



SBÍRKA ZÁKONŮ

ČESKÁ REPUBLIKA

Částka 74

Rozeslána dne 14. července 2003

Cena Kč 17,-

O B S A H:

206. Oznámení prezidenta republiky o vyhlášení výsledků referenda o přistoupení České republiky k Evropské unii konaného ve dnech 13. června 2003 a 14. června 2003
207. Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003 ve věci návrhu na zrušení části věty druhé ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, vyjádřené slovy „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“
-

206

OZNÁMENÍ prezidenta republiky

ze dne 9. července 2003

**o vyhlášení výsledků referenda o přistoupení České republiky k Evropské unii
konaného ve dnech 13. června 2003 a 14. června 2003**

Podle čl. 62 písm. l) ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, a podle ústavního zákona č. 515/2002 Sb., o referendu o přistoupení České republiky k Evropské unii a o změně ústavního zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších ústavních zákonů, a podle § 38 odst. 2 zákona č. 114/2003 Sb., o provádění referenda o přistoupení České republiky k Evropské unii a o změně některých zákonů (zákon o provádění referenda),

vyhlašuji

tento výsledek referenda:

I.

Počet hlasujících v referendu o přistoupení České republiky k Evropské unii byl 4 457 206.

II.

Celkový počet hlasů „ANO“ byl 3 446 758.
Celkový počet hlasů „NE“ byl 1 010 448.

III.

Přistoupení České republiky k Evropské unii bylo v referendu schváleno.

Klaus v. r.

207

N Á L E Z

Ústavního soudu

Jménem České republiky

Ústavní soud rozhodl dne 4. června 2003 v plénu o návrhu skupiny poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky na zrušení části věty druhé ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, vyjádřené slovy „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“,

takto:

Návrh se zamítá.

Odůvodnění

I.

Dne 17. 5. 2002 byl Ústavnímu soudu předložen návrh skupiny poslanců ze dne 14. 5. 2002 na zrušení části věty druhé ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), vyjádřené slovy „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“.

Z připojeného podpisového archu poslanců Ústavní soud zjistil, že jsou splněny podmínky stanovené v § 64 odst. 1 písm. b) zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, (dále jen „zákon o Ústavním soudu“), přičemž předmětný návrh potvrdilo svými podpisy 54 poslanců. Zástupcem navrhovatelů v řízení před Ústavním soudem byl určen poslanec Marek Benda. Po odstranění některých formálních vad návrhu, k čemuž došlo podáním zástupce navrhovatelů, které Ústavní soud obdržel dne 11. 7. 2002, se mohl Ústavní soud návrhem zabývat věcně.

Skupina poslanců je toho názoru, že napadené ustanovení zákona je v rozporu s čl. 3 odst. 3, čl. 4 odst. 4, čl. 26 a čl. 31 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“). Úvodem navrhovatelé upozornili na to, že podle nich napadené ustanovení zasahuje do problematiky, která stojí mimo oblast úpravy samotného zákona o všeobecném zdravotním pojištění (poukázali zde zejména na jeho § 1). Ustanovení prý nemá žádnou přímou vazbu na ostatní části předmětného zákona a prakticky vylučuje poskytování zdravotní péče a služeb, které z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou.

Rozpor s čl. 26 odst. 1 Listiny spatřují navrhovatelé v tom, že taxativně vyjmenované skupině subjektů (lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví, zdravotnické zařízení) je zakázáno přijmout úhradu od jiné skupiny subjektů (pojištěnci) za poskytnutou péči či služby nehrazené z veřejného zdravotního pojištění, pokud souvisejí s poskytnutím zdravotní péče z tohoto pojištění hrazené. To vede údajně ke značnému omezení poskytování zdravotní péče. Podle čl. 26 odst. 2 Listiny sice může zákon stanovit podmínky a omezení pro výkon určitých povolání nebo činností, napadené ustanovení však podle navrhovatelů zasahuje do těchto práv způsobem rozporným s čl. 4 odst. 4 Listiny, nešetříc jejich podstaty a smyslu. Je-li subjekt oprávněn poskytovat zdravotní péči a existuje-li kromě zdravotní péče plně hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění i péče z tohoto pojištění nehrazená, je prý prakticky vyloučením práva podnikat, zabráníme-li tomuto subjektu, aby přijal úhradu za tuto péči, pokud byla poskytnuta účastníku veřejného zdravotního pojištění a pokud má souvislost s poskytnutím zdravotní péče hrazené z všeobecného zdravotního pojištění. Napadené ustanovení tak údajně

také fakticky vylučuje provozování zdravotnických zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami.

K tvrzenému rozporu napadeného ustanovení s čl. 31 Listiny navrhovatelé uvedli, že zákazem přijmout úhradu za poskytnutí zdravotní péče či služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění dochází i k omezení nabídky zdravotní péče pro občany-pojištěnce, čímž je jim podle navrhovatelů bráněno realizovat právo na ochranu zdraví, zakotvené v uvedeném článku Listiny.

Navrhovatelé dále uvedli, že některé zákroky, výkony, léčivé přípravky či pomůcky zdravotnické techniky nejsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny vůbec (např. akupunktura), některé pouze v omezeném počtu (např. nejvýše třikrát za život péče v souvislosti s mimoděložním těhotenstvím), a některé pouze částečně (75 % ceny u některých prostředků zdravotnické techniky). V některých případech je hrazena pouze „základní“ zdravotní péče (např. zdravotnický prostředek v provedení ekonomicky nejméně náročném). Zákon tedy vymezuje tzv. bezplatnou péči ve smyslu čl. 31 Listiny, podle navrhovatelů však právě napadené ustanovení zakazuje zdravotnickým zařízením za péči nezahrnutou do této péče přijmout od pojištěnce úhradu, pokud souvisí s poskytnutím péče hrazené. Z hlediska „intenzity souvislosti“ (srov. napadený text „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“) rozdělili navrhovatelé tuto související péči či služby do následujících kategorií:

- neoddělitelná péče (případy, kdy zákon stanoví pouze částečnou úhradu z veřejného zdravotního pojištění, např. procentem; časté např. ve stomatologii),
- úzce související péče (pro zlepšení či zachování zdravotního stavu pacienta existuje vhodný přípravek nebo způsob léčby, který není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, resp. určitá základní zdravotní péče hrazena je, přičemž alternativně je k dispozici zdravotní péče kvalitnější, ovšem nehrazená),
- související péče (pojištěnec má zájem dohodnout se na poskytování další péče navazující na péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, která již však hrazena není),
- široce související péče (zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, se kterou souvisí poskytnutí dalších, již nehrazených služeb – např. při poukazu na lázeňskou péči jsou u tzv. příspěvkové lázeňské péče hrazeny pouze léčebné procedury, a nikoli ubytování a strava).

Z toho, co bylo uvedeno výše, je podle navrhovatelů zřejmé, že „souvislost různého typu intenzity mezi péčí hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a zdravotní péčí nehrazenou nepochybně existuje“. Výše úhrady u zdravotní péče nehrazené nebo poskytnuté nepsmluvním zdravotnickým zařízením je věcně regulována ve smyslu § 6 zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, a je pravidelně upravována ve Věstníku Ministerstva financí podle § 10 citovaného zákona. Napadené ustanovení ovšem umožňuje přijmout úhradu pouze v případě, kdy poskytnutá péče nesouvisí se zdravotní péčí hrazenou.

Navrhovatelé uzavřeli, že pokládají za porušení čl. 26 a 31 Listiny situaci, kdy podle jejich názoru občan-pojištěnec prakticky nemá možnost rozhodovat o způsobu, kterým bude pečovat o své zdraví, a to jen proto, že jím zvolený způsob není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění (buď proto, že úhrada je vyloučena či omezena, nebo proto, že dané zdravotnické zařízení není ve smluvním vztahu s příslušnou zdravotní pojišťovnou), ale s péčí hrazenou z tohoto pojištění souvisí. Jestliže pojištěncem zvolené zdravotnické zařízení tuto péči přesto poskytne a přijme za ni úhradu, přestoupí zákon a vystaví se sankci odebrání oprávnění ke své činnosti.

II.

Ústavní soud zaslal v souladu s ustanovením § 42 odst. 3 a 4 a § 69 zákona o Ústavním soudu předmětný návrh k vyjádření Poslanecké sněmovně a Senátu Parlamentu České republiky a vyžádal si i písemné stanovisko Ministerstva zdravotnictví.

Vyjádření Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky

Ve vyjádření Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky ze dne 20. 9. 2002, podepsaném jejím předsedou PhDr. Lubomírem Zaorálkem, je uvedeno, že ustanovení § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění obsahuje výčet práv pojištěnce, mezi která patří také právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmíněk stanovených tímto zákonem, vymezujícím rozsah a podmínky, za nichž je zdravotní péče poskytována. Zákon stanoví, jaká zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a jaká hrazena není, aniž by zakazoval její přímou úhradu. Zdravotní péče je tedy poskytována bez přímé úhrady nebo za částečnou finanční úhradu, nebo – pokud se jedná o zdravotní péči ze zdravotního pojištění nehrazenou – za plnou finanční úhradu. Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče uzavírají zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. V takovém případě zdravotnické zařízení přijímá za poskytnutou péči úhradu od zdravotní pojišťovny. Léčebný výkon je uhrazen a není zde místo pro další úhrady ze stran pojištěnců.

Námítka navrhovatelů, podle níž napadené ustanovení vylučuje provozování zdravotnických zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, je podle vyjádření Poslanecké sněmovny neodůvodněná. Zdravotní péče může být poskytována i zdravotnickými zařízeními, která ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou nejsou. Tímto způsobem mohou poskytovatelé zdravotní péče jednat jako subjekty podnikající samostatně, vlastním jménem, na vlastní zodpovědnost za účelem dosažení zisku, a záleží na vůli a finančních možnostech občanů, zda si takové zdravotnické zařízení zvolí.

Smyslem napadeného ustanovení, které zakazuje přijímat úhradu od pojištěnce v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, jež je ze zákona hrazena z veřejného zdravotního pojištění, je předejít situaci, kdy by poskytnutí této péče bylo závislé na finančních možnostech pojištěnce. Jeho zrušení by podle názoru Poslanecké sněmovny otevřelo prostor, ve kterém by zdravotnická zařízení a lékaři smluvně vázaní se zdravotní pojišťovnou mohli požadovat od pojištěnců, pro které není vyhledání zdravotní péče volbou ale nutností, různé poplatky (např. registrační či vstupní). Tím by bylo popřeno právo zakotvené v čl. 31 Listiny stejně jako účel zákona o veřejném zdravotním pojištění, který je má zajistit.

Vyjádření Senátu Parlamentu České republiky

Ve vyjádření Senátu Parlamentu České republiky ze dne 20. 9. 2002, podepsaném jeho předsedou doc. JUDr. Petrem Pithartem, se uvádí, že Senát projednával návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 2/1998 Sb.), kterou bylo do tohoto zákona vloženo napadené ustanovení, ve dnech 12. a 13. 11. 1997 na své 9. schůzi v I. funkčním období, a přijal usnesení, kterým návrh vrátil Poslanecké sněmovně s pozměňovacími návrhy. Poslanecká sněmovna vrácený návrh zákona projednala a setrvala na jeho původním schváleném znění. V průběhu projednávání zákona v orgánech Senátu proběhla k návrhu mj. diskuse k navrhované úpravě ustanovení § 11 odst. 1 písm. d). Výsledkem bylo schválení tzv. komplexního pozměňovacího návrhu, kterým Senát řešil zejména problematiku právní jistoty subjektů, jimž lze ukládat sankce za porušení citovaného ustanovení. Pokud však jde o napadené ustanovení, schválil Senát znění velmi podobné znění přijatému Poslaneckou sněmovnou a pokusil se pouze o jednoznačnější vyjádření jeho smyslu („zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči ani v přímé souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“).

Senát schválil uvedené znění pozměňovacího návrhu v přesvědčení, že tento text (a tedy i napadené ustanovení) je v souladu s Ústavou České republiky (dále jen „Ústava“) i Listinou. Zákon o veřejném zdravotním pojištění rozlišuje péči ze zdravotního pojištění hrazenou, nehrazenou a hrazenou částečně. Přitom v těch případech, kdy je péče hrazena, striktně zo-

hledňuje dikci čl. 31 Listiny a neumožňuje za takovou péči vybírat od pojištěnců jakoukoli úplatu. Úprava toho, co je nehrazená, resp. částečně hrazená péče, je pak obsahem dalších ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění. Pokud by měl platit názor navrhovatelů, že napadené ustanovení zakazuje příslušným subjektům přijímat úhrady za poskytnutí zdravotní péče či služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, musela by podle vyjádření Senátu druhá věta ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) znít např. takto: „Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění přijmout od pojištěnce žádnou úhradu, a to včetně úhrady za zdravotní péči nehrazenou nebo částečně hrazenou, přestože je tato péče poskytnuta v souvislosti s péčí hrazenou.“.

Vyjádření je uzavřeno konstatováním, že Senát není toho názoru, že napadené ustanovení omezuje nad rámec ústavních možností právo podnikat ve zdravotnictví; v této souvislosti se Senát také nemohl ztotožnit ani se závěry navrhovatelů, že občanům je bráněno realizovat podle svých představ právo na ochranu zdraví podle citovaného článku Listiny.

Stanovisko Ministerstva zdravotnictví České republiky

Ministerstvo zdravotnictví ve svém písemném stanovisku ze dne 2. 10. 2002 zejména uvedlo, že je-li pojištěnci poskytnuta zdravotní péče v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění, má pojištěnec právo na tuto péči bez přímé úhrady. Toto právo je „zrcadlově“ zajištěno povinností lékařů, jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví a zdravotnických zařízení zdržet se jednání, které by toto právo omezovalo či negovalo. V samotné dikci napadeného ustanovení „za tuto péči“ a „v souvislosti s poskytnutím této péče“ není podle ministerstva praktický rozdíl, obě směřuje k zajištění nesporného práva pojištěnce na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud je mu poskytnuta v rozsahu předmětného zákona. Ministerstvo zdravotnictví se naopak domnívá, že pokud by bylo napadené ustanovení zrušeno a tedy vypuštěn text „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“, mohlo by dojít k relativizaci deklarovaného práva pojištěnce. Problematika přímé úhrady poskytnuté zdravotní péče je širší. Jde o koncepční záležitost, přesahující ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění i návrh skupiny poslanců. Ministerstvo je proto toho názoru, že tyto otázky by měly být řešeny v kontextu celé zdravotní politiky České republiky; návrh na zrušení napadeného ustanovení je proto v tomto smyslu nesystémový.

Dále ministerstvo poznamenalo, že napadené ustanovení nevylučuje poskytování zdravotní péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nic nebrání tomu, aby za zdravotní péči, přesahující vymezení dané zákonem o veřejném zdravotním pojištění, mohla být vybírána úhrada. K rozporu s právem podnikat a provozovat hospodářskou činnost podle ministerstva rovněž nedochází. Právo podnikat mají nestátní zdravotnická zařízení a lékaři v souladu se zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Za „podnikání“ však podle stanoviska ministerstva nelze považovat inkasování finančních prostředků od pacientů v podobě např. různých vstupních či registračních poplatků a sponzorských darů. Nelze souhlasit s tím, že předmětné ustanovení vylučuje provozování zdravotnických zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Nárokem pojištěnce není poskytnutí zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jakémkoli zdravotnickém zařízení, ale v takovém, které má uzavřenu smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou (výjimkou je poskytnutí tzv. neodkladné zdravotní péče).

K rozdělení péče na „neoddělitelnou, úzce související, související a široce související“ ministerstvo uvedlo, že jde o dělení zavádějící a účelové. Je třeba vycházet z toho, v jakém rozsahu a za jakých podmínek je zdravotní péče podle zákona hrazena. K provedené „analýze intenzity“ se ve stanovisku dále podotýká, že zákon rozlišuje částečně hrazenou péči jen u léčiv a zdravotních prostředků v ambulantní péči. Spoluúčast u léčiv a zdravotnických pro-

středků v lůžkové péči je v zákoně vyloučena. U ostatní zdravotní péče se tato péče hradí plně, nebo nehradí (příslušná příloha zákona).

Podle Ministerstva zdravotnictví by vypuštění napadeného ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění mohli lékaři chápat tak, že je možno od pacientů vybírat bez jakýchkoli omezení částky ať již za zdravotní péči nebo za související péči. Pokud by existovaly a byly zveřejněny tzv. standardy zdravotní péče a zákon o zdravotním pojištění by jednoznačně stanovil, že taková standardní péče je z pojištění hrazena, a že to, co přesahuje rámec standardu, je podřízeno přímé úhradě pojištěncem, byla by situace jiná. Problém však spočívá právě ve skutečnosti, že žádné standardy ani standardní medicínské postupy nejsou nikde popsány a jestliže se lékař domnívá, že poskytnutý zdravotní výkon ze zdravotního pojištění není hrazen, protože pojišťovna hradí jen určitý postup, zdravotní prostředek nebo léčivo, pak pacient nemá žádnou možnost ověřit si, zda tomu tak skutečně je a co mu pojišťovna vlastně hradí. Stávající zákon totiž pouze uvádí, jaký druh péče se hradí, nikoliv jakým postupem či s použitím jakých léčiv či zdravotnických prostředků má být tato péče poskytnuta.

III.

Ústavní soud nejdříve v souladu s § 68 odst. 2 zákona o Ústavním soudu zkoumal, zda zákon, u kterého navrhovatelé namítají protiústavnost jeho ustanovení, byl přijat a vydán v mezích Ústavou stanovené kompetence a ústavně předepsaným způsobem. Z vyjádření obou komor Parlamentu České republiky, jakož i ze zaslaných příslušných sněmovních tisků, údajů o průběhu hlasování a dalších shromážděných materiálů je zřejmé, že zákon o veřejném zdravotním pojištění, jakož i jeho novela, kterou bylo do tohoto zákona vloženo napadené ustanovení (zákon č. 2/1998 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 242/1997 Sb.), byly přijaty a vydány ústavně předepsaným způsobem a v mezích Ústavou stanovené kompetence, při dodržení kvor stanovených v čl. 39 odst. 1 a 2 Ústavy. Návrh citované novely zákona o veřejném zdravotním pojištění byl Senátem vrácen Poslanecké sněmovně s pozměňovacími návrhy. Poslanecká sněmovna vrácený návrh zákona projednala dne 2. 12. 1997 na své 17. schůzi ve druhém volebním období a setrvala na svém původním schváleném znění (ze 183 přítomných poslanců bylo 171 pro a 9 proti). Obdobně pak Poslanecká sněmovna na své 18. schůzi dne 13. 1. 1998 přehlasovala veto prezidenta republiky (ze 192 přítomných poslanců bylo 114 pro a 47 proti). Pro úplnost lze na tomto místě pouze podotknout, že důvody, pro které byl zákon vrácen Senátem a vetován prezidentem republiky, se v zásadě netýkaly podstaty napadeného ustanovení.

Návrh skupiny poslanců na zrušení napadeného ustanovení nedosáhl potřebné většiny 9 hlasů a v důsledku toho jej Ústavní soud zamítl.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 11 odst. 1 písm. d) stanoví, že pojištěnec má právo „na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“. V části páté v § 13 a násl. zákon vymezuje zdravotní péči hrazenou a péči nehrazenou ze zdravotního pojištění, přičemž v příloze 1 k zákonu uvádí seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek.

Navrhovatelé, požadující zrušení části textu § 11 odst. 1 písm. d) citovaného zákona, a to textu „ani v souvislosti s poskytováním této péče“, vycházejí z toho, že podle zákona kromě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění plně existuje celá řada výkonů, prostředků, přípravků i služeb, jež nejsou hrazeny vůbec nebo jen částečně anebo jen při splnění zákonem stanovených podmínek. Navrhovatelé se domnívají, že rozšířením formulace zákazu přijmout od pojištěnce úhradu za poskytnutí bezplatné zdravotní péče o slova „ani

v souvislosti s poskytnutím této péče“ vzniká text natolik obecný, že zahrnuje v podstatě veškerou zdravotní péči včetně té, jež není hrazena, což – dle jejich názoru – povede k tomu, že zdravotnická zařízení, aby se vyhnula podezření z porušování principu bezplatné zdravotní péče, se budou vyhýbat i takovým výkonům, prostředkům i službám, jež nespadají pod pojem bezplatné zdravotní péče. V tomto pojetí dle názoru navrhovatelů napadené ustanovení úplně „vylučuje poskytování zdravotní péče a služeb, které z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny nejsou“. Odtud pak navrhovatelé dovozují porušení jak svobody podnikání, zaručené čl. 26 odst. 1 Listiny, tak i práva každého na ochranu zdraví podle čl. 31 Listiny, neboť pojištěnec nemá právo rozhodovat o způsobu, kterým bude pečovat o své zdraví, jen proto, že jím zvolený způsob není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

Taková interpretace se jeví Ústavnímu soudu jako zcela účelová a nepřiměřená, neboť napadené ustanovení sleduje zřetelně pouze úkony vzájemně související v rámci bezplatné zdravotní péče, tedy úkony, jež podle návětí § 11 odst. 1 písm. d) spadají do „zdravotní péče bez přímé úhrady, pokud ... byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem“. Zákaz přijímání přímé úhrady se tedy týká především samotného výkonu bezplatné zdravotní péče. To plyne z dikce zákona: „za tuto zdravotní péči“, přičemž ze znění předcházející věty je nepochybné, že „touto“ péčí se rozumí „zdravotní péče bez přímé úhrady“ a žádná jiná. Zákaz se rovněž týká i souvislosti s poskytnutím této péče, tedy opět péče bezplatné. Ze znění zákona však současně vyplývá, že nic nebrání ani tomu, aby za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči přímá úhrada od pojištěnců vybírána být mohla. Dle názoru Ústavního soudu napadené ustanovení nemění smysl a obsah zákona, ale zvýrazňuje pouze ochranu sféry bezplatné zdravotní péče před pokusy narušovat její integritu a zužovat její rozsah. Tato interpretace je ústavně konformní a smyslu zákona zcela přiměřená. Jak známo, je-li možná ústavně konformní interpretace zákonného ustanovení, dává jí Ústavní soud přednost před rušením napadeného ustanovení. Tak je tomu i v tomto případě. Ústavní soud je dále názoru, že napadené ustanovení neřeší ani otázku, zda pojištěnec má anebo nemá připlácet na náklady zdravotní péče anebo v jakém rozsahu a v jakých souvislostech připlácet má. To je samo o sobě jiným, a to dalším okruhem problematiky veřejné zdravotní péče.

Ústavní soud rovněž nezjistil rozpor napadeného ustanovení s čl. 26 odst. 1 Listiny a přiklonil se ke stanovisku Ministerstva zdravotnictví, jež odkazuje v této souvislosti na ochranu podnikatelské svobody lékařů v souladu se zákonem č. 160/1992 Sb. Nelze souhlasit ani s tím, že napadené ustanovení vylučuje provozování zdravotnických zařízení, která nejsou ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Nárok pojištěnce ze zákona o všeobecném zdravotním pojištění na bezplatnou péči se zcela přirozeně týká péče poskytnuté v takovém zdravotnickém zařízení, jež má smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Poté, co Ústavní soud zjistil, že důvody uvedené v předloženém návrhu nezakládají protiústavnost napadeného ustanovení, zvážil, zda neexistují jiné důvody, jež by názor o jeho protiústavnosti opravňovaly. Zabýval se především otázkou, zda napadené ustanovení nevybočuje z rámce ústavního zmocnění čl. 31 Listiny, podle něhož mají občané na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon, tedy v rozsahu, který může být cestou zákona rozšiřován nebo zužován, přičemž pouze v mezích tohoto zákona se lze tohoto ústavního práva domáhat (čl. 41 Listiny). Takovým zákonem je nepochybně zákon o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Na tomto základě je tedy ústavně konformní i ustanovení o bezplatnosti zdravotní péče z veřejného pojištění doplněné o dovětek „ani v souvislosti s poskytnutím této péče“, neboť jde o upřesnění, které svým rozsahem představuje jen detail v celkové úpravě zdravotní péče a svým obsahem nenarušuje, ale upřesňuje princip bezplatné zdravotní péče podle čl. 31 Listiny. Vzhledem ke svému rozsahu nemůže být napadená novela ani preinterpretována, jakoby šlo o podstatný zásah do principů úpravy zdravotního pojištění, ani jako

zásah do přiměřené ekvivalence ochrany pojištěnců. Úvahy o tom, že by zrušením napadeného ustanovení zákona mohl být vyslán signál, který by usnadnil rekonstrukci bezplatné léčebné péče směrem k větší spoluúčasti pojištěnců (např. příplatky na nemocniční stravu, na recepty, na léčebné úkony apod.), se jeví Ústavnímu soudu jako zcela vybočující z úkolu, před nímž Ústavní soud v souvislosti s návrhem skupiny poslanců stojí. Případné odstranění novely jako jakýsi první krok ke změně zdravotní politiky státu by znamenalo překročení kompetence Ústavního soudu směrem k ústavně nepřipustné pozici „pozitivního zákonodárce“, inspirátora nových úprav bez ohledu na to, že napadené ustanovení je v souladu s Ústavou. Takový krok přísluší pouze Parlamentu České republiky, jehož úkolem je zvážit možnosti veřejných prostředků a posoudit přiměřenost uplatnění principů ekvivalence a solidarity při celkové úpravě zdravotnictví v nové situaci. Ústavní soud v této souvislosti pouze odkazuje na svůj nále z 12. 4. 1995 sp. zn. Pl. ÚS 12/94, vyhlášený pod č. 92/1995 Sb. a publikovaný také ve svazku 3 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu na str. 123 a násl., a na odlišná stanoviska k němu připojená.

Ústavní soud je si vědom, že tyto otázky jsou součástí celého komplexu problematiky veřejné zdravotní péče, jež vychází z určitých ústavních principů a jež by měla svou celkovou úpravou reagovat na řešení běžná ve vyspělých demokratických státech i mezinárodně dohodnutá, resp. doporučená stanoviska.

Proto se – spíše na okraj – Ústavní soud zabýval i východisky, jež mohou, byť nepřímou, mít vliv i na koncepci jednotlivého ustanovení představujícího pouze určitý detail celkové úpravy všeobecného zdravotního pojištění.

Ústavní soud vychází ve svých úvahách z ústavní koncepce ochrany zdraví, jež je zakotvena v čl. 6 odst. 1 Listiny, podle něhož „Každý má právo na život,“ a v čl. 31 Listiny, který zní: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

Listině odpovídá i zákonný rámec poskytování zdravotní péče. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění, v čl. III vychází z toho, že předpokladem péče o zdraví lidu je „pohotovité uplatňování výsledků vědeckého výzkumu v praxi“, a v § 11 odst. 1 stanoví, že zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči „v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy“. Shodně pak i zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů, ukládá v § 1 poskytovat zdravotní péči „vhodnými, bezpečnými a účinnými zdravotnickými prostředky“.

Tím je stanoven v souladu s ústavními principy vývojový trend veřejné zdravotní péče ve směru kvalitní, plnohodnotné a účinné péče na základě rovného postavení všech pojištěnců. Z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, „levnější“ ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, „dražší“, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu „lepších“ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění. Toto pojetí odpovídá i mezinárodním konvencím, jako je Úmluva o lidských právech a biomedicině, i doporučením, např. Doporučení Rec (2001)13 Výboru ministrů členským státům Rady Evropy, jež bylo schváleno 10. 10. 2001. Výbor ministrů přitom zdůraznil, že čl. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicině vyžaduje, aby subjekty uzavírající smlouvy o zdravotní péči zajistily rovnou dostupnost ke zdravotní péči patřičné kvality. Ústavní soud dodává, že i čl. 4 této Úmluvy stanoví povinnost „jakýkoliv

zárok v oblasti péče o zdraví...provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy“. Úmluva sama vstoupila pro Českou republiku v platnost 1. 10. 2001 (č. 96/2001 Sb. m. s.).

Český zákon o veřejném zdravotním pojištění v příloze 1 uvádí seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených anebo hrazených jen za určitých podmínek, v příloze 2 oddílu A pak seznam léčivých látek, u nichž definuje látky plně hrazené, částečně hrazené a nehrazené z veřejného pojištění, a v oddílu B uvádí seznam látek s indikačním a preskribčním omezením. V příloze 3 jsou obsaženy seznamy prostředků zdravotnické techniky nehrazených i prostředků hrazených zdravotním pojištěním a příloha 4 se týká stomatologických výrobků s označením úhrady pojišťovnou, resp. s vyznačením maximální částky této úhrady. I z této úpravy je zřejmé, že napadené ustanovení zákona nevylučuje a nemůže vyloučit ze zdravotní péče poskytování služeb, jež nejsou z povinného pojištění hrazeny.

Lze přiznat, že dosavadní úprava není dosti přehledná, takže může být prostý pojištěnec občas s úspěchem odkazován na přímou platbu i tam, kde to není opodstatněné. Má-li se veřejné zdravotní pojištění přibližovat evropskému standardu, bylo by patrně třeba, aby zákon jednoznačně a srozumitelně vymezil možnosti soukromé platby pojištěnců, patrně podobně, jako je tomu ve vyspělých evropských státech, Německu, Švýcarsku aj. Tak např. v Německu, přestože je kolem 10 % obyvatel soukromoprávně pojištěno u komerčních pojišťoven, kvalita soukromé péče se poskytuje na shodné úrovni s veřejným zdravotním pojištěním a podle společných celostátních směrnic. Ve veřejných nemocnicích se poskytují shodné zdravotní výkony včetně shodných typů zdravotnických materiálů pevně spojených s lidským tělem, např. endoprotézy, jak pro soukromě pojištěné osoby, tak pro pojištěnce zákonných nemocenských pojišťoven, a to včetně časového zařazování pacientů ke zdravotním výkonům podle odborných kritérií, a nikoli podle schopnosti připlatit si. Soukromý pacient nebo veřejně pojištěná osoba si mohou ve veřejných nemocnicích jako doplňkové úkony a služby objednat a zvláště zaplatit jen úředně schvalované položky s úředně potvrzenými cenami, jejichž poskytnutí neovlivňuje úroveň zdraví, např. zvláštní ubytování, stravování, svobodný výběr lékaře či sestry, jiný typ obvazu či léku.

Nicméně však, odhlédneme-li od celkové problematiky našeho zdravotnictví a vrátíme-li se k návrhu skupiny poslanců, nelze nevidět, že napadené ustanovení novely českého zákona se týká pouze jednoho, a to dílčího problému v celkové úpravě veřejné zdravotní péče. Úkolem Ústavního soudu není proto posuzování této celkové úpravy zdravotnictví ani novely zákona jako celku. Smyslem napadeného ustanovení je nepochybně čelit nezákonnému vybírání peněz za ty poskytnuté služby, jež jsou hrazeny z povinného všeobecného zdravotního pojištění, ať to jsou různé registrační poplatky a režijní příplatky anebo pak úhrady za takový typ zdravotních a léčebných výkonů, které jsou označovány za „lepší“, nadstandardní a dražší, a to přestože jde o typy, jež spadají do sféry služeb plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Po přezkoumání návrhu skupiny poslanců dospěl Ústavní soud ze všech uvedených důvodů k závěru, že návrh na zrušení napadeného ustanovení není důvodný, a proto jej zamítl.

Předseda Ústavního soudu:

JUDr. **Holeček** v. r.

Podle § 14 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů, zaujali k rozhodnutí pléna odlišné stanovisko soudci JUDr. Vojtěch Cepl, JUDr. Vladimír Čermák, JUDr. Vojen Güttler, JUDr. Pavel Holländer, JUDr. Jiří Malenovský, JUDr. Jiří Mucha a JUDr. Antonín Procházka.



Vydává a tiskne: Tiskárna Ministerstva vnitra, p. o., Bartůňkova 4, pošt. schr. 10, 149 01 Praha 415, telefon: 272 927 011, fax: 974 887 395 – **Redakce:** Ministerstvo vnitra, Nad Štolou 3, pošt. schr. 21/SB, 170 34 Praha 7-Holešovice, telefon: 974 832 341 a 974 833 502, fax: 974 833 502 – **Administrace:** písemné objednávky předplatného, změny adres a počtu odebíraných výtisků – MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, telefon: 519 305 161, fax: 519 321 417. Objednávky ve Slovenské republice přijímá a titul distribuuje Magnet-Press Slovakia, s. r. o., Teslova 12, 821 02 Bratislava, tel.: 00421 2 44 45 46 28, fax: 00421 2 44 45 46 27. **Roční předplatné** se stanovuje za dodávku kompletního ročníku včetně rejstříku a je od předplatitelů vybíráno formou záloh ve výši oznámené ve Sbírce zákonů. Závěrečné vyúčtování se provádí po dodání kompletního ročníku na základě počtu skutečně vydaných částek (první záloha na rok 2003 činí 3000,- Kč) – Vychází podle potřeby – **Distribuce:** MORAVIAPRESS, a. s., U Póny 3061, 690 02 Břeclav, celoroční předplatné – 516 205 176, 519 305 176, objednávky jednotlivých částek (dobírky) – 516 205 179, 519 305 179, objednávky-knihkupci – 516 205 161, 519 305 161, faxové objednávky – 519 321 417, e-mail – sbirky@moraviapress.cz, zelená linka – 800 100 314. **Internetová prodejna:** www.sbirkyzakonu.cz – **Drobný prodej – Benešov:** Oldřich HAAGER, Masarykovo nám. 231; **Brno:** Ing. Jiří Hrazdil, Vranovská 16, SEVT, a. s., Česká 14, Knihkupectví JUDr. Oktavián Kocián, Příkop 6, tel.: 545 175 080; **Břeclav:** Prodejna tiskovin, 17. listopadu 410, tel.: 519 322 132, fax: 519 370 036; **České Budějovice:** SEVT, a. s., Česká 3; **Hradec Králové:** TECHNOR, Wonkova 432; **Hrdějovice:** Ing. Jan Fau, Dlouhá 329; **Cheb:** EFREX, s. r. o., Karlova 31; **Chomutov:** DDD Knihkupectví – Antikvariát, Ruská 85; **Kadaň:** Knihárství – Příbicková, J. Švermy 14; **Kladno:** eL VaN, Ke Stadionu 1953; **Klatovy:** Krameriovo knihkupectví, nám. Míru 169; **Liberec:** Podještědské knihkupectví, Moskevská 28; **Litoměřice:** Jaroslav Tvrdlík, Lidická 69, tel.: 416 732 135, fax: 416 734 875; **Most:** Knihkupectví „U Knihomila“, Ing. Romana Kopková, Moskevská 1999; **Olomouc:** ANAG, spol. s r. o., Denisova č. 2, Zdeněk Chumchal – Knihkupectví Tycho, Ostružnická 3; **Ostrava:** LIBREX, Nádražní 14, Profesio, Hollarova 14, SEVT, a. s., Nádražní 29; **Otrokovice:** Ing. Kučeřík, Jungmannova 1165; **Pardubice:** LEJHANEČ, s. r. o., třída Míru 65; **Plzeň:** ADMINA, Úslavská 2, EDICUM, Vojanova 45, Technické normy, Lábkova pav. č. 5; **Praha 1:** Dům učebnic a knih Černá Labuť, Na Poříčí 25, FIŠER-KLEMENTINUM, Karlova 1, LINDE Praha, a. s., Opletalova 35, Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Na Florenci 7–9, tel.: 606 603 946, e-mail: prodejna.zakonu@moraviapress.cz, PROSPEKTRUM, Na Poříčí 7, Knihkupectví Seidl, Štěpánská 30, NEOLUXOR s. r. o., Václavské nám. 41; **Praha 2:** ANAG, spol. s r. o., nám. Míru 9 (Národní dům); **Praha 4:** PROSPEKTRUM, Nákupní centrum Budějovická, Olbrachtova 64, SEVT, a. s., Jihlavská 405, Donáška tisku, Nuselská 53, tel.: 272 735 797-8; **Praha 5:** SEVT, a. s., E. Peškové 14; **Praha 6:** PPP – Staňková Isabela, Puškinovo nám. 17; **Praha 8:** JASIPA, Zenklova 60, Specializovaná prodejna Sbírky zákonů, Sokolovská 35, tel.: 224 813 548; **Praha 9:** Abonentní tiskový servis-Ing. Urban, Jablonecká 362; **Praha 10:** BMSS START, s. r. o., Vinohradská 190, Mediaprint & Kapa Pressegross, Štěrboholská 1404/104; **Přerov:** Knihkupectví EM-ZET, Bartošova 9; **Sokolov:** KAMA, Kalousek Milan, K. H. Borovského 22, tel.: 352 303 402; **Šumperk:** Knihkupectví D & G, Hlavní tř. 23; **Tábor:** Milada Šimonová – EMU, Budějovická 928; **Teplíce:** Knihkupectví L & N, Masarykova 15; **Trutnov:** Galerie ALFA, Bulharská 58; **Ústí nad Labem:** Severočeská distribuční, s. r. o., Havířská 327, tel.: 475 603 866, fax: 475 603 877, Kartoon, s. r. o., Solvayova 1597/3, Vazby a doplňování Sbírky zákonů včetně dopravy zdarma, tel.+fax: 475 501 773, www.kartoon.cz, e-mail: kartoon@kartoon.cz; **Zábřeh:** Mgr. Ivana Patková, Žižkova 45; **Zátec:** Prodejna U Pivovaru, Žižkovo nám. 76, Jindřich Procházka, Bezděkov 89 – Vazby Sbírky, tel.: 415 712 904. **Distribuční podmínky předplatného:** jednotlivé částky jsou expedovány neprodleně po dodání z tiskárny. Objednávky nového předplatného jsou vyřizovány do 15 dnů a pravidelné dodávky jsou zahajovány od nejbližší částky po ověření úhrady předplatného nebo jeho zálohy. Částky vyšlé v době od začevdování předplatného do jeho úhrady jsou doposílány jednorázově. Změny adres a počtu odebíraných výtisků jsou prováděny do 15 dnů. **Reklamacce:** informace na tel. čísle 519 305 168. V písemném styku vždy uvádějte IČO (právnícká osoba), rodné číslo (fyzická osoba). **Podávání novinových zásilek** povoleno Českou poštou, s. p., Odštěpný závod Jižní Morava Ředitelství v Brně č. j. P/2-4463/95 ze dne 8. 11. 1995.