, щоб запобігти порушенню зобов'язань.

§ 16a ч. 9 -11:

1. Постачальник зобов’язаний стягнути доплату, зазначену в частині 1, із застрахованої особи або її законного представника, за винятком випадків, коли передбачено виняток із стягування доплати відповідно до частин 2-4. У разі виявлення неодноразового та послідовного порушення цього зобов'язання, медична страхова компанія має право накласти на постачальника штраф у розмірі до 1 000 000 крон. Штраф може бути накладений повторно. У разі накладання штрафу медична страхова компанія враховує тяжкість порушення, ступінь причинності та обставини, за яких він був вчинений. Штраф може бути накладений протягом строку до 1 року з дня, коли страховій компанії стало відомо про порушення або невиконання зобов'язань, але не пізніше 3 років з дня, коли сталося порушення або невиконання зобов'язань. Штраф є доходом медичної страхової компанії, яка його наклала.
2. Надавач послуг не може стягувати доплату у зв'язку з наданням послуг, вартість яких відшкодовується, щодо яких доплата не стягується згідно з цим Законом. У разі виявлення неодноразового порушення цього зобов'язання, медична страхова компанія має право накласти на такого надавача послуг штраф у розмірі до 1 000 000 крон.
3. Повторне накладення штрафу на надавача послуг згідно з частинами 9 та 10 є підставою для розірвання угоди про надання та оплату послуг, що відшкодовуються, без періоду попередження про припинення згідно з § 17, ч. 2.

IV.

Умови активної позиції заявника

1. Звернення щодо скасування цитованих положень Закону про державне медичне страхування було подано групою у складі п'ятдесяти одного депутата Парламенту Чеської Республіки, і, таким чином, відповідало умовам, передбаченим § 64 ч. 1 п. b) Закону про Конституційний Суд № 182/1993 Coll. Таким чином, у цьому питанні ми можемо стверджувати, що умови для активної позиції заявника були дотримані.

V.

Відповідність законодавчого процесу Конституції

1. У процесі перегляду законів чи інших законодавчих норм Конституційний Суд, відповідно до § 68, ч. 1 Закону про Конституційний Суд, має перевірити, чи було оскаржуване законодавче регулювання прийнято та видано в установленому конституцією порядку.
2. Текст оскаржуваного законодавства був доданий до Закону про державне медичне страхування Законом №. 298/2011 Coll., яким вносяться зміни до Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів   
   № 48/1997 Coll. з подальшими змінами, внесеними нормативними актами, та іншими відповідними законами про зміну змісту, та Законом № 369/2011 Coll., яким вносяться зміни до Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями, та деякими іншими законами; що, однак, лише змінює термінологію в тексті оскаржуваного законодавства. Уряд Чеської Республіки подав законопроєкт про внесення поправок (згодом опублікований під номером 298/2011 Coll.) до Закону про державне медичне страхування до Палати депутатів 13 квітня 2011 року (публікація Палати депутатів   
   № 325). Нижня палата схвалила проєкт 21 червня 2011 року Постановою № 592 більшістю у складі 105 депутатів із 180 присутніх, а 73 депутати проголосували проти законопроєкту.
3. Сенат обговорив законопроєкт, який був переданий до нього на розгляд (30 червня 2011 року) 21 липня 2011 року, і відповідно до Постанови № 281 більшість у складі 48 із 75 присутніх сенаторів проголосували за його відхилення. Палата депутатів обговорила законопроєкт, відхилений Сенатом 6 вересня 2011 року (Постанова № 668), і схвалила законопроєкт більшістю у складі 103 депутатів із 177 присутніх. 68 депутатів проголосували проти. Закон був переданий Президенту Республіки на підпис 15 вересня 2011 року, і Президент підписав його 29 вересня 2011 року.
4. Конституційний Суд встановив, що нормативно-правові положення, які розглядаються, були прийняті та оприлюднені в установленому порядку.

VI.

Розгляд

1. Визначивши, що оскаржуване законодавство витримало перевірку з точки зору конституційності процедури, за якою вона була прийнята, Суд зміг перейти до розгляду змісту оскаржуваних положень. Аргументація розглядається в тому ж дусі, що і звернення, тобто вона, в свою чергу, розглядає конституційність, по-перше, поділу медичної допомоги чи медичних послуг на базову та дорожчу альтернативу, а потім збільшення збору за стаціонарне лікування та, нарешті, дозвіл медичним страховим компаніям накладати штрафи за визначені дії надавачів медичних послуг.
2. Альтернативи медичної допомоги з точки зору її відшкодування за рахунок медичного страхування
3. Як описано вище, автори звернення вважають законодавчі положення неконституційними як за способом її визначення, тобто формулюванням (або відсутністю) умов та критеріїв альтернатив медичної допомоги з точки зору її відшкодування за рахунок коштів медичного страхування, так і за формою, в якій це було зроблено. Таким чином, перша група заперечень ставить під сумнів саму можливість законодавчого органу розділити медичну допомогу відповідно до того, чи повинен пацієнт здійснювати додаткові виплати чи ні. Тому в подальшому розгляді бажано розпочати з відповіді на це основне питання, тобто чи допускає конституційний порядок сам розділ медичної допомоги (яка має такий самий лікувальний ефект у контексті законодавства, що розглядається) відповідно до критеріїв відшкодування такої допомоги за рахунок коштів державного медичного страхування.
4. Контролюючим положенням у цьому відношенні є ст. 31 Хартії. Вона гарантує кожному право на охорону здоров'я. Громадяни мають право за рахунок державного медичного страхування на безоплатну медичну допомогу та на засоби охорони здоров'я на умовах, передбачених законодавством Питання полягає в тому, чи включає це положення Хартії, яке передбачає право на безкоштовну медичну допомогу та медичні засоби на основі державного страхування, без будь-чого додатково, усі наявні медичні послуги та засоби, які враховуються, і чи одночасно воно виключає можливість виокремити певний сегмент медичної допомоги як вищий стандарт та вивести його з режиму відшкодування за рахунок державного страхування, точніше, відшкодування у повному розмірі.
5. Відповідно до ст. 89 ч. 2 Конституції Чеської Республіки («Конституція»), рішення Конституційного Суду, що підлягають виконанню, є обов'язковими для всіх органів влади та осіб. У минулому Конституційний Суд неодноразово розглядав право на безкоштовну медичну допомогу. Три з цих рішень є важливими в цьому відношенні: рішення у справі № Pl. ÚS 35/95 (№ 206/1996 Coll.; N 64/5 SbNU 487), рішення у справі № Pl. ÚS 14/02 (№ 207/2003 Coll.; N 82/30 SbNU 263) та рішення у справі № Pl. ÚS 1/08 (№ 251/2008 Coll.; N 91/49 SbNU 273). У цих рішеннях Конституційний Суд, крім перегляду суті справи, звернувся до більш широкого контексту фінансування системи охорони здоров’я. З огляду на обов'язковість основних частин мотивувальної частини цих рішень, Конституційний Суд у цьому випадку мав прийняти зазначені рішення як вихідну точку.
6. Конституційний Суд визнав можливість поділу медичної допомоги на стандартну, тобто вартість якої відшкодовується за рахунок державного страхування, та вище стандартної, тобто частково або повністю оплачувану пацієнтом, у судовій справі № Pl. ÚS 35/95, в якій він розглядав конституційність законодавчих положень, що визначають обсяги медичної допомоги, вартість якої відшкодовується за рахунок загального медичного страхування, та підзаконними нормативними актами, що конкретизують обсяги цієї допомоги. У мотивувальній частині рішення – використовуючи термінологію оскаржуваного закону – воно іманентно передбачає альтернативи допомоги, хоча зосереджується на суті справи, яка є формою законодавства: «Громадяни мають право на безкоштовну медичну допомогу та медичні засоби, що надаються за рахунок державного страхування та на умовах, більш детально визначених законом. Отже, якщо ці умови можуть регулюватися лише законодавчо, дуже важливо, щоб сфера та спосіб їх надання визначалися тим самим законодавчим режимом. Будь-що, крім законодавства, було б порушенням Хартії, а отже, неконституційним. Неприпустимо, щоб визначення обсягів медичної допомоги, що надається на умовах повного або часткового відшкодування, було б покладено на інші норми, крім законодавчих. Це передало б сферу захисту основних прав і свобод у руки виконавчої влади, яка не уповноважена мати такі повноваження». Суд висловився навіть більш категорично у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 14/02, в якій він розглядав питання про відповідність заборони певному медичному закладу та медичним працівникам стягувати із застрахованих осіб будь-яку плату за медичну допомогу, лише пов’язану з наданням допомоги, вартість якої відшкодовується за рахунок державного страхування, та зокрема зазначив: «Водночас, текст Закону також вказує на те, що не існує перешкод для стягнення прямої оплати із застрахованих осіб за медичні послуги, надані за межами умов, визначених для безкоштовної медичної допомоги». Група у складі семи суддів, які додали окрему думку до цього рішення, також однозначно погодились з таким тлумаченням. Це ж речення цитувалось також у позиції більшості Пленуму у рішенні у справі № Pl. ÚS 1/08 (пункт 125), в якому зокрема зазначалось, що «… формалістичне наполягання на розширеному розумінні безкоштовної медичної допомоги для людини може призвести до зниження рівня безкоштовного медичного обслуговування, вартість якого відшкодовується за рахунок державного страхування, у справжньому розумінні цього слова для всіх членів суспільства». Суддя Іржі Нікодим у своїй окремій думці відмітив: «Я взагалі не маю на меті стверджувати, що вся медична допомога повинна надаватися безоплатно. ... Закон може визначати, які медичні послуги повністю відшкодовуються за рахунок державного медичного страхування, які відшкодовуються частково, а які не відшкодовуються взагалі; те саме стосується відшкодування вартості ліків та продуктів харчування спеціального призначення. Втім, водночас повинна створюватись можливість добровільного страхування, яке могло б оплатити витрати на лікування, вартість яких не відшкодовується з коштів державного медичного страхування. Той факт, що держава – принаймні з 1995 року – не змогла підготувати закон, який визначав би, яка медична допомога повністю або частково відшкодовується за рахунок медичного страхування, а отже, також визначити медичну допомогу, яка не відшкодовується за рахунок цих коштів, для забезпечення збалансованості бюджету державної охорони здоров'я, хоча вже кілька років очевидно, що витрати перевищують доходи – не може бути причиною порушення конституційного порядку. У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 35/93 Суд визначив можливості такого законодавства таким чином, що встановлення статусу цього права не означає, що безоплатна допомога може бути повністю виключена законом. Закон може визначати, що є безкоштовним, а що ні». Суддя Войен Гютлер також приєднався до цієї окремої думки. Суддя Павел Холлендер також визнав пряму оплату послуг, хоча і в більш обережному формулюванні, у своїй окремій думці: «Так само, стосовно ст. 31 Хартії можна уявити пряму оплату послуг (знову ж таки, з можливістю договірного страхування), які не є безпосередньою складовою медичної допомоги».
7. Хартія містить положення про основні права, різні за своїм нормативним змістом. Перш за все, це основоположні права людини, які виникають безпосередньо із існування людини, і лише цей факт сам по собі вже є основою для визначення їхнього конституційного змісту та обсягу. Це стосується цінностей, що включають у себе основні права на збереження цілісності людини та забезпечення її гідності, наприклад, право на життя, недоторканість та особисту свободу. Ці права є невід'ємними, невідчужуваними, не підлягають припису і не підлягають скасуванню (ст. 1 Хартії). Вони можуть бути обмежені тільки на умовах, передбачених Хартією, і лише на законодавчому рівні (ст. 4 ч. 2 Хартії).
8. На відміну від цього, права та свободи людини, визначені у Розділі четвертому як «Економічні, соціальні та культурні права», потребують поєднання інших факторів для їхньої реалізації; вони не застосовуються безпосередньо, як зазначені вище права. У ст. 31 Хартії цей факт прямо зазначається у другому реченні. Право на безкоштовну медичну допомогу та медичні засоби звужується до сфери державного страхування, і, отже, залежить від сплати страхових внесків та обсягу зібраних таким чином коштів, підготовлених до перерозподілу. Усі права, що містяться в Розділі четвертому, залежать від економічного та соціального рівня, досягнутого державою, а також відповідного рівня життя. Це право підпадає під регулювання ст. 4 ч. 1 Хартії, де зобов'язання можуть накладатись лише на підставі закону, в його межах і лише за умови збереження основних прав людини.
9. Реалістичне здійснення права на медичну допомогу та медичні засоби, які будуть справді ефективними та відповідатимуть сучасним тенденціям у медицині, є обумовленим, насамперед, відповідним фінансовим підґрунтям. Загальновідомо, що – і це не мається на увазі в негативному сенсі – фінансові потреби системи охорони здоров’я постійно зростають. Темпи економічного зростання та пов'язаний з цим обсяг коштів, що виділяються на державне медичне страхування, не йдуть в ногу з прогресом, дослідженнями та технологічними можливостями у галузі охорони здоров'я. Тому логічно, що Міністерство охорони здоров’я, як орган, відповідальний за стабільність у цьому секторі, шукає шляхи отримання додаткових коштів для фінансування системи охорони здоров’я (або медичного обслуговування). Збільшення частки прямої оплати пацієнтами є одним із них.
10. Таку можливість не виключає той факт, що автори конституції прямо включили слово «безоплатна» до ст. 31 Хартії. Конституційний Суд вже надавав тлумачення поняття «безоплатної» медичної допомоги з точки зору Розділу четвертого Хартії, що регулює економічні, соціальні та культурні права. У рішенні у справі № Pl. ÚS 35/93 (№ 49/1994 Coll.; N 7/1 SbNU 51) Суд розглянув звернення з вимогою скасувати Статтю I. Закону про початкову та середню освіту № 190/1993 Coll., якою вносились поправки до § 4 ч. 1 Закону про систему початкової та середньої освіти № 29/1984 Coll. («Закон про освіту») зі змінами і поправками. Ця стаття замінює речення: «Освіта надається безкоштовно» у § 4, ч. 1 Закону № 29/1984 Coll. реченням: «У школах, які є частиною системи початкової та середньої освіти, громадяни мають право на безкоштовну освіту, якщо законом не передбачено інше». Конституційний Суд скасував у цьому положенні фразу «якщо законом не передбачено інше», посилаючись у якості головного аргументу на принцип, відповідно до якого, незважаючи на ст. 41 ч. 1 Хартії, право, передбачене ст. 33 ч. 2 Хартії, тобто право на безкоштовну освіту в початковій та середній школі може реалізовуватися лише в межах законів, виданих на виконання цього положення, навряд чи можна припустити, що абсолютний характер права на безкоштовну початкову та середню освіту, поставлений під сумнів встановленим законодавством винятком, був би сумісним із збереженням меж основних прав і свобод. У пов'язаному рішенні у справі № Pl. ÚS 25/94 (№ 165/1995 Coll.; N 31/3 SbNU 233) Конституційний суд розглянув звернення про скасування урядового наказу про безкоштовне надання підручників, навчальних текстів та основного шкільного приладдя №. 15/1994 Coll. У цьому наказі уряд визначив обсяги, в яких школярі отримують безкоштовні підручники, навчальні тексти та основне шкільне приладдя. Суд залишив клопотання без задоволення та зазначив у мотивувальній частині, що «безоплатний» характер навчання не може передбачати того, що держава покриває всі витрати громадян, пов'язані з реалізацією права на освіту. Таким чином, держава може вимагати оплати частини витрат у зв'язку з реалізацією права на освіту, і уряд, безсумнівно, має право на такі кроки. Це за жодних обставин не ставить під сумнів принципи безоплатної освіти в початкових та середніх школах. У цих двох рішеннях Конституційний Суд визначив поняття статусу «безкоштовно» на загальному рівні, оскільки безоплатний статус права, передбачений в Хартії, що має регулюватись законом, не означає, що закон може бути використаний для повної ліквідації статусу безоплатності. Закон може визначати, що є безкоштовним, а що ні.
11. З точки зору Конституційного Суду, важливо, щоб зміст ст. 31 Хартії не був фактично спорожнений законом. У дусі цієї статті кошти державного медичного страхування повинні повністю покривати якісну, повноцінну та ефективну медичну допомогу, що надається у якості базової стандартної медичної допомоги. Як зазначалось у рішенні у справі № Pl. ÚS 14/02, «відповідно до конституційних та нормативних принципів, цю допомогу не можна розділити на певну базову, «дешевшу» але менш відповідну та менш ефективну допомогу та на допомогу вищого рівня, «дорожчу», але більш відповідну та більш ефективну. Різниця між допомогою стандартного та вище стандартного рівня може полягати у відмінностях щодо відповідності та ефективності лікування. Законом регулюється не те, яку медичну допомогу може надавати лікар або медичний заклад, а який вид медичної допомоги він має надавати у загальних інтересах, що застрахована особа мала таке право на лікування та медикаменти, що задовольняє її об'єктивно визначені потреби та вимоги щодо належного рівня та медичної етики. Отже, орієнтація охорони здоров'я на розвиток, що підтримується законодавством, базується не на перенесенні «кращих» видів медичної допомоги зі сфери безоплатної медицини до сфери безпосередньої оплати застрахованими особами, а навпаки – вона спрямована на покращення видів, що надаються безкоштовно за рахунок державного медичного страхування». Ми повинні констатувати, що хоча чинна законодавча база принципово не викликає таких занепокоєнь, оскільки § 13 ч. 1 Закону про державне медичне страхування визначає якісні умови надання медичної допомоги, що охоплюється державним страхуванням, однаково для обох альтернативних варіантів медичної допомоги таким чином, щоб а) вони відповідали стану здоров'я застрахованої особи та меті, яка має бути досягнута шляхом надання їм та є належним чином безпечними для застрахованої особи, b) вони враховували досягнення сучасної доступної медицини; c) існували докази їхньої ефективності для тієї мети, з якою вони надаються. З іншого боку, не можна виключати, що за існування кількох альтернативних методів лікування, кожен з яких відповідає вищезазначеним параметрам, більш дорога процедура може бути більш придатною, ніж менш дорога, з огляду на індивідуальні обставини конкретного пацієнта. У такому випадку лікуючий лікар повинен мати можливість вирішити, в інтересах захисту життя та здоров'я пацієнта, що придатним є використання більш дорогої альтернативи, вартість якої, якщо вона відповідає передбаченим умовам, також буде повністю відшкодована за рахунок державного медичного страхування. Пацієнт не може потрапити в ситуацію, на яку його спокушає існуюча система: він буде проінформований про основні та дорожчі процедури лікування, а лікуючий лікар повідомить, що лише базова альтернатива лікування буде повністю відшкодована за рахунок медичного страхування, але в той же час, враховуючи його конкретні обставини, рекомендується більш дорога альтернатива як більш йому більше підходить. Таким чином, необхідно встановити законом межі між інформуванням пацієнта про основну альтернативу та більш дорогими альтернативами та рекомендуванням однієї з доступних альтернатив лікування, яку слід використовувати. Якщо лікуючий лікар вирішить рекомендувати більш дорогу альтернативу для конкретного діагнозу, він може зробити це лише за умови, що вона буде повністю відшкодована за рахунок медичної страховки. Не можна залишити без уваги те, що пацієнт є слабшою стороною у переговорах про умови лікування, і оскільки законодавча база забезпечує захист споживача в галузі договірних правовідносин на матеріальній основі, тим більше має законодавча база забезпечувати захист пацієнта, коли задіяні більш важливі цінності. Прикладом такої ситуації є пацієнти з супутніми захворюваннями, де основна альтернатива лікування означала б підвищений ризик ускладнень, можливо, загрозу життю, і тому необхідно розглядати більш дороге лікування як базове лікування в інтересах захисту здоров'я конкретного пацієнта. У такому випадку мова не може йти про те, що таке лікування, яке більше відповідає індивідуальним обставинам пацієнта, не буде повністю відшкодовуватись за рахунок державного медичного страхування.
12. Викладені вище аргументи, таким чином, підводять Конституційний Суд до тієї частини його висновку, що розділ медичної допомоги, вартість якої відшкодовується з коштів державного медичного страхування, на базову альтернативу, вартість якої повністю покриваєтеся державним страхуванням, і на більш дорогу альтернативу відповідає нашому конституційному порядку. Також важливо зазначити, що країни Європейського Союзу розглядають це питання аналогічно. Ми також надихались вищезазначеним висновком Конституційного Суду Словацької Республіки у рішенні у справі №. Pl. ÚS 38/03 (№ 396/2004 Coll.), згідно з яким безоплатна медицина відповідно до ст. 40 Конституції Словацької Республіки (редакція ст. 40 Конституції Словаччини є аналогічною ст. 31 Чеської хартії) має свою особливу сферу дії, і це не означає, що вся допомога надається безкоштовно.
13. Вище вже говорилось про те, що економічні, соціальні та культурні права, які включають право на безоплатну медичну допомогу згідно зі ст. 31 Хартії, конкретизуються відповідним законом, і лише на підставі цього закону (і в його межах) ці права та свободи можуть бути реалізовані (ст. 41 ч. 1 Хартії). З іншого боку, це має бути закон; підзаконного правового регулювання недостатньо. Конституційний Суд сформулював це абсолютно чітко у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 35/95: «Громадяни мають право на безкоштовну медичну допомогу та медичні засоби, що надаються за рахунок державного страхування та на умовах, більш детально визначених законом. Таким чином, якщо ці умови можуть регулюватися лише законодавчо, дуже важливо, щоб сфера та спосіб їх надання визначалися тим самим законодавчим режимом. Будь-що, крім законодавства, було б порушенням Хартії, а отже, неконституційним. Неприпустимо, щоб визначення обсягів медичної допомоги, що надається на умовах повного або часткового відшкодування, було б покладено на інші норми, крім законодавчих. Це передало б сферу захисту основних прав і свобод у руки виконавчої влади, яка не уповноважена мати такі повноваження». Що стосується суті, Суд зазначив те саме у рішенні у справі № Pl. ÚS 14/02: «Якщо державне медичне страхування має наблизитись до європейських стандартів, безсумнівно, було б необхідно, щоб Закон чітко і зрозуміло визначив можливості приватної оплати застрахованими особами, очевидно так само, як у розвинених європейських державах, Німеччині, Швейцарії тощо». Це тлумачення є визначальним для подальшого перегляду, і ми розглянемо, чи законодавчий орган, окрім розділу медичної допомоги та медичних послуг на альтернативи, насправді визначив законом обсяг і спосіб їх надання в рамках окремих альтернатив, чи це фактично залишилось на розсуд міністерства, що видається у формі наказу на реалізацію відповідних положень.
14. У сучасній (регуляторній) державі виконавча влада отримує право на власну нормотворчу діяльність. Для того, щоб це можна було вважати конституційним та не свавільним здійсненням влади, законом завжди мають бути визначені обмеження щодо такої нормотворчості. Відповідно до ст. 79 ч. 3 Конституції, міністерства та інші адміністративні органи можуть видавати правові норми на підставі закону, в його межах, і лише за умови, що закон надає їм таке право. У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 45/2000 (№ 96/2001 Coll.; N 30/21 SbNU 261) Конституційний Суд заявив: «Підсумовуючи, можна зазначити, що конституційне визначення похідної норми виконавчої влади спирається на такі принципи: (а) наказ має видаватись уповноваженим суб'єктом, (b) наказ не повинен втручатися у питання, що мають регулюватись законом (тобто він не може встановлювати основні права та обов'язки) та (c) законодавчі наміри щодо регулювання за межами законодавчого стандарту повинні бути очевидним (тобто на розсуд має бути надана сфера, якої стосується наказ)». Суд розглядав наказ, виданий на реалізацію законодавчих положень, як ще одну інстанцію створення похідних норм, у своєму рішенні у справі   
    № Pl. ÚS 23/02 (№ 476/2004 Coll.; N 89/33 SbNU 353), в якому зазначив, що «для забезпечення ефективного здійснення державного управління доцільно залишити регулювання деталей за підзаконними правовими актами, які можна змінювати більш ситуативно. Отже, конституційний порядок Чехії дозволяє законодавчому органу за певних умов уповноважувати органи виконавчої влади видавати підзаконні нормативно-правові акти. Звичайно, такий дозвіл має бути чітким, а зміст підзаконного регулювання має відповідати закону, на виконання якого він видається, тобто він повинен бути виданий на його основі та в його межах. Однак, якщо Парламент не може прийняти відповідне законодавство і не надає повноважень органу виконавчої влади визначити, що таке право, які права та обов'язки мають особи або які повноваження та обов'язки мають адміністративні органи, то це порушує принцип обмеженого делегування нормотворчості, а отже, також порушує принцип поділу влади, викладений, серед іншого, у ст. 2 ч. 1 Конституції. Обмеження делегування нормотворчості є одним із традиційних та ключових аспектів поділу влади та системи стримувань та противаг, на яких базується конституційний лад Чеської Республіки. У системі поділу влади законодавчий орган по суті не може передати свою владу іншому суб'єкту, довірити її здійснення іншим сторонам (...). Згідно з прецедентною практикою Конституційного Суду, не кожен обов'язок має бути передбачений законом, оскільки вимога про те, що кожне зобов'язання передбачається безпосередньо і виключно законом, «очевидно призведе до абсурдних результатів, заперечення мети створення вторинних норм, оскільки концептуальним елементом кожної правової норми є визначення певних прав та обов'язків для осіб, на яких спрямована норма» (див. рішення № 410/2001 Coll.). Однак підзаконний нормативний акт повинен завжди залишатися у межах закону, який або чітко визначає ці межі, або вони випливають із значення та мети закону. На підставі наданого законом дозволу, нормативно-правовий акт, прийнятий на його виконання, повинен надати більш конкретні деталі щодо питання, загальні риси якого регулюються законом, але це ніколи не може виходити за рамки самого закону». У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 3/2000   
    (№ 231/2000 Coll.; N 93/18 SbNU 287) Конституційний суд заявив, що ст. 79 ч. 3 Конституції слід тлумачити вузько, що означає, що дозвіл на прийняття підзаконних правових норм має бути конкретним, однозначним і чітким.
15. Конституційний Суд вже неодноразово розглядав питання щодо повноважень виконавчої влади стосовно реалізації (або регулювання та пов'язаних з цим можливих обмежень) основних прав, що містяться в Розділі IV Хартії. У вищезгаданому рішенні у справі № Pl. ÚS 45/2000 він розглядав основне право на ведення бізнесу (ст. 26, ч. 1 Хартії), яке «не застосовується безпосередньо і може бути здійснено лише у визначених законом межах; однак будь-які обмеження для такого ведення бізнесу чи діяльності мають визначатись на законодавчому рівні». Наказ уряду, який був предметом розгляду у тій справі, містив низку положень, які втручались у сферу свободи ведення бізнесу. Хоча Конституційний Суд дотримувався принципу більш вільного взаємозв'язку між законом і наказом, оскільки вважав головним елементом конституційності наказу його відповідність змісту та призначенню закону в цілому, він був змушений заявити, що ані граматична, ані систематична, ані логічна інтерпретація, навіть із найширшим можливим підходом, не вказували на те, що з відповідного законодавчого положення можна було б вивести положення про регулювання виробництва, пов'язаного із сільським господарством, або обмежити наявність вироблених товарів на конкретному ринку. Якщо законодавча влада не може делегувати виконавчій владі сферу відносин, яка має регулюватись законом, і, таким чином, в основному відмовитися від свого законодавчого обов'язку, то тим більше виконавча влада не може взяти на себе право на таке регулювання на підставі закону, який, очевидно, має інше призначення та значення. Оскаржуваний наказ порушував законодавче застереження та обмежував свободу ведення бізнесу таким чином, який закон не передбачав і не регулював загалом. Оскільки Конституційний Суд скасував підзаконні нормативні акти на тій підставі, що обмеження, створені законодавчим органом для законодавчої діяльності виконавчої влади, є невизначеними, він повинен зробити це тим більше в тій сфері, де закон не передбачає законодавчої ініціативи уряду взагалі. У своєму рішенні у справі   
    № Pl. ÚS 5/01 (№ 410/2001 Coll.; N 149/24 SbNU 79) Конституційний Суд заявив, що не відповідає дійсності те, що будь-яке обмеження основного права, закріплене у ст. 26   
    ч. 1 Хартії може бути реалізовано лише відповідно до закону (а не наказу уряду). Він визначив, що Наказ уряду № 445/2000 Coll. про встановлення квот виробництва молока на 2001-2005 роки (за винятком одного положення) є конституційним, оскільки він містить конкретні деталі щодо питання, основні риси якого вже були врегульовані у законодавстві. «Протилежний висновок, який вимагав би встановлення всіх зобов’язань безпосередньо і виключно на законодавчому рівні, очевидно призвів би до абсурдних результатів, заперечуючи мету створення вторинних (а в деяких випадках навіть первинних) норм, оскільки частиною концепції кожної юридичної норми є визначення певних прав та обов’язків тих, на кого вони спрямовані». Якщо уряд дотримувався відповідних принципів видачі оскаржуваного наказу – на підставі чіткого законодавчого дозволу – і зміст наказу викладає лише деталі, спрямовані на конкретизацію цитованого законодавчого положення, тобто він стосується лише питання, загальні риси якого регулює сам закон, наказ не може бути визнаний неконституційним; у цьому випадку межі основних прав і свобод встановлювалися безпосередньо законом (ст. 4 ч. 2 Хартії), а отже, зобов'язання, що випливають із наказу, визначаються «на основі та в межах закону» ( ст. 4 ч. 1 Хартії). У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 23/02 Конституційний Суд скасував положення Закону про інституційний догляд або протекційний догляд в шкільних закладах та питання превентивного виховного догляду в шкільних закладах і внесення поправок до інших законів № 109/2002 Coll. Положення Закону, які пропонувалось скасувати, вводили до чеського правового порядку термін «договірна сім'я», який, однак, не був детально визначений, а його положення у цьому відношенні були незрозумілими. Права та обов'язки осіб та органів, які беруть участь у цьому інституті, та їхні повноваження мали визначатись наказом міністерства, щоб цей інститут міг функціонувати. Таким чином, оскаржувані положення суперечили ст. 79 с. 3 Конституції, оскільки це було недопустимим делегуванням нормотворчості органу виконавчої влади та дозволяло підзаконним правовим нормам регулювати межі основних прав і свобод. Оскаржувані положення Закону не суперечили цій статті Конституції, оскільки міністерство було уповноважене регулювати те, для чого сам Закон не встановлював жодних обмежень, які в ньому взагалі не регулювались. Отже, справа була не в імплементації Закону, а в його доповненні, оскільки нормативно-правовий акт, прийнятий на його виконання, мав був би точно визначити інститут договірних сімей. Це означає, що відповідна нормативна база для впровадження наказом міністерства була відсутня. Стислість та невизначеність Закону не створили необхідної правової бази для відповідного підзаконного регулювання. Зазначені положення оскаржуваного закону не дотримувались конституційних принципів підзаконного нормотворення. Визначення терміну «договірна сім'я» було незрозумілим. Настільки ж незрозумілими були умови, за яких дитина може бути влаштована в договірну сім'ю («в особливих обґрунтованих випадках, якщо цього вимагають інтереси дитини»). Ця неясність була настільки високою, що вона виключала можливість встановлення нормативного змісту цих положень із використанням стандартних процедур тлумачення.
16. Джерело регулювання альтернатив медичної допомоги лежить в § 13 Закону про державне медичне страхування. Частина 1 цього положення (який не пропонується скасувати) містить визначення медичної послуги, вартість якої відшкодовується за рахунок медичного страхування; медичні послуги, що надаються застрахованій особі з метою поліпшення або підтримання стану її здоров'я або зменшення її страждань, відшкодовуються, якщо а) вони відповідають стану здоров'я застрахованої особи та меті, яка має бути досягнута шляхом надання цих послуг, а також є достатньо безпечними для застрахованої особи, b) вони відповідають стану розвитку сучасної медицини; c) є докази їхньої ефективності з точки зору тієї мети, для якої вони надаються. Частина 2 (яка також не оскаржується) визначає сфери надання послуг (наприклад, профілактична допомога, діагностична допомога, надання медикаментів, перевезення застрахованих осіб тощо), вартість яких відшкодовується за рахунок державного страхування у визначеному обсязі та на визначених умовах. Різниця між альтернативними варіантами медичної допомоги визначена в оскаржуваних частинах 3 і 4 таким чином, що якщо медичні послуги, зазначені в частині 1, можуть надаватися більш ніж одним способом, то, якщо всі вони відповідають умовам, викладеним у частині 1 і мають однаковий лікувальний ефект, страховка відшкодовує альтернативу, яка, з урахуванням ефективності та економічності витрат коштів державного медичного страхування, визначається як «базова альтернатива». Інші альтернативи надання медичної допомоги, що відповідають тим самим умовам, за винятком ефективного та економічного витрачання коштів, будучи «дорожчими альтернативами», покриваються державним медичним страхуванням лише до розміру суми, визначеної для відшкодування вартості базової альтернативи такої медичної допомоги. Більш дорога альтернатива медичної допомоги має бути визначена як така під час запровадження правових норм; відповідно до § 17 ч. 4 Закону про державне медичне страхування Міністерство охорони здоров’я видає наказ із переліком медичних послуг із бальними значеннями та зазначенням альтернативних варіантів медичної допомоги. Медична допомога, яка може бути надана лише одним способом, не може бути визнана як більш дорога альтернатива.
17. Таким чином, виникає питання, чи, використовуючи це формулювання, законодавець дотримався положень ст. 31 Хартії. За словами Міністерства охорони здоров’я, яке представляло законопроєкт, перша частина § 13 Закону про державне медичне страхування гарантує, що обидві альтернативи відповідатимуть найвищому можливому стандарту охорони здоров’я з урахуванням стану здоров’я та потреб пацієнта. Тобто, навіть базова альтернатива, яка відповідає усім критеріям для відшкодування вартості, включаючи однаковий лікувальний ефект. Міністерство пояснює альтернативи таким чином, що першим кроком завжди буде ретельна оцінка стану здоров’я пацієнта та визначення оптимальної альтернативи медичної допомоги, що стане базовою альтернативою для конкретного випадку. Тільки тоді буде перевірено, чи існує фактично і формально більш дорога альтернатива з однаковим терапевтичним ефектом для конкретного лікування. Це буде той випадок, який не призведе до подальшого поліпшення стану пацієнта з медичної точки зору (має однаковий лікувальний ефект), а лише підвищує комфорт, або пацієнт суб’єктивно віддає йому перевагу. Таким чином, на думку Міністерства охорони здоров’я, елементи, спільні для обох альтернатив, та їхні межі, визначаються безпосередньо в Законі; наказ лише реалізує його положення у зручний для користувача спосіб.
18. Ми можемо лише погодитись з цим. Загальні принципи основних та дорожчих альтернатив дійсно містяться безпосередньо в Законі. Однак, з точки зору Конституційного Суду, важливо, чи є рамки Закону самі по собі, тобто без нормативно-правових актів, прийнятих на його виконання, достатньо зрозумілими для осіб, дії яких регулюються Законом, і чи можна їх застосовувати. Нормативно-правовий акт, прийнятий на виконання, має лише деталізувати. Оскаржувана система альтернатив медичній допомоги на даний час працює таким чином, що, крім вищезгаданих загальних принципів, які містяться в Законі про державне медичне страхування, наказ, яким визначається перелік медичних послуг із бальними значеннями, також містить перелік медичних послуг, визначених Міністерством охорони здоров’я, для яких застрахованим особам може бути запропонований вибір між базовою та більш дорогою альтернативами. Лише з цього наказу надавачам медичних послуг, страховим компаніям та застрахованим особам стає зрозуміло, що є основною альтернативою і які медичні послуги, медичні засоби, ресурси та медичні матеріали можуть або мають оплачуватись понад суму, що покривається за рахунок державного страхування. Це не є зрозумілим із самого Закону і не може бути виведено з нього навіть за допомогою найвільнішого тлумачення. Таким чином, Закон про державне медичне страхування зробив лише перший крок до визначення медичної допомоги стандартного та вище стандартного рівня (у редакції Закону про державне медичне страхування, основні та дорожчі альтернативи). Друга, хоч і суттєва частина, без якої ця інституція не могла б вижити, тобто конкретне визначення того, що, в межах наміру ст. 31 Закону, є безкоштовною медичною допомогою, регулюється лише в нормативно-правовими актами, виданими на його реалізацію. На думку Конституційного Суду, тут законодавець не дотримався вимог, визначених конституційним порядком, які неодноразово тлумачились у чинній судовій практиці.
19. Ст. 4 ч. 2 Хартії вказує, що «вимога законодавства щодо можливих обмежень основних прав випливає з демократичного принципу, а також формує принцип матеріальної правової держави. Причиною цього є перешкоджання виконавчій владі реалізовувати власні уявлення про те, як і наскільки можуть бути обмежені основні права. Надання такого дозволу демократично легітимізованому парламенту має на меті забезпечити обмеження основних прав лише за результатами демократичного парламентського дискурсу; більше того, обмеження основних прав також отримують подальший демократичний зворотний зв'язок» (див. Wagnerová, Eliška, Šimíček, Vojtěch, Langášek, Tomáš, Pospíšil, Ivo and collective of authors, Listina základních práv a svobod. Komentář. [Хартія основних прав і свобод. Коментар. Прага: Волтерс Клювер, 2012 р., стор. 128). Законодавець не може делегувати виконавчій владі визначення первинних зобов'язань; підзаконне регулювання повинно завжди враховувати мету та значення, визначені законом. Підзаконне регулювання саме по собі, без закріплення у законі, встановлювало визначальний елемент, до якого прив'язане зобов'язання. Отже, це регулювання, крім усього іншого, також суперечить вимозі ст. 4 ч. 1 Хартії. Що стосується розглянутого матеріалу, можна зробити висновок про те, що деякі основні визначальні елементи, до яких прив’язане зобов’язання щодо оплати медичного обслуговування (навіть після вибору більш дорогої альтернативи), як і зобов’язання медичних працівників щодо пропонування альтернативних варіантів або документації згоди пацієнта, визначаються (або повинні визначатись) переважно лише в підзаконних нормативних актах.
20. Як вже говорилось, підзаконне нормотворення є неконституційним, якщо межі основних прав і свобод не можуть визначатись інакше, ніж безпосередньо законом. Саме така ситуація спостерігається у цій справі щодо обмежень права на безоплатну медичну допомогу. Основні особливості цього питання регулюються Законом про державне медичне страхування, але лише частково. Отже, база для підзаконних нормативно-правові актів є занадто короткою та невизначеною. Крім того, ми не можемо не звернути увагу на прогалину в законодавчому визначенні, на яку вказується у пункті 42 мотивувальної частини.
21. Враховуючи зазначені причини, не залишається іншого вибору, як скасувати оскаржувані положення, § 13 ч. 3, 4 та частину § 17 ч. 4 Закону про державне медичне страхування, через їхню невідповідність ст. 4 ч. 2 та ст. 31 Хартії. Оскільки відповідні положення, § 11 ч. 1 п. f), § 12 п. n) та § 13 ч. 5 - 7 втрачають сенс, таким чином, рішенням було скасовано також ці положення.
22. Збільшення розміру доплати за стаціонарну допомогу
23. Заявники оскаржують положення, яке встановлює зобов'язання щодо сплати збору [§ 16а, ч. 1 п. f) Закону про державне медичне страхування], тобто не збору як такого, а його збільшення до нинішніх 100 крон за день госпіталізації.
24. Конституційний Суд вже розглядав клопотання про скасування збору за стаціонарне лікування у судовому рішенні у справі №. Pl. ÚS 1/08 (№ 251/2008 Coll.;   
    N 91/49 SbNU 273), в рамках оцінки конституційності системи доплат у системі охорони здоров’я в цілому. Він залишив без задоволення клопотання про скасування збору – на той час 60 крон на день госпіталізації. Що стосується всіх зборів, Суд знайшов підстави для збереження максимального ступеня стриманості при здійсненні своїх повноважень щодо прийняття негативних рішень, у положенні про те, що подання найбільш прийнятних способів реалізації соціальних прав відповідно до Глави четвертої Хартії є завданням для політичних партій, виходячи з мандату, отриманого ними від виборців. У той же час, у якості допоміжного кроку він застосував тест на обґрунтованість, зробивши висновок, що оскаржуване законодавство відповідає всім його етапам. Що стосується оскаржуваного зараз збору за госпіталізацію, Конституційний суд взяв до уваги, що самі заявники визнали, що мова йде про оплату «готельних послуг», тобто встановлення плати за проживання та харчування в лікарні, яка не повинна перевищувати межі конституційності. Таким чином, справа про плату за госпіталізацію, очевидно, не може стосуватись питання надання безоплатної медичної допомоги або медичних засобів згідно зі ст. 31 Хартії, а є питанням одночасного надання інших супутніх послуг. У протилежному випадку – взятому ad absurdum – ст. 31 Хартії також встановлює право на безкоштовне проживання або надання послуг за межами сфери медичних закладів, незалежно від того, чи надавались вони у зв'язку з медичним обслуговуванням чи ні. Конституційний Суд дійшов висновку, що, оскільки звернення не оскаржувалось з причин невідповідності законодавчого процесу, він вважатиме відповідну частину звернення (вимагаючи скасування § 16, ч. 1, п. f) Закону про державне медичне страхування) явно необґрунтованою.
25. У цьому питанні Пленум посилається на суть вищезазначених висновків. Звичайно, зміна обставин, зокрема, зміна законодавчої бази, яка відбулася після прийняття рішення у справі № Pl. ÚS 1/08 та збільшила розмір збору з початкових 60 крон до теперішніх 100 крон за день госпіталізації, призводить Конституційний Суд до висновку, що питання конституційності цього положення повинно бути відкрито повторно. Збільшення розміру збору на 2/3 настільки помітне, що насправді це фактично інше положення. У будь-якому випадку, саме у рішенні у справі №. Pl. ÚS 1/08 Конституційний Суд зазначив, що він «... не підходить до оцінки питань, які стосуються соціальних прав, статично, але з винятковим акцентом на ситуацію, що склалася на момент прийняття рішення». У той же час він зазначив, що у тому, що стосується соціальних прав, у межах наміру рішення у справі №. Pl. ÚS 11/02   
    (№ 198/2003 Coll.; N 87/30 SbNU 309) причиною, з якої «Конституційний Суд може змінити власну судову практику, є зміна соціальної та економічної ситуації в країні, або зміна її структури, або зміна культурних очікувань суспільства. Іншою можливістю є зміна або зсув правового середовища, спричинені підзаконними правовими нормами, які в сукупності впливають на підхід до конституційних принципів, звичайно, не перевищуючи їх, і, перш за все, не обмежуючи принцип демократичної державності   
    (ст. 1 ч. 1 Конституції). Ще однією обставиною, яка дозволяє змінити практику Конституційного Суду, є зміна або доповнення тих правових норм та принципів, які визначають для Конституційного Суду його обов'язкову систему відліку, тобто передбачені конституційним порядком, визначеним у Конституції Чеської Республіки, припускаючи, звичайно, що це не така зміна, яка суперечила б межам, встановленим   
    ст. 9 ч. 2 Конституції, тобто вони не є змінами до основних ознак демократичної правової держави».
26. Отже, Конституційний Суд знову піддав це положення в його нинішній формі випробуванню на раціональність – методу, який він зазвичай використовує в аналогічних ситуаціях [наприклад, крім рішення у справі № Pl. ÚS 1/08 та цитованого рішення у справі № Pl. ÚS 83/06 (№ 116/2008; N 55/48 SbNU 629), а також рішення у справі № Pl. ÚS 54/10 (№ 186/2012 Coll.)]. Результати тесту відображають, з одного боку, необхідність поважати порівняно широкий розсуд законодавчої влади, але й водночас, з іншого боку, необхідність запобігати можливим надмірностям. Тест складається з чотирьох кроків: 1) визначення значення та сутності соціального права, тобто певного суттєвого змісту, 2) оцінку того, чи впливає закон на саме існування соціального права чи на фактичну реалізацію його суттєвого змісту, 3) оцінку того, чи переслідує законодавство законну мету, тобто чи не є воно довільним фундаментальним зниженням загального стандарту основних прав, 4) зваження питання про те, чи є раціональні засоби, використані для її досягнення, навіть якщо вони не обов'язково найкращі, найбільш підходящими, найефективнішими або наймудрішими. Що стосується перших трьох кроків тесту, ми можемо послатись на висновки, викладені у мотивувальній частині рішення у справі № Pl. ÚS 1/08; ми лише додаємо до третього етапу тесту для забезпечення точності та конкретності, що переслідувана мета, тобто вивести за межі відшкодування з коштів державного медичного страхування ті послуги, які не мають нічого спільного з фактичним наданням медичної допомоги, є законною. Однак, Конституційний Суд дійшов різних висновків щодо обґрунтованості оскаржуваного законодавства з наведених нижче причин.
27. Як зазначалось, збір за стаціонарне обслуговування в основному є оплатою «готельних послуг». Це також підтверджується аргументами Міністерства охорони здоров’я щодо конкретного розміру збору, який визначається як витрати на їжу, напої, енергію, воду тощо на одну людину. Таким чином, це розглядається як еквівалент витрат, який пацієнт обов’язково мав би все одно оплачувати (навіть за межами медичного закладу). Звідси випливає перше критичне конституційно-правове міркування Конституційного Суду. Встановлене зобов'язання жодним чином не диференціює випадки, коли госпіталізація є лише поточною складовою лікування, пов'язаною лише з медичними послугами, і в крайньому випадку може бути замінена перебуванням за межами медичного закладу, навіть якщо це не є практичним та оптимальним рішенням для пацієнта, і коли госпіталізація є необхідним компонентом самої медичної послуги. Навряд чи можна погодитись з тим, що під час госпіталізації у відділенні інтенсивної терапії пацієнтові надаються «готельні послуги». У цих випадках обов'язок сплатити збір суперечить тексту ст. 31 Хартії. Госпіталізація, яка є медичною допомогою у вузькому розумінні і охоплюється державним медичним страхуванням, повинна надаватися безкоштовно, оскільки для пацієнта немає іншої альтернативи.
28. Іншим фактором, що спричиняє невідповідність конституції, є відсутність лімітів на таку оплату; у зв'язку з цим Конституційний суд має повністю погодитись із заявниками. Закон про державне медичне страхування накладає загальні зобов'язання; їх повинні сплачувати особи, які не мають доходу, включаючи соціально вразливі групи, дітей, осіб з інвалідністю за станом здоров'я тощо. Так само, обов'язок щодо сплати збору не обмежений у часі; пацієнт повинен сплатити його повністю, незалежно від тривалості госпіталізації. Поєднання цих факторів може спричинити фінансово нестерпну ситуацію не лише для вищезазначених категорій пацієнтів. У будь-якому випадку, це заперечує суть солідарності в отриманні медичної допомоги. Звільнення від зборів для тих застрахованих осіб, які подають рішення, заяву або підтвердження, видане органом, що надає допомогу малозабезпеченим, щодо розподілених виплат, не є таким заходом, що ефективно пом'якшує наслідки цього обов'язку. Це вимагає зусиль з оформлення офіційних документів, чого навряд чи можна очікувати або вимагати саме від тих осіб, для який цей збір є найбільш соціально обтяжливим.
29. Законодавча база у тому вигляді, що критикується вище, також відхиляється в контексті плати за госпіталізацію, що сплачується в сусідніх країнах, як це викладено в описовій частині. У Німеччині стягується доплата за госпіталізацію (Zuzahlung) у розмірі 10 євро за календарний день, але вона стягується максимум за 28 днів госпіталізації протягом календарного року [§ 61 п'ятого тому Соціального кодексу (Sozialgesetzbuch V - Gesetzliche Krankenversicherung)]. Для повноти доречно зауважити, оскільки кілька заяв, поданих з цього питання, згадували про те, що цей збір, а точніше додатковий платіж, не був скасований. Законодавчий орган Німеччини станом на 31 грудня 2012 року скасував оплату за відвідування лікаря загальної практики, стоматолога, амбулаторного спеціаліста або психолога (Praxisgebühr), яка була встановлена в розмірі 10 євро за календарний квартал і була доходом медичної страхової компанії. У 2009 році Федеральний соціальний суд (Bundessozialgericht, BSG) дійшов висновку, що така доплата не порушує конституційно гарантовані права пацієнтів (див. Рішення від 25 червня 2009 року, у справі B 3 KR 3/08 R). У Словаччині згідно з § 1 ч. 1 п. а) Наказу уряду №. 722/2004 Coll. про розмір оплати застрахованою особою послуг, пов’язаних із наданням медичної допомоги, виданого на виконання Закону № 577/2004 Coll. «Про обсяги медичної допомоги, що відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, та про охоплення послуг, пов’язаних із наданням медичної допомоги», плата за стаціонарну допомогу не стягується . Так само за лікарняну допомогу в Австрії застрахована особа сплачує доплату у розмірі приблизно 10 євро за кожен день госпіталізації (плата за госпіталізацію) – сума варіюється в окремих землях, але вона виплачується максимум за 28 календарних днів на рік. Потім ці кошти, як правило, служать для компенсації шкоди пацієнтам у порядку позасудового врегулювання за недоліки у наданні допомоги. Навіть якщо пацієнт не звільняється від сплати збору, він може попросити лікарню про надзвичайне скасування виплати на підставі тимчасових складних життєвих обставин. Що стосується членів сім'ї застрахованої особи, які не мають права на відшкодування, протягом перших чотирьох тижнів передбачається доплата у розмірі 10% від денної ставки. Починаючи з п’ятого тижня, стаціонарне лікування є безкоштовним для застрахованої особи та незастрахованих членів сім'ї. У деяких випадках медична страхова компанія може оплатити частину або повну суму витрат на проїзд, понесених для отримання доступу до медичної допомоги (MISSOC: Ваші права на соціальне забезпечення в Австрії. Брюссель, 2011 р., стор. 11).
30. Як вже зазначалось, неконституційність збільшення розміру зборів виявляється саме в недостатній його диференціації та загальному застосуванні, в поєднанні з відсутністю будь-яких обмежень. З огляду на це, § 16a ч. 1 п. f) Закону про державне медичне страхування, суперечить ст. 31 Хартії, а також ст. 3 ч. 1 Хартії, які гарантують основні права кожному, незалежно від майнового стану. Отже, Конституційний Суд прийняв рішення про скасування. У той же час перехідний законодавчий період був встановлений до кінця 2013 року, оскільки доплата за стаціонарну допомогу в даний час є значним доходом для постачальників медичних послуг, і його негайне зникнення безпідставно спричинить фінансове навантаження на них з економічної точки зору. Таким чином, законодавцеві надається час для визначення параметрів оплати в межах наміру цього рішення.
31. Принагідно Конституційний Суд представляє законодавчому органу можливість розглянути питання про те, щоб уточнити застосовану дійсно заплутану термінологію. Розглянутий платіж називається «збором», хоча в юридичній термінології «збір» означає платіжне зобов'язання фізичної або юридичної особи у зв'язку з діяльністю органу державної влади (державного органу або органу самоврядування), що стягується в процесі здійснення державної влади в її інтересах. Це платіж, метою якого є функціонування у якості мотивації щодо суб'єкта, який прагне певного вчинку з боку державних органів (тобто, переслідуючи в якості мети забезпечення серйозності дії, уникнення зловживання публічною владою, наприклад, звернення до суду, за допомогою судового збору); плата також виконує роль часткового економічного еквівалента для діяльності органів державної влади. Стаття 11 Хартії передбачає, що податки та збори можуть встановлюватися лише на підставі закону, і слід підкреслити, що визначальною особливістю податків і зборів є те, що вони надходять до державного бюджету. Очевидно, що у цій ситуації це не такий вид платежу. За своєю природою, це є плата за «готельні послуги», яка є доходом надавачів медичних послуг, яка не надходить до державного бюджету. Жодна влада, яка здійснюється державою у ході виконання нею своїх функцій або забезпечення коштів або у зв’язку зі стягненням доплат, не була передана надавачам послуг. Вони є суб’єктами приватного права. Таким чином, у зв'язку з цим було б доцільнішим не використовувати термін «збір».
32. Надання повноважень медичним страховим компаніям штрафувати надавачів медичних послуг
33. Предметом розгляду є перелік дій, що містяться в Законі про державне медичне страхування, за які медичні страхові компанії можуть накладати штрафи на надавачів послуг. Конституційний Суд периферійно розглянув питання про фінансові штрафи у рішенні у справі №. Pl. ÚS 1/08, в якому зазначив: «законодавець на власний розсуд може обирати, якому суб'єкту надати повноваження накладати публічно-правове покарання, якщо таке покарання накладається за результатами належного адміністративного провадження, а стягнення покарання може оскаржуватись в суді, під юрисдикцію якого підпадає оскаржуване правове регулювання». У такий спосіб він розглядав фінансові штрафи за несплату плати з боку медичного закладу (за новою термінологією – «надавач медичних послуг»). Закон діяв на той час і тоді фактично передбачав штраф у розмірі 50 000 чеських крон. Зараз оскаржується § 16а ч. 9 Закону про державне медичне страхування, який у теперішній редакції дозволяє накласти за таке ж порушення штраф у розмірі до 1 000 000 чеських крон, а разом з ним також частини 10 і 11 стосовно пропозиції скасувати положення, що збільшують доплату за перебування в лікарні. Крім того, це звернення спрямоване проти фінансових стягнень, врегульованих іншими положеннями Закону, зокрема § 13 ч. 8, § 32 ч. 5 та § 44 ч. 5.
34. Однак, до цього часу – навіть у рішенні у справі № Pl. ÚS 1/08, в якому це навіть не згадувалось – Конституційний Суд не розглядав питання про те, чи цей дозвіл щодо накладення санкцій не виключає рівних відносин між надавачами медичних послуг та медичними страховими компаніями, що є насамперед приватно-правовими відносинами. Інтенсивність деформування відносин, що виникає внаслідок унікального статусу медичних страхових компаній, спричинена тим, що вони управляють державними, а не приватними коштами, має це враховувати. Конституційний Суд не має сумнівів в тому, що для конкретного суб'єкта загальноприйнятним буде діяти у приватно-правових відносинах і одночасно наділятися суверенною владою, але у відносинах між надавачем медичної допомоги (послуг) та медичною страховою компанією необхідно враховувати конкретні реалії чеського середовища. Обов’язковою умовою виживання для надавача медичних послуг є укладення договору про надання послуг та відшкодування їхньої вартості медичною страховою компанією, особливо з домінуючою Všeobecná zdravotní pojišťovna. Незважаючи на цю об'єктивну екзистенційну залежність від бажання медичної страхової компанії співпрацювати, не існує офіційних, перевірюваних та особливо прозорих правил для укладення цих договорі, в тому сенсі, що надавач має право укласти договір, якщо він відповідає певним вимогам. Таке фактично нерівне становище ще більше посилюється широкими повноваженнями страхових компаній щодо накладення штрафних санкцій.
35. Конституційний Суд вже розглядав питання рівності прав у низці своїх рішень. У них він висловлювався насамперед про те, що конституційний принцип рівності, передбачений у ст. 1 Хартії, не означає абсолютної рівності. У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 6/96 (опубліковане під № 295/1996 Coll., N 113/6 SbNU 313), за яким слідувала подальша судова практика, Суд висловив це конкретно таким чином: «Конституційний принцип рівності, закріплений серед інших прав у ст. l Хартії, не можна розуміти абсолютно, а рівність приймається як абстрактна категорія. Конституційний Суд Чехословацької Федеративної Республіки висловив своє розуміння рівності, закріпленої в цій статті, як відносної рівності, як це передбачається в усіх демократичних конституціях, що вимагає лише усунення невиправданих розбіжностей (рішення Конституційного суду ЧСФР, опубліковане (№ 11 у Збірнику рішень Конституційного Суду ЧСФР). Таким чином, принцип рівних прав також слід розуміти так, що правова диференціація між юридичними суб’єктами у доступі до певних прав не може бути виразом свавілля; однак це не означає, що кожному має бути надано будь-яке право».
36. Конституційний Суд загалом тлумачить принцип рівності з двох точок зору [див., наприклад, рішення у справі № Pl. ÚS 16/93 від 24 травня 1994 року (N 25/1 SbNU 189; 131/1994 Coll.), у справі № Pl. ÚS 36/93 від 17 травня 1994 року (N 24/1 SbNU 175; 132/1994 Coll.), у справі № Pl. ÚS 5/95 від 8 листопада 1995 року (N 74/4 SbNU 205; 6/1996 Coll.), у справі № Pl. ÚS 9/95 від 28 лютого 1996 року (N 16/5 SbNU 107; 107/1996 Coll.), у справі № Pl. ÚS 33/96 від 4 червня 1997 року (N 67/8 SbNU 163; 185/1997 Coll.), у справі № Pl. ÚS 9/99 від 6 жовтня 1999 року (N 135/16 SbNU 9; 289/1999 Coll.) тощо]. Перший походить від вимоги не допускати свавілля в діях законодавчої влади під час диференціації груп суб’єктів та їхніх прав; друге походить від вимоги, щоб підстави для диференціації були конституційно прийнятними, тобто неприпустимості втручання законодавця в одне з основних прав і свобод шляхом диференціації суб'єктів та прав. Постулат рівності не породжує загальної вимоги, згідно з якою всі повинні бути рівними з усіма іншими, але він породжує вимогу, згідно з якою закон не дає переваг чи недоліків одній групі перед іншою з обґрунтуванням. Таким чином, Конституційний Суд також приймає передбачену законом нерівність, якщо для цього є конституційно прийнятні причини.
37. Однак, у цьому випадку це не так. Домінуюче становище страхових компаній, особливо Všeobecná zdravotní pojišťovna, в поєднанні з дозволом накладати санкції та норми на надавачів медичних послуг, зокрема обмеження послуг, фінансові штрафи за призначення ліків та необхідного лікування, якщо це перевищує встановлені ліміти, нічим не збалансовано на стороні надавачів медичних послуг, наприклад, зобов’язанням укладати договори зі страховими компаніями у випадках, коли об’єктивно виконуються умови, встановлені загальнообов’язковими правовими нормами. Таким чином, надання страховим компаніям повноважень накладати штрафні санкції, виходячи з оскаржуваних положень § 16а ч. 10 та 11, а також § 32 ч. 5 та § 44 ч. 5 та ч. 6, у словах «накладених відповідно до частин 1-5» Закону про державне медичне страхування, виходить за межі конституційно прийнятної нерівності, як Конституційний Суд визначав у вищезазначених рішеннях. Ця нерівність помножується на великий діапазон більшості покарань, що не є неконституційним самі по собі, як буде зазначено нижче, але посилюється у поєднанні з вищезазначеними обставинами. Таким чином, зазначені окремі законодавчі положення суперечать ст. 1 Хартії, що гарантує рівні права.
38. Що стосується § 13 ч. 8 Закону про державне медичне страхування, він пов'язаний із зобов'язаннями надавачів медичних послуг, що виникли внаслідок новоствореного розподілу медичної допомоги на альтернативні варіанти з відповідним страховим покриттям. Зокрема, це дозволяє накладати штрафи за порушення зобов’язання надавача послуг фіксувати в медичній карті пацієнта як пропозицію базової альтернативи медичної допомоги, так і інструкції щодо можливості отримання більш дорогої альтернативи і згоду пацієнта, а також за порушення заборони надавати пріоритет пацієнту, який вибирає більш дорогу альтернативу. З огляду на скасування положень, які дозволяють надавати альтернативні варіанти допомоги, крім тієї, що відшкодовується, логічно випливає, що існує ще одна причина скасування цього положення, а саме те, що санкції, які забезпечують його виконання в скасованому положенні, скасовуються. Тому Конституційний Суд скасовує зазначене положення з дня оприлюднення цього рішення у Збірнику законів. Він скасовує інші положення наприкінці 2013 року, що є достатнім періодом для законодавчого органу, щоб внести зміни до оскаржуваних положень у дусі цього рішення. Законодавчий орган також повинен розглянути, чи відображати поправки в дусі цього рішення стосовно штрафних санкцій за несплату зборів за інші медичні послуги, яких не стосувалось звернення.
39. Конституційний Суд не погодився із заявниками, що широкий розсуд медичної страхової компанії є неприйнятним як стосовно встановлення рівня покарання, так і стосовно можливості повторного накладення штрафу, а також у тому, що верхня межа покарань є неадекватною. Конституційний Суд нещодавно – у рішенні у справі № Pl. ÚS 1/12 від 27 листопада 2012 року (№ 437/2012 Coll.) – розглядав питання конституційності частини Закону про медичні послуги та умови їхнього надання   
    № 372/2011 Coll. («Закон про медичні послуги»), визначивши елементи проступків та інших адміністративних правопорушень, а також рівня покарання за них. Суд відхилив цю частину клопотання від групи сенаторів [зокрема стосовно § 114 ч. 1 п. g) та § 117 ч. 1 п. e), f), g), n) та r) та ч. 3 п. d), e), f), g), h), i) та m) Закону про медичні послуги], згідно з яким верхні межі покарань є непропорційно високими з огляду на їхню серйозність, оскільки він не знайшов виду покарань, що не відповідає ст. 11 ч. 1 у зв'язку зі ст. 4 ч. 1 та 4 Хартії. У той же час він заявив, що можливість розгляду у провадженні щодо конституційних скарг конкретного застосування відповідних положень залишається незмінною. Суд наводив обґрунтування свого висновку в пунктах 329-337 цього рішення, і зараз посилається на це обґрунтування.
40. Принагідно Конституційний Суд зазначає, що сфера повноважень накладати покарання не може бути збалансована навіть законною метою, яка переслідується шляхом їх накладення, тобто економним розпорядженням коштами державного страхування. Цей захід виглядає непропорційним у ситуації, коли цими державними коштами управляють, крім Všeobecná zdravotní pojišťovna, інші медичні страхові компанії, які є виключно суб'єктами приватного права. Законодавчий орган також повинен розглянути метод управління коштами державної системи охорони здоров'я, який буде більш економним, в тому числі з точки зору адміністративної організації. Що стосується горизонтальних відносин між медичними страховими компаніями та надавачами медичних послуг, то для запобігання їхньому постійному викривленню, спричиненому, серед іншого, наданням повноважень накладати штрафи медичним страховим компаніям, за нинішніх умов суб'єкт, який дав ці повноваження має бути або самим Міністерством охорони здоров'я, або, як варіант, у випадку державних та регіональних надавачів медичних послуг, їх засновниками, а у випадку приватних постачальників медичних послуг – компетентними суб'єктами, наприклад, професійними асоціаціями лікарів.
41. Що стосується скасованих частин § 12 та 44 Закону про державне медичне страхування, ми повинні додати, що під час розгляду звернення ці положення були змінені Законом про внесення змін до законів, пов’язаних зі створенням єдиного пункту збору, та інших поправок до податкових та страхових законів №. 458/2011 Coll. (поправка стосується лише структури цього положення, тому даний § 12 стає частиною 1, додаються пункти 2 та 3, а в § 44 частина 5 стає частиною 2, а частина 6 стає частиною 3). Поправка набуває чинності з 1 січня 2015 року; тому вирок цього рішення відповідає як законодавчій базі, яка є чинною та дійсною на момент прийняття рішення, так і поправці, яка набуде чинності в майбутньому. Додамо, що у випадку § 12 заявники не врахували зміни, внесені Законом № 458/2011 Coll., навіть у переглянутій альтернативі запропонованого рішення у зверненні, але Конституційний Суд, виходячи зі змісту звернення, це зробив. Закон про Конституційний Суд не пов'язує оцінку того, чи є правове регулювання конституційним з тим, чи набуло воно чинності, а з тим, чи є воно дійсним, внаслідок чого клопотання про скасування правових норм повинні вважатися прийнятними, навіть коли вони не набули чинності, з урахуванням двох зазначених можливостей (див. Filip, J., Holländer, P., Šimíček, V. Zákon o Ústavním soudu. Komentář. 2., přepracované a rozšířené vydání. [Закон про Конституційний Суд. Коментар. Видання друге, переглянуте і розширене] Прага: C. Х. Бек. 2007 р., стор. 387).

VII.

1. З урахуванням вищевикладених аргументів, Конституційний Суд відповідно до § 70   
   ч. 1 Закону про Конституційний Суд скасував § 11 ч. 1 п. f), § 12 п. n), § 13 ч. 3-8, § 16a ч. 1 п. f) та ч. 9-11 (де йдеться про плату за стаціонарне лікування, передбачену у §16a ч. 1 п. f) Закону про державне медичне страхування), у § 17 ч. 4 слів «та визначення альтернативної медичної допомоги відповідно до § 13», § 32 ч. 5 та §44 ч. 5 та у ч. 6 слів «накладених відповідно до частин 1-5» Закону про державне медичне страхування та § 12 ч. 1 п. n) та § 44 ч. 2 та у ч. 3 слова «накладені відповідно до частин 1 та 2» Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами, внесеними Законом № 458/2011 Coll. З вищезазначених причин набуття чинності вироком про скасування № III та частиною вироку № IV рішення відкладається до 31 грудня 2013 року.
2. Водночас, згідно з § 70 ч. 3 Закону про Конституційний Суд, відповідні частини додатка до наказу Міністерства охорони здоров'я № 134/1998 Coll., що визначає перелік найменувань медичних послуг із бальними значеннями, зі змінами і доповненнями також були скасовані у частині, в якій визначаються послуги як більш дорогі альтернативи. Якщо точніше, Конституційний Суд тлумачить вирок II таким чином, що в наказі крім символу «Е» він також скасовує відповідний опис дорожчої альтернативи.

Припис: Рішення Конституційного Суду не можуть бути оскаржені.

# Окрема думка судді Владимира Кюрки

I. Стосовно: «альтернативи медичних послуг»

На підставі ст. 31 Хартії основоположних прав і свобод («Хартія»), громадяни мають право за рахунок державного страхування безкоштовно отримувати медичну допомогу та медичні засоби на умовах, передбачених законодавством Це, звичайно, не означає, що вся медична допомога повинна надаватися безкоштовно; без оплати надається лише те, що відшкодовується за рахунок загального медичного страхування, «на умовах, передбачених законом». Це вже пояснювалось у рішенні у справі № Pl. ÚS 1/08, а також в інших цитованих рішеннях, і більшість Пленуму не ставить під сумнів цей висновок.

Регулярно точаться дебати щодо того, чи відповідає ключове положення, § 13 Закону про державне медичне страхування, умові закону, що визначає, яка медична допомога надається безоплатно.

Медичні послуги, вартість яких відшкодовується за рахунок медичного страхування, визначені § 13 у частині 1; вони надаються застрахованій особі з метою поліпшення або збереження стану її здоров'я або пом'якшення її страждань, якщо це відповідає стану здоров'я застрахованої особи та меті, якої потрібно досягти, і є достатньо безпечними для застрахованої особи, а також якщо вони враховують досягнення сучасної медицини, а також мають доведену ефективність з огляду на мету їх надання (і, аналогічно, для визначених сфер послуг та обсягу охоплення відповідно до § 13, ч. 2 Закону). Це підводить нас до тривіального висновку про те, що вимога щодо законодавчого визначення умов надання безоплатної допомоги відповідно до ст. 31 Статуту дотримується – це робиться за законом. Кожен має право на (таким чином) визначену медичну допомогу, і вона повинна надаватися безкоштовно.

Якщо медична послуга може бути надана лише в єдиний спосіб, подальших роздумів не потрібно.

Однак, навіть якщо допомога може бути надана більш ніж одним способом з однаковим лікувальним ефектом (див. § 13 ч. 3), це нічого не змінює щодо того, що медична послуга є доступною застрахованій особі, яка повинна надаватися як «право» і безоплатно (відповідно до §13 ч. 1 та 2), а отже і тут це передбачено законом, як того вимагає ст. 31 Хартії. Логічно, що для такої визначеної законодавством безкоштовної допомоги зовсім не важливо, що послуга надається в «базовій» альтернативі («відповідно до ефективних та економічних витрат коштів державного медичного страхування»), а також що можуть існувати інші методи для надання медичної допомоги, і їхнє призначення буде лише «підзаконним» (§ 13 ч. 4). Навпаки, для надання цієї «більш дорогої альтернативи» важливим є не лише той факт, що він враховується тільки для лікування, чітко визначеного в нормативно-правових актах, прийнятих на виконання закону (§ 17), але перш за все, навіть у цьому випадку виключається більш дорога альтернатива надання медичної допомоги, яка – у конкретному випадку з конкретною застрахованою особою (див. формулювання «якщо ... це відповідає стану здоров’я застрахованої особи» у § 13 ч. 1 Закону) – є єдиною альтернативою, що може бути надана (§ 13 ч. 4).

Умова, викладена у ст. 31 Хартії, про те, що закон має визначати, яка медична допомога надається безкоштовно, таким чином виконується, незважаючи на посилання в §13 ч. 4 Закону на підзаконне регулювання, що для більшості Пленуму стало ключовим елементом для прийняття протилежного висновку. Підзаконне регулювання регулює лише те, що (повністю) не відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, що, очевидно, не суперечить ст. 31 Хартії.

Принцип, викладений у § 13 ч. 4 Закону, відповідно до якого «медична допомога, яка може надаватися лише одним способом, не може бути визнана більш дорогою альтернативою», логічно запобігає занепокоєнням, зазначеним більшістю Пленуму про те, що створення підзаконних норм може поступово «спорожніти» зміст безоплатної допомоги, визначений Законом (§ 13, ч. 1, 2 Закону).

Поза рамками цього рішення зазначається, що більшість Пленуму не пояснила, чому на вимозі про «закон», передбаченій у ст. 31 Хартії – по відношенню до § 13 ч. 4 Закону – обов'язково має бути зроблений такий самий категоричний наголос, як у випадку зі   
ст. 11 ч. 5 Хартії (введення податків і зборів), якщо стосовно інших законодавчих меж, встановлених Хартією, згідно зі ст. 4 ч. 1 (накладення зобов'язань) або ст. 4 ч. 2 (регулювання меж основоположних прав і свобод), Конституційний Суд вже визнав певні можливості для розробки підзаконних норм (див., наприклад, рішення у справі   
№ Pl. ÚS 5/01).

II.

Стосовно: «збільшення розміру доплати»

Конституційний Суд навів результати аналізу конституційного законодавства щодо доплат (включаючи оскаржуваний тут збір) у своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 1/08, і дійшов висновку, що вони не перевищують конституційних меж (включаючи ст. 31 Хартії). У своїй оцінці (в тесті на раціональність) він не міг пропустити існуючі раніше аспекти, а саме у вигляді «недостатньої диференціації та загального застосування у поєднанні [з відсутністю будь-яких обмежень» (пункт 60), яку більшість вважає вирішальною причиною часткового скасування (звільнення від збору для малозабезпечених осіб не повинно мати суттєвого значення для «діяльності», передбаченої Законом, оскільки цього «навряд чи можна очікувати або вимагати» – пункт 58).

Більшість Пленуму – щоб обґрунтувати існування умов для відхилення від своїх попередніх висновків – вирішила, що оскільки плата раніше становила 60 крон, а зараз вона становить 100 крон, це стосується іншої справи, в якій ці аргументи «стосовно раціональності» застосовувати не можна.

Таке припущення в його абсолютній формі не може вважатись прийнятним.

З процедурної точки зору, різною є лише частина плати, 40 чеських крон, яка перевищує початкові 60 крон; однак, оскільки вона походить з тієї самої фактичної основи («плата за готельні послуги»), «відмінність» – з метою відходження від попереднього зв'язку – очевидно релятивізована; «відповідна різниця» буде присутня, якщо 40 чеських крон можна прив'язати до такого відхилення від існуючої (навіть суттєво ідентичної) основи, що також дозволяє забезпечити іншу підтримку з тих ключових причин, які прийняла більшість (див. вище – загальний характер, відсутність диференціації, відсутність обмежень).

Водночас, більшість непереконливо доводить, що це така фундаментальна зміна; але не має сумнівів, що це не так; сорок крон нічого не змінили щодо «загального характеру, відсутності диференціації та відсутність обмежень», і рішення прямо вказує лише на ті обставини, які вже існували раніше, на момент прийняття попередніх рішень (пункти 57 та 58.

Тому це не є підставою для відмови від висновків, наведених у рішенні Pl. ÚS 1/08, як і причина, зазначена у цитаті, яка є в іншому вирішальною у справі № Pl. ÚS 11/02.

До речі, навіть Чеська лікарська палата у своїй заяві не вважає підвищення плати до 100 крон необґрунтованим.

Звичайно, це не означає, що розглянута структура є ідеальною, або що вона не може бути «кращою», «правильнішою» чи більш соціально чутливою (у аспектах, підкреслених більшістю; це, однак, є вимогою для законодавчого органу, але це не може бути достатнім у якості критерію для перегляду конституційного права.

III.

Стосовно: «надання повноважень медичним страховим компаніям накладати штрафи»

Судове рішення більшості неналежним чином підкреслює приватно-правові аспекти відносин між Všeobecná zdravotní pojišťovna та надавачами медичних послуг, не враховуючи очевидні елементи публічного права. Очевидним є те, що симбіоз приватного права та публічного права є прийнятим у суспільному житті (і у відповідній доктрині адміністративного права) та не критикується як неконституційний. Якщо публічно-правова позиція Všeobecná zdravotní pojišťovna є визнаною, то вона логічно також має певні регуляторні повноваження, як і – знову ж логічно і обов’язково – також право карати; це вказує на те, що вона сама не може встановити будь-яку «нерівність», навіть як «додану вартість» до нерівності, виведеної більшістю Пленуму з інших джерел, як це відбувається у рішенні (пункт 66).

Рівень оскаржуваних штрафних санкцій, як і «можливість діяти на власний розсуд», навіть не турбує більшість (з правильними цитатами попередньої практики Конституційного Суду) (пункт 66).

У будь-якому випадку, Конституційний Суд також заявив, що повноваження накладати стягнення в основному є прийнятними, у своєму рішенні у справі №. Pl. ÚS 1/08, і навіть тут – хоча зараз, маючи необхідний кворум у дев’ять голосів, – сьогоднішня більшість не наводить переконливих причин для зміни тодішньої думки; причини, які вона представляє у формі похідної «нерівності», очевидно, не є такими, якщо єдиними обставинами, що можуть бути релевантними, є ті, які Конституційний Суд зазначив як причини змін у судовій практиці у своєму рішенні у справі №. Pl. ÚS 11/02.

IV.

Висновок

Враховуючи вищезазначене, клопотання мало бути залишене без задоволення.

# Окрема думка судді Станіслава Баліка

Я голосував за залишення клопотання без задоволення в цілому.

Що стосується підстав, Владимир Кюрка дещо відібрав у мене хліб, і я приєднуюсь до його чудової окремої думки.

Чи не було вже все сказано у рішенні Pl. ÚS 1/08?

x x x

Чи не боїмося ми безжального та чи не ведемося на манівці помилковій ідеї, що ми можемо відкупитися?

Мій образ лікаря-гуманітарія, «який рухався не лише у вищому суспільстві, але й міг знайти шлях до найпростіших людей» (див. J. Káňa, Lékař nebo spisovatel? [Лікар чи письменник?] у: Axel Munthe, Kniha o životě a smrti. [Книга про життя та смерть] Прага: Melantrich, 1969 р., стор. 392) – це Аксель Мунте. Будучи старшокласником, я захоплювався «Книгою про життя і смерть»; це неперевершена колекція прикладів того, як у будь-якій системі охорони здоров’я будь-який конкретний випадок завжди залежить від професійної етики лікаря та довіри пацієнта.

Моя вихідна точка – це не скептицизм, підозрілість до лікарів та медичних закладів чи переконання, що охорона здоров’я – це несправедливий бізнес. Особисто я та мої близькі та друзі мають лише найкращі враження від чеської системи охорони здоров’я.

Чи допоможе зміна форми правового регулювання усунути вічну відсутність довіри?

Чи уважно читатиме 281 законодавець спеціалізовані медичні журнали, щоб бути здатним проголосувати за альтернативи медичних послуг?

Ad absurdum – чи не буде найбільш переконливим прийняти рішення про альтернативи на референдумі?

Насправді це завжди починається і закінчується справжніми експертами. Не залишається іншого вибору, окрім як погодитися з їхньою рекомендацією, тому що недостатня кількість знань у непрофесіоналів повинна бути доповнена довірою.

Чи не мав би законодавчий орган – якби переглянуте законодавство не було скасоване – все ще мати можливість «подолати» за допомогою закону будь-яке очевидне свавілля чи надмірність, що виявляються в правовому регулюванні меншої сили?

x x x

Прикро, що принцип мінімізації втручання був відкинутий.

Чи справді потрібно відкушувати шматочки від цілого, що видається систематичним зусиллям для вирішення того, що важко вирішити або, в сенсі абсолютної досконалості, взагалі неможливо розв'язати?

«Ми знаємо, що маємо померти, і це насправді єдине, що ми знаємо про наше майбутнє. Все інше – це лише здогадки, і в більшості випадків вони неправильні. Як загублені діти в темному лісі, ми намацуємо шлях вперед по життю, ми ледве бачимо на відстань руки попереду себе, ми не знаємо, що на нас чекає з дня на день, яка небезпека і які перешкоди з'являться на нашому шляху, які більше або менше тривожні пригоди ми матимемо в очікуванні Великої Пригоди, найбільш тривожної з усіх: смерті. Іноді в розгубленості ми наважуємось поставити долі нерішуче запитання, але відповіді не отримаємо, бо зорі занадто далеко. Чим швидше ми зрозуміємо, що наша доля вирішується всередині нас самих, а не вгорі серед зірок, тим краще для нас. Ми можемо знайти щастя лише в собі, бо шукати його серед інших – це витрачати час, а ми не маємо часу, щоб його витрачати». (див. A. Munthe, Kniha o životě a smrti [Книга про життя та смерть]: Прага: Melantrich, 1969 р., стор. 365). Я голосував за залишення клопотання без задоволення в цілому.

# Окрема думка Івани Яню до мотивувальної частини рішення у справі №. Pl. ÚS 36/11

1. Економічні та соціальні права все ще чекають на системну судову практику

Найбільшим завданням для «третього покоління» Конституційного Суду буде напрацювання зрозумілої, стійкої та внутрішньо узгодженої судової практики щодо економічних та соціальних прав відповідно до Глави четвертої Хартії основних прав і свобод, і в зв'язку з цим – щодо питання конституційного принципу рівності. Зовнішньою причиною мого передбачення є збільшення кількості досить фундаментальних та складних питань соціальної політики, які Конституційний Суд змушений розглядати або фактично розглядає; внутрішньою причиною є існуюча нестабільність судової практики стосовно економічних та соціальних прав. Наявні рішення не є уніфікованими ані в елементарних вихідних точках (догма про основні права), ані в методах судового перегляду (застосування судових перевірок), а також вони не уніфіковані в стратегіях аргументації (якість та переконливість аргументів).

У практиці Конституційного Суду ми можемо знайти різні концепції щодо аналізу економічних та соціальних прав. З одного боку, таке право виглядає в основному як сувора міра конституційності, що не відокремлюється від інших основних прав, шляхом помірного пошуку суттєвого змісту основного права (конституційно захищений мінімальний стандарт) аж до встановлення відсутності суб'єктивних публічних прав, що випливають із відповідних положень Хартії, та акценту на об'єктивному захисті соціальних інститутів (зайнятість, заробітна плата, соціальне забезпечення, сім'я, батьківство).

Однак судова практика у питаннях економічних та соціальних прав є надзвичайно важливою, незалежно від «нижчої категорії» цих прав, оскільки вона часто впливає на складні соціальні та медичні системи та їх функціонування. Таким чином, вона часто руйнує певні політичні уявлення про здійснення основних функцій держави та змінює бюджетні плани уряду. Хоча перше покоління справжніх основних прав передбачає мінімум прямих витрат для держави на їхній захист, оскільки основним обов’язком держави є невтручання, соціальні права пов’язані з політичними уявленнями про добробут і часто прогресивними концепціями «належного» функціонування існуючих соціальних інститутів та змін до них.

Фактичне здійснення соціальних прав залежить від політичних дискусій та економічних можливостей держави. Практичний ефект соціальних прав полягає в тому, що вони поступово передають соціальну відповідальність від особи, членів сім'ї, громади, місцевої влади тощо до держави. Ця відповідальність є як матеріальною, тобто фінансова та матеріальна підтримка, так і моральною: заможніші люди не усвідомлюють необхідності солідарності з біднішими людьми, вони не бачать для цього причин; здорові люди не відчувають потреби турбуватися про ситуацію хворих; діти не розуміють, чому вони повинні нести спільну (!) відповідальність за підтримку своїх батьків. Відчуття спільності вимирає. Так само вимирає свідомість і совість, включаючи освіту та вдосконалення. Все забезпечується державою та її соціальною системою, що знімає з нас потребу приділяти увагу ближнім, у тому числі найближчим людям, які в минулому приносили жертви на нашу користь.

1. Це маленький крок для лікарів, але велика зміна в системі медичного страхування.

Я спостерігаю певну напругу між заявленою Конституційним судом спробою лише захистити (соціальні) права, з одного боку, та фактичним втручанням у систему та організацію страхування та соціального забезпечення (через відступ від організаційних положень Закону), з іншого боку. У провадженні у справі № Pl. ÚS 6/07 Конституційний Суд вже мав справу з частковим і непомітним запереченням, яке стосувалося начебто формального питання про те, яке конституційне значення має договір між медичною страховою компанією та надавачем медичних послуг, якщо він укладений на певний або невизначений термін. В основному проблема полягала у заміні чинних договорів, підписаних на невизначений термін, на договори з терміном дії у кілька років з урахуванням більш пізнього правового регулювання. Справа була розглянута з точки зору втручання у права надавачів медичних послуг, і правове регулювання було визнано конституційним. Під час слухання з'явився ще один аспект: прохання про те, щоб Конституційний Суд, зробивши «незначний» відступ на користь надавачів медичних послуг (що нічого не змінило б у змісті договорів), суттєво втрутився в концепцію системи медичного страхування та її організації. Не бажано переглядати характер договірних відносин між медичною страховою компанією та надавачем медичних послуг як звичайні відносини «приватного права», що включають у себе права двох договірних сторін. Характер цих договірних відносин має набагато більший вплив на функціонування системи охорони здоров’я в цілому. У своєму рішенні у справі № Pl. ÚS 6/07 Конституційний суд цього не зробив – і, на мій погляд, це було правильно. Втім, мене турбує те, що Конституційний Суд буде знову і знову потрапляти в цю ситуацію. Мотивувальна частина рішень Конституційного Суду може приховувати під аргументами щодо права на безоплатну медичну допомогу (або, як тепер, аргументами щодо загальної рівності) власні уявлення про роль медичних страхових компаній та позицію надавачів медичних послуг, і таким чином втручатися у питання, які належать до сфери відповідальності законодавчої влади. У цьому контексті функціонування системи медичного страхування та аналіз надання медичної допомоги на предмет збільшення плати за стаціонар з 60 до 100 крон є незначною деталлю, яка, однак, має певні зв’язки зі ст. 31 Хартії.

1. Щодо аргументації вироків I. та II. (альтернативи медичної допомоги з точки зору відшкодування їхньої вартості за рахунок медичного страхування, пункт 34 та далі)

Аргументація на користь винесення вироків I. та II. міститься в пункті 49 і базується на вимозі щодо регулювання альтернатив надання медичної допомоги законом, а не наказом. У положеннях § 13 ч. 4 перше речення Закону № 48/1997 Coll. визначається, що дорожчою альтернативою є медична послуга, що визначена як така в нормативно-правовому документі, прийнятому на виконання закону. На мою думку, це справді не можна вважати адекватним законодавчим визначенням.

На мій погляд, вимога про те, щоб загальне визначення медичної допомоги вище стандартного рівня містилося в законі, походить від того, що воно є частиною системи відшкодування її (часткової) вартості за рахунок державного медичного страхування, передбаченої ст. 31 Хартії, завдяки чому розподіляються кошти, виділені на забезпечення надання медичної допомоги. Я погоджуюся з міркуваннями по суті, але наголошую, що я тлумачу вимогу, висловлену судженням, таким чином, що закон повинен містити більш детальну загальну структуру, тобто ретельні визначення альтернатив медичної допомоги. Тому я не погоджуюсь з причиною часткового скасування, що міститься наприкінці пункту 49 думки більшості, у тій частині, де вона вимагає, щоб «конкретне визначення того, що є, в межах наміру ст. 31 Хартії безоплатною допомогою» має регулюватись безпосередньо законом, а не наказом, як це було до цього часу. А отже, я не погоджуюсь з вимогою більшості пленуму, яка призвела б до необхідності передачі існуючого переліку медичних послуг, тобто переліку, який хоча і стосується лише «послуг вище стандартного рівня», що міститься в наказі №. 134/1998 Coll., безпосередньо до Закону. Я вимагаю більш детального визначення обох альтернатив у Законі.

Однак, якби в майбутньому застосовувався нинішній підхід більшості пленуму, це обов’язково призвело б до скасування наказу №. 134/1998 Coll. в цілому, так само як й інших ключових наказів Міністерства охорони здоров’я.

Я вважаю, що посилання на ст. 4 ч. 2 Хартії у пункті 50 рішення суду є незрозумілим, оскільки я тлумачу це положення таким чином, що воно застосовується лише до ситуацій, коли Хартія передбачає суттєві обмеження основного права, наприклад, такого, що міститься у ст. 16 ч. 4, ст. 17 ч. 4 Хартії. У цьому випадку вимога регулювання цього питання законом випливає безпосередньо зі ст. 31 Хартії, або ст. 41 ч. 1 Хартії. У цьому ст. 4 ч. 2 Хартії відрізняється від ст. 4 ч. 4 Хартії, яка тлумачиться ширше, а отже вона також застосовується по відношенню до економічних та соціальних прав. Однак, з огляду на цитовану конструкцію економічних та соціальних прав, застосування ст. 4 ч. 2 Хартії також щодо цих прав не буде виконувати жодної функції.

Позиція Конституційного Суду щодо допустимості правового регулювання «меж» економічних та соціальних прав шляхом підзаконного регулювання змінюється з плином часу, але цей процес не складався зрозуміло чи прямо. Показовим прикладом є судова практика щодо ст. 26 Хартії (яка підпадає під економічні та соціальні права, як і стаття 31 Хартії), що гарантує право на ведення бізнесу та здійснення іншої господарської діяльності. Рішення у справі № Pl. ÚS 31/95 скасувало загальний указ, який обмежував години роботи закладів гостинності (або громадського виробництва, у випадку інших цитованих рішень) через їхню невідповідність ст. 26 ч. 1 і 2 Хартії, оскільки умови та обмеження для здійснення певних професій чи видів діяльності можуть встановлюватися лише на законодавчому рівні. Такі самі аргументи використовувались у рішеннях у справі № Pl. ÚS 17/97 та у справі № Pl. ÚS 22/97, або у набагато пізнішому рішенні у справі № Pl. ÚS 42/05. Однак, наступне рішення у справі № Pl. ÚS 28/09, продемонструвало істотну зміну позиції Суду у двох аспектах: можливість обмеження провадження господарської діяльності згідно зі ст. 26 Хартії було затверджено навіть у разі регулювання (лише) загальним наказом на підставі загального повноваження регулювати місцеві питання громадського порядку у § 10 Закону про муніципалітети № 128/2000 Coll. Більш докладно – див. мою окрему думку до судового рішення у справі № Pl. ÚS 28/09.

У той час як ст. 31 Хартії зазначає, що громадяни мають право за рахунок державного страхування безоплатно отримувати медичну допомогу та медичні засоби на умовах, передбачених законодавством (щодо цієї конструкції, див. ст. 26 п. Хартії), складається враження, що Конституційний Суд знову судить про «умови, передбачені законом» для економічних та соціальних прав, суворіше, ніж у минулому. Положення Закону   
№ 48/1997 Coll. (у порівнянні із Законом № 128/2000 Coll.) (особливо § 13) є набагато більш конкретними та містять предметне (тобто не лише формальне) визначення відповідних послуг. Тим не менше, більшість пленуму не була задоволена цією (відносно) більш детальним законодавчим положенням і повністю скасувала регулювання наказом.

Я закінчую тим, що, на мою думку, можна вважати конституційним законодавство, яке на законодавчому рівні буде містити більш детальні, позитивно сформульовані загальні визначення окремих альтернатив медичної допомоги, за умови, що це не виключає можливості конкретизувати їх (перелік) за допомогою наказу міністерства. Я вважаю бажаним зробити цю систему зрозумілою для застрахованих осіб, тобто надати їм можливість самостійно знаходити окремі найменування у великому переліку.

1. Щодо аргументації вироку III. (збільшення доплати за стаціонарну допомогу, пункт 53 та наступні)

Стаття 31 Хартії передбачає: «Кожен має право на охорону здоров'я. Громадяни мають право за рахунок державного медичного страхування на безоплатну медичну допомогу та на засоби охорони здоров'я на умовах, передбачених законодавством».

Я бачу фундаментальну ваду аргументації у неможливості вирішити питання про те, чи існують підстави для зміни висновків, викладених у попередньому рішенні, тобто для зміни судової практики. Хоча Конституційний Суд у цьому відношенні цілком правильно посилається на рішення у справі № Pl. ÚS 11/02, яка визначила три загальні ситуації, в яких він може змінити власну судову практику, думка більшості не містить конкретних аргументів щодо того, яка з цих причин застосовується саме у цій справі. Такі загальні підстави – це зміна соціальної та економічної ситуації в країні, або зміна її структури, або зміна культурних очікувань суспільства; також зміна або зміщення правового середовища, створеного підконституційними правовими нормами, які в сукупності впливають на погляд на конституційні принципи; і нарешті, зміна або доповнення юридичних норм та принципів, які є обов’язковими орієнтирами для Конституційного Суду, тобто тих, що містяться в конституційному порядку Чеської Республіки.

Я не вважаю підвищення збору з 60 до 100 чеських крон підставою для зміни судової практики. Отже, після більш глибокого розгляду я також не погоджуюсь з прямим висновком про те, що «збільшення плати на 2/3 настільки значне, що насправді це по суті інше положення» (пункт 55). У думці більшості не вказано, які з умов сформульовані в судовому рішенні у справі Pl. ÚS 11/02 були виконані, і тому воно некоректно відкриває розгляд § 16a ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll. у повному обсязі, тобто повністю по суті. Оскільки належні докази щодо цього не були наведені, я заявляю свою думку, не претендуючи на безпомилковість, що можна вважати, що було достатньо лише аргументу, заснованого на «зміні соціальної та економічної ситуації в країні, або зміні її структури». У цьому відношенні Конституційному Суду загальновідомо, в тому числі з його власної попередньої практики, що за останні п'ять років (з моменту подання судового рішення № Pl. ÚS 1/08) відбувся ряд змін у соціальній сфері, спричинених як економічним становищем держави (обсягом та структурою безробіття, обсягом фінансових вливань у соціальну сферу в широкому розумінні цього слова), так і структурою фінансових надходжень у соціальну сферу (зміни в системі виплати різних видів допомоги, зміни в критеріях отримання права на допомогу, інші системні зміни). Звичайно, оскаржуване положення може бути переглянуте лише в рамках цієї сфери.

У зв'язку з цим я бачу підстави для часткового скасування (за що я голосувала) виключно в тому, що закон не містить соціальних гарантій, тобто, зокрема, часові (або фінансові) обмеження виплат, викладені в пункті 58. Якщо точніше, то не було доведено, що повна законодавча база виключала екстремальні ситуації суворих соціальних наслідків, враховуючи сучасні соціальні та економічні умови, які могли змінитися і, очевидно, змінили соціальну структуру населення (структура безробіття, виникнення нових соціально вразливих груп тощо) та з огляду на розмір збору (100 крон на день). У своїх висновках я беру до уваги включення критерію малозабезпеченості до § 16а, ч. 2 п. d) Закону № 48/1997 Coll., але я вважаю це недостатнім.

Однак, у своїй думці більшість в основному проводила перевірку конституційності цього положення в повному обсязі, тобто, включаючи його суть, із встановленням нових критеріїв, які жодним чином не випливають зі зміненої соціальної ситуації. Зокрема, немає підстав для того, щоб Конституційний Суд неодноразово піддавав положення у його теперішній формі перевірці раціональності на підставі відсутності диференціації кількості днів стаціонарного догляду залежно від того, чи є вони необхідним компонентом лікування чи ні.

Зараз у мене є сумніви – саме на підставі аргументів думки більшості – щодо загальної парадигми, встановленої попередніми рішеннями та пунктом 57 думки більшості (основоположні підстави) щодо розуміння збору в § 16 ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll. як плати за «готельні послуги». Жоден з зборів відповідно до § 16а Закону № 48/1997 Coll. не розглядається як фіксована плата за будь-який вид послуг, тобто як придбання. Це є політичним, а не конституційно-правовим, обґрунтуванням, і малозначним є те, наскільки сторони або другорядні сторони у справі посилаються на цю класифікацію збору згідно з § 16 ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll. Саме цією, на мій погляд, неправильною конструкцією більшість обґрунтовує фундаментальні підстави неконституційності, коли вона критикує застосування цього положення до пацієнта «у відділенні інтенсивної терапії», який не користується «готельними послугами», а для нього перебування на спеціалізованому лікарняному ліжку є медичною послугою. Я вважаю цю аргументацію щодо § 16а ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll. некоректною з точки зору конституційного законодавства, оскільки вона створює поле для аргументації, що дозволяє (із зворотною силою) поставити під сумнів усі збори, передбачені у § 16a ч. 1 Закону № 48/1997 Coll. Якщо збір, який зараз переглядається, є на загальному рівні конституційним лише в тому випадку, якщо він задуманий як плата за певні послуги або харчування, стає важко відстоювати конституційність інших доплат (стосовно яких ніхто не стверджує, що вони мають характер придбання послуг). Я не кажу, що оплата за «готельні послуги» не може бути запроваджена в лікарнях, але я вважаю, що це не було зроблено шляхом доплати за стаціонарне обслуговування у   
п. 16а ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll. Тоді метод розрахунку розміру збору є абсолютно незалежним від оцінки цього конституційного закону; навіть якщо сума у 100 крон відповідала б вартості їжі та проживання, це не перетворювало б її на плату за «готельні послуги».

У цьому відношенні я вважаю, що у ст. 31 Хартії, коли говориться про «державне страхування», хоча водночас у ній визнається «безоплатна» медична допомога, не виключає стягнення оплати до системи державного медичного страхування. Таким чином, це, очевидно, не виключає виплат страхових внесків на медичне страхування, хоча в той же час не виключає стягнення прямих виплат у зв'язку з наданням медичного страхування, якщо природа цих виплат така, як придбання медичних послуг. Інакше кажучи, до тих пір, поки застрахована особа (пацієнт) не потрапляє в ситуацію необхідності економічного вибору щодо того, чи варто купувати ту чи іншу медичну послугу (з огляду на ціну послуги, потреб пацієнта та його економічних можливостей). Така ситуація була б поза змістом та метою державного медичного страхування, оскільки вартість (ціна) медичних послуг сама по собі була б перешкодою для доступу до неї. Отже, доплата згідно з § 16a ч. 1 п. f) Закону № 48/1997 Coll., як було щойно визначено, жодним чином не заперечує «сутності солідарності в отриманні медичної допомоги», як стверджувалося в пункті 58 думки більшості, і навіть не наближається до впливу на суть солідарності. Достатні гарантії для екстремальних ситуацій (довгострокове або багаторазове перебування в лікарні, в поєднанні, звичайно, з іншими пов'язаними витратами) просто відсутні.

Однак збори, передбачені § 16а ч. 1 Закону № 48/1997 Coll. ще навіть не наблизилися до ситуації, яка могла б розглядатися як неконституційна, коли прямий платіж відображає вартість (ціну) медичної послуги. Вони за жодних обставин не відображають еквівалентної вартості наданої медичної допомоги, хоча більшість намагається припустити це в пунктах 57 та 61, де йдеться про еквівалент. Між зборами, передбаченими в § 16а ч. 1 Закону № 48/1997 Coll., та наданими медичними послугами не існує відносин економічної еквівалентності. Щоб це проілюструвати, можна зазначити. що навіть сукупна сума декількох зборів за лікування спеціалістом та перебування в лікарні не може (хіба що тільки символічного) збалансувати вартість (ціну) операції, що регулярно проводиться, вартістю у десятки тисяч корон.

Суттєвий зміст другого речення ст. 31 Хартії – це конституційне встановлення обов’язкової системи державного медичного страхування, яка збирає та накопичує кошти від окремих суб’єктів (платників) з метою їх перерозподілу на основі принципу солідарності та дозволу їхнього використання для потреб малозабезпечених, хворих та хронічно хворих людей. Конституційна гарантія, на основі якої надається безоплатна медична допомога, поширюється виключно на суму зібраних таким чином коштів. Причиною такого законодавства є забезпечення доступу до медичної допомоги особам, чиї доходи або виплати – еквівалентно – не покривають вартості необхідної медичної допомоги, яку вони отримують. Я вважаю, що збори, які стягуються відповідно до § 16а ч. 1 Закону № 48/1997 Coll., є доходом системи державного медичного страхування згідно зі ст. 31 Хартії (незалежно від того, як ці платежі адмініструються, та на чий рахунок сплачуються). Отже, їхній захист відповідно до конституційного законодавства не вимагає особливої уваги для їхнього надання у формі «готельних послуг» або просто сидіння в залі очікування з опаленням або кондиціонером (у випадку інших видів доплат).

Тим не менше, з точки зору ст. 31 Хартії, в якій йдеться про державне страхування у зв’язку з «медичною допомогою» ми можемо стверджувати, що це положення не вимагає від законодавця прийняття законодавства, яке передбачатиме використання коштів медичного страхування для забезпечення відшкодування вартості послуг, що не є «медичною допомогою», тобто «готельних» послуг. Це дасть нам більше коштів для надання фактичної медичної допомоги; у зв'язку з цим, безумовно, можна диференціювати характер комплексу послуг, що надаються в стаціонарних медичних закладах.

Якщо розробники конституції обмежували право на надання безоплатної медичної допомоги та медичних засобів тим, що є можливим за рахунок державного страхування, тобто лише до суми накопичених таким чином коштів, вони діяли цілком реалістично; водночас, однак, вони також встановлюють фактичні межі контролю для Конституційного Суду: проте, цей критерій відсутній у думці більшості.

Таким чином, я підсумовую, що сенс моїх застережень стосовно оскаржуваного положення полягає не у вимозі того, щоб медична допомога була «безоплатною», а у питанні соціальних наслідків, які може спричинити оскаржуване положення (ex post, оскільки потрапляння до стаціонару не обумовлено сплатою збору). Якщо, наприклад, можна запланувати звичайні витрати на життя, проблеми зі здоров’ям (і пов’язані з ними витрати) можуть стати раптовим тягарем. Я критикую думку більшості, оскільки законодавча база щодо сплати за стаціонарне лікування була перевірена на предмет конституційності у справі Pl. ÚS 1/08, і вона пройшла тест. Якщо Конституційний Суд зараз – у мотивувальній частині – дійшов інших висновків, посилаючись на неврахування ситуацій, коли стаціонарна допомога є необхідною складовою самого лікування, то відбулася зміна правової думки, за відсутності при цьому жодних матеріальних підстав для цього (що випливають із попередньої судової практики. У будь-якому випадку, я вважаю, що потрібно розрізняти кількість днів стаціонарної допомоги залежно від того, чи є вона необхідним компонентом лікування, чи не є вона медично складною та важкою у виконанні з точки зору здійснення та адміністративних процедур.

1. Щодо мотивувальної частини рішення IV. (надання повноважень медичним страховим компаніям накладати штрафи на надавачів медичних послуг, пункт 62 та далі)

Я не погоджуюсь з підходом більшості пленуму до оцінки взаємовідносин між медичними страховими компаніями та медичними закладами. Як вже зазначалось вище, схоже, що за завісою захисту основних прав або не-вторинної рівності згідно зі ст. 1 Хартії, Конституційний Суд рухається до фундаментальних інституційних змін у системі медичного страхування, і я маю додати, що це робиться без будь-якої експертної документації щодо функціонування такої складної системи. Я стверджую, що немає підстав вважати відносини, які виникають із системи державного медичного страхування (між медичною страховою компанією та медичним закладом), відносинами «приватного права» (пункт 63), і нав'язують приватно-правові принципи договірного права з дерогативними наслідками, тобто незвичайно інтенсивно.

На мою думку, саме складний характер системи охорони здоров’я та її фінансовий потік, а також всеохоплюючий суспільний інтерес до економіки, ефективності та доступу до медичної допомоги виправдовують вимогу щодо гарантій того, що медичні страхові компанії не будуть зловживати санкційними механізмами на користь або збиток (можливі обидві альтернативи) окремих надавачів медичних послуг. Я бачу достатній рівень гарантії того, що системою покарань не будуть зловживати в Міністерстві охорони здоров'я, суб'єктах публічного права, які їх встановлюють, тощо. З точки зору конституційного права, об'єктом суспільного інтересу є загальна ефективність системи охорони здоров'я, а не становище окремих медичних закладів.

Тому я не погоджуюсь з основним аргументом думки більшості (пункт 66), що базується на оцінці суб'єктивної позиції надавачів медичних послуг щодо «домінуючих» медичних страхових компаній. «Рівність», яку зараз має бути запроваджено цим негативним вироком, є досить ілюзорною, оскільки вона стикається з фактами, абсолютно різною роллю обох «договірних сторін» у системі медичного страхування. Система державного медичного страхування базувалася, базується і буде базуватися на посиленому публічно-правовому регулюванні відносин, що її реалізують.

Якщо думка більшості з будь-якої причини вимагає посиленої перевірки діяльності медичних страхових компаній, вона повинна була сформулювати цю вимогу загалом, а не з метою однобічного зміцнення групових позицій надавачів медичних послуг шляхом тиску задля, наприклад, підписання договорів на невизначений термін (вимога, з якою думка більшості у рішенні у справі № Pl. ÚS 6/07 не погодилась) або визначення договірних обов'язків з боку страхових компаній (думка більшості, пункт 66).

Таким чином, я підсумовую, що в своїх міркуваннях я керуюсь виключно зацікавленістю в ефективному функціонуванні системи державного медичного страхування, як це закріплено у ст. 31 Хартії, оскільки лише завдяки цій системі реалізується право на «безоплатну» медичну допомогу. Такої ефективності буде досягнуто лише шляхом перевірки управління коштами державного медичного страхування, включаючи оцінку та покарання за зловживання (погана економія, порушення законодавства тощо). Цей критерій перегляду конституційного законодавства, що є ключовим критерієм, на мою думку, був досить переважений у міркуваннях думки більшості за рахунок перегляду суб’єктивної позиції окремих надавачів медичних послуг. Перевірка управління державними коштами (включаючи питання про стягнення доплат) є незамінною, і не можна вимагати, щоб вона була «компенсована» шляхом введення договірного зобов’язання зі сторони страхових компаній, запровадження договорів на невизначений термін, і т. д. Це не означає, що такі зміни в позиції надавачів медичних послуг не можуть бути запроваджені (політичним рішенням), але я не погоджуюсь з тим, що зазначене посилення позицій надавачів медичних послуг є вимогою, що випливає з конституційного ладу .

1. Висновок

Загалом можна підсумувати, що низка висновків була досягнута більшістю пленуму без достатнього вивчення питань, що перевищує пропозиції, подані в процесі, і, перш за все, помітно конкурує з політичними уявленнями про форму системи медичного страхування та будь-які спроби її реформувати. Конституційний Суд взяв на себе роль, яка йому не належить і з якою, треба сказати, він може впоратись лише з труднощами з огляду на відсутність експертних знань, детального аналізу та вивчення практики медичних страхових компаній та надавачів медичних послуг.

Охорона здоров’я – це не нерухома система, яку достатньо створити за допомогою законів та рішень Конституційного Суду, а потім стабілізувати, і яка у подальшому буде функціонуватиме без проблем. Навпаки, постійно з’являються нові технології, методи лікування та ліки, як, без сумніву, і нові діагнози; більше того, одночасно збільшується тривалість життя, включаючи час, коли люди перебувають у віці, коли вони найчастіше потребують медичної допомоги. Крім того, змінюється демографічна структура населення; кількість людей похилого віку зростає, а кількість тих, хто у їхні продуктивні роки бере участь у системі, зменшується. Система охорони здоров’я та її фінансування повинні постійно пристосовуватися до цього, якщо суспільство не переживає фундаментальних політичних конфліктів, які насправді є поколіннєвими чи соціальними.

У питанні про загальне медичне обслуговування є ще один аспект – це загальна концепція свободи людини поводитися зі своїм здоров’ям та своїми ресурсами, керуючись власним здоровим глуздом. Безумовно, не можна стверджувати, що той, хто не зацікавлений у «вищому рівні» догляду (вища якість або лише вищий комфорт) і вважає за краще витрачати свої медичні ресурси на профілактику (наприклад, повторні дорогі закордонні канікули), є безвідповідальним. Однак, я не бачу підстав для того, щоб особа, яка хоче витратити власні ресурси «додатково» на лікування на найвищому рівні, була позбавлена цього вибору. Цей вибір не може поставити під загрозу конституційний принцип рівності.

# Окрема думка судді Міхаели Жидліки

Я повністю погоджуюсь з висновками, викладеними в окремій думці судді Владимира Кюрки, до якої я приєднуюсь, із умовою додання до неї наступних міркувань:

Винятковий розвиток медичної науки, який відбувся за останні двадцять років, – це кількісний обсяг, що вимагає нового погляду на фінансування охорони здоров’я. У цьому відношенні корисно усвідомити, що загальноприйнята фраза «безоплатна медична допомога», таким чином, є евфемізмом, що використовується замість більш точної фрази «медична допомога, вартість якої відшкодовується за рахунок державного медичного страхування». Звичайно, система державного медичного страхування має свої межі, і добре відомо, що зібрані в ній кошти навіть зараз далеко не дозволяють використовувати всі технічні нововведення. Ми можемо сподіватися, що уявні леза ножиць між коштами, отриманими від державного медичного страхування, і ціною найсучаснішої медичної допомоги будуть відкриватися все ширше і ширше. Я вважаю запровадження «медичної допомоги вище стандартного рівня», тобто відповідного визначення та гарантій «стандартної медичної допомоги», корисним кроком, спрямованим на виконання основної мети, переслідуваної у ст. 31 Хартії, яка полягає у забезпеченні доступної медичної допомоги, що відповідає сучасним досягненням та можливостям для всіх учасників медичного страхування.

Так само, стосовно вироку II, я посилаюся на окрему думку судді Владимира Кюрки, з висновками якого я погоджуюсь. Тим не менше, я вважаю правильним, щоб ефективна запобіжна система, що усуває обтяжливі соціальні наслідки для певної категорії осіб, була включена до законодавчої бази збору за стаціонарне лікування.

# Окрема думка судді Ластовецьки до рішення у справі №. Pl. ÚS 36/11

Я приєднуюсь до окремої думки судді Владимира Кюрки у пункті I. стосовно: «альтернативи медичної допомоги» та пункті III. стосовно: «надання повноважень медичним страховим компаніям накладати штрафи».

Я також погоджуюсь з частиною аргументів, наведених у пункті II. стосовно: «збільшення розміру доплат», відповідно до яких перегляд питання зборів Конституційним Судом не стосується іншого питання у зв'язку з Pl. ÚS 1/08, і збори могли переглядатись лише з точки зору того, чи висновки у цитованому рішенні також повністю застосовуються по відношенню до збору, розмір якого був збільшений з 60 до 100 чеських крон за день стаціонарного догляду.

На мою думку, щодо збільшення розміру доплати можна домовитись із заявниками (які, до речі, не вимагали повторного перегляду питання збору, а лише підвищення збору), що сума збільшення не є незначно, і для певних соціальних груп, зокрема, це може бути перешкодою у доступі до медичної допомоги.

Однак, у рішенні Pl. ÚS 36/11 більшість пленуму дійшла висновку, що відсутність конституційності у збільшенні зборів полягає в недостатній диференціації зборів та загальному їх застосуванні в поєднанні з відсутністю будь-яких обмежень, і що «відношення зборів у розмірі 100 чеських крон на день є не само по собі неконституційним... сума, як правило, є фінансово доступною». Цей висновок було прийнято, хоча підвищений збір не був підданий перевірці на раціональність, як у рішенні у справі №. Pl. ÚS 1/08, тобто стосовно того, чи впливає він на саме існування соціального права чи його реалізацію, чи переслідує законодавство законну мету (чи не є це свавільним принциповим зниженням загального стандарту основних прав), і чи є воно доцільним засобом для досягнення законної мети. Я переконаний, що якби така перевірка була проведена, відповідно до попередньої практики Конституційного Суду, доплата у розмірі 100 чеських крон не витримала б її, зокрема останнього етапу перевірки на раціональність, а отже, оскаржувана законодавча база суперечить ст. 31 Хартії основних прав і свобод.