2003/06/04 - PL. ÚS 14/02: БЕЗОПЛАТНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

# Вступні зауваження

**Оскаржуване положення чітко поширюється лише на питання, що є взаємопов'язаними як складові безкоштовної медицини, тобто такі, що, відповідно до § 11 ч. 1 п. d) підпадають під визначення «медична допомога, що надається без прямої оплати, якщо … вона надана в обсягах та на умовах, передбачених цим Законом». Таким чином, заборона на стягнення прямої оплати стосується у першу чергу надання власне безоплатної медичної допомоги. Це випливає з наступного формулювання Закону: «для такої медичної допомоги»; з попереднього речення безсумнівним є те, що «така» допомога означає «медична допомога, що надається без прямої оплати», і нічого більше. Заборона також стосується зв'язку між наданням такої допомоги, тобто знову ж безкоштовної допомоги. Водночас, текст Закону вказує на те, що не існує перешкод для стягнення прямої оплати із застрахованих осіб за медичні послуги, надані за межами умов, визначених для безкоштовного медичного обслуговування. На думку Конституційного Суду, оспорюване положення не змінює мету та суть Закону, а тільки наголошує на захисті сфери безкоштовної медицини від спроб піддати сумніву її вірність принципам професійної етики та звуження її обсягів. Це тлумачення є конституційним та достатньою мірою пропорційним змісту Закону.**

# КОНСТИТУЦІЙНИЙ СУД ЧЕСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

**РІШЕННЯ**

# ІМЕНЕМ ЧЕСЬКОЇ РЕСПУБЛІКИ

Пленум Конституційного Суду сьогодні прийняв рішення по суті звернення групи депутатів Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки щодо вилучення частини другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких дотичних законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями, а саме слів «або у зв'язку з наданням такої допомоги», яким постановив:

# залишити клопотання без задоволення.

**МОТИВУВАЛЬНА ЧАСТИНА**

I.

17 травня 2002 року до Конституційного Суду надійшло звернення групи депутатів від 14 травня 2002 року з проханням вилучити частину другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких дотичних законів № 48/1997 Coll. («Закон про державне медичне страхування»), зі змінами та поправками, а саме слів «або у зв'язку з наданням такої допомоги».

Конституційний Суд дійшов висновку на основі сторінки з підписами депутатів, що додається, що умов, визначених у § 64 ч. 1 п. b) Закону по Конституційний Суд № 182/1993 Coll. зі змінами і доповненнями («Закон про Конституційний Суд») було дотримано, оскільки звернення підписали 54 депутати. Депутат Марек Бенда був визначений представником заявників у розгляді справи Конституційним Судом. Після усунення певних формальних недоліків у вигляді подання від представника заявників, що надійшло до Конституційного Суду 11 липня 2002 року, Конституційний Суд зміг перейти до розгляду звернення по суті.

На думку групи депутатів, оскаржуване положення Закону суперечить ст. 3 ч. 3, ст. 4 ч. 4, ст. 26 та ст. 31 Хартії основних прав і свобод. Спочатку заявники звернули увагу на те, що, на їхню думку, оскаржуване положення охоплює питання, які не належать до сфери регулювання закону про загальне медичне страхування (зокрема, вони вказують на § 1). Вони стверджують, що це положення не має прямого зв'язку з іншими частинами Закону і практично виключає надання медичної допомоги та послуг, які не відшкодовується за рахунок коштів державного медичного страхування.

Заявник вбачає неузгодженість зі ст. 26 ч. 1 Хартії основних прав і свобод у тому, що зазначеній групі осіб (лікарям та іншим медичним працівникам, медичним установам) забороняється отримувати плату від іншої групи людей (застрахованих осіб) за надану допомогу або послуги, вартість яких не відшкодовується загальною медичною страховкою, якщо це пов'язано з наданням медичних послуг, передбачених такою страховкою. За їхнім твердженням, це призводить до істотного обмеження надання медичної допомоги. Відповідно до ст. 26 ч. 2 Хартії основних прав і свобод, закон може визначати умови та обмеження для здійснення певних професійних дій або діяльності, але, на думку заявників, оскаржуване положення обмежує зазначені права у спосіб, що не відповідає ст. 4 ч. 4 Хартії основних прав і свобод, оскільки не зберігає їхню сутність та значення. Вони стверджують, що у випадку, коли особа уповноважена надавати медичну допомогу, і коли, крім медичних послуг, надання яких повністю відшкодовується за рахунок загального медичного страхування, також надаються послуги, що не покриваються таким страхуванням, практично виключається право займатись комерційною діяльністю, якщо ми забороняємо такій особі отримувати плату за зазначені послуги, надані особі, яка має державну медичну страховку, якщо це пов'язано із наданням медичної допомоги, вартість якої покривається загальною медичною страховкою. Отже, стверджується, що оскаржуване положення фактично усуває можливості для діяльності медичних закладів, які не уклали контрактів із компаніями медичного страхування.

Стосовно твердження щодо неузгодженості оспорюваного положення зі ст. 31 Хартії основних прав і свобод заявники вказують на те, що заборона стягувати оплату за надання медичної допомоги або послуг, які не покриваються державним медичним страхуванням, також призводить до обмеження надання медичної допомоги громадянам – застрахованим особам – унаслідок чого, на думку заявників, вони не можуть реалізувати свої право на охорону здоров'я, передбачене зазначеною статтею Хартії основних прав і свобод.

Заявники також стверджують, що певні процедури, заходи, медичні або допоміжні препарати не покриваються державною медичною страховкою взагалі (наприклад, акупунктура), а деякі покриваються лише обмежено (наприклад, лікування, пов'язане з позаматковою вагітністю – максимум три рази в житті), а деякі тільки частково (75% ціни на певні засоби медичної допомоги). У деяких випадках покривається лише «базова» медична допомога (наприклад, найменш економічно вимоглива версія медичних послуг). Отже, Закон визначає безоплатне лікування відповідно до ст. 31 Хартії основних прав і свобод, але, як стверджують заявники, оскаржуване положення забороняє медичним установами стягувати плату із застрахованої особи за лікування, не передбачене у визначенні такого безоплатного лікування, якщо воно пов'язане із наданням допомоги, вартість якого покривається страховкою. Щодо «інтенсивності зв'язку» (див. в оскаржуваному тексті «або у зв'язку з наданням такої допомоги») заявники розділили таку пов'язану допомогу або послуги на наступні категорії:

* невід'ємні послуги (випадки, коли Закон передбачає тільки часткове покриття за рахунок державного медичного страхування, тобто певний відсоток, що є поширеним, наприклад, в стоматології)
* тісно пов'язані послуги (існує відповідний препарат або метод лікування для покращення або збереження стану здоров'я пацієнта, який не відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, або відшкодовується певне базове лікування, але наявна альтернативна медична допомога вищого рівня не відшкодовується)
* пов'язані послуги (застрахована особа бажає отримувати подальше лікування після надання їй медичної допомоги за рахунок державного медичного страхування, але це не відшкодовується)
* слабо пов'язані послуги (медичний заклад надає медичні послуги за рахунок державного медичного страхування, які пов'язані з наданням інших послуг, що не відшкодовуються – наприклад, санаторно-курортне лікування із «супутніми» санаторно-курортними послугами, коли відшкодовуються тільки процедури, але не проживання та харчування).

На думку заявників, з вищенаведеного видно, що «безсумнівно, існують зв'язки різної інтенсивності між допомогою, що відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, і медичною допомогою, що не відшкодовується». Розмір оплати послуг, що не відшкодовуються, або послуг, що надаються медичним закладом, який не уклав відповідних договорів, визначається відповідно до § 6 Закону про ціни № 526/1990 Coll. зі змінами і доповненнями, який регулярно оновлюється у Віснику Міністерства фінансів згідно з § 10 цього Закону. Звичайно, оскаржуване положення дозволяє стягувати плату, але тільки у тому випадку, коли надані послуги не пов'язані з медичною допомогою, яка надається за рахунок страхування.

Заявники підсумовують, що вони вбачають порушення ст. 26 та ст. 31 Хартії основних прав і свобод у ситуації, коли, на їхню думку, застрахований громадянин практично не має можливості вирішувати, в який спосіб він буде дбати про своє здоров'я, тільки тому, що напрямок лікування, який він обирає, не повністю відшкодовується за рахунок державного медичного страхування (або через те, що оплата забороняється чи обмежується, або через те, що конкретний медичний заклад на підписав договір з відповідною медичною страховою компанією), але пов'язаний з лікуванням, що надається за рахунок страховки. Якщо медичний заклад, обраний застрахованою особою, все одно надає послугу та приймає за неї оплату, він порушує закон, що тягне за собою покарання у вигляді відкликання дозволу здійснювати відповідну діяльність.

II.

Відповідно до § 42 ч. 3, 4 та § 69 Закону про Конституційний Суд, Суд направив вказане звернення до Палати депутатів та Сенату Парламенту Чеської Республіки для отримання їхньої офіційної позиції, а також запросив письмову заяву від Міністерства охорони здоров'я з викладенням його позиції.

Заява Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки

У заяві Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки від 20 вересня 2002 року, підписаній Головою Палати, д-ром філософії Любомиром Заоралеком, стверджується, що § 11 Закону про державне медичне страхування містить перелік прав застрахованої особи, який включає у себе право на отримання медичної допомоги без прямої оплати, якщо вона надана в обсягах та на умовах, передбачених цим Законом, що визначає обсяги та умови надання медичної допомоги. Закон визначає, яка медична допомога надається за рахунок державного медичного страхування, а яка – ні, не забороняючи при цьому здійснення прямої оплати. Таким чином, медична допомога надається без стягнення прямої оплати або за часткову оплату, або – у випадку, коли медичне обслуговування не покривається медичним страхуванням – за повну оплату. Для забезпечення високих стандартів надання медичної допомоги медичні страхові компанії укладають договори про надання медичної допомоги з медичними закладами. У цьому випадку медичний заклад отримує оплату за надані послуги від медичної страхової компанії. Надане лікування оплачується, і застрахована особа не повинна більше нічого платити.

На думку Палати депутатів, твердження заявників про те, що оскаржуване положення забороняє діяльність медичних закладів, що не уклали договорів із медичними страховими компаніями, є необґрунтованим. Медичну допомогу також надають медичні заклади, що не мають укладених договорів із медичною страховою компанією. Отже, надавачі медичних послуг можуть діяти як суб'єкти, що здійснюють свою діяльність незалежно з метою отримання прибутку, і громадяни в залежності від свого бажання та фінансових можливостей можуть обирати такі медичні заклади.

Оскаржуване положення, яким забороняється стягувати оплату із застрахованих осіб у зв'язку із наданням медичної допомоги, яка відповідно до закону відшкодовується за рахунок державного медичного страхування, спрямоване на уникнення ситуації, коли надання такої допомоги залежало б від фінансової спроможності застрахованої особи. На думку Палати депутатів, його скасування створило б умови, в яких медичні заклади та лікарі, що пов'язані договорами з медичними страховими компаніями, можуть вимагати оплату (наприклад, за плату реєстрацію або внесок) від застрахованих осіб, для яких отримання медичної допомоги є не вибором, а необхідністю. Це порушило б право, передбачене у ст. 31 Хартії основних прав і свобод, а також суть Закону про державне медичне страхування, що полягає у його забезпеченні.

Заява Сенату Парламенту Чеської Республіки

У Заяві Сенату Парламенту Чеської Республіки від 20 вересня 2002 року, підписаній Головою Сенату, д-ром права Петром Пітхартом, зазначається, що Сенат розглянув проєкт поправок до Закону про державне медичне страхування (Закон № 2/1998 Coll.), якими запроваджувалось доповнення цього Закону оскаржуваним положенням, 12 та 13 листопада 1997 року на 9-й сесії першого скликання і прийняв постанову про повернення законопроєкту до Палати депутатів з пропозиціями про внесення правок. Палата депутатів розглянула повернутий проєкт поправок та знову затвердила попередньо прийнятий текст. Під час обговорення Закону в комітетах Сенату серед іншого відбувалась дискусія щодо пропонованої редакції § 11 ч. 1 п. d). За результатами розгляду було прийнято «комплексну» пропоновану поправку, в якій Сенат вирішував зокрема питання правової визначеності для осіб, щодо яких може бути застосовано покарання за порушення зазначеного положення. Водночас, що стосується оскаржуваного положення, Сенат затвердив текст, дуже схожий на той, що був прийнятий Палатою депутатів, і тільки спробував чіткіше висловити його мету («медичний заклад не може стягувати будь-яку оплату з застрахованої особи за таку медичну допомогу або послуги, що безпосередньо пов'язані з такою допомогою»).

Сенат затвердив такий текст пропонованої поправки, виходячи з переконання, що він (а отже і оскаржуване положення) відповідає Конституції Чеської Республіки та Хартії основних прав і свобод. Закон про державне медичне страхування розділяє медичну допомогу на таку, що відшкодовується за рахунок медичного страхування, що не відшкодовується, і таку, що відшкодовується частково. У тих випадках, коли її вартість відшкодовується, має бути суворо дотримано редакції ст. 31 Хартії про основні права і свободи і не дозволяється стягування будь-якої оплати із застрахованої особи за таку допомогу. Визначення того, що не відшкодовується або частково відшкодовується, міститься в інших положеннях Закону про державне медичне страхування. Відповідно до заяви Сенату, якщо вважати правильним твердження заявників про те, що оскаржуване положення забороняє відповідній особі стягувати плату за надання медичної допомоги або медичних послуг, що не покриваються державним медичним страхуванням, друге речення § 11 ч. 1 п. d) мало б бути викладене, наприклад, наступним чином: «Лікар чи інший медичний спеціаліст або медичний заклад не може отримувати будь-яку оплату від застрахованої особи за медичну допомогу, що покривається медичним страхуванням, включаючи оплату за медичну допомогу, що не покривається або частково покривається за рахунок медичного страхування, навіть якщо така допомога надається у зв'язку з допомогою, що покривається страхуванням».

Заява завершується твердженням про те, що Сенат не вважає, що оскаржуване положення обмежує право здійснювати комерційну діяльність у сфері охорони здоров'я, виходячи за межі конституційних повноважень; у цьому зв'язку Сенат також не може погодитись із висновком заявників про те, що громадянам не дозволяється реалізувати відповідно до своїх бажань право на охорону здоров'я, передбачене у зазначеній статті Хартії про основні права і свободи.

Позиція Міністерства охорони здоров'я Чеської Республіки

У своїй письмовій заяві від 2 жовтня 2002 року Міністерство охорони здоров'я зазначило, зокрема, що якщо застрахованій особі надається медична допомога в обсягах та на умовах, визначених Законом про державне медичне страхування, застрахована особа має право на отримання такої допомоги без прямої оплати. Це право «віддзеркалене» в обов'язку лікарів, медичних спеціалістів та медичних закладів утримуватись від поведінки, яка б обмежувала або заперечувала це право. На думку Міністерства, не існує практичної відмінності у формулюванні оскаржуваного положення «для такої допомоги» та «у зв'язку з наданням такої допомоги»; обидві фрази спрямовані на гарантування беззаперечного права застрахованої особи на отримання медичної допомоги без прямої оплати, якщо вона надається в обсягах, передбачених Законом. Натомість, Міністерство охорони здоров'я вважає, що у разі скасування оскаржуваного положення та видалення тексту «або у зв'язку з наданням такої допомоги», зазначене право застрахованої особи стало б відносним. Питання прямої оплати за надану медичну допомогу є ширшим. Це концептуальне питання, що виходить за рамки положення Закону про державне медичне страхування та звернення групи депутатів. Тому Міністерство вважає, що ці питання мають розглядатись у контексті загальної політики охорони здоров'я Чеської Республіки; таким чином, звернення щодо скасування оскаржуваного положення у цьому відношенні є несистемним.

Крім цього, Міністерство відзначає, що оскаржуване положення не забороняє надання медичної допомоги, яка не покривається державним медичним страхуванням. Ніщо не забороняє стягувати плату за медичну допомогу, що виходить за рамки визначення, наведеного у Законі про державне медичне страхування. Так само, на думку Міністерства, відсутня невідповідність із правом здійснювати комерційну та господарську діяльність. Недержавні медичні заклади та лікарі мають право займатись комерційною діяльністю відповідно до Закону про охорону здоров'я в недержавних медичних закладах № 160/1992 Coll. зі змінами і доповненнями. Однак, відповідно до позиції Міністерства, отримання грошей від пацієнтів у вигляді, наприклад, різних внесків або плати за реєстрацію чи благодійних пожертв не можуть вважатись «комерційною діяльністю». Воно також не погоджується, що зазначене положення усуває можливості для діяльності медичних закладів, які не уклали договорів із компанією медичного страхування. Застрахована особа не має права на отримання медичної допомоги, передбаченої медичним страхуванням, у будь-якому закладі охорони здоров’я, а лише в закладі, який уклав договір зі її медичною страховою компанією (виняток становить надання невідкладної медичної допомоги).

Стосовно розділення допомоги на «невід'ємну, тісно пов'язану, пов'язану та слабо пов'язану» Міністерство стверджує, що таке розділення є оманливим та самоцільним. Слід починати із запитання про те, в якому обсязі та на яких умовах вартість надання медичної допомоги відшкодовується відповідно до Закону. У своїй заяві Міністерство зауважує стосовно «аналізу інтенсивності», що Закон виділяє часткове відшкодування вартості медичної допомоги лише для лікарських засобів та медичних засобів при наданні амбулаторної допомоги. Доплата за медикаменти та медичні засоби під час стаціонарного лікування Законом забороняється. В інших випадках надання медичної допомоги така допомога оплачується повністю або не оплачується (згідно із відповідним додатком до Закону).

На думку Міністерства охорони здоров'я, лікарі можуть зрозуміти видалення оскаржуваного положення Закону про державне медичне страхування як те, що можна брати плату з пацієнтів без будь-яких обмежень, незалежно від того, чи за медичну допомогу чи за пов'язані послуги. Якби існували та були б опубліковані стандарти охорони здоров’я, а Закон про медичне страхування чітко би передбачав, що така стандартна медична допомога покривається страхуванням і що все, що перевищує стандарт, має оплачуватись безпосередньо застрахованою особою, ситуація була б іншою. Однак, проблема полягає у тому, що жодні стандарти або стандартні медичні процедури ніде не описані, і якщо лікар вважає, що конкретне найменування медичної допомоги не покривається медичним страхуванням, тому що страхова компанія покриває лише певні процедури, медичні засоби або ліки, тоді пацієнт не має можливості перевірити, чи це дійсно так і що саме покриває страхова компанія. Чинний Закон визначає лише, який вид допомоги покривається страховкою, але не за допомогою якої процедури має надаватись ця допомога або які ліки чи медичні засоби мають використовуватись для її надання.

III.

Конституційний Суд відповідно до § 68 ч. 2 Закону про Конституційний Суд розглянув, чи Закон, положення якого, за твердженням заявників, є неконституційними, був прийнятий та виданий у рамках конституційно передбаченої юрисдикції та у конституційний спосіб. Із заяв обох палат Парламенту Чеської Республіки, а також документів, отриманих від Палати депутатів, інформації про порядок голосування та інших зібраних матеріалів вбачається, що Закон про державне медичне страхування, а також поправка, якою було внесене оскаржуване положення (Закон № 2/1998 Coll. про внесення змін і доповнень до Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх № 48/1997 Coll. з поправками, внесеними Законом № 242/1997 Coll.), були прийняті та видані у визначеному Конституцією порядку та в межах конституційно передбаченої юрисдикції, а також, що кворуми, передбачені у   
ст. 39 ч. 1 та 2 Конституції були дотримані. Законопроєкт про внесення поправок до Закону про державне страхування був повернений Сенатом до Палати депутатів з пропонованим змінами. Палата депутатів розглянула повернутий законопроєкт 2 грудня 1997 року на своїй 17-й сесії другого скликання та знову затвердила початкову версію тексту (зі 183 присутніх депутатів 171 проголосували «за» та 9 «проти»). Так само, Палата депутатів на своїй 18-й сесії 13 січня 1998 року подолала вето Президента Республіки (зі 192 присутніх депутатів 114 проголосували «за» та 47 «проти»). Задля забезпечення повноти розгляду слід зазначити, що підстави, з яких Закон був повернутий Сенатом та заветований Президентом Республіки, по суті не стосувались змісту оскаржуваного положення.

Звернення групи депутатів щодо скасування оскаржуваного положення не отримало необхідної більшості з 9 голосів, на підставі чого Конституційний Суд залишив його без задоволення.

Закон про державне медичне страхування передбачає у § 11 ч. 1 п. d), що застрахована особа має право на «медичну допомогу, що надається без прямої оплати, якщо вона надана в обсягах та на умовах, передбачених цим Законом. Лікар чи інший медичний спеціаліст не може отримувати будь-яку оплату від застрахованої особи за медичну допомогу у зв'язку із наданням такої медичної допомоги». У частині п'ятій § 13 та далі Закон визначає медичну допомогу, вартість якої відшкодовується та не відшкодовується за рахунок медичного страхування, а Додаток 1 до Закону містить перелік видів медичної допомоги, що не покривається медичним страхуванням або покривається лише за певних умов.

Заявники, вимагаючи скасування частини тексту § 11 ч. 1 п. d) Закону, а саме слів «або у зв'язку із наданням такої допомоги», виходять з того, що згідно із Законом, крім медичної допомоги, що повністю покривається державним медичним страхуванням, є ціла низка видів, засобів, препаратів та послуг, які не покриваються взагалі, або покриваються лише частково, або тільки за умов, визначених Законом. Заявники вважають, що розширення формулювання заборони на стягнення оплати із застрахованої особи за надання безоплатної медичної допомоги фразою «або у зв'язку із наданням такої допомоги» робить текст настільки загальним, що він включає у себе, по суті, всю медичну допомогу, навіть таку, що не покривається страхуванням, що – на їхню думку – призведе до ситуації, коли медичні заклади, щоб уникнути підозри у порушенні принципів безоплатної медичної допомоги, будуть також уникати таких видів, засобів та послуг, які не потрапляють під визначення безоплатної медичної допомоги. У цьому розумінні, на думку заявників, оскаржуване положення повністю «виключає надання медичної допомоги та послуг, вартість яких не відшкодовується за рахунок коштів загального медичного страхування». З цього заявники доходять висновку про наявність порушення як права займатись комерційною діяльністю, гарантованого ст. 26 ч. 1 Хартії основних прав і свобод, так і права кожного на охорону здоров'я, передбаченого у ст. 31 Хартії основних прав і свобод, оскільки застрахована особа не має права вирішувати, в який спосіб вона буде дбати про своє здоров'я через те, що спосіб, який вона обирає, не повністю відшкодовується за рахунок державного медичного страхування.

Таке тлумачення, на думку Конституційного Суду, виглядає абсолютно самоцільним та непропорційним, тому що оскаржуване положення чітко поширюється лише на питання, що є взаємопов'язаними як складові безкоштовної медицини, тобто такі, що відповідно до § 11 ч. 1 п. d) підпадають під визначення «медична допомога, що надається без прямої оплати, якщо … вона надана в обсягах та на умовах, передбачених цим Законом». Заборона на стягнення прямої оплати стосується у першу чергу надання власне безкоштовної медичної допомоги. Це випливає з наступного формулювання Закону: «для такої медичної допомоги»; з попереднього речення безсумнівним є те, що «така» допомога означає «медична допомога, що надається без прямої оплати», і нічого більше. Заборона також стосується зв'язку між наданням таких послуг, тобто знову безкоштовного обслуговування. 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 безкоштовного медичного обслуговування. На думку Конституційного Суду, оспорюване положення не змінює мету та суть Закону, а тільки наголошує на захисті сфери безкоштовної медицини від спроб втручання до її цілісності та звуження її обсягів. Це тлумачення є конституційним та достатньою мірою пропорційним змісту Закону. Як відомо, якщо існує можливість конституційного тлумачення положень закону, Конституційній Суд надає перевагу тлумаченню над скасуванням оскаржуваного положення. Така ситуація має місце у цьому випадку. Конституційний суд також вважає, що оскаржуване положення не вирішує питання щодо того, чи застрахована особа має або не має додатково платити за витрати на медичну допомогу, або у якому обсязі та за яких умов вона має це робити. Це інша сфера питань надання медичної допомоги.

Конституційний Суд також не вбачає невідповідності оскаржуваного положення статті 26 ч. 1 Хартії основних прав і свобод та схиляється до позиції Міністерства охорони здоров'я, яке посилається у цьому відношенні на захист свободи лікарів здійснювати комерційну діяльність відповідно до Закону № 160/1992 Coll. Також не можна погодитись, що оскаржуване положення усуває можливості для діяльності медичних закладів, які не уклали договорів із компанією медичного страхування. Право застрахованої особи на отримання безоплатної медичної допомоги відповідно до Закону про загальне медичне страхування цілком природно стосується допомоги, що надається у медичному закладі, який уклав договір із медичною страховою компанією.

Після визначення Конституційний Судом того, що підстави, викладені у поданому зверненні, не визначають неконституційності оскаржуваного положення, він розглянув наявність інших підстав, які б підтверджували твердження про його неконституційність. У першу чергу Суд вивчив питання про те, чи оскаржуване положення не виходить за рамки конституційних повноважень, передбачених ст. 31 Хартії основних прав і свобод, відповідно до якої громадяни мають право на базове державне страхування, на отримання безоплатної медичної допомоги та засобів охорони здоров'я, визначених законом, тобто в обсягах, які можуть бути розширені або звужені законом; вимагати забезпечення цього конституційного права можна лише в межах відповідного закону (ст. 41 Хартії основних прав і свобод). Закон про державне медичне страхування зі змінами і доповненнями, безсумнівно, є таким законом. Отже, виходячи зі сказаного, надання безоплатної медичної допомоги за рахунок державного страхування, доповнене фразою «або у зв'язку із наданням такої допомоги», є конституційним, оскільки це уточнення, яке, за обсягом, є лише деталлю у загальній структурі охорони здоров'я та не порушує, а скоріше уточнює принцип безоплатної медичної допомоги відповідно до ст. 31 Хартії основних прав і свобод. З урахуванням його обсягів, оскаржуване положення також не може тлумачитись як спрямоване на істотне втручання у принципи регулювання медичного страхування або втручання у пропорційну еквівалентність захисту застрахованих осіб. Розгляд можливості того, що скасування оскаржуваного положення Закону може слугувати сигналом, який полегшив би перебудову безоплатної медицини у напрямку стягування більшої доплати із застрахованих осіб (наприклад, плата за харчування в лікарні, за виписування рецептів, за процедури тощо), на думку Конституційного Суду, виглядає таким, що повністю відхиляється від завдання, поставленого перед ним у зв'язку із зверненням групи депутатів. Потенційне видалення поправки у якості першого кроку до зміни політики держави у сфері охорони здоров'я було б перевищенням юрисдикції Конституційного Суду з точки зору виконання ним конституційно неприйнятної ролі «позитивного законодавця», ініціатора нових норм, незважаючи на те, що оскаржуване положення відповідає Конституції. Такий крок належить до повноважень Парламенту Чеської Республіки, завданням якого є зважувати спроможність державних коштів та оцінювати доцільність застосування принципів рівності та солідарності у загальному регулюванні охорони здоров'я у новій ситуації. У цій ситуації Конституційний Суд лише посилається на своє рішення від 12 квітня 1995 року у справі № Pl. ÚS 12/94, оприлюднене під № 92/1995 Coll., а також опубліковане у томі 3 Збірника рішень Конституційного Суду на стор. 123 та далі, а також на окремі думки, що додаються.

Конституційний Суд свідомий, що ці питання є частиною цілого комплексу питань охорони здоров'я, що базується на певних конституційних принципах і загальне регулювання якого має відповідати рішенням, актуальним у розвинених демократичних державах, узгодженим міжнародним або рекомендованим принципам.

Зважаючи на це, Конституційний Суд також розглянув – побіжно – передумови, які можуть хоча й опосередковано впливати на концепцію конкретного положення, що є лише окремою деталлю ширшого регулювання загального державного страхування.

Під час розгляду Конституційний Суд виходив з конституційної концепції охорони здоров’я, яка закріплена у ст. 6 ч. 1 Хартії основних прав і свобод, відповідно до якої «кожен має право на життя», та статті 31 Хартії основних прав і свобод, яка визначає: «Кожен має право на охорону здоров'я. Громадяни мають право за рахунок державного страхування на безоплатну медичну допомогу та на засоби охорони здоров'я на умовах, передбачених законодавством».

Нормативно-правова база щодо надання медичної допомоги також відповідає Хартії основних прав і свобод. Закон про охорону здоров'я народу № 20/1966 Coll. зі змінами і доповненнями у ст. III починається з визначення, відповідно до якого передумовою забезпечення охорони здоров'я народу є «невідкладне застосування результатів наукових досліджень на практиці», та передбачає у § 11 ч. 1, що медичні заклади повинні надавати медичну допомогу «відповідно до існуючих сучасних знань медицини». Так само, Закон про засоби охорони здоров'я та внесення поправок до деяких супутніх законів № 123/2000 Coll. теж визначає обов'язок у § 1 надавати медичну допомогу «відповідними, безпечними та ефективними медичними засобами».

Це задає, відповідно до конституційних принципів, тенденцію щодо розвитку державної охорони здоров'я у напрямку забезпечення якісного, повноцінного та ефективного лікування відповідно до принципу рівності всіх застрахованих осіб. 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 не регулюється, не яку медичну допомогу може надавати лікар або медичний заклад, а який вид медичної допомоги він має надавати у загальних інтересах, щоб 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. Ця концепція також відповідає міжнародним конвенціям, зокрема Конвенції про права людини та біомедицину, а також рекомендаціям, наприклад, Рекомендації Комітету міністрів держав-членів Ради Європи Rec (2001)13, що була затверджена 10 жовтня 2001 року. Комітет міністрів наголосив, що Стаття 3 Конвенції про права людини та біомедицину вимагає, щоб суб'єкти, які укладають договори про надання медичної допомоги, забезпечували рівний доступ до медичної допомоги відповідної якості. Конституційний Суд додає, що Стаття 4 цієї Конвенції також запроваджує обов'язок «вживати всіх заходів у сфері медицини відповідно до належних професійних обов'язків та стандартів». Конвенція набула чинності у Чеській Республіці 1 жовтня 2001 року (№ 96/2001 Збірника міжнародних угод).

Додаток 1 до Закону Чехії про державне медичне страхування містить перелік видів медичної допомоги, що не покриваються медичним страхуванням або покриваються за певних умов; Додаток 2 частина A містить перелік медичних речовин, в якому визначаються речовини, вартість яких відшкодовується повністю, частково або не відшкодовується за рахунок державного страхування, а частина B – перелік речовин з обмеженнями щодо показань та призначень. Додаток 3 містить перелік технологічних медичних засобів, вартість яких відшкодовується або відшкодовується за рахунок медичного страхування, у той час як Додаток 4 стосується стоматологічних продуктів із зазначенням, вартість яких з них відшкодовується страховою компанією, або максимального розміру відшкодування. З такого регулювання також очевидно, що оскаржуване положення Закону не виключає та не може виключати з медичної допомоги надання послуг, що не покриваються обов'язковим страхуванням.

Можна говорити про те, що існуюча нормативна база недостатньо чітка, тому іноді у звичайної застрахованої особи можуть вимагати прямих виплат, навіть коли це не виправдано. Якщо державне медичне страхування має наблизитись до європейських стандартів, безсумнівно, буде необхідно, щоб Закон чітко та зрозуміло визначав можливості для приватної оплати застрахованими особами, як у розвинених європейських країнах – Німеччині, Швейцарії тощо. Наприклад, у Німеччині, незважаючи на те, що приблизно 10% жителів мають приватні страховки від комерційних страхових компаній, послуги приватної медицини надаються на такому самому рівні якості, що й послуги у рамках державного медичного страхування та регулюються тими ж загальнодержавними директивами. Державні лікарні надають такі самі види медичної допомоги, включаючи такі самі медичні матеріали що кріпляться на тілі людини, наприклад, ендопротези, як приватно застрахованим особам, так і людям, застрахованим у передбачених законом медичних страхових компаніях, включаючи визначення черговості пацієнтів на отримання видів медичної допомоги, виходячи з експертних критеріїв, а не відповідно до спроможності здійснити оплату. У державних лікарнях приватний пацієнт або особа з державною медичною страховкою може замовляти та окремо оплачувати види допомоги та послуги лише офіційно затверджені види допомоги з офіційно затвердженими цінами, надання яких не впливає на рівень здоров'я, наприклад, особливі умови проживання, харчування, вибір лікаря чи медсестри, або інший тип перев'язувальних матеріалів чи медпрепаратів.

Втім, якщо відволіктись від загальних питань охорони здоров'я та повернутись до звернення групи депутатів, неможливо не побачити, що оскаржуване положення про внесення поправок до Закону Чехії стосується лише однієї проблеми, і то часткової, загального регулювання державної системи охорони здоров'я. З огляду на це, завдання Конституційного Суду полягає не в оцінці такого загального регулювання системи охорони здоров'я або внесення поправок до Закону в цілому. Метою оскаржуваного положення, безсумнівно, є запобігання незаконному стягненню грошей за надані послуги, вартість яких відшкодовується за рахунок обов’язкового загального медичного страхування, будь то різні реєстраційні або адміністративні внески чи платежі за ті види медичних послуг та лікування, що визначаються як «кращі», вище стандартних та дорожчі, хоча вони потрапляють до сфери послуг, які повністю покриваються державним медичним страхуванням.

Розглянувши звернення групи депутатів та врахувавши всі вищевикладені причини, Конституційний Суд дійшов висновку, що клопотання про скасування оскаржуваного положення не є обґрунтованим, та прийняв рішення залишити його без задоволення.

# Припис: Рішення Конституційного Суду не можуть бути оскаржені.

Брно, 4 червня 2003 року

# Окрема думка

суддів Конституційного Суду П.Х., Й.М. В.К., В.Ч., В.Г., Й.M., A.П., що надається відповідно до § 14 Закону № 182/1993 Coll. до рішення Конституційного Суду по суті звернення групи депутатів Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки щодо скасування частини другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне медичне страхування та внесення змін до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями, а саме слів «або у зв'язку з наданням такої допомоги».

Ця окрема думка, що надається до висновку рішення відповідної меншості щодо залишення без задоволення клопотання групи депутатів Палати депутатів Парламенту Чеської Республіки щодо скасування частини другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. зі змінами та поправками, а саме слів «або у зв'язку з наданням такої допомоги», базується на наступних аргументах:

Вирішальною причиною для голосування відповідної меншості (див. рішення у справі   
№ Pl. ÚS 3/96) є твердження про, те що невідповідність цитованого положення закону ст. 26 та ст. 31 Хартії, як зазначається у зверненні, знаходиться поза межами мети та суті положення. Це пояснюється тим, що, як зазначено у мотивувальній частині рішення у зв'язку з цим «оскаржуване положення лише наголошує на захисті сфери охорони здоров'я від спроб порушити її цілісність та звузити сферу її застосування», а також що «оскаржуване положення не вирішує питання про те, чи має застрахована особа додатково оплачувати медичну допомогу, або в якому обсязі та за яких обставин він повинен це зробити. Це інша сфера питань надання медичної допомоги».

Відповідне положення закону було запроваджене до Закону про державне медичне страхування шляхом прийняття поправки № 2/1998 Coll. в редакції, запропонованій депутаткою Євою Фішеровою, 17 жовтня 1997 у другому читанні обговорення урядовому проєкті Закону, яким вносяться зміни та доповнення до Закону про державне медичне страхування та внесення змін і доповнень до деяких супутніх законів № 48/1997 Coll. у Палаті депутатів Парламенту Чеської Республіки. Депутатка Фішерова аргументувала свою пропозицію наступним чином: «Не існує положення, що б регулювало незаконність такого кроку, як стягнення оплати у зв'язку з наданням медичної допомоги, що покривається державним медичним страхуванням, стосовно усіх закладів охорони здоров’я. Йдеться про існуючі неприємно звичні адміністративні внески, так звані «пожертви» або про плату за незаконні посвідчення особи, що психологічно вимагаються безпосередньо у зв'язку з наданням допомоги, у розмірі 200-400 крон, або реєстраційні внески, що незаконно впроваджені у низці практик лікарів. Я переконана, що моя пропозиція, яку я зараз вношу, не буде зайвою. У ситуації, коли лікарів викликають лише їхні представники, щоб незаконно вимагати оплату за надання допомоги, що покривається державним медичним страхуванням, або у безпосередньому зв’язку з цією допомогою, необхідно використовувати всі можливості для захисту конституційних прав громадян шляхом встановлення відповідних покарань, навіть якщо на обмежений період часу, шляхом внесення змін до Закону № 48 Coll. від 1997 року. Хоча права застрахованого громадянина закріплені в правових нормах, які згадуються вище, відсутність покарання за отримання виплат у Законі № 48 призводить до парадоксальної, навіть абсурдної ситуації. Певною мірою штрафи є необов’язковими у сенсі надання повноважень медичним страховим компаніям та органам державного управління, а отже доступ до медичної допомоги не може погіршитися. У цих випадках орган державного управління буде зобов’язаний скористатися своїм дозволом для застосування фінансових покарань».

Таким чином, змістом та метою законодавчого положення, що розглядається, стало усунення зазначених незрозумілих пояснювальних пунктів в існуючому регулюванні та чітке забезпечення того, щоб подвійна оплата за надану медичну допомогу була виключена. У відповідь на випадки, що з’являються на практиці, це означало, зокрема, подвійну оплату за послуги, які не є безпосередньо медичною допомогою, а пов’язані з нею.

Судді, що нижче підписались («судді»), повністю погоджуються з тією частиною мотивувальної частини судового рішення, яка тлумачить оскаржуване положення як таке, що не перешкоджає стягненню прямої оплати із застрахованих осіб «за медичну допомогу [додано суддями], надану поза межами умов, встановлених для надання безоплатної допомоги». Розмежування в Законі про державне медичне страхування між охороною здоров’я без безпосередньої оплати та охороною здоров’я з можливістю такої оплати може бути виведене лише з першого речення оскаржуваного положення, і відповідна поправка лише підтверджує цю різницю. Судді усвідомлюють, що заявники стверджували протилежне, і що, таким чином, аналіз, наведений у мотивувальній частині рішення переконливо та конституційно спростовує їхню вимогу.

Водночас, судді посилаються на усталену практику Конституційного Суду, згідно з якою для суду обов'язкову силу має лише рішення, пропоноване у зверненні, а не його мотивувальна частина. Вони доходять висновку, що оскаржуване положення не відповідає ст. 31 Хартії у зв’язку зі ст. 2 ч. 2 Хартії та ст. 1 ч. 1 Конституції з інших підстав, ніж ті, які зазначають заявники у своїх вимогах.

Відповідно до ст. 31 Хартії, «кожен має право на охорону здоров'я. Громадяни мають право за рахунок державного страхування на безоплатну медичну допомогу та на засоби охорони здоров'я на умовах, передбачених законодавством». Таким законом є Закон про державне медичне страхування № 48/1997 Coll. («Закон»), яким регулюється державне медичне страхування, обсяги та умови надання медичної допомоги на основі цього Закону (§ 1 Закону).

Закон передбачає для громадянина обов’язкові страхові відносини, зміст яких встановлюється Законом. Визначаючи контекст для таких відносин, законодавець зобов'язаний дотримуватись конституційної процедури понад будь-який істотний зміст конституційного права на охорону здоров'я. Регулюючи державне медичне страхування, цей Закон не виходить за такі істотні рамки «охорони здоров'я» і може регулювати лише надання допомоги, спрямованої на «охорону здоров'я» (заборона свавілля). Застрахована особа передає страховій компанії з метою оплати ризики, що можуть виникнути для неї через небезпеку для її здоров'я або погіршення його стану. На відміну від цього, страхові внески не можуть використовуватися для оплати речей, кроків, процедур чи послуг, спрямованих не на захист здоров'я застрахованої особи, а для задоволення інших потреб, наприклад в забезпеченні умов проживання.

Оскаржуване положення системно включене у частину Закону «Права та обов'язки застрахованої особи». Одним з обов'язків застрахованої особи є обов'язок сплачувати страхові внески до відповідної медичної страхової компанії крім випадків, коли цей Закон передбачає інше [§ 12c)]. Відповідно до оскаржуваного положення, застрахована особа має більш деталізоване праве на «допомогу без прямої оплати» («безоплатну медичну допомогу»). Поправкою № 2/1998 Coll. оскаржуване положення було доповнено таким чином, що у подальшому не можна стягувати будь-яку оплату із застрахованої особи не лише у вигляді «оплати за медичну допомогу», а й також за послуги, «пов'язані із наданням такої допомоги», тобто у зв'язку із наданням безоплатної медичної допомоги. Таким чином, вирішальним фактором є те, що послуга надається у зв'язку із безоплатною медичною допомогою без більш детального визначення її суті в оскаржуваному положенні. Це дозволяє зробити висновок про накладення обов'язку щодо надання послуги, яка не є «медичною допомогою», але послугою, що надається медичним закладом у зв'язку із наданням безоплатної медичної допомоги (наприклад, харчування або прибирання). Від інших застрахованих осіб законом також вимагається здійснювати оплату такого виду послуг.

Така оплата за безоплатну допомогу є відхиленням від конституційно гарантованого права на охорону здоров'я. Ст. 31 Хартії надає право визначати законом умови надання безоплатної «медичної» допомоги, а не допомоги, яка не є медичною, але яка є складовою задоволення необхідних потреб людини незалежно від охорони здоров'я. У цьому зв'язку закон перевищує обмеження, визначені конституційним порядком, усуваючи можливість отримання прямої оплати від застрахованих осіб за послуги, що не є медичною допомогою та які, самі по собі, не спрямовані на охорону здоров'я застрахованої особи. Таким чином, створюються необ'єктивні та необґрунтовані відмінності між застрахованими особами, яким така безплатна медична допомога надається, і тими застрахованим особами, яким вона не надається, хоча обидві категорії змушені задовольняти відповідні потреби, незалежно від будь-якої медичної допомоги, що надається одночасно.

Навіть якщо намір законодавця не відповідає вищенаведеному аналізу оскаржуваного положення, судді наголошують на тому, що у випадку положення, яке опосередковано накладає обов'язок на особу (обов'язок доплачувати за надання безоплатних немедичних послуг для інших застрахованих осіб), не можна покладатися на *ratio legis*, коли оцінюється відповідність такого положення конституційному порядку, а в першу чергу необхідно враховувати об’єктивний аналіз (див. також ст. 2 ч. 3 Конституції). Один з найвидатніших демократичних європейських юристів 20-го століття Густав Радбрух висловив у зв'язку з цим тезу про «незалежність змісту закону», яка повною мірою стосується цієї справи щодо конституційності частини другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне страхування № 48/1997 Coll. зі змінами і доповненнями: «Воля законодавчого органу – це не метод аналізу, а мета аналізу та результат аналізу, вираження апріорної необхідності системно несуперечливого аналізу всього правового порядку. Таким чином, можна говорити про волю законодавчого органу, як про щось, чого ніколи не існувало як свідома воля автора закону. Перекладач може розуміти закон краще, ніж його творець; закон може бути мудрішим за автора – він повинен бути мудрішим за автора». (G. Radbruch, Rechtsphilosophie. Studienausgabe. Hrsg. R. Dreier, S. Paulson, Heidelberg 1999 р., стор. 107.)

Отже, формулювання оскаржуваного положення закону відкрило питання щодо оплати послуг, які не належать до надання медичної допомоги, хоча є тісно з нею пов'язаними, за рахунок державного (передбаченого законом) медичного страхування. Таким чином, воно відкрило питання невідповідності зазначеного положення ст. 31 Хартії, що передбачає тільки оплату тих видів медичної допомоги, що підпадають під такий тип страхування. Слід наголосити, що визнання частини другого речення § 11 ч. 1 п. d) Закону про державне медичне страхування № 48/1997 Coll. зі змінами та доповненнями таким, що не відповідає ст. 31 Хартії, не призводить автоматично до необхідності прямої оплати за дії, що не належать до видів медичної допомоги, але пов'язані з нею. Механізм договірного страхування може розглядатись у якості більш стандартного підходу до вирішення цієї проблеми.

Конституційний Суд згадував конституційні запобіжники соціального забезпечення у своєму рішенні у справі Pl. ÚS 12/94. Зокрема, зазначається наступне: «в усіх існуючих системах соціального забезпечення принципи солідарності та еквівалентності представлені різною мірою. Кожна система соціального забезпечення передбачає надання переваг певним соціальним групам, залежно від того, переважає точка зору солідарності чи принцип еквівалентності. Законодавець приймає рішення на власний розсуд, але без свавілля, враховуючи суспільні інтереси під час визначення пріоритетів». Іншими словами, суд зазначив, що законодавець зобов'язаний прозоро окреслювати співвідношення компонентів солідарності та еквівалентності в системі соціального страхування (включаючи медичне страхування). Крім цього зазначається, що такий розподіл не може бути свавільним. У протилежному випадку, тобто за відсутності складової еквівалентності, інститут втрачає свою правову природу, перестає бути страхуванням та набуває ознак оподаткування.

Таким чином, зі ст. 31 Хартії у зв'язку зі ст. 41 та ст. 4 ч. 4 Хартії випливає основоположне право застрахованої особи на компонент еквівалентності, що має бути прозоро визначений законодавчим органом, у державному медичному страхуванні такою мірою, що зберігає природу правового інституту страхування та не перетворює його на оподаткування.

Оскаржуване заявником законодавче положення не відповідає цим конституційним запобіжникам. Воно не тільки залишає простір для відшкодування вартості послуг, що не є медичною допомогою, навіть якщо вони пов'язані з наданням медичної допомоги, за рахунок державного медичного страхування, але й також не містить само по собі або у зв'язку з іншими положеннями Закону про державне медичне страхування прозорого визначення співвідношення компонентів солідарності та еквівалентності з точки зору відшкодування медичної допомоги за рахунок державного медичного страхування.

Судді не можуть погодитися з тією частиною мотивувальної частини рішення, яка попереджає їхню окрему думку та надає їй функції сигналу, спрямованого на полегшення «реконструкції режиму безоплатного лікування у бік більших доплат з боку застрахованих осіб», внаслідок чого стверджується, що це перевищує юрисдикцію Конституційного Суду «у напрямку конституційно неприпустимої позиції ... незважаючи на те, що оскаржуване положення відповідає Конституції». Ця особлива думка чітко вказує, що, незважаючи на те, що суб'єктивний намір законодавчого органу виглядає відповідним конституційному порядку, результуючий об'єктивний продукт його законного наміру не відповідає конституційному порядку. Конституція вимагає від Конституційного Суду здійснення оцінки конституційності дійсних підконституційних норм, а не цілей, що призвели до їх прийняття. З огляду на зазначене, частина речення в оскаржуваному положенні, а саме слова «або у зв'язку з наданням такої допомоги», має бути скасована.

Брно, 4 червня 2003 року