

Univerzita Palackého v Olomouci  
Právnická fakulta

**Jan Hudáč**

**Ústavní aspekty zakotvení nadstandardní zdravotní péče**

Diplomová práce

Olomouc 2019

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Ústavní aspekty zakotvení nadstandardní zdravotní péče vypracoval samostatně a citoval jsem všechny použité zdroje.“

V Olomouci dne 30. srpna 2019

Podpis autora textu:

Na tomto místě bych chtěl velice poděkovat JUDr. Maximu Tomoszkovi., Ph.D. za vstřícnost, věnovaný čas a velmi přínosné poznámky, které mi během vedení práce poskytl. Zároveň bych chtěl poděkovat zaměstnancům Oddělení vědeckých informací při Národní lékařské knihovně za vstřícnost a pomoc s řešerší.

## Obsah

Seznam použitých zkratků.....	6
Úvod .....	7
<b>1. Obecně k právu na zdraví .....</b>	<b>9</b>
1.1 Právo na zdraví.....	9
1.2 Pojem zdraví.....	11
1.3 Historický exkurz.....	12
<b>2. Právo na zdraví v mezinárodním právu .....</b>	<b>14</b>
2.1 Dokumenty přijaté na půdě OSN.....	14
2.1.1 Všeobecná deklarace lidských práv .....	14
2.1.2 Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech.....	15
2.1.3 Mezinárodní organizace práce.....	16
2.1.4 Další dokumenty.....	17
2.2 Dokumenty přijaté Radou Evropy a Evropskou unií.....	18
2.2.1 Evropská sociální charta .....	18
2.2.2 Úmluva o lidských právech a biomedicíně .....	20
2.2.3 Listina základních práv Evropské unie .....	21
2.3 Právo na zdraví nejen jako sociální právo.....	21
2.3.1 Právo na zdraví v rozhodovací praxi ESLP .....	23
2.3.2 Právo na zdraví interpretované Výborem OSN pro lidská práva (CCPR).....	25
2.4 Shrnutí limit vyplývajících z mezinárodního práva.....	25
<b>3. Ústavní rámec ochrany zdraví v České republice a relevantní judikatura ÚS .....</b>	<b>26</b>
3.1 Listina základních práv a svobod .....	26
3.1.1 Čl. 31 Listiny a jeho komponenty .....	26
3.1.2 Omezení vyplývající z čl. 41 .....	28
3.2 Relevantní judikatura ÚS předcházející zrušení zdravotních nadstandardů .....	30
3.2.1 Nález Pl. ÚS 35/95 .....	31
3.2.2 Nález Pl. ÚS 14/02 .....	31
3.2.3 Nález Pl. ÚS. 1/08 .....	32
3.3 Zrušení zdravotních nadstandardů Ústavním soudem (sp. zn. Pl. ÚS 36/11).....	34
3.3.1 Návrh skupiny poslanců PS PČR .....	35
3.3.2 Vyjádření účastníků řízení a dalších dotčených subjektů .....	36
3.3.3 Vlastní přezkum ÚS.....	38
3.3.4 Odlišná stanoviska některých soudců .....	41

3.4	Nález Pl. ÚS 3/15 .....	42
3.5	Shrnutí limit vyplývajících z judikatury ÚS .....	43
<b>4.</b>	<b>Ústavně konformní zakotvení nadstandardní zdravotní péče.....</b>	<b>44</b>
4.1	Péče standardní vs. nadstandardní a péče garantovaná.....	45
4.2	Objem hrazené péče.....	46
4.3	Úvahy nad legitimitou zavedení nadstandardní zdravotní péče .....	47
4.4	Jsou nadstandardy etické? .....	49
4.5	Úskalí „Hegerových“ nadstandardů.....	50
4.5.1	Netransparentnost rozhodování o nadstandardech .....	51
4.5.2	Otázka stejného terapeutického účinku .....	52
4.5.3	Otázka ekonomické výhodnosti .....	53
4.5.4	Stav po zrušení „Hegerových“ nadstandardů.....	53
4.6	Shrnutí a úvahy de lege ferenda .....	55
<b>Závěr .....</b>	<b>58</b>	
<b>Seznam použitých zdrojů.....</b>	<b>60</b>	
<b>Shrnutí.....</b>	<b>70</b>	
<b>Abstract .....</b>	<b>70</b>	
<b>Klíčová slova .....</b>	<b>71</b>	
<b>Keywords.....</b>	<b>71</b>	

## Seznam použitých zkratk

**WHO** – Světová zdravotnická organizace

**OSN** – Organizace spojených národů

**MOP** – Mezinárodní organizace práce

**ESLP** – Evropský soud pro lidský práva

**EU** – Evropská unie

**SDEU** – Soudní dvůr Evropské unie

**ÚS** – Ústavní soud

**ČR** – Česká republika

**PS PČR** – Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky

**ČLK** – Česká lékařská komora

**SFEU** – Smlouva o fungování Evropské unie

**ICCPR** – Mezinárodní pakt o občanských a politických právech

**CCPR** – Výbor spojených národů pro lidská práva

**ICESCR** – Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

**CESCR** – Výbor spojených národů pro hospodářská, sociální a kulturní práva

**CRC** – Úmluva o právech dítěte

**CRPD** – Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

**ECSR** – Evropský výbor pro sociální práva

**ESC** – Evropská sociální charta

**CFR** – Listina základních práv evropské unie

**Úmluva o biomedicíně** – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

**Úmluva** – Úmluva o ochraně lidských práva a svobod

**Deklarace** – Všeobecná deklarace lidských práv

**Listina** – Listina základních práv a svobod

**zákon o VeřZP** – Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

## Úvod

Otázka výraznější spoluúčasti pacientů na poskytování zdravotní péče a s tím související umožnění určité formy přímé úhrady za péči, jež přesahuje rozsah té hrazené z veřejného zdravotního pojištění, se v České republice diskutuje v podstatě od jejího vzniku, dosud se však nedospělo k uspokojivému ústavně konformnímu návrhu jejího právního zakotvení. Nejvýraznější pokus o zavedení tohoto institutu v zákoně o veřejném zdravotním pojištění<sup>1</sup> byl zrušen Ústavním soudem v nálezu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 pro nesoulad s Listinou základních práv a svobod, zejména jejím čl. 31.

Jsem přitom přesvědčen, že jde o institut, který by mohl pozitivně ovlivnit úroveň českého zdravotnictví a otevřít další zdroj příjmů v situaci, kdy se stále častěji mluví o jeho podfinancování. Možnosti moderní medicíny a jejich nákladovost rostou tempem, které je bohužel pro systém veřejného zdravotního pojištění, tak jak jej známe dnes, těžko udržitelné. Zároveň by důsledkem otevření většího prostoru pro finanční spoluúčast pacientů nemuselo v žádném případě dojít ke snížení zdravotního standardu garantovaného českým ústavním pořádkem, ale naopak by se tento standard mohl posunout dál.

Téma nadstandardů a financování zdravotní péče obecně je nejen politickou, či zdravotně-ekonomickou otázkou, ale i otázkou právní. Zejména z důvodu výslovné bezplatnosti poskytování zdravotní péče na ústavní úrovni dochází k poměrně časté ingerenci Ústavního soudu, který již několikrát „krotil“ představy zákonodárců o zavedení přímé spoluúčasti pacientů na péči o jejich zdraví. Téma je tak zpracováno poměrně bohatě, často ale spíše formou názorů lékařů a právníků do více či méně odborných medicínských časopisů. Velkým přínosem k práci mi byla grantová studie pro Ministerstvo zdravotnictví „*Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče*“ zaměřující se na tuto problematiku z roku 1995. Chybí však aktualizovaná komplexnější práce zahrnující jak mezinárodněprávní, tak české právní aspekty nadstandardní zdravotní péče a kvalitní analýza přínosů tohoto řešení. Obecně jsou ale zdroje k tomuto tématu dostačující a bylo spíše těžké vybrat z množství článků různého charakteru ty, které jsou pro práci skutečně relevantní.

Díky systematickému zhodnocení závazků vyplývajících z práva na zdraví, jimiž je Česká republika vázáná na poli mezinárodního práva i ústavního práva, a rozboru relevantní judikatury Ústavního soudu by měla má práce ozřejmit ústavně konformní způsob zakotvení zdravotní péče částečně či zcela hrazené pacientem do českého právního řádu de lege ferenda.

---

<sup>1</sup> zákon o VeřZP ve znění zákona č. 298/2011 účinném ke dni 1. 12. 2011

Základními výzkumnými otázkami práce jsou následující: Je poskytování nadstandardní zdravotní péče v souladu s ústavním pořádkem České republiky? V čem spočívala protiústavnost dosavadních řešení? Jaké lze očekávat důsledky zavedení nadstandardů v českém zdravotnictví (v právní, ekonomické, potažmo technologické sféře)? Jak by měly být nadstandarty zakotveny, aby to bylo ústavně konformní?

Práce je členěna do 4 hlavních kapitol a několika podkapitol. První kapitola je věnována obecným poznámkám k právu na zdraví, samotnému pojmu „zdraví“ a tomu, jak je chápán mezinárodním společenstvím, přičemž v závěru je doplněna o krátký historický exkurz zakotvení práva na zdraví do právního řádu naší země. V druhé kapitole se práce zaměří na rozbor mezinárodních lidskoprávních dokumentů, které právo na zdraví zakotvují a nabídne také jeho výklad některými mezinárodními orgány a Evropským soudem pro lidská práva. Současně se bude věnovat charakteristice práva na zdraví jakožto sociálního práva a z toho vyplývajících důsledků. Třetí kapitola je věnována analýze práva na zdraví na ústavní úrovni, tedy zejména obsahu čl. 31 Listiny a následnému rozboru relevantní judikatury, kde bude pozornost věnována zvláště nálezům zrušující tzv. „Hegerovy nadstandarty“. V poslední kapitole práce ozřejmí obsah pojmu péče standardní, nadstandardní a péče hrazená, dále se bude zabývat úvahami nad zavedením nadstandardů, včetně etických otázek a nabídne kritický pohled právě na „Hegerovy nadstandarty“. Završením kapitoly budou úvahy de lege ferenda, které by měly nabídnout možnou cestu k ústavně konformnímu zakotvení nadstandardů.

V práci se s ohledem na komplexnost problematiky nebylo možné zaobírat všemi roviny zakotvení nadstandardní péče. Pokud by se tedy na politické úrovni opět debatovalo o možné vyšší spoluúčasti pacientů na úhradě péče o ně, bylo by vhodné před samotnou věcnou diskuzí získat analytická data o důsledcích v oblasti právní, medicínské, ekonomické i sociální, a to s ohledem na co nejširší eliminaci negativních dopadů.



# 1. Obecně k právu na zdraví

Co vše zahrnuje pojem právo na zdraví a co vlastně „zdraví“ znamená, jak se tyto pojmy vyvíjely a jak jsou vnímány v mezinárodním kontextu? Tyto otázky je dobré objasnit před tím, než se pustíme do samotného analyzování mezinárodní a národní právní úpravy tohoto institutu a než se podrobněji zaměříme na užší výšeč práva na zdraví, a to poskytování zdravotní péče, zvláště pak v souvislosti s jejím financováním.

## 1.1 Právo na zdraví

Co vlastně rozumíme termínem právo na zdraví? Profesor S. W. A. Gunn při své přednášce na půdě Univerzity Karlovy připomněl: „*Před několika desetiletími bylo zdraví většinou ještě považováno za záležitost osobní, za záležitost vzájemného vztahu mezi pacientem a lékařem, jak je kodifikováno Hippokratovou přísahou. Dnes je však zdraví považováno za lidské právo s aspekty nejen medicínskými, ale též komplexně filosofickými, etickými, socioekonomickými, politickými a právníckými.*“<sup>2</sup>

Není zřejmě třeba připomínat, že právo na zdraví nelze chápat jako právo každého jednotlivce na život bez nemoci<sup>3</sup>, právo na to, být zdravý, či snad právo na dosažení perfektního zdraví. Právo na zdraví<sup>4</sup> bývá označováno jako určitá terminologická zkratka<sup>5</sup> zahrnující různé nároky spočívající zejména v ochraně zdraví a ve zdravotní péči. Ústava WHO v této souvislosti mluví o „*právu na užívání nejvyššího dosažitelného standardu fyzického a psychického zdraví jako jednom ze základních práv každého člověka.*“<sup>6</sup> Podle WHO<sup>7</sup> zahrnuje právo na zdraví určité svobody, respektive negativní závazky státu, např. zákaz být podroben zdravotnickým experimentům, mučení a jinému krutému, nelidskému, či ponižujícímu zacházení. Zahrnuje ale i pozitivní závazky, a to mimo jiné právo na rovný přístup ke zdravotní péči v rámci systému zdravotnictví, právo na přístup k základním lékům nebo právo na prevenci, léčbu a kontrolu nemocí. Za klíčové potom WHO považuje, aby bylo právo na zdraví

---

<sup>2</sup> GUNN, S.W.A. *Základní lidské právo na zdraví*. Anesteziologie a intenzivní medicína. 2005, roč. 16, č. 5, s. 168.

<sup>3</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. s. 27.

<sup>4</sup> Z anglického „right to health“.

<sup>5</sup> Např. HERVEY, Tamara K. KENNER, Jeff (ed.). *Economic and social rights under the EU Charter of fundamental rights: a legal perspective*. Oxford: Hart Publishing, 2003. xliv, s. 194.

<sup>6</sup> Ústava Světové zdravotnické organizace (vyhláška ministra zahraničních věcí č. 189/1948 Sb. o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku).

<sup>7</sup> Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Fact Sheet No. 31 – The Right to Health [online]. ohchr.org, červen 2008 [cit. 15. června 2019]. Dostupné na: <<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>.

poskytováno nediskriminačně, a aby všechny služby, statky a vybavení byly fyzicky dostupné, přístupné, lékařsky a kulturně přijatelné a kvalitní.<sup>8</sup> V tomto kontextu se hovoří o tzv. AAAQ<sup>9</sup> kritériích, které popsal CESCRC ve svém obecném komentáři k právu na zdraví v roce 2000<sup>10</sup>. Podstatný (esenciální<sup>11</sup>) obsah práva na zdraví podle mezinárodního práva potom vymezuje kromě CESCRC také Toebes<sup>12</sup>. Podle něj právo na zdraví zahrnuje různé prvky vycházející z jeho dvou obsahových rovin, tedy ze zdravotní péče na jedné straně a předpokladů pro zdravý život na druhé. Přičemž mezi prvně jmenované řadí péči mateřskou a dětskou, včetně plánovaného rodičovství; očkování proti nejzávažnějším chorobám; odpovídající léčbu běžných nemocí a zranění; a poskytování základních léčiv. Mezi předpoklady pro zdravý život potom řadí zejména dostatečný přístup k pitné vodě a základní hygieně; a ochranu před vážnými environmentálními hrozbami.<sup>13</sup> Právě tyto prvky představují standard, který by měl být schopen zajistit každý stát, bez ohledu na svůj hospodářský rozvoj. Jako milník 20. století v oblasti veřejného zdraví bývá někdy označována Almatká deklarace z roku 1978<sup>14</sup>, která stanovila primární péči jako klíčovou ve vztahu k stanovenému cíli WHO „Health for All 2000“<sup>15</sup>. K tomu Gunn uvádí: „*je-li zdraví lidským právem a lidská práva jsou pro všechny lidi – jak tomu vsutku je – pak zdraví rovněž musí být pro všechny*“<sup>16</sup>. Almatká deklarace znovu potvrdila právo na zdraví jako základní právo, přičemž upozornila na rozdíly mezi jednotlivými zeměmi a prohlásila „*dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví za nejdůležitější světový sociální cíl, jehož realizace vyžaduje kromě zdravotnictví činnost mnoha dalších sociálních a ekonomických oblastí*“.<sup>17</sup> V současné době WHO a posléze i národní politiky sledují novější rámec zdravotní politiky nazvaný „Health 2020“<sup>18</sup>, který staví na zkušenostech z předchozí éry a snaží se o další zvyšování univerzálního standardu zdraví.

---

<sup>8</sup> Tamtéž.

<sup>9</sup> Availability, Accesability, Acceptability, Quality.

<sup>10</sup> CESCRC. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. 2000. (č. E/C.12/2000/4). Dostupné na: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>>.

<sup>11</sup> „Toebes’ minimalist international core content“.

<sup>12</sup> HERVEY, Tamara K. KENNER, Jeff (ed.). Economic and social rights... s. 194.

<sup>13</sup> Tamtéž.

<sup>14</sup> Almatká deklarace z roku 1978, In WHO publications [online]. Mezinárodní konference k primární péči, Alma-Ata, SSSR [cit. 20. 6. 2019]. Dostupné na: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

<sup>15</sup> SHIEL, William C. Jr. Health for All [online]. medicinenet.com, 27. prosinec 2018 [cit. 15. června 2019]. Dostupné na: <<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=10708u>>.

<sup>16</sup> GUNN, S.W.A. *Základní lidské právo na zdraví*... s. 168.

<sup>17</sup> Almatká deklarace...

<sup>18</sup> World Health Organization. About Health 2020 [online]. euro.who.int, [cit. 15. června 2019]. Dostupné na: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>>.

V ekonomické teorii se potom rozlišují obecně dva základní přístupy k právu na zdraví: liberální a egalitární.<sup>19</sup> Liberální přístup chápe právo na zdraví jako výsledek individuálního snažení, které je charakterizováno svobodnou volbou a autonomií. Přístup ke zdravotní péči je závislý na disponibilních finančních prostředcích jedince a solidarita i pojištění jsou pouze dobrovolnými instituty. Právo na zdraví se tak omezuje zvláště na ochranu před škodlivými vlivy a před činností druhých. Tento model je stále částečně typický pro zdravotnictví Spojených států a v plném pojetí by jen stěží naplňoval požadavky kladené na zdravotní politiky jednotlivých států pohledem lidských práv. Na druhé straně egalitární teorie upřednostňuje rovnost před svobodou a zdůrazňuje morální povinnost solidarity bohatých s chudými a zdravých s nemocnými. Přidává se zde tedy závazek státu garantovat přístup ke zdravotní péči všem lidem. Zároveň je projevem rovnostářské teorie práva na zdraví povinná a pravidelná finanční spoluúčasť na systému zdravotnictví.<sup>20</sup> Tato teorie se vyskytuje v různých formách zejména v kontinentálních zdravotnických systémech. Domníváme se potom, že ideálním modelem je kombinace obou zmíněných teorií s důrazem na záruky vyplývající ze svobody a rovnosti v důstojnosti i právech všech lidí.

## 1.2 Pojem zdraví

Zdraví vnímáme jako zcela zásadní předpoklad spokojeného, šťastného a produktivního života. Dobré zdraví si vzájemně přejeme k narozeninám a svátkům, na zdraví si připíjíme a zdraví potřebujeme, to ostatně výstižně shrnul Arthur Schopenhauer větou: „*Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím*“. Pokud zdraví nemáme, jsme omezeni v mnoha rovinách života, včetně schopnosti si vydělávat a stáváme se plně odkázanými na systém poskytování zdravotní péče.

Známa definice v Ústavě WHO označuje zdraví jako „*stav plné fyzické, psychické a sociální pohody a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady*“<sup>21</sup>. Jde tak o určitý ideál, který se může zdát nerealistický, neboť ho lze zcela dosáhnout spíše jen výjimečně, což bývá tomuto pojetí zdraví vytýkáno.<sup>22</sup> Také se o této definici mluví jako nedostatečné v souvislosti s jejím subjektivním pojetím zdraví, které nemusí být vždy v souladu s objektivní realitou, a v souvislosti s jejím úzkým pojetím zdraví jako individuální hodnoty a jako stavu organismu. Novější definice vnímají naopak zdraví spíše jako dynamický proces zohledňující vliv různých vnějších

---

<sup>19</sup> MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti...*s. 17.

<sup>20</sup> Tamtéž s. 18.

<sup>21</sup> Preambule Ústavy Světové zdravotnické organizace.

<sup>22</sup> BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. s. 15.

i vnitřních faktorů, které se dosud nemusely projevit.<sup>23</sup> Zdraví jednotlivce je ovlivňováno mnoha takovými faktory počínaje genetickou výbavou, přes vliv rodinného zázemí a životního prostředí až po zdravý životní styl a přístup ke kvalitní zdravotní péči. Ač se budu ve své práci zabývat zejména posledně jmenovaným determinantem, jde pouze o jeden z mnoha, který nelze zcela izolovat od těch zbylých. Ostatně dopady na zdraví by měly být reflektovány ve všech zásadních opatřeních ekonomických, politických, legislativních, či sociálních.<sup>24</sup>

### 1.3 Historický exkurz

Pro kompletnější představu ohledně charakteru práva na zdraví, popřípadě standardu z něj vyplývajícího, považujeme za vhodné zařadit i krátký historický exkurz, který naznačí vývoj a různé souvislosti s vývojem tohoto institutu spojené.

V rámci systému garance základních práv se právo na zdraví řadí spolu např. s právem na vzdělání, právem na sociální zabezpečení a některými dalšími do skupiny sociálních práv<sup>25</sup>, které bývají spolu s hospodářskými a kulturními právy někdy označovány jako práva druhé generace<sup>26</sup>, tedy „novější“ základní práva, jež se objevují v 19. stol. a významněji rozvíjejí až po druhé světové válce. Je však třeba připustit, že toto generační dělení bývá kritizováno jako zavádějící<sup>27</sup> a současné klasifikace základních práv od něj spíše upouštějí.<sup>28</sup> O tom, že tuto skupinu nelze bez dalšího označovat jako novější základní práva, svědčí celá řada právních dokumentů objevující se již dávno před světovými válkami.

Prvopočátky sociální ochrany těch nejzranitelnějších obyvatel lze odvozovat od středověké církevní filantropie následované chudinskou péčí.<sup>29</sup> Do ústavní roviny se potom prolíná v podobě záruk potřebným občanům objevující se v německých státech a ve Francii v 18. stol.<sup>30</sup> Zaměříme-li se konkrétněji na právo na zdraví a na naše území, můžeme za první pokus o zákonem organizovanou zdravotní péči vděčit Marii Terezii a Josefu II., kteří ji zavedli Generálním medicínským řádem.<sup>31</sup> Krátce nato se do sociálního práva dostávají i nové principy, nejprve princip dobrovolné vzájemnosti a později tzv. povinné skupinové solidarity, který

---

<sup>23</sup> DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 22.

<sup>24</sup> Tamtéž, s. 20.

<sup>25</sup> o sociálních právech, jejich charakteristice a vztahu k právu na zdraví pojednáno níže.

<sup>26</sup> Např. WINTR, Jan. In WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. XXV, s. 626.

<sup>27</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech*. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy – nakl. Eva Roztoková, 2010. s. 23-24.

<sup>28</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*. Praha: Leges, 2016, s. 46.

<sup>29</sup> TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha, 2014. s. 23.

<sup>30</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva...* s. 4.

<sup>31</sup> WINTR, Jan. In WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv...* s. 645.

vyústil ve vznik veřejného zdravotního pojištění bismarckovského typu.<sup>32</sup> Na ústavní úrovni se potom právo na ochranu zdraví, které pamatuje i na zřízení systému veřejného zdravotního pojištění objevuje v plném rozsahu např. ve výmarské ústavě z roku 1919.<sup>33</sup> Na tento rok také připadá vznik Mezinárodní organizace práce, která se zasloužila o přenesení sociálních práv na nadnárodní úroveň, když si stanovila za cíl zlepšování pracovních podmínek zaměstnanců a zároveň zvyšování sociální spravedlnosti, což mělo napomoci zachování míru.<sup>34</sup>

Další vývoj práva na zdraví v mezinárodním kontextu lze sledovat v rámci poválečného posilování ochrany sociálních práv na evropské i globální úrovni. Právo na ochranu zdraví se v různých formách dostává do mnoha dokumentů, počínaje Všeobecnou deklarací lidských práv (1948), následované Evropskou sociální chartou (1961)<sup>35</sup> a Mezinárodním paktem o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966)<sup>36</sup>. Naopak v Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod ochranu zdraví ani většinu jiných sociálních práv explicitně vyjádřeny nenajdeme,<sup>37</sup> neboť se při jejím přijetí počítalo s tím, že se jednotlivé členské státy v míře jejich zajištění mohou podstatně lišit.<sup>38</sup> V průběhu posledních dekád však získalo i toto právo v rámci institucionální ochrany základních práv prostřednictvím ESLP své nezastupitelné místo.<sup>39</sup>

Vývoj práva na zdraví a oblast zdravotnictví na národní úrovni po roce 1948 ovládl centralistický (Semaškův) model po vzoru Sovětského svazu, ve kterém systém veřejného zdravotního pojištění nahradil stát jako „pečovatel“ o zdraví všeho „pracujícího“ lidu.<sup>40</sup> Ústava z roku 1948 přiznává pod hlavičkou sociálních práv „každému právo na ochranu zdraví a všem občanům právo na léčebnou péči a na zaopatření ve staří...“<sup>41</sup>. Ústava z roku 1960 potom ještě konkrétněji specifikuje, že jsou tato práva „zajištěna péčí státu a společenských organizací o předcházení vzniku nemocí, celou organizací zdravotnictví, sítí léčebných a sociálních zařízení,

<sup>32</sup> TOMESŠ, Igor. *Sociální právo České republiky...* s. 23.

<sup>33</sup> Čl. 161 Výmarské ústavy: „*Za účelem zachování zdraví a schopnosti pracovat, za účelem ochrany mateřství a předcházení ekonomickým důsledkům stárnutí, slabosti a ochrany před nepříznivými vlivy života Reich zavádí komplexní systém pojištění založený na rozhodujícím přínosu pojištěného.*“.

<sup>34</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva...* s. 4.

<sup>35</sup> čl. 11 ESC – právo na ochranu zdraví a čl. 13 ESC – právo na sociální a lékařskou pomoc.

<sup>36</sup> Čl. 12 ICESCR – „1. Státy... uznávají právo každého na dosažení nejvyšší dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví. 2. ... d) státy učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: ... d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.“.

<sup>37</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva...* s. 467.

<sup>38</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. s. 195.

<sup>39</sup> MALÍŘ, Jan, DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. s. 25 (k tomu viz. níže).

<sup>40</sup> EIM, Josef. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2008.

<sup>41</sup> § 28 Ústavního zákona č. 150/1948 Sb. ze dne 9. května 1948, Ústava Československé republiky.

*stále se rozšiřující bezplatnou léčebnou péčí, jakož i organizovanou péčí o bezpečnost při práci, nemocenským pojištěním a důchodovým zabezpečením“.*<sup>42</sup> Právě Ústava z roku 1960 poprvé zakotvila pojem „bezplatnost“ v souvislosti s poskytováním zdravotní péče a to byl pravděpodobně i důvod proč se nakonec tento pojem prolнул i do Listiny.<sup>43</sup>

## 2. Právo na zdraví v mezinárodním právu

Vymezení práva na zdraví pohledem mezinárodních dokumentů, kterými je Česká republika vázána považujeme za nezbytný předpoklad nalezení ústavně konformního zakotvení nadstandardní zdravotní péče do českého právního řádu, proto nabídneme jejich komplexní přehled. Je však třeba si uvědomit, že i přes „*vysokou aspiraci*“<sup>44</sup> těchto dokumentů je jejich význam snížen jednak neexistencí skutečně účinných mechanismů k jejich prosazení a jednak neopominutelnými rozdíly mezi politickou, civilizační, hospodářskou, sociální a kulturní úrovní států světa.<sup>45</sup>

### 2.1 Dokumenty přijaté na půdě OSN

#### 2.1.1 Všeobecná deklarace lidských práv

Jak již bylo výše naznačeno, právo na zdraví se dostává zejména po druhé světové válce do víceroch mezinárodních dokumentů. Poprvé<sup>46</sup> se objevilo ve Všeobecné deklaraci lidských práv, která byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 1948 jako první komplexní lidskoprávní katalog.<sup>47</sup> Ač tato Deklarace není závaznou normou<sup>48</sup>, hraje významnou roli pro formování po ní následujících závazných mezinárodních lidskoprávních dokumentů. Podle čl. 25 Deklarace má „*každý právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření...*“<sup>49</sup>. Zvláště potom článek 25 vyzdvihuje péči a pomoc v mateřství a dětství. Stojí za povšimnutí, že Deklarace nevyděluje právo na zdraví do samostatného ustanovení, ale spojuje jej s právy, která bychom mohli označit jako sociální zabezpečení. To vše zařazuje pod pojmy jako „životní úroveň“ a „blahobyt“, přičemž

---

<sup>42</sup> čl. 23, odst. 2 Ústavního zákona č. 100/1960 Sb. ze dne 11. července 1960, Ústava Československé socialistické republiky.

<sup>43</sup> POSPÍŠIL, Ivo. *Ústavněprávní limity právní regulace financování zdravotní péče (nejen) v judikatuře Ústavního soudu*. Správní právo, 2018, roč. LI, č. 4-5, s. 218.

<sup>44</sup> KŘEPELKA, Filip. *Evropský standard lidských práv a zdravotnictví*. Zdravotnictví a právo, 2002, roč. 6, číslo 7/8, s. 2-5.

<sup>45</sup> Tamtéž.

<sup>46</sup> Některé odkazy směrem k mezinárodní spolupráci v oblasti zdraví se objevili už v Chartě OSN o 3 roky dříve

<sup>47</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty...* s. 137.

<sup>48</sup> TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky...* s. 29.

<sup>49</sup> čl. 25 Všeobecné deklarace lidských práv.

výslovně zmiňuje nejen individuální zdraví, ale i zdraví celé rodiny. Z tohoto zařazení by se dalo usuzovat již na nadčasové moderní pojetí práva na zdraví zahrnující i jeho sociální determinanty.

### 2.1.2 Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

Dalším mezinárodněprávním lidskoprávním dokumentem zahrnujícím výslovně právo na zdraví vzniklým na půdě OSN je ICESCR přijatý roku 1966.<sup>50</sup> Ten je svým charakterem již závazný<sup>51</sup> a ve svém čl. 12 již konkrétnější ve vztahu závazků vycházejících z oblasti zdraví než deklarace. Podle ICESCR státy „uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví“ a zároveň „učiní opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat: a) opatření ke snížení počtu potrátů a kojenecké úmrtnosti a opatření ke zdravému vývoji dítěte; b) zlepšení všech stránek vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny; c) prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí; d) vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci.“<sup>52</sup> Charakter práv v ICESCR se potom označuje jako progresivní<sup>53</sup>, zejména s odkazem na čl. 2, který stanoví, že se státy zavazují podniknout kroky směřující k postupnému dosažení plného uskutečnění těchto práv. To potom v souvislosti s chybějícím účinným mechanismem vynutitelnosti dodržování těchto závazků může vést k jejich vnímání jako druhořadých oproti občanským a politickým právům<sup>54</sup> stanoveným v „bratrském“ ICCPR, a to i přesto, že se od takového výkladu oba pakty distancují a připomínají nedělitelnost lidských práv.<sup>55</sup> K vytvoření dvou dokumentů souběžně došlo pravděpodobně zejména z politických důvodů souvisejících se studenou válkou mezi západním a východním blokem, i když svou roli sehrály i nepolitické argumenty, zejména tvrzená nejudikovatelnost sociálních práv.<sup>56</sup> Zajímavostí pro účely práce je, že např. na rozdíl od práva na vzdělání<sup>57</sup>, není u práva na zdraví v těchto dokumentech jakkoli zmíněna bezplatnost. Důvodem je pravděpodobně ponechání větší volnosti státům v oblasti financování systému zdravotnictví, neboť to může oproti

---

<sup>50</sup> Ačkoli platnosti nabyl až o 10 let později v roce 1976.

<sup>51</sup> I když stále chybí účinný nástroj k vymáhání ochrany těmto právům, srovnej: KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...* s. 9.

<sup>52</sup> čl. 12 ICESCR.

<sup>53</sup> MATYAŠKO, Maroš. *Metodologie a lidská práva: jak postupovat při hodnocení dodržování lidských práv.* Brno: Liga lidských práv, 2014. 41 s.

<sup>54</sup> srovnej: KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...* s. 9.

<sup>55</sup> Např. preambule obou paktů.

<sup>56</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...* s. 27.

<sup>57</sup> srovnej: čl. 13 ICESCR a čl. 26 Všeobecné deklarace lidských práv.

financování vzdělání představovat větší zátěž pro státní rozpočet, zejména s ohledem na neustálý vývoj a růst cen medikamentů a zdravotnických postupů.

Podrobně se právu na nejvyšší dosažitelný standard zdraví vycházejícího z čl. 12 ICESCR věnuje CESCR v obecném komentáři č. 14<sup>58</sup> z roku 2002, když zdůrazňuje zejména jeho provázanost s dalšími lidskými právy, jako např. právem na bydlení, vzdělání, soukromí, zákazem mučení, právem na informace, právem na život a dalšími. Upozorňuje, že pojem „nejvyšší dosažitelný standard“ bere v úvahu jak individuální biologické a socio-ekonomické předpoklady, tak dostupné zdroje státu.<sup>59</sup> Podotýká, že oproti roku přijetí ICESCR je nyní potřeba brát v úvahu více determinantů zdraví, jako např. přerozdělování zdrojů nebo genderovou rozdílnost. Připomíná důležitost zajištění potřebného zdravotního pojištění a péče pro ty, jež nedisponují dostatečnými prostředky.<sup>60</sup> Zdůrazňuje, že progresivní realizace práva na zdraví nesmí být dezinterpretována k vykosťování jeho obsahu, nýbrž musí vést v rámci možností k co nejrychlejšímu a nejefektivnějšímu naplnění čl. 12.<sup>61</sup> Dále podotýká, že právo na zdraví, jako všechna lidská práva, ukládá státům 3 druhy závazků: závazek respektovat, chránit a naplňovat. Závazek respektovat vyžaduje po státech zdržení se zasahování přímo či nepřímo do plného užívání práva na zdraví. Závazek chránit vyžaduje po státech přijetí opatření, které zabrání třetím stranám zasahovat do čl. 12. Konečně závazek naplňovat požaduje po státech přijmout odpovídající legislativní, administrativní, rozpočtové, soudní, podpůrní a další opatření vedoucí k plné realizaci práva na zdraví.<sup>62</sup> Dále v komentáři CESCR stanoví i tzv. „esenciální závazky“<sup>63</sup>, jakožto úplné minimum, přičemž jestliže k zajištění tohoto minima nedojde, bude to chápáno jako porušení závazků vycházejících z ICESCR.

### 2.1.3 Mezinárodní organizace práce

Pro komplexnější představu ohledně charakteru práva na zdraví, respektive na zdravotní péči a její financování v mezinárodním právu je vhodné zařadit i dokument vycházející z pera

---

<sup>58</sup> CESCR. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. 2000. (č. E/C.12/2000/4). Dostupné na: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>>.

<sup>59</sup> Tamtéž § 9.

<sup>60</sup> Tamtéž § 19.

<sup>61</sup> Tamtéž § 30.

<sup>62</sup> Tamtéž § 33.

<sup>63</sup> Tamtéž § 43 – „core obligations“ – “(a) To ensure the right of access to health facilities, goods and services on a non-discriminatory basis, especially for vulnerable or marginalized groups; (b) To ensure access to the minimum essential food which is nutritionally adequate and safe, to ensure freedom from hunger to everyone (c) To ensure access to basic shelter, housing and sanitation, and an adequate supply of safe and potable water; (d) To provide essential drugs, as from time to time defined under the WHO Action Programme on Essential Drugs; (e) To ensure equitable distribution of all health facilities, goods and services; (f) To adopt and implement a national public health strategy and plan of action, on the basis of epidemiological evidence, addressing the health concerns of the whole population...” – srovnej s Toebes, viz výše.



MOP, konkrétně Úmluvu č. 102 o minimálních standardech sociálního zabezpečení.<sup>64</sup> MOP drží v oblasti inkorporace sociálních a hospodářských práv na mezinárodní úrovni významný primát, neboť zakotvila některá práva pracovníků již po 1. světové válce.<sup>65</sup> Úmluva č. 102 je charakteristická svou omezenou působností, a to jak osobní<sup>66</sup>, tak věcnou, kdy si stát musí zvolit alespoň tři z devíti<sup>67</sup> částí, kterými bude vázán. Zvláštní výjimky jsou potom stanoveny na základě prohlášení pro státy, jejichž hospodářská a zdravotnická zařízení nejsou dostatečně vyvinuta.<sup>68</sup> Úmluva stanoví, že má být „chráněným osobám, jejichž stav vyžaduje léčebně preventivní péči zajištěno poskytování dávek“, přičemž „krytá sociální událost zahrnuje každé onemocnění bez ohledu na jeho příčinu a jejich následky“<sup>69</sup>. V čl. 10 potom dále specifikuje rozsah péče, kterou mají dávky zahrnovat. Jde zejména o primární péči poskytovanou praktickými lékaři a sekundární poskytovanou odbornými lékaři, včetně umístění v nemocnici a poskytování základních léčiv. Odstavec 2 tohoto článku potom umožňuje požadovat po poživateli nebo jeho živiteli dávky, „aby přispíval na náklady léčebné péče, poskytované v případě onemocnění, přičemž úprava takového příspěvku na náklady nesmí příliš zatěžovat.“ Dle odstavce 3 mají být tyto dávky „zaměřeny na zachování, znovunabytí nebo zlepšení zdraví chráněné osoby, její pracovní schopnosti a schopnosti postarat se o své osobní potřeby.“

Úmluva o minimálních standardech sociálního zabezpečení není přímým vodítkem k definování standardu hrazené zdravotní péče, je však třeba ji brát v potaz jakožto významný dokument směřující k zajištění určitého standardu sociálních a hospodářských práv na úrovni členských států.

#### 2.1.4 Další dokumenty

Právo na zdraví se objevuje i v dalších mezinárodních úmluvách vznikajících na půdě OSN, sic pro rozsah práce není možné se jednotlivě všem věnovat, nabídneme alespoň základní přehled a případně některá specifika. Právo na zdraví najdeme v čl. 24 Úmluvy o právech dítěte<sup>70</sup> přijaté v roce 1989, jehož znění je ještě o něco širší než v ICESCR, specificky v čl. 23 CRC přiznává „podle možností bezplatnou“<sup>71</sup> péči o dítě duševně nebo tělesně postižené. Právo na zdraví se dále také objevuje v čl. 5 Úmluvy o odstranění všech forem rasové diskriminace,

---

<sup>64</sup> Úmluva MOP o minimální normě sociálního zabezpečení č. 102/1952.

<sup>65</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...*, s. 24.

<sup>66</sup> čl. 9 Úmluvy MOP o minimální normě sociálního zabezpečení č. 102/1952.

<sup>67</sup> čl. 2 Tamtéž.

<sup>68</sup> čl. 3 Tamtéž.

<sup>69</sup> čl. 7 a 8 Tamtéž.

<sup>70</sup> Úmluva o právech dítěte (sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.m.s. o přijetí Úmluvy o právech dítěte).

<sup>71</sup> čl. 23 Úmluvy o právech dítěte.

v čl. 12 a 14 Úmluvy o odstranění všech forem diskriminace žen, a nakonec také v čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, kde je kladen pro tyto osoby důraz na „stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním“.<sup>72</sup>

## 2.2 Dokumenty přijaté Radou Evropy a Evropskou unií

Vyšší standardy a propracovanější mechanismy prosaditelnosti než v celosvětovém měřítku, existují v měřítku regionálním a ač lze evropský standard lidských práv označit za společný, není určitě jednotný, neboť stanoví poměrně široké meze, ve kterých se mohou standardy jednotlivých států i výrazně odlišovat.<sup>73</sup> Klíčovým garantem dodržování a realizace lidských práv na evropské úrovni se stala Rada Evropy, když si tento cíl stanovila ve svém Statutu.<sup>74</sup> Přičemž prvním a stále nepřekonaným katalogem lidských práv se stala v roce 1950 Úmluva o ochraně lidských práv a svobod. Jak již bylo uvedeno výše, Úmluva se o právu na zdraví výslovně nezmiňuje, neznamená to však, že by zdraví jako lidské právo ignorovala. To vyplývá zejména z rozhodování Evropského soudu pro lidská práva, který v nejednom případě podřadil oblast zdraví pod pozitivní závazky státu vyplývající z práv Úmluvou chráněných.<sup>75</sup> Těmto případům se ale budeme věnovat zvlášť v podkapitole, neboť v nich nelze odhlédnout od úvah nad charakteristikou práva na zdraví jako sociálního práva.

### 2.2.1 Evropská sociální charta

Druhým pilířem systému ochrany práv na poli Rady Evropy, tentokrát obsahujícím sociální a hospodářská práva je Evropská sociální charta<sup>76</sup>. Oproti Úmluvě není kontrolní mechanismus ESC natolik účinný, neboť neumožňuje soudní přezkum a individuální stížnosti<sup>77</sup>, nelze však opomíjet její význam pro stanovení standardů<sup>78</sup> ochrany hospodářských a sociálních práv v Evropě.<sup>79</sup> Toho docílila zejména v souvislosti s činností ESCR, který přezkoumává v pravidelných intervalech zprávy států o jejím dodržování a následně také

---

<sup>72</sup> Úmluva o právech osob s duševním onemocněním (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb.m.s. o sjednání Úmluvy o právech osob s duševním onemocněním).

<sup>73</sup> KŘEPELKA, Filip. *Evropský standard lidských práv a zdravotnictví*.... s. 2-5.

<sup>74</sup> čl. 1 Statutu Rady Evropy (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Statutu Rady Evropy č. 123/1995 Sb.).

<sup>75</sup> MALÍŘ, Jan, DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. s. 55

<sup>76</sup> Evropská sociální charta.

<sup>77</sup> Dle Dodatkového protokolu k Chartě lze podávat stížnosti kolektivní (platí pro státy, které protokol ratifikují)

<sup>78</sup> Šišková připomíná, že je signatářům ponechán prostor pro přijetí příznivějších podmínek, než stanoví Charta.

<sup>79</sup> ŠIŠKOVÁ, Naděžda. *Dimenze ochrany lidských práv v EU*. Praha: ASPI, 2003. s. 162.

vydává zobecňující výkladová sdělení k jednotlivým článkům.<sup>80</sup> Zajímavostí u ESC je selektivní způsob přijetí závazků z ní vyplývajících, neboť se při přijetí očekávalo, že není reálné od signatářů požadovat okamžité splnění všech jejich článků.<sup>81</sup> Na rozdíl od ICESCR, ale ESC vyžaduje okamžité naplňování závazků, ke kterým se signatář zavázal, to však neplatí pro její část I., která směřuje ke sledování určitých cílů a je více politickým prohlášením než právním závazkem.<sup>82</sup> Právo na zdraví je v této části I. ESC vyjádřeno čl. 11 jako právo každého „využít jakýchkoli opatření, která mu umožní dosáhnout co nejlepšího zdravotního stavu“ a potom čl. 13 jako právo každého „kdo nemá dostatečné prostředky, na sociální a zdravotní pomoc“.<sup>83</sup> Právně závaznými jsou ale až články v části II., pokud k nim smluvní strana přistoupila<sup>84</sup>. Čl. 11 obsahuje právo na ochranu zdraví a zdůrazňuje zejména opatření zaměřená na odstranění příčin nemocí a prevenci, zatímco čl. 13 se zaměřuje na zajištění pomoci osobám, které nejsou schopny si prostředky vyžadované na péči o ně zajistit samy.<sup>85</sup> Čl. 13 se zároveň řadí do tzv. „tvrdého jádra“ ESC, které vyžaduje, aby se signatáři považovali za vázané nejméně pěti ze sedmi článků do něj náležejících.<sup>86</sup>

V oblasti ochrany zdraví a péče o zdraví ESC, respektive ESCR, neváhají jít dál oproti Úmluvě a ESLP<sup>87</sup> a stanovit konkrétní standardy, které mají ovládat zdravotní politiku jednotlivých zemí.<sup>88</sup> Obecně by měly státy „zajistit nejvyšší možný zdravotní stav populace dle dosažených vědomostí“ a „systémy zdravotnictví musí adekvátně reagovat na vyhnutelné nebezpečí pro veřejné zdraví...“, přičemž „hlavními ukazateli jsou střední délka života a nejčastější příčiny smrti a tyto hodnoty musí vykazovat pozitivní vývoj a nesmí se příliš vzdalovat evropskému průměru“.<sup>89</sup> K právu na přístup ke zdravotní péči ESCR uvádí, že tato musí být přístupná každému a nesmí být odírána dokonce ani ilegálně pobývajícím cizincům.<sup>90</sup> Dále uvádí, že zdravotní péče má být financována, alespoň z části, komunitou jako celkem a cena za péči nesmí představovat nepřiměřeně velkou zátěž pro jednotlivce, zejména by pak

---

<sup>80</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv*. Právní rozhledy, 2014, roč. 22, č. 21, s. 740.

<sup>81</sup> HÝBNEROVÁ, Stanislava. *Evropská ochrana lidských práv v dokumentech*. Praha: Karolinum, 2002. s. 12.

<sup>82</sup> Tamtéž.

<sup>83</sup> Evropská sociální charta.

<sup>84</sup> Česká republika se zavázala naplňovat závazky vyplývající jak z čl. 11, tak z čl. 13 v úplném znění.

<sup>85</sup> Evropská sociální charta.

<sup>86</sup> ŠIŠKOVÁ, Naděžda. *Dimenze ochrany lidských práv v EU*. Praha: ASPI, 2003. s. 164.

<sup>87</sup> Viz níže.

<sup>88</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv*. Právní rozhledy 21/2014, s. 740.

<sup>89</sup> Digesta Evropského výboru pro sociální práva (DIGEST OF THE CASE LAW OF THE EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS). 2018, 242 s. Dostupné na: <<https://rm.coe.int/digest-2018-parts-i-ii-iii-iv-en/1680939f80>>, s. 130.

<sup>90</sup> Tamtéž.

státy měly usilovat o snížení finančního břemene pro nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatel.<sup>91</sup> Připomíná také povinnost zajištění dostatečného počtu zdravotnického personálu a dostatek lůžek, stejně jako alespoň uspokojivé humánní podmínky pobytu v nemocnici.

Lze tedy shrnout, že ESC spolu s interpretací podávanou ESCR představuje i přes svou omezenou vymahatelnost v mezinárodně právní ochraně zdraví klíčový dokument stanovující mantinely pozitivních závazků členských států v oblasti zdravotnictví, včetně akcentu na finanční zátěž pro jednotlivce.

### 2.2.2 Úmluva o lidských právech a biomedicině

Rozvoj zdravotnictví v oblasti biologie a zejména genetiky a s ním související etické a právní problémy<sup>92</sup> vedly k vypracování Úmluvy o biomedicině<sup>93</sup>, jež byla přijata v roce 1997. Jádrem této úmluvy je důstojnost jednotlivce a jeho integrita, v čl. 2 výslovně stanovuje, že „*zájmy a blaho lidské bytosti budou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy*“<sup>94</sup>. Zvláště potom zdůrazňuje povinnost států, tvořících smluví strany, zajistit „*rovnou dostupnost zdravotní péči patřičné kvality*“, a to se zřetelem k zdravotním potřebám a dostupným zdrojům. V čl. 4 následně vyžaduje, aby byly všechny zákroky v oblasti péče o zdraví prováděny v souladu s profesními standardy.<sup>95</sup> Ve znění těchto ustanovení můžeme vidět určitý pokrok v oblasti práva na zdraví, zejména v souvislosti s přístupem ke zdravotním službám. Jsou zde zdůrazňovány zájmy jednotlivce nad zájmy společnosti a je kladen důraz nejen na nediskriminační přístupnost ke zdravotní péči, ale také na její kvalitu a její poskytování lege artis. Vysvětlující zpráva k úmluvě specifikuje, že „*péče musí odpovídat standardu s ohledem na vědecký pokrok a musí podléhat průběžnému hodnocení kvality*“<sup>96</sup>, následně definuje, že v případě rovného přístupu nejde o absolutní rovnost, ale absenci neospravedlnitelné diskriminace. Zároveň bere na vědomí omezenost zdrojů a uvádí na pravou míru, že by její čl. 3 neměl být nějakým subjektivním nárokem jednotlivce vůči státu, ale spíše pobídkou státům k přijetí potřebných opatření v rámci jejich sociálních politik.<sup>97</sup> K čl. 4 potom uvádí, že se

---

<sup>91</sup> Tamtéž, s. 130.

<sup>92</sup> ČELADOVÁ, Libuše. BOJCÚNOVÁ, Jaroslava. ČVELA, Rostislav. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví – 1. část*. Zdravotnictví v České republice, 2011, roč. 14, číslo 2-3. s. 26.

<sup>93</sup> Plným názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

<sup>94</sup> Čl. 2 Úmluvy o lidských právech a biomedicině.

<sup>95</sup> Tamtéž, čl. 4.

<sup>96</sup> Rada Evropy. Explanatory Report to the Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. 1997. Dostupné na: <<https://rm.coe.int/16800ccde5>>.

<sup>97</sup> Tamtéž.

profesní standardy mohou v různých zemích odlišovat, a že nezahrnují jedinou správnou možnost léčby, nýbrž více různých způsobů a metod, které umožňují svobodnou volbu.

### 2.2.3 Listina základních práv Evropské unie

Na legislativním poli Evropské unie základní práva dlouhou dobu pro její zejména ekonomické směřování nijak akcentována nebyla, to se ale ukázalo jako dlouhodobě neudržitelné a v roce 2000 byl konečně přijat lidskoprávní katalog v podobě CFR.<sup>98</sup> Od jejího přijetí ale byla CFR kritizována pro svou „bezzubost“, která ji snížila na úroveň *soft law*<sup>99</sup>, to se změnilo až s přijetím Lisabonské smlouvy. CFR má specifickou působnost vztahující se zvláště na orgány a instituce EU, na členské státy potom jen pokud aplikují právo Unie<sup>100</sup>, proto je její působnost užší než u výše zmiňovaných dokumentů. Čl. 35 v kapitole IV. nazvané Solidarita zakotvující právo na ochranu zdraví a zdůrazňující „vysokou úroveň ochrany zdraví“<sup>101</sup> vychází částečně z ESC a částečně<sup>102</sup> ze SFEU<sup>103</sup> a nestanovuje v oblasti zdraví navíc žádná individuální práva či závazky, nýbrž pouze cíle.<sup>104</sup> Svojí roli může hrát například v přeshraniční zdravotní péči, která je poskytována na základě směrnic EU.

V oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče je pak legislativa Evropská unie a posléze judikatura SDEU poměrně bohatá<sup>105</sup> a směřuje k zavedení „celoevropského trhu zdravotní péče“<sup>106</sup>, který bude i do budoucna vyžadovat značnou koordinaci zdravotních systémů a zdravotních pojišťoven členských států, včetně možného vlivu na sjednocování standardů péče.

### 2.3 Právo na zdraví nejen jako sociální právo

*Sociální práva vytváří ve svém souhrnu systém, nazývaný sociální síť, která by v evropském pojetí sociálního státu a solidarity občanů měla zajistit, aby každému člověku byl*

<sup>98</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty*... s. 166.

<sup>99</sup> ŠÍŠKOVÁ, Naděžda. *Dimenze ochrany lidských práv v EU*. Praha: ASPI, 2003. s. 192.

<sup>100</sup> čl. 51 Listiny základních práv Evropské unie (Rozhodnutí Rady, Parlamentu a Komise č. 2012/02 ze dne 26. 10. 2012, kterým se vyhláší Listina základních práv Evropské unie. Úř. věst. C 326).

<sup>101</sup> čl. 35 Listiny základních práv Evropské unie.

<sup>102</sup> EU. Explanations relating to the Charter of fundamental rights. 2007. (2007/C 303/02). Dostupné na: <<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0017:0035:en:PDF>>.

<sup>103</sup> čl. 168 Smlouvy o fungování Evropské Unie zaměřený na spolupráci států v oblasti veřejného zdraví.

<sup>104</sup> „pure objectives“ dle Toebes, B., 2001, Economic, Social and Cultural Rights. Eide, A., Krause, C. & Rosas, A. (eds.). 2 ed. Dordrecht/Boston/London: Martinus Nijhoff, p. 169-190 21 p. – převzato z HARVEY, Tamara K.

<sup>105</sup> Srovnej: ESD. Evropský soudní dvůr a zdravotní péče. 2018. Dostupné na: <<https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2018-11/qd-04-18-747-cs-n.pdf>>.

<sup>106</sup> ŠORFOVÁ, Veronika. *Zdravotnictví jako služba v kontextu Evropské unie aneb nová právní úprava v oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče* [online]. epravo.cz, 1. července 2011 [cit. 7. června 2019]. Dostupné na: <<https://www.epravo.cz/top/clanky/zdravotnictvi-jako-sluzba-v-kontextu-evropske-unie-aneb-nova-pravni-uprava-v-oblasti-preshranicniho-poskytovani-zdravotni-pece-74686.html>>.

garantován minimální životní standard.<sup>107</sup> Byť tento standard nepředstavuje ani z daleka jakýkoli nárok na bezproblémový a pohodlný život.<sup>108</sup>

Jak již bylo výše zmíněno, právo na zdraví se řadí mezi sociální práva, která si nacházela cestu do mezinárodního práva i do ústavních předpisů jednotlivých zemí trochu jinak než občanská a politická práva, i když ne vždy zcela ospravedlnitelně<sup>109</sup>. Z přístupu k těmto závazkům jakožto k něčemu, co je závislé na hospodářské úrovni státu, posléze jeho politické vůli potom vykryštalizoval i jiný, nepřilíživě účinný systém ochranných instrumentů.<sup>110</sup> Rozsah práce neumožňuje podrobnou rozvahu nad charakterem sociálních práv a jejich ochrany, pokusíme se ale v tomto kontextu přiblížit právo na zdraví a nastínit jeho přesah do základních práv požívající vyšší ochranu. I přes relativizaci rozdílů mezi sociálními právy a právy „první generace“ totiž bývá nadále připomínáno, že rozsah sociálních práv je spíše „politickou otázkou a má být stanoven v demokraticky zvoleném zákonodárném sboru“, a že mají soudy při rozhodování o nich projevovat zdrženlivost.<sup>111</sup> Pokud bychom tedy připustili, že právo na zdraví a závazky z něj vyplývající nejsou ničím jiným než sociálním právem, podstatně bychom snížili možnost domoci se jeho ochrany. Tato otázka má zásadní význam i pro uchopení rozsahu, v jakém má stát odpovídat za organizaci zdravotní péče a jejího financování.<sup>112</sup>

Při bližším pohledu do rozhodovacích mezinárodních i národních mechanismů ohledně otázek vycházejících z práva na zdraví můžeme zejména v posledních dekáдах vidět tendence směřující k rozmývání hranice mezi pozitivními závazky státu plynoucími z práva na život, zákazu nelidského a ponižujícího zacházení, z ochrany soukromí a tělesné integrity a mezi sociálním právem na péči o zdraví.<sup>113</sup> Obecně můžeme mluvit o teorii tzv. integrovaného přístupu k lidským právům založeném na „propustnosti“ těchto skupin základních práv.<sup>114</sup> To vychází ze základní vlastnosti lidských práv, tedy jejich nedělitelnosti a vzájemné závislosti a praktickým důsledkem je právě připuštění vzájemného překrývání těchto práv.<sup>115</sup> Ostatně jak připomíná Kratochvíl<sup>116</sup> v souvislosti se sociálními aspekty práva na život, mnohem více životů

<sup>107</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty*... s. 195.

<sup>108</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*. Praha: Leges, 2016, s. 471.

<sup>109</sup> Srovnej např. s BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*... s. 469.

<sup>110</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech*... s. 8.

<sup>111</sup> GERLOCH, Aleš, ŠTURMA, Pavel. *Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století v českém, evropském a mezinárodním kontextu*. Praha: Auditorium, 2011. s. 147.

<sup>112</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv*... s. 740

<sup>113</sup> ŠIMÁČKOVÁ, Kateřina in ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. s. 59.

<sup>114</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv*... s. 12.

<sup>115</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv*... s. 13.

<sup>116</sup> KRATOCHVÍL, Jan in KMEC, Jiří a kol. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. s. 393

je ohroženo nedostatkem jídla, pitné vody, nebo nedostupnou zdravotní péčí, než právě popravou či zabitím.

### 2.3.1 Právo na zdraví v rozhodovací praxi ESLP

Nejzřetelněji můžeme vnímat tento fenomén v rozhodovací praxi Evropského soudu pro lidská práva, který se otázkami zdraví a zdravotní péče musel potýkat několikrát a připustil vazbu mezi nimi a právem na život.<sup>117</sup> Svou roli zde sehrál evolutivní výklad Úmluvy sledující hospodářský vývoj států a již zmíněný koncept pozitivních závazků.<sup>118</sup> ESLP poprvé judikoval pozitivní závazek státu, vycházející z práva na život, „přijmout odpovídající kroky k ochraně života“ v případě L. C. B. v. Spojené království<sup>119</sup> a obdobně se vyjádřil i v dalších věcech podobného charakteru, ani v jednom však ESLP neshledal porušení čl. 2 a stejně zdrženlivý je v otázkách zdravotní péče doposud. Do jisté míry přelomovým je judikát ve věci *Kypr proti Turecku*<sup>120</sup>, ve kterém soud připustil, že Úmluva zavazuje státy k zajištění určitého standardu dostupné zdravotní péče<sup>121</sup>, nepovažoval však za nutné v tomto případně míru tohoto minimálního standardu vymezit, neboť na základě faktických skutečností stížnost zamítl. K případu soud přistupoval spíše pohledem zákazu diskriminace, kdy stanovil, že nelze jedinci odpírat zdravotní péči, která je dostupná široké veřejnosti.<sup>122</sup> Obecně ESLP tedy ponechává na státech, aby stanovily vlastní úroveň zajištění zdravotní péče a až v případě nedodržení takto definovaného standardu, popřípadě nedodržení onoho nedefinovaného minimálního standardu, vedoucímu k ohrožení života, připouští porušení čl. 2 Úmluvy.<sup>123</sup>

ESLP se zabýval i otázkou, zda má být zdravotní péče poskytována bezplatně, respektive, zda je porušením čl. 2 finanční nedostupnost určité léčby. V případě *Nitecki v. Polsko* byl ESLP konfrontován s otázkou, zda 30% spoluúčast pacienta na úhradě léku představuje porušení práva na život. Soud však zopakoval závěry rozhodnutí *Kypr v. Turecko*, přičemž nedovodil jiný přístup ke stěžovateli oproti ostatní veřejnosti a stížnost zamítl. Podobně pak přistupoval i k případu *Gheorge v. Rumunsko* nebo *Wiater v. Polsko*, kde zdůraznil, že „alokace veřejných prostředků v oblasti zdravotní péče, což je otázka, o které se vede intenzivní debata v řadě

---

<sup>117</sup> KRATOCHVÍL, Jan in KMEC, Jiří a kol. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2012. s. 393

<sup>118</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv...* s. 740

<sup>119</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 9. června 1998, L. C. B. proti Spojenému království, č. 23413/94. bod č. 36

<sup>120</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 10. května 2001, *Kypr proti Turecku*, č. 25781/94

<sup>121</sup> Malíř spíše poukazuje na to, že se ESLP otázce toho, zda čl. 2 vůbec nějaký rozsah zajištění zdravotní péče vyžaduje, úplně vyhnul.

<sup>122</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv...*s. 740

<sup>123</sup> MOWBRAY, A. R. *Cases, materials, and commentary on the European Convention on Human Rights*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, c2012. xxxv, s. 119.

evropských států, není záležitostí, ke které by měl ESLP zaujímat postoj, nýbrž je na příslušných orgánech členských států, aby zvážily a rozhodly, jak budou jejich omezené prostředky alokovány, neboť se koneckonců nacházejí v lepším postavení než Soud k tomu, aby posuzovaly požadavky s ohledem na vzácnost prostředků a nesly odpovědnost za složitá rozhodnutí, která je třeba činit mezi důvodnými potřebami“.<sup>124</sup> K bezplatnosti se ESLP vyjádřil i v dalším případě, konkrétně *Pentiacova a další v. Moldavsko*<sup>125</sup>, v tomto případě zkoumal opodstatněnost stížnosti přes čl. 8 Úmluvy<sup>126</sup>, tedy právo na soukromý a rodinný život. ESLP sice připustil v rámci širokého výkladu práva na soukromí, zahrnujícího i osobní integritu, možnost zásahu spočívajícím v nehrazení zdravotní péče, která pakliže by byla plně hrazena, zajistila by stěžovatelům vyšší kvalitu života, nedovodil však v konkrétním případě skutečné porušení, přičemž argumentoval podobně, jako v předchozích případech.<sup>127</sup> Ze zřejmých důvodů tedy ESLP jednoznačnou odpověď na bezplatnost nepřinesl, lze se ale přiklonit k názoru, že by měly členské státy zajistit alespoň základní nebo akutní (život zachraňující) zdravotní péči z veřejných zdrojů a to nediskriminačně.<sup>128</sup> Nakonec se několikrát ESLP zabýval i přesahem čl. 3 do práva na zdraví a ten připustil zejména v případech, kdy je třeba zajistit zdravotní péči osobám poraněným při zatýkání nebo osobám omezeným na svobodě<sup>129</sup> a dále v případech, kdy jde o velmi závažné porušení péče<sup>130</sup>.

Jak je z výše uvedeného patrné, ESLP je tedy nanejvýše opatrný v definování jakéhokoli obecně platného standardu poskytování zdravotní péče a nic nenasvědčuje tomu, že by v blízké době svůj přístup měl změnit. Malíř<sup>131</sup> naznačuje, že „se tím otevírá otázka, jaké přesné faktory stojí za tím, že do určité oblasti právo Úmluvy expanduje, zatímco do jiné za srovnatelných okolností nikoli“, přičemž zde má na mysli zejména právo na zdravé životní prostředí, nakonec uznává zřejmý vliv „politické nevděčnosti“ a „nechtěné popularity“, kterou může přísný přístup ESLP k právu na zdraví, respektive k dostupné zdravotní péči přinést.

---

<sup>124</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 15 května 2012, *Wiater* proti Polsku, č. 42290/08. č. 39

<sup>125</sup> Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 4. ledna 2005, *Pentiacova a další* proti Moldavsku, č. 14462/03

<sup>126</sup> Srovnej: Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 8. července 2003, *Sentges* proti Nizozemsku, č. 27677/02

<sup>127</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv...*s. 740

<sup>128</sup> HARRIS, D. J. a kol. *Harris, O'Boyle & Warbrick: law of the European Convention on Human Rights*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009. li, 902 s.

<sup>129</sup> MALÍŘ, Jan, DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví...*s. 56

<sup>130</sup> Srovnej: Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 27. července 2006, *Byrzykowski* proti Polsku, č. 11562/05

<sup>131</sup> MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv...* s. 740



### 2.3.2 Právo na zdraví interpretované Výborem OSN pro lidská práva (CCPR)

Propustnost mezi občanskými právy a právy sociálními lze spatřovat i v interpretaci ICCPR. CCPR zdůrazňuje, že právo na život nesmí být vykládáno restriktivně<sup>132</sup>, a že ochrana tohoto práva vyžaduje po státech přijetí pozitivních závazků. Výslovně zmiňuje přijetí všech možných opatření k omezení dětské úmrtnosti a zvýšení střední délky života, zejména pak opatření směřující k odstranění podvýživy a hladovění.<sup>133</sup> CCPR se v rámci svých závěrečných doporučení několikrát vyjádřil i ke zdravotní péči, kterou zahrnul do práva na život a specifikoval, že má jít o péči dostupnou pro všechny a o péči kvalitní.<sup>134</sup> Na základě individuální stížnosti pana Plotnikova<sup>135</sup> se CCPR zabýval i otázkou finanční nedostupnosti nákladné léčby, která byla způsobena hyperinflací v Rusku. Výbor však nedospěl k závěru, že by bylo v tomto případě bylo možno shledat Rusko odpovědné za porušení jeho práv zaručených ICCPR a je otázkou za jakých okolností by tuto odpovědnost dovodil.<sup>136</sup>

### 2.4 Shrnutí limit vyplývajících z mezinárodního práva

Z výše uvedeného vyplývá, že mezinárodní právo považuje oblast zdraví a zvláště pak, s ohledem na téma práce, pozitivní závazky státu z něj vyplývající, za důležitou otázku objevující se v různých formách v nejdůležitějších lidskoprávních dokumentech a mechanismech jejich ochrany. Co z toho však vyplývá pro ústavně konformní zakotvení nadstandardní zdravotní péče do právního řádu České republiky?

V první řadě je třeba připomenout, že ani dokumenty vycházející z půdy OSN, ani dokumenty regionální evropské úrovně nemají za cíl vymezit nějaký jednoznačný konkrétní standard zdravotní péče nebo rozsah jejího financování, kterými by se jednotlivé státy musely řídit. Aktéři na nadnárodní úrovni si v tomto případě uvědomují značnou citlivost tématu a nepopíratelné rozdíly v hospodářské, sociální i technické vyspělosti jednotlivých států. Na druhou stranu je ve světle doporučení WHO, rozhodování ESLP i v komentářích výborů OSN a ESCR patrný určitý posun od absolutního se nevměšování do vnitrostátních zdravotních politik k stanovení mantinelů, ve kterých by se poskytování zdravotní péče na národní úrovni mělo odehrávat. Asi nejpodrobnější shrnutí minimálních standardů vycházejících z práva na zdraví v globálním měřítku najdeme v již zmíněném obecném komentáři č. 14 vydaném CESCR. Doplníme-li ho o závěry některých citovaných rozhodnutí ESLP v případě Úmluvy a

<sup>132</sup> § 1 in CCPR General Comment No. 6: Article 6 (Right to Life). 1982. Dostupné na: <<https://www.refworld.org/docid/45388400a.html>>.

<sup>133</sup> Tamtéž § 5.

<sup>134</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...* s. 49.

<sup>135</sup> Rozhodnutí Výboru OSN pro lidská práva ze dne 25. března 1999, Plotnikov v. Ruská federace, č. 784/1997.

<sup>136</sup> KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv...* s. 49.

výklady ESCR v případě ESC, vyplynou nám jistá limita pro vnitrostátní nastavení zdravotního systému, včetně jeho financování.

Dalo by se obecně shrnout, že zdravotní péče musí být poskytována na náležité úrovni odpovídající vyspělosti dané země a technologickému pokroku. Zvláště pak musí být dostupná všem, a to nediskriminačním způsobem, přičemž je zdůrazňována solidarita komunity. Několikrát se také objevuje výslovný apel na bezplatnost, zejména u nejzranitelnějších skupin obyvatel, jako dětí nebo zdravotně postižených, nikde však není vyloučena spoluúčast jednotlivce. Tato spoluúčast by ale rozhodně neměla představovat překážku v dostupnosti alespoň základní zdravotní péče. Jak konkrétně jednotlivé státy financování zdravotní péče nastaví a pro jakou formu zdravotní politiky se rozhodnou však zůstává, snad až na případné významné excesy, v režimu „margin of appreciation“.

### **3. Ústavní rámec ochrany zdraví v České republice a relevantní judikatura ÚS**

Po představení určité analýzy mezinárodněprávních dokumentů zakotvujících právo na zdraví, kterými je Česká republika na základě čl. 10 Ústavy vázána, bychom nyní pokročili k rozboru ryze národnímu, tedy právu na zdraví v kontextu Listiny základních práv a svobod a dalších právních předpisů toto právo „provádějících“. Přičemž se zaměříme zejména na užší výšeč Listinou garantované ochrany zdraví, a to, zda vyplývá z její dikce, popřípadě jejího výkladu, nějaký konkrétní nárok na určitý hrazený standard, respektive zda lze v některých případech mluvit o nehrazené, případně částečně hrazené, nadstandardní zdravotní péči. Jinými slovy se zaměříme na to, jak máme rozumět právu na bezplatný přístup ke zdravotní péči a do jaké míry a jakými prostředky lze omezit. V další části kapitoly se potom podrobně zaměříme na judikaturu Ústavního soudu relevantní pro vymezení tohoto standardu zdravotní péče, a zvláště se zaměříme na zrušení tzv. Hegerových nadstandardů, přičemž shrneme argumenty dotčených osob i dalších aktérů a odlišná stanoviska některých soudců.

#### **3.1 Listina základních práv a svobod**

##### **3.1.1 Čl. 31 Listiny a jeho komponenty**

*„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.“<sup>137</sup>*  
Tolik k právu na ochranu zdraví a na zdravotní péči říká čl. 31 Listiny základních práv a svobod,

---

<sup>137</sup> čl. 31. Listiny základních práv a svobod (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů).

jež jej zakotvuje v rámci ústavního pořádku České republiky. Tento článek, obdobně jako jsme mohli vidět výše v mezinárodním právu, není samozřejmě jediným ustanovením Listiny, které zahrnuje právo na zdraví. Na to ostatně poukázal i Ústavní soud, který připustil pochránění zdraví jakožto součásti fyzické integrity i pod právo na nedotknutelnost osoby a jejího soukromí v čl. 7 Listiny<sup>138</sup>. Dále pak nelze opominout přesah čl. 1, který stanovuje svobodu a rovnost v důstojnosti a právech, čl. 3 zakazujícího diskriminaci, čl. 6. chránícího život, čl. 8 zaručujícího osobní svobodu nebo čl. 10 zakládajícího právo na zachování lidské důstojnosti.<sup>139</sup> Přesto čl. 31 v hlavě čtvrté Listiny obsahující hospodářská, sociální a kulturní práva představuje klíčový, specifický a konkrétní projev práva na zdraví v ústavním pořádku ČR.

Povinnosti vyplývající z čl. 31 lze potom rozlišit na dvě základní části, které s sebou nesou odlišná práva, nebo dokonce odlišné skupiny práv, z obou však plynou komisivní závazky státu<sup>140</sup>. V první větě je to povinnost státu zajistit každému právo na ochranu zdraví. Stát by se měl tedy aktivně zasazovat o ochranu zdraví lidí a zároveň by se měl zdržet ohrožování veřejného zdraví<sup>141</sup>, jinými slovy jde o *zajištění podmínek, ve kterých lidé mohou vést zdravý život*.<sup>142</sup> Věta první tedy reprezentuje zejména ony sociální determinanty zdraví, tak jak jsme uvedli již výše v oblasti mezinárodního práva. Část těchto Listinných závazků zákonodárce vtělil do zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.

Z druhé věty čl. 31 Listiny potom vyplývá organizační<sup>143</sup> povinnost státu zajistit svým občanům (už ne všem) dostupný systém zdravotní péče hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Zde se ponechává prostor pro určení konkrétních podmínek poskytování bezplatné zdravotní péče zákonodárci, který tak činí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, zákonem č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách a zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Na tomto místě se nabízí otázka, jaký je skutečný obsah práva na veřejné zdraví ve větě první ve srovnání s právem na individuální zdraví přiřazovaným k druhé větě čl. 31 Listiny a zda náhodou i v oblasti veřejného zdraví nelze mluvit o nějakém standardu, respektive nadstandardu. Hlavním rozdílem v těchto dvou rovinách práva na zdraví je fakt, že zatímco první jmenované pracuje s konkrétním zdravím jednotlivce, druhé má za cíl spíše vyšší

---

<sup>138</sup> Srovnej např. Nález Ústavního soudu ze dne 9. července 2009, sp. zn. II ÚS 2379/08, bod 10.

<sup>139</sup> BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. s. 164

<sup>140</sup> WINTR, Jan in WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář...* s. 644.

<sup>141</sup> Tamtéž.

<sup>142</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*. Praha: Leges, 2016, s. 497.

<sup>143</sup> WINTR, Jan in WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář...* s. 645.

zdravotní bezpečnost obyvatelstva jako celku a pracuje se statistickým zdravím společnosti.<sup>144</sup> I když nelze zcela vyloučit, že by mohla být někdy v budoucnu vyvolána debata o dvojitým standardu ochrany veřejného zdraví, například v souvislosti s proočkovanosťou obyvatelstva nebo v souvislosti s právem na příznivé životní prostředí, budeme se dále věnovat zvláště druhému komponentu práva na zdraví. To pro jeho politickou aktuálnost a jistou specifíčnost jeho zakotvení v Listině, neboť na rozdíl od obecného znění věty první, nijak se nelišícího od garance ochrany zdraví v mezinárodním právu, věta druhá zakládá pro systém zdravotnictví poměrně přísné podmínky, které se od mezinárodního pojetí odlišují.<sup>145</sup>

Podle Pospíšila<sup>146</sup> právě věta druhá čl. 31 Listiny působí značnou „konstitucionalizaci“ zdravotní péče v České republice. Ustanovuje totiž mechanismus financování zdravotní péče s garancí jeho bezplatnosti. Nejde podle něj o znění zdařilé a výslovné zakotvení „bezplatnosti“ působí značné interpretační komplikace, neboť je „na první pohled zřejmé, že poskytování zdravotní péče není (a nemůže být) ani bezplatné (neboť fakticky musí být péče někým hrazená a samotná Listina ji podrobuje veřejnému zdravotnímu pojištění), ani není cele poskytována na základě pojistných principů.“<sup>147</sup> Jako problémové dále vnímá i odkázání na zákonnou úpravu, a to proto, že „zákon může zdánlivě stanovit toliko konkrétní podmínky, nemůže však opustit mantinely bezplatnosti a veřejného zdravotního pojištění“. V souvislosti s takto striktním, ale zároveň ne zcela jednoznačně uchopitelným zněním je pochopitelná velmi častá ingerence Ústavního soudu, která ale opět není vždy zcela jednotná, neboť se mezi soudci objevují různé názorové proudy na vhodnost zasahování do spíše politických otázek.<sup>148</sup> Na judikaturu Ústavního soudu se zaměříme podrobně v další kapitole.

### 3.1.2 Omezení vyplývající z čl. 41

Stejně jako v mezinárodním právu, i v právu ústavním figurují hospodářská, sociální a kulturní práva relativně odděleně od práv občanských a politických. Už při jednání o přijetí Listiny poslanci v České národní radě obhajovali čl. 41, odst. 1 obsahující výčet některých těchto práv stanovující, že se jich lze domáhat „pouze v mezích zákonů, která tato ustanovení provádějí“. Přičemž odkazovali na nemožnost přímé aplikovatelnosti těchto práv a jejich

---

<sup>144</sup> GÁBŘIŠ, Tomáš. *Právo na veřejné zdraví?* [online]. iurium.cz, 7. června 2018 [cit. 19. srpna 2019]. Dostupné na: <[https://www.iurium.cz/2018/06/07/pravo-na-verejne-zdravi/#\\_ftn5](https://www.iurium.cz/2018/06/07/pravo-na-verejne-zdravi/#_ftn5)>.

<sup>145</sup> POSPÍŠIL, Ivo. *Ústavněprávní limity právní regulace financování zdravotní péče (nejen) v judikatuře Ústavního soudu*. Správní právo, 2018, roč. LI, č. 4-5, s. 217–228.

<sup>146</sup> Tamtéž.

<sup>147</sup> Tamtéž.

<sup>148</sup> Tamtéž.

odvislosti od sociální a hospodářské vyspělosti státu<sup>149</sup>, nebo na relevanci existence dvou paktů symbolizující odlišnou povahu práv a možnost jejich uplatnění.<sup>150</sup> Nemá příliš velký význam na tomto místě opakovat argumenty svědčící ve prospěch či neprospěch odlišování této skupiny práv, pokud bychom ale měli uvést alespoň jeden ve prospěch, je to právě snaha přenést rozhodování o takto specifických a nákladných<sup>151</sup> pozitivních závazcích státu na zákonodárny sbor.<sup>152</sup>

V souvislosti s výkladem čl. 41 a koneckonců i se samotným čl. 31, který v sobě výhradu zákona obsahuje, vyvstává otázka ohledně vymahatelnosti tohoto práva. Lze jej považovat za veřejné subjektivní právo nebo je jen ústavní institucionální zárukou<sup>153</sup> či jakousi legislativní směrnicí?<sup>154</sup> V tomto kontextu je poukazováno na určitý paradox<sup>155</sup>: „*Pokud se lze některých základních práv domáhat jen v mezích zákonů, které je provádějí, je vůbec myslitelné, aby byl přijatý zákon shledán protiústavním pro rozpor s ustanoveními Listiny zakotvujícími tato práva? Řekneme-li, že ano, připouštíme, že rozsah ústavní garance těchto základních práv je nutně širší než jen rozsah daného práva daný prováděcími zákony. Řekneme-li, že ne, činíme z daných ustanovení Listiny weyrovské monology ústavodárce bez normativního obsahu, což odporuje zásadě, že právní předpis obsahuje jen ustanovení normativní povahy, a rovněž důsledkům vyšší právní síly Listiny.*“<sup>156</sup> Podíváme-li se blíže na judikaturu, ani v ní nenajdeme jednotný přístup, a to dokonce ani v rozhodování samotného Ústavního soudu, který v některých případech projevuje značnou zdrženlivost ohledně přímé vymahatelnosti sociálních práv<sup>157</sup>, zatímco v jiných jejich přímou vymahatelnost uznává<sup>158</sup>. Naproti tomu Nejvyšší správní soud se ve svém rozhodování<sup>159</sup> nebál přiznat sociálním právům povahu veřejných

---

<sup>149</sup> Poslanec ČNR Miloslav Výborný, převzato z WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*, s. 831.

<sup>150</sup> Předsedkyně ČNR Dagmar Burešová, převzato z WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*, s. 831.

<sup>151</sup> Vyšší nákladnost pozitivních závazků vyplývajících ze sociálních práv oproti těm vyplývajícím z „klasických“ základních práv však vyvrací Kratochvíl.

<sup>152</sup> WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*, s. 831.

<sup>153</sup> BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*. Praha: Leges, 2016, s. 102.

<sup>154</sup> BOUČKOVÁ, Pavla. *Rovnost a sociální práva*. Praha: Auditorium, 2009, s. 41.

<sup>155</sup> GERLOCH, Aleš, ŠTURMA, Pavel. *Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století v českém, evropském a mezinárodním kontextu*. Praha: Auditorium, 2011, s. 149.

<sup>156</sup> Tamtéž.

<sup>157</sup> Srovnej např. Nález Ústavního soudu ze dne 28. června 2011, sp. zn. Pl. ÚS 17/10., bod 50: „*V případě hospodářských a sociálních práv proto ústavní garance představují ústavně zaručenou ochranu institucí (zaměstnání, mzda, sociální zabezpečení, rodina, rodičovství atd.), nikoliv ochranu konkrétních veřejných subjektivních práv. Jako kritéria ústavního přezkumu mohou proto sloužit pouze tam, kde by zákonodárce ústavní ochranu těchto institucí zcela ignoroval či negoval. ...Konkretizace hospodářských a sociálních práv náleží jen zákonodárci, nikoliv Ústavnímu soudu.*“

<sup>158</sup> Srovnej např. Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08., bod 114.

<sup>159</sup> Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 10. 2014, sp. zn. 4 Ads 134/2014.

subjektivních práv, jíž se lze přímo domáhat vůči orgánům veřejné moci.<sup>160</sup> Zlatou střední cestou je potom výklad čl. 41 ve vazbě na čl. 4 odst. 4 Listiny, který stanoví, že „*při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu*“, připouští se tak široký prostor pro zákonodárce, ale zároveň se brání bezbřehé libovůli.<sup>161</sup>

Podstatným důsledkem rozlišování mezi sociálními a jinými základními právy v kontextu čl. 41 odst. 1 a čl. 4 odst. 4 Listiny je systematika jejich přezkumu před Ústavním soudem. Ústavní soud sám ve svém nálezu Pl. ÚS 1/08<sup>162</sup> popsál, že je třeba se zabývat tím, zda jde o zásah do samého esenciálního jádra (jakéhosi minimálního garantovaného standardu) sociálního práva. Takový zásah by znamenal přistoupení k testu proporcionality a posouzení, „*zda je zásah odůvodněn naprostou výjimečností aktuální situace*“.<sup>163</sup> Nejde-li o zásah do esenciálního jádra sociálního práva, podrobuje Ústavní soud takové omezení testu racionality a ptá se, zda takový zásah sleduje legitimní cíl a zda je alespoň rozumný, „*byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší*“.<sup>164</sup> Ústavní soud však bude *vždy a bez rozdílu zkoumat, zda zákonná úprava sociálních práv není diskriminační či arbitrární*.<sup>165</sup> Nutno podotknout, že v souvislosti s právem na zdraví se obsah esenciálního jádra v rozhodování Ústavního soudu vyvíjel i podle toho, který přístup k *zasahování do politických otázek* u ústavních soudců zrovna převážil, což uvidíme v následujících podkapitolách shrnující relevantní judikaturu k tomuto tématu,

### 3.2 Relevantní judikatura ÚS předcházející zrušení zdravotních nadstandardů

Před tím, než podrobně rozebereme nálezy ÚS zrušující nadstandarty (Pl. ÚS 36/11), hodí se připomenout několik jemu předcházejících judikátů, které se zabývaly obsahem práva na bezplatnou zdravotní péči. Sám Ústavní soud označil<sup>166</sup> za nejdůležitější v této oblasti financování zdravotní péče svoje tři rozhodnutí: nálezy sp. zn. Pl. ÚS 35/95, nálezy sp. zn. Pl. ÚS 14/02 a nálezy sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Nakonec neopomeneme zmínit závěry velmi podobné problematice, a tou bylo relativně nedávné rozhodování Ústavního soudu ohledně úhrad zdravotnických prostředků (Pl. ÚS 3/15).

<sup>160</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty...* s. 103.

<sup>161</sup> GERLOCH, Aleš, ŠTURMA, Pavel. *Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století...* s. 149.

<sup>162</sup> Nálezy Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

<sup>163</sup> WINTR, Jan in WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář...* s. 647.

<sup>164</sup> Nálezy Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

<sup>165</sup> BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty...* s. 196.

<sup>166</sup> Nálezy Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

### 3.2.1 Nález Pl. ÚS 35/95

Hned prvně jmenovaný nález se zabýval návrhem poslanců na zrušení několika ustanovení zákona o péči o zdraví lidu, zákona o všeobecném zdravotním pojištění a několika podzákoných předpisů. Navrhovatelé vytýkali novele zákona o všeobecném zdravotním pojištění opuštění ideje bezplatnosti poskytování zdravotní péče a zavedení péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním a upozorňovali na to, že zákon nedefinuje jednoznačně rozsah plně nebo částečně hrazené péče a tuto pravomoc svěřuje nařízení vlády, což je v rozporu s Listinou.<sup>167</sup> Ústavní soud dal navrhovatelům zapravdu do té míry, že se zákonodárce nemůže zbavit povinnosti jasně definovat rozsah poskytování zdravotní péče přímo v zákoně tím, že zplnomocní orgán výkonné moci k vydání podzákoných předpisů, které by určovaly meze těmto základním právům a svobodám.<sup>168</sup> Na druhou stranu ale oponoval názoru navrhovatelů, že limitování rozsahu bezplatně poskytované zdravotní péče objemem finančních prostředků určených na tuto úhradu je samo o sobě protiústavní, zároveň ÚS nesouhlasil s obavou, že by byla v případě umožnění částečných úhrad pacienty poskytovaná zdravotní péče podmíněna výsledky ekonomických aktivit zdravotních pojišťoven. Nakonec ÚS napadaná ustanovení zákonů i podzákoné předpisy zrušil pro rozpor s čl. 4 odst. 1 a 2, čl. 31 a čl. 41 Listiny a čl. 2 odst. 4 Ústavy, nevyloučil však možnost samotného rozdělení zdravotní péče na péči hrazenou plně a péči hrazenou částečně, pokud bude rozsah obou variant jasně definován na zákonné úrovni.<sup>169</sup>

### 3.2.2 Nález Pl. ÚS 14/02

Druhým jmenovaným rozhodnutím (sp. zn. Pl. ÚS 14/02) byl tentokrát návrh několika poslanců na zrušení části ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>170</sup> zamítnut. Ustanovení znělo tak, 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*“<sup>171</sup>. Přičemž navrhovatelé spatřovali rozpor s čl. 26, odst. 1 Listiny v části: „*ani v souvislosti s poskytnutím této péče*“, neboť měli za to, že ustanovení prakticky vylučuje právo podnikat skrze vybírání přímé úhrady za poskytování péče a služeb, které z prostředků veřejného zdravotního pojištění

<sup>167</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

<sup>168</sup> Tamtéž.

<sup>169</sup> Tamtéž.

<sup>170</sup> Zrušení části věty druhé ustanovení § 11 odst. 1 písm. d) zákona o VeřZP a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>171</sup> § 11 odst. 1 písm. d) zákona o VeřZP, ve znění platném ke dni vydání rozsudku.

hrazeny nejsou, ale které mají souvislost s poskytováním péče hrazené.<sup>172</sup> Zároveň bylo podle nich takové znění ustanovení i v rozporu s čl. 31 Listiny, protože hrozilo, že se zdravotnická zařízení budou vyhýbat výkonům, které nespádají pod plně hrazenou péči a pojištěnci si tak nebudou moci vybrat způsob zdravotní péče jen proto, že jimi zvolený způsob není plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.<sup>173</sup>

Ústavní soud vyjádřil názor, že ústavně konformní výklad napadeného ustanovení obavy navrhovatelů nenaplnuje a že hlavním smyslem je, aby zdravotnická zařízení nevybírala nesmyslné poplatky související s poskytnutím plně hrazené péče (registrační či vstupní poplatky atd.).<sup>174</sup> ÚS se zároveň vyjádřil tak, že dané ustanovení nijak nebrání tomu, aby zdravotnická zařízení vybírala od pojištěnců přímou úhradu za zdravotní péči poskytnutou nad rámec podmínek pro bezplatnou péči. Soud se ve svém nálezu zabýval i úvahami o tom, zda by snad neměl zrušením napadeného ustanovení přispět k „rekonstrukci bezplatné léčebné péče směrem k větší spoluúčasti pojištěnců“<sup>175</sup>, to se mu však jevilo jako zjevné překročení jeho kompetencí a zásah moci soudní do pozitivního zákonodárství. Na okraj se však zabýval komplexněji možností vybírání úhrady za zdravotní péči a poznamenal následující: „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.“<sup>176</sup> Zároveň však připustil, že pro přiblížení systému českého veřejného zdravotnictví k evropským standardům, bude třeba v budoucnu v zákoně jednoznačně a srozumitelně vymezit možnosti soukromé platby pojištěnců. Za zmínku stojí společné odlišené stanovisko 7 soudců, kteří kritizovali příliš široký výklad bezplatné zdravotní péče, podle nich „zákon v uvedeném ohledu překročil mantinely ústavního pořádku tím, že znemožňuje vybírat od pojištěnců přímé platby za péči, jež není péčí zdravotní a jež sama o sobě neslouží k ochraně zdraví pojištěnce.“<sup>177</sup>

### 3.2.3 Nález Pl. ÚS. 1/08

Třetím a velmi významným nálezem v oblasti zdravotnictví v historii českého Ústavního soudu je rozhodnutí Pl. ÚS. 1/08 ze dne 20. 5. 2008. Ústavní soud řešil návrh skupiny 67

---

<sup>172</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

<sup>173</sup> Tamtéž.

<sup>174</sup> Tamtéž.

<sup>175</sup> Tamtéž.

<sup>176</sup> Tamtéž.

<sup>177</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02, odlišené stanovisko soudců Ústavního soudu JUDr. Pavla Holländera, JUDr. Jiřího Malenovského, JUDr. Vojtěcha Cepla, JUDr. Vladimíra Čermáka, JUDr. Vojena Güttlera, JUDr. Jiřího Muchy a JUDr. Antonína Procházky.



poslanců, ke kterému se připojila jako vedlejší účastník další skupina 47 poslanců a skupina 19 senátorů, týkající se zejména zrušení zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů jako celku, nebo alternativně jeho jednotlivých částí. Navrhovatelé v první řadě zpochybňovali řádný legislativní postup při přijímání zákona, zejména to, že prostřednictvím tzv. „přílepků“ vznikl návrh obsahově nekonzistentní, takže pro samotné zákonodárce nepřehledný a nesrozumitelný.<sup>178</sup> V druhé řadě potom požadovali z důvodu protiústavních obsahových vad zrušení několika ustanovení ve více zákonech<sup>179</sup> týkajících se zavedení tzv. „regulačních poplatků“. Navrhovatelé namítali rozpor s čl. 31 Listiny, neboť právo na bezplatnou zdravotní péči z něj vycházející, patří dle jejich názoru „k nedotknutelnému sociálnímu standardu sociálních práv, jež zákonodárce nesmí snížit či prolomit“<sup>180</sup>. Navrhovatelé se vyjádřili v tom smyslu, že dovětek čl. 31 Listiny: „za podmíněk, které stanoví zákon“, může vést k vyloučení z režimu bezplatnosti nadstandardní péče (např. na pomezí medicíny a kosmetiky) nebo plateb za „hotelové služby“ v nemocnici, zdravotní péče má však zůstat bezplatná, jinak dochází k vyprazdňování smyslu tohoto práva.<sup>181</sup> Ústavní soud, veden principem zdrženlivosti a minimalizace zásahu, se rozhodl po zhodnocení návrhu týkajícího se obsahu napadených ustanovení řešit v meritu věci primárně otázku, zda „zpoplatnění téměř veškeré zdravotní péče“ je či není ústavně konformní.<sup>182</sup> Také připomněl s odkazem na předcházející judikaturu<sup>183</sup>, že je v kompetenci zákonodárce, nikoli Ústavního soudu, určit, zda má být v systému veřejného zdraví preferováno hledisko solidarity nebo zásada ekvivalence. Následně, i když spíše pouze podpůrně k již vyslovené zdrženlivosti, Ústavní soud přistoupil k testu racionality, jež nahrazuje test proporcionality, pakliže mluvíme o mezích sociálních práv.<sup>184</sup> V něm Ústavní soud definoval esenciální jádro čl. 31 Listiny jako: „ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě principu solidarity přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě, které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků.“<sup>185</sup> Přičemž zásah do samého esenciálního jádra v napadené právní úpravě neshledal. Poplatky plnily funkci

---

<sup>178</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.

<sup>179</sup> zákona o veřejném zdravotním pojištění, zákona o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákona o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, to vše ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

<sup>180</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (shodně i Pl. ÚS 35/93).

<sup>181</sup> Tamtéž.

<sup>182</sup> Tamtéž, bod 88.

<sup>183</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 12. dubna 1995, sp. zn. Pl. ÚS 12/94.

<sup>184</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, bod 102.

<sup>185</sup> Tamtéž, bod 106.

regulační, aby nedocházelo k nadužívání systému zdravotnické péče, a aby tato péče mohla být poskytována efektivněji těm, kteří ji skutečně potřebují. Zároveň připomněl, že „*formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti*“<sup>186</sup>. Ústavní soud nakonec dospěl k závěru, že daná právní úprava sleduje legitimní cíl a není zjevně nerozumnou, a že regulační poplatky nemají, i díky ročnímu limitu 5000 Kč a výjimkám pro osoby v hmotné nouzi, v konečném důsledku „rdousící efekt“, který by pro někoho mohl znamenat reálnou nedostupnost zdravotní péče a návrh na zrušení napadených ustanovení zamítl.

Bez zajímavosti nezůstala ani četná a rozsáhlá odlišná stanoviska, např. Jan Musil se vyjádřil v tom smyslu, že zmocnění k provedení čl. 31 Listiny zákonem rozhodně nevnímá tak, že „*zákonodárce má oprávnění provést ústavní právo na bezplatnou zdravotní péči tak, že zavede placenou zdravotní péči*“<sup>187</sup>. Eliška Wagnerová zase kritizovala přístup soudu vytvářející jakousi „imunitu“ pro reformní zákony. Ústavní soud podle ní nechal ustoupit nároky na ústavní konformitu napadeného zákona jen z důvodu „*reformních snah*“<sup>188</sup>. Pavel Rychetský se zabýval ve svém odlišném stanovisku otázkou existenčního minima a naznačil, že jsou skupiny, jako osoby žádající o azyl nebo senioři s nízkým příjmem, pro které by daná úprava „rdousící efekt“ mohla představovat.<sup>189</sup>

### 3.3 Zrušení zdravotních nadstandardů Ústavním soudem (sp. zn. Pl. ÚS 36/11)

Nejzásadnějším a zároveň nejnovějším nálezem vztahujícím se k dané problematice je bezpochyby nález pléna Ústavního soudu ze dne 20. června 2013 sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ve věci návrhu skupiny 51 poslanců Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky na zrušení několika ustanovení<sup>190</sup> zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, týkajících se rozlišení zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější variantu. Tento judikát je systematickým rozbohem problematiky související se zavedením několika položek spadající do nadstandardní zdravotní péče, a tedy péče hrazené ze zdravotního pojištění jen částečně, které prosadil tehdejší ministr zdravotnictví Leoš Heger ve vládě premiéra Petra Nečase. Tuto

---

<sup>186</sup> Tamtéž, bod 109.

<sup>187</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, Odlišné stanovisko Jana Musila.

<sup>188</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, Odlišné stanovisko Elišky Wagnerové.

<sup>189</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, Odlišné stanovisko Pavla Rychetského.

<sup>190</sup> ustanovení § 11 odst. 1 písm. f), § 12 písm. n), § 13 odst. 3 až 8, § 16a odst. 1 písm. f), odst. 9 až 11, § 17 odst. 4 ve slovech „*a s označením variant zdravotní péče podle § 13*“, § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech „*uložená podle odstavců 1 až 5*“ zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 270/2008 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.

ekonomicky náročnější variantu představovaly například kvalitnější implantáty nitroočních čoček, odlehčená sádra z polymerovaného plastu nebo některé očkovací látky.<sup>191</sup> Důležitost podrobného zaměření se právě na tento nále z vyplývá z cíle práce najít ústavně-konformní způsob zakotvení nadstandartní zdravotní péče do právního řádu České republiky.

### 3.3.1 Návrh skupiny poslanců PS PČR

Návrh na zrušení předmětných ustanovení Ústavním soudem vzešel z poslaneckého klubu ČSSD pod vedením tehdejšího předsedy Mgr. Bohuslava Sobotky. Poslanci namítali rozpor s ústavním pořádkem a se závazky České republiky vyplývajícími z mezinárodních smluv o lidských právech.<sup>192</sup> Napadená právní úprava zahrnovala tři různé oblasti, z nichž pro účel naší práce postačí rozebrat tu část, která rozděluje zdravotní služby z hlediska úhrady zdravotního pojištění na variantu základní, plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější, která nad rámec úhrady stanovené pro základní péči z prostředků veřejného pojištění hrazena není. Další napadená ustanovení směřovala ke zvýšení denního regulačního poplatku za poskytování lůžkové péče z 60 Kč na 100 Kč a k oprávnění pojišťoven postihovat poskytovatele zdravotních služeb za porušení některých povinností uložených jim zákonem o veřejném zdravotním pojištění.<sup>193</sup>

Navrhovatelé v předmětných ustanoveních spatřovali obrat ke klientské medicíně, kdy rozhodujícím kritériem pro výběr konkrétní péče bude ekonomická náročnost pro systém a nikoli její účinnost z hlediska medicínského.<sup>194</sup> Zákonná úprava byla dle navrhovatelů nevyhovující a stručná, chyběly v ní definiční znaky rozlišujícího kritéria obou variant, tedy „účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění“<sup>195</sup> a jasně garantovaný a definovaný standard zdravotní péče. Navrhovatelé dále připomínali

---

<sup>191</sup> Vyhláška č. 411/2011, ze dne 14. prosince 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>192</sup> *Zejména rozpor s čl. 6 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen "Listina") garantujícím právo na život, čl. 31 Listiny zaručujícím každému právo na ochranu zdraví a občanům na základě veřejného pojištění za podmínek stanovených zákonem právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, čl. 4 odst. 4 Listiny ukládajícím šetřit při používání ustanovení o mezích základních práv a svobod jejich podstaty a smyslu, čl. 1 Listiny deklarujícím rovnost v důstojnosti i právech, čl. 3 odst. 1 Listiny zaručujícím základní práva a svobody všem bez rozdílu majetku nebo jiného postavení a čl. 11 odst. 1 Listiny, podle něhož má vlastnické právo všech vlastníkům stejný zákonný obsah a ochranu. Současně napadená úprava odporuje závazkům plynoucím ze čl. 12 odst. 1 a odst. 2 písm. c) a d) Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 11 odst. 1 a 3 a čl. 13 Evropské sociální charty, čl. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, čl. 24 odst. 1 a odst. 2 písm. b) Úmluvy o právech dítěte a čl. 25 písm. a), b), d) a f) Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.*

<sup>193</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 1.

<sup>194</sup> Tamtéž, bod 3.

<sup>195</sup> § 13 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění zákona č. 369/2011 Sb. účinnému ke dni 14. 12. 2011.

předcházející judikaturu Ústavního soudu<sup>196</sup>, kde bylo řečeno, že „z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, „levnější“, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandartní, „dražší“, ale vhodnější a účinnější“. Zároveň podotýkali, že je napadená úprava diskriminační, neboť „přístup k ekonomicky náročnější variantě bude záviset na ochotě či schopnosti zaplatit cenu zdravotní péče, nikoliv na potřebě jejího čerpání“<sup>197</sup> a obávali se tak vzniku dvojího zdravotnictví, kdy poskytovatelé zdravotních služeb budou dávat přednost pacientům, kteří si připlatí, protože z nich budou mít větší hospodářský užitek. V konečném důsledku tato zákonná úprava podle navrhovatelů popírala princip rovnosti lidí v důstojnosti a právech.

Navrhovatelé také upozornili na porušení principu vycházejícího z Listiny<sup>198</sup>, neboť podmínky poskytování zdravotní péče a podmínky nároků na bezplatnou zdravotní péči lze vymezit jen zákonem a nikoli podzákonným předpisem, tak jak to bylo vyhláškou Ministerstva zdravotnictví učiněno v tomto případě.<sup>199</sup> V této souvislosti odkazovali na předcházející zrušení obdobných ustanovení zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění Ústavním soudem<sup>200</sup>, které ponechávaly vymezení rozsahu plně hrazené poskytované zdravotní péče tzv. zdravotnímu řádu, který byla vláda zmocněna vydat svým nařízením.

### 3.3.2 Vyjádření účastníků řízení a dalších dotčených subjektů

Poslanecká sněmovna považovala předmětné zákony novelizující zákon o VeřZP pojištění za řádně přijaté a posouzení napadených ustanovení ponechala na zvážení Ústavnímu soudu. Podobně se vyjádřil i Senát, který ale v legislativním procesu tyto novelizace nepodpořil a většina senátorů v nich spatřovalo porušení ústavy.<sup>201</sup>

Ústavní soud dále oslovil subjekty, které mohou mít na výsledku řízení zájem, zejména Ministerstvo zdravotnictví, Svaz zdravotních pojišťoven České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, Českou lékařskou komoru a Svaz pacientů České republiky.

Ministerstvo zdravotnictví jako zpracovatel zdravotnické reformy oponovalo navrhovatelům a obhajovalo předmětná ustanovení jako ústavně konformní.<sup>202</sup> Především

<sup>196</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

<sup>197</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 3.

<sup>198</sup> Čl. 4 odst. 2 Listiny základních práv a svobod: „Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod (dále jen "Listina") upraveny pouze zákonem“.

<sup>199</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 4.

<sup>200</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

<sup>201</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, body 7-9.

<sup>202</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 12.

dokládalo zněním § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění<sup>203</sup>, že definice základní varianty nechybí, nýbrž je definována obecnými znaky. Přičemž „*teprve v případě, že lze poskytnout zdravotní péči splňující uvedená kritéria § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění více způsoby, které mají stejný terapeutický účinek, je kritériem úhrady možných variant účelné a hospodárné vynakládání finančních prostředků veřejného zdravotního pojištění.*“<sup>204</sup> Zároveň uvedlo, že pokud je možný jen jediný způsob poskytování zdravotní péče, nesmí být tento označen za ekonomicky náročnější variantu a že poskytovatel vždy nejprve určí optimální základní péči a až následně informuje pacienta o možné ekonomicky náročnější variantě se stejným terapeutickým účinkem. Tato ekonomicky náročnější varianta je podle ministerstva pouze taková, která pro pacienta již nepřináší zlepšení z hlediska medicínského, ale přináší mu zvýšené pohodlí nebo naplňuje jeho subjektivní preference.<sup>205</sup> Zároveň ministerstvo vyjádřilo nesouhlas s namítanou protiústavností spočívající ve stanovení konkrétních položek jako ekonomicky náročnějších podzákonným předpisem. Podle něj předmětná ustanovení nevykazují shodné rysy s ustanoveními zákona zrušenými Ústavním soudem v nálezem sp. zn. Pl. ÚS 35/95 neboť na rozdíl od tehdejší úpravy je nyní vymezení obou variant dostatečně stanoveno přímo zákonem, kdy společně obě varianty mají vykazovat stejný terapeutický účinek a rozlišujícím kritériem je soulad s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění.<sup>206</sup>

Svaz zdravotních pojišťoven ČR se vyjádřil podobně jako ministerstvo v tom smyslu, že nelze mluvit o diskriminaci, pokud bude u obou variant péče garantován stejný terapeutický účinek. Zároveň připomněl, že Svaz tuto zdravotnickou reformu vítá a že podle něj zvyšuje dostupnost ekonomicky náročnější varianty formou částečné úhrady pro ty, kteří si dříve nemohli dovolit zaplatit plnou cenu.<sup>207</sup>

Všeobecná zdravotní pojišťovna se přidala mezi subjekty odporující argumentaci navrhovatelů. Podle ní je tato úprava krokem vpřed, přičemž ji nelze označit za diskriminační, pokud je stanoveno, že pro konkrétního pojištěnce může být ekonomicky náročnější varianta variantou základní, je-li pro něj jedinou možností zdravotní péče. Dále připomněla, že podmínky jsou jasně definovány zákonem a podzákonný předpis je pouhým seznamem

---

<sup>203</sup> Zdravotní péče má za cíl zlepšit či zachovat zdravotní stav nebo zmírnit utrpení, musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být dosaženo, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o její účinnosti.

<sup>204</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.

<sup>205</sup> Tamtéž.

<sup>206</sup> Tamtéž.

<sup>207</sup> Tamtéž, bod 13.

konkrétních zdravotních služeb. Podobná forma spoluúčasti podle ní funguje již např. u doplatků na léky (stanovuje Státní ústav pro kontrolu léčiv rozhodnutím) nebo dioptrické brýle.<sup>208</sup>

Česká lékařská komora se opět přidala svou argumentací k opozici vůči navrhovatelům a zdůraznila přínos možných příplatků do omezeného rozpočtu českého zdravotnictví. Podobně tomu je podle ní v okolních demokratických státech, kde se hradí z všeobecného zdravotního pojištění zdravotní péče potřebná k ochraně zdraví, ale za konkrétní způsob si lze dobrovolně příplatit a pro tyto případy se lze i komerčně připojistit.<sup>209</sup>

Konečně Svaz pacientů České republiky s navrhovatelem souhlasil a odmítl jakákoli omezení z plné úhrady zdravotní péče, ať už jsou stanovena zákonem nebo podzákonným předpisem, neboť jsou v rozporu s čl. 31 Listiny.<sup>210</sup>

Sami navrhovatelé na závěr v replice připomněli nevyhovující důvodovou zprávu a nebezpečí libovůle ministerstva narušující dělbu moci, neboť „*ani v zákoně zakotvená podmínka stejného terapeutického účinku nemůže založit pravomoc ministerstva arbitrárně určovat, která péče takový účinek má, a která již nikoliv.*“<sup>211</sup>

### 3.3.3 Vlastní přezkum ÚS

Ústavní soud považoval za zásadní nejprve zodpovědět otázku, zda samotné rozdělení zdravotní péče dle kritéria jejího hrazení z prostředků veřejného pojištění český ústavní pořádek umožňuje a pak až se věnovat formě, jakou to bylo učiněno.<sup>212</sup>

Ústavní soud si kladl otázku, zda právo na bezplatnou péči, jak je zakotveno v čl. 31 Listiny „*zahrnuje bez dalšího veškerou dostupnou a v úvahu přicházející péči a pomůcky a zda současně vylučuje možnost vydělit určitou část péče jako nadstandardní a vyvést ji z režimu úhrady z veřejného pojištění, přesněji úhrady úplné.*“<sup>213</sup>. Na tomto místě připomněl své nálezy, ve kterých se podobnými otázkami zabýval a podotkl, že veskrze všechny došly k závěru, že ústavně konformní výklad bezplatnosti zdravotní péče nepředpokládá její bezbřehost.<sup>214</sup>

Soud vycházel ze zařazení práva na bezplatnou zdravotní péči do hlavy čtvrté Listiny mezi tzv. „hospodářská, sociální a kulturní práva“, kterých se lze domáhat dle čl. 42 Listiny pouze v mezích zákonů, která tato ustanovení provádějí. Tato práva podle něj vychází

---

<sup>208</sup> Tamtéž, bod 14.

<sup>209</sup> Tamtéž, bod 15.

<sup>210</sup> Tamtéž, bod 16.

<sup>211</sup> Tamtéž, bod 24.

<sup>212</sup> Tamtéž, bod 34.

<sup>213</sup> Tamtéž, bod 35.

<sup>214</sup> Zejména nálezy Pl. ÚS 35/95, nálezy Pl. ÚS 14/02 a nálezy Pl. ÚS 1/08.

z hospodářské a sociální úrovně státu a s tím spojené výše životní úrovně, kterou musí reflektovat, aby nedocházelo k neudržitelnému zatěžování systému.<sup>215</sup> Ústavní soud podotkl, že naplnění práva na bezplatnou zdravotní péči limituje hospodářská situace státu a považuje za všeobecně známý fakt, že vývoji ve zdravotnictví objem zdrojů veřejného zdravotního pojištění nestačí.<sup>216</sup> Zároveň ale považuje za nezbytně nutné, aby se čl. 31 fakticky nevyprazdňoval, to znamená, že má být stále plně hrazena péče plnohodnotná, kvalitní a účinná a nemají vznikat ve volbě ekonomicky dostupnější varianty rozdíly ve vhodnosti či účinnosti takové léčby oproti té ekonomicky náročnější.<sup>217</sup> Ústavní soud také pokládá za důležité, aby bylo přístupováno k zdravotnímu stavu každého pacienta individuálně a aby v případě, kdy ekonomicky náročnější varianta představuje pro konkrétního pacienta s ohledem na jeho specifický stav léčbu vhodnější, byla tato plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.<sup>218</sup>

První otázku tedy Ústavní soud uzavřel s tím, že „*samotné rozdělení zdravotních služeb hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na variantu základní, z veřejného pojištění plně hrazenou, a variantu ekonomicky náročnější je v souladu s naším ústavním pořádkem.*“<sup>219</sup> Podobně rozhodl i Ústavní soud Slovenské republiky ve svém nálezu Pl. ÚS 38/03.<sup>220</sup>

V druhé otázce se Ústavní soud vyjadřoval k formě, kterou byly dva různé režimy poskytování zdravotní péče zavedeny. Připomněl svou předcházející judikaturu, kdy jasně stanovil, že se práva dle čl. 31 Listiny lze dovolávat jen za podmínek vymezených zákonem, přičemž jejich rozsah a způsob poskytování musí být stanoven předpisem stejné právní síly.<sup>221</sup> Při nerespektování tohoto pravidla by docházelo k narušení demokratického systému brzd a protiváh a světila by se výkonné moci oblast, která ji zjevně nenáleží. Na druhou stranu by ale dle judikatury Ústavního soudu<sup>222</sup> nemělo být požadováno, aby byly jakékoli povinnosti stanoveny pouze zákonem. Takový přístup totiž vede k pojmovému vyprazdňování sekundární normotvorby, neboť každý právní předpis, byť podzákoné právní síly, nějaká práva a povinnosti vymezuje, ač se přitom musí držet zákonného rámce, jež jej k tomu zmocňuje. Tento

---

<sup>215</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 39.

<sup>216</sup> Tamtéž, bod 40.

<sup>217</sup> Tamtéž, bod 42.

<sup>218</sup> Tamtéž.

<sup>219</sup> Tamtéž.

<sup>220</sup> Nález Ústavního soudu Slovenskej republiky ze dne 17. května 2004, Pl. ÚS 38/03.

<sup>221</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.

<sup>222</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 16. října 2001, sp. zn. Pl. ÚS 410/2001.

zákonný rámec by měl být tedy konkrétní a jednoznačný<sup>223</sup>, nikoli pouze stručný a neurčitý umožňující podzákonně normě omezit rozsah základních lidských práv a svobod.<sup>224</sup>

Rámec pro předmětnou právní úpravu vymezuje zákon o VeřZP v § 13. Ten prvně stanovuje jaké podmínky musí splňovat péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění<sup>225</sup> a v následujících napadených odstavcích rozlišuje varianty péče tak, že „*lze-li zdravotní služby uvedené v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, pak se v případě, že všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se ta, která je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění, označená jako "základní varianta". Ostatní způsoby zdravotních služeb splňující tytéž podmínky až na účelné a hospodárné vynakládání zdrojů jsou jakožto "ekonomicky náročnější varianta" z veřejného pojištění hrazeny jen ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě.*“<sup>226</sup> Odstavec 5. dále stanoví, že „*Za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče lze považovat pouze zdravotní péči, která je takto označena v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.* Ústavní soudu tedy musel posoudit, zda je takovéto znění zákona v souladu se zněním čl. 31 Listiny. Na tomto místě soud oponoval ministerstvu, neboť nepovažoval zákonná ustanovení rozlišující dvě varianty zdravotní péče za dostatečně jasná a sama o sobě, i bez provádějící vyhlášky, adresátům dostatečně srozumitelná.<sup>227</sup> Ústavní soud řekl, že bez ministerské vyhlášky není možné ani nejvolnější interpretací ze zákona dovodit, co je základní variantou, tedy jaké zdravotní výkony, pomůcky, prostředky a zdravotní materiál je možno či nutno doplácet nad rámec úhrady z veřejného zdravotního pojištění.<sup>228</sup> Nakonec uzavřel, že některé podstatné definiční znaky, na něž je vázána povinnost úhrady zdravotní péče, mají být vymezeny až vyhláškou, což odporuje požadavku plynoucímu z čl. 4 odst. 1 Listiny, a proto nezbylo než napadená ustanovení zrušit.<sup>229</sup> Zákonodárce podle Ústavního soudu učinil pouze první krok k zavedení nadstandardu, druhému a podstatnějšímu požadavku, bez kterého je institut

---

<sup>223</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 21. června 2000, sp. zn. Pl. ÚS 3/2000.

<sup>224</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 30. června 2004, sp. zn. Pl. ÚS 23/02.

<sup>225</sup> „*Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.*“

<sup>226</sup> § 13 odst. 4 zákona o VeřZP ve znění zákona č. 369/2011 Sb. účinnému ke dni 14. 12. 2011.

<sup>227</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 49.

<sup>228</sup> Tamtéž, bod 49.

<sup>229</sup> Tamtéž, bod 50-52.



neživotaschopný, tedy jasnému a jednoznačnému určení toho, co je „standard“ a toho, co už je „nadstandard“, samotným zněním zákona bohužel nedostál.<sup>230</sup>

### 3.3.4 Odlišná stanoviska některých soudců

Posuzovaný nálezn není zajímavý jen problematikou, kterou řeší, ale také pěti disenty, které částečně oslabují názorovou shodu většiny pléna ohledně zrušení předmětných ustanovení rozdělujících zdravotní péči na standardní a nadstandardní jako protiústavních.

Zřejmě nejvýstižněji shrnul svoje pochybnosti ohledně úvah většiny pléna soudce Vladimír Kůrka, k jehož vyjádření se následně přidali i další disentující soudci.<sup>231</sup> Soudce Kůrka měl za to, že spor je veden regulérně jen o to, zda § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění splňuje podmínku, „že je tu zákon, který stanoví, co se v rámci zdravotní péče poskytuje bezplatně“<sup>232</sup>. Přičemž byl na rozdíl od většiny soudců přesvědčen, že požadavek zákonného vymezení podmínek bezplatnosti zdravotní péče dle čl. 31 Listiny je respektován. Argumentoval tím, že jestliže nelze pacientovi zdravotní službu poskytnout více způsoby se stejným terapeutickým účinkem<sup>233</sup>, tak je i „ekonomicky náročnější varianta“ plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění, pokud je pro konkrétního pacienta v konkrétním případě jedinou možnou volbou. Pokud tedy zároveň platí, že za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout jen jedním způsobem, nehrozí že by se naplnily většinou pléna naznačené obavy, že by prostřednictvím zákonné normotvorby docházelo k vyprazdňování obsahu bezplatné péče vymezené zákonem. Dále se vyjádřil, že „podmínka plynoucí z čl. 31 Listiny, aby bylo zákonem stanoveno, co se v rámci zdravotní péče poskytuje bezplatně, splněna je, navzdory odkazu na podzákoný předpis (vyhlášku), kterou je stanoveno pouze to, co se z veřejného zdravotního pojištění (zcela) nehradí, což v kolizi s čl. 31 Listiny evidentně není.“<sup>234</sup>

Z dalších úvah disentujících soudců můžeme přiblížit několik myšlenek. Soudkyně Ivana Janů se vyjádřila, že pokud by byly na zákonné úrovni jasněji a podrobněji formulovány obecné definice jednotlivých variant zdravotních služeb, jejich konkretizace prostřednictvím vyhlášky ministerstva není vyloučena. Zároveň se domnívá, že většina pléna přesahuje kompetenci Ústavního soudu a zasahuje bez hlubší analýzy problematiky do politických otázek

---

<sup>230</sup> Tamtéž, bod 49.

<sup>231</sup> Jmenovitě: soudkyně Dagmar Lastovecká, soudkyně Michaela Židlická, soudce Stanislav Balík.

<sup>232</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, odlišné stanovisko soudce Vladimíra Kůrky.

<sup>233</sup> Viz. § 13 odst. 3 zákona o VeřZP ve znění zákona č. 369/2011 Sb. účinnému ke dni 14. 12. 2011.

<sup>234</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11., odlišné stanovisko soudce Vladimíra Kůrky.

a brání pokusům o reformu zdravotnického systému, který není nehybný, ale stále se vyvíjející s potřebou legislativní pružnosti. Také připomněla další aspekt, kterým je „*pojetí svobody člověka nakládat se svým zdravím a svými prostředky podle svého nejlepšího svědomí, přičemž by nemělo být bráněno (a ústavní princip rovnosti tím není ohrožen) někomu, kdo chce své vlastní prostředky vynaložit „navíc“ na svoji špičkovou léčbu.*“<sup>235</sup>

Soudce Stanislav Balík se zase pozastavil nad opouštěním principu minimalizace zásahu, přičemž je přesvědčen, že debata podobného charakteru musí skončit vždy u skutečných odborníků, „*neboť 281 zákonodárců pravděpodobně nebude kvalifikovaně číst v odborných lékařských časopisech, aby mohli hlasovat o variantách zdravotních služeb.*“<sup>236</sup>

Soudkyně Michaela Židlická potom poznamenala, že posun ve zdravotnictví, vyžaduje nový pohled na jeho financování a že je již všeobecně známo, že prostředky soustředěné v systému veřejného zdravotního pojištění neumožňují využívání všech technických novinek. Zavedení nadstandardů považovala tedy za krok směřující k naplnění základního cíle čl. 31 Listiny, kterým je zajištění dostupné a modernímu vývoji a možnostem odpovídající zdravotní péče všem účastníkům zdravotního pojištění,<sup>237</sup>

### 3.4 Nález Pl. ÚS 3/15

Zákon o VeřZP se dostal znovu na přetřes před Ústavním soudem v roce 2015 a dva roky trvalo, než vydalo plénum svůj nález. Dokonce proběhlo i ústní jednání, kde byli konfrontováni nejdůležitější aktéři na poli zdravotnických prostředků.<sup>238</sup> Opět byla jednou z hlavních otázek posouzení souladu několika ustanovení zákona s výhradou zákona podle čl. 31 Listiny. Problém představoval paragraf zákona, který sliboval úhradu zdravotnického prostředku, například berlí nebo invalidního vozíku, pouze v případě „*nejméně ekonomicky náročné varianty, v závislosti na míře a závažnosti zdravotního pojištění*“<sup>239</sup>.

Přičemž až takovým kamenem úrazu nebylo samotné vágní znění zákona, ale zejména způsob, jakým se v praxi to, co je ekonomicky nejméně náročnou variantou zjišťovalo, neboť tento úkol byl svěřen zdravotní pojišťovně, která měla za tímto účelem „*provádět průzkum trhu*“<sup>240</sup> a na tomto základě vydávala tzv. číselníky. Neexistoval tedy žádný standardizovaný

<sup>235</sup> Tamtéž, odlišné stanovisko soudce Ivany Janů.

<sup>236</sup> Tamtéž, odlišné stanovisko soudce Stanislava Balíka.

<sup>237</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, odlišné stanovisko soudce Michaely Židlické.

<sup>238</sup> MAREČKOVÁ, Jana. KADLEC, Jakub. *Úhrady zdravotnických prostředků před ústavním soudem*. Medical tribune. 2017, roč. 13, č. 12, A5.

<sup>239</sup> §15 zákona o VeřZP, ve znění účinném do 12. 12. 2018.

<sup>240</sup> Tamtéž.

postup, a to jak na zákonné, tak ani na podzákonné úrovni, kterým by se pojišťovna měla řídit a byl tak otevřen široký prostor pro její libovůli. K tomu Ústavní soud uvedl následující: „*O obsahu tohoto práva tak fakticky rozhoduje zdravotní pojišťovna, která tím současně – v rozporu s výhradou zákona podle čl. 4 odst. 2 Listiny – konkretizuje meze základního práva občanů na zdravotní péči a na zdravotní pomůcky na základě veřejného pojištění podle čl. 31 věty druhé Listiny.*“<sup>241</sup>Nakonec Ústavní soud uzavřel, že předmětná ustanovení zákona nejsou dostatečně určitá na to, aby bylo možné dovést, které prostředky hrazeny budou a které ne a napadená ustanovení zrušil.<sup>242</sup>

### 3.5 Shrnutí limit vyplývajících z judikatury ÚS

Shrneme-li výstupy z relevantní judikatury Ústavního soudu týkající se nadstandardů, měli bychom dostat poměrně ucelenou představu ohledně právních argumentů, které se dané problematiky týkají. Zřejmé je, že se napříč všemi rozhodnutími Ústavního soudu opakovaly v této souvislosti dvě základní otázky. V případě otázky první lze mluvit o charakteru materiálním, neboť se zabývá obsahem čl. 31 Listiny a zejména výkladem pojmu „bezplatnost“. Ta druhá naopak zohledňuje hledisko spíše formální, protože řeší otázku formy právního předpisu, kterým může být rozsah hrazené zdravotní péče upraven.

Zásadním východiskem pro ústavně konformní zakotvení nadstandardů do našeho zdravotnického systému je opakované vyjádření Ústavního soudu, že právo na bezplatnou zdravotní péči nelze vykládat tak, že by nebylo možné za splnění dalších podmínek vyčlenit určitou zdravotní péči z balíčku plně hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění. Soud dokonce sám několikrát připomíná, že jednoznačné a srozumitelné vymezení možností soukromé platby za zdravotní péči v zákoně je evropským standardem hodným následování.<sup>243</sup> Ústavní soud tedy nadstandardy jako takové připouští, pouze se obává vyprazdňování Ústavou zaručeného práva na bezplatný přístup ke zdravotní péči, proto by se neměl zužovat balíček služeb doposud hrazených, ale spíše rozšiřovat nad rámec těchto služeb o péči, která nabízí stejný terapeutický účinek, ale vyšší míru komfortu. Dá se tedy dovést, že ohledně této otázky soud zaujímá ke zdravotnickým nadstandardům pozitivní postoj, i když řízen principem zdrženlivosti a minimalizací zásahů nechce přebírat odpovědnost za politické rozhodnutí, kterým tato problematika bez pochyby do velké míry je.

V případě formální stránky věci však Ústavní soud drží poměrně konstantní a přísný názor ohledně toho, co musí být specifikováno přímo v zákoně a co lze ponechat na úpravě

<sup>241</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15, bod 122.

<sup>242</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15, bod 132.

<sup>243</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.

podzákonému předpisu. Zejména s odvoláním na čl. 4 odst. 2 Listiny trvá na tom, že přesné definování rozsahu standardní péče, respektive péče plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, musí být srozumitelně a jednoznačně upraveno na zákonné úrovni. Přičemž tomuto kritériu zatím žádný z dosavadních pokusů o reformu financování zdravotnického systému České republiky prostřednictvím nadstandardů nevyhověl. Otázkou však zůstává, jak by taková definice měla vypadat, neboť jak správně poznamenal ve svém disentu soudce Balík<sup>244</sup>, není v silách zákonodárců rozhodovat o vysoce odborné medicínské problematice, kterou by s sebou stanovení seznamu položek ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče formou zákona neslo. Nelze se tak ubránit myšlence, že přílišné trvání na zcela přesné definici nadstandardu v zákoně skutečně brání otevření většího prostoru pro zakotvení tohoto institutu do českého práva. Na druhou stranu je třeba dávat pozor na libovůli a netransparentní stanovování úhrad, které naposledy Ústavní soud kritizoval právě ve svém nálezu ohledně zdravotnických prostředků<sup>245</sup>. Hledání ideálního kompromisu mezi přílišným formalismem či slovíčkařením a příliš otevřeným prostorem úpravě podzákoné ve prospěch efektivního řešení financování českého zdravotnictví tak zůstává prozatím v nedohlednu.

#### 4. Ústavně konformní zakotvení nadstandardní zdravotní péče

V úvodu této kapitoly je vhodné říci, že ač práce míří na možnost ekonomické reformy českého zdravotnictví prostřednictvím zavedení nadstandardů, lze se setkat s výraznou kritikou integrace principů lidských práv do naší regionální zdravotní politiky. Zejména je pak poukazováno právě na deficity související s přílišnou orientací na ekonomické přístupy ke zdravotnictví, což má v důsledku odvádět pozornost od výzkumu, vzdělávání, vývoje a sociálních determinant zdraví obyvatel.<sup>246</sup> Takový názor nelze bagatelizovat, české zdravotnictví se jistě potýká s celou řadou problémů a např. větší důraz na prevenci nebo vzdělávání by se jistě mohl pozitivně projevit i v objemu konečných výdajů na tento rezort. Domníváme se však, že díky zakotvení volitelné nadstandardní péče může naše zdravotnictví získat nejen více finančních zdrojů, ale také vyšší atraktivitu pro lékařský personál nebo investory zajímající se o výzkum a tím vším v konečném důsledku i vyšší kvalitu.

V předchozích kapitolách jsme se pokusili představit limity, které nám k zakotvení nadstandardní péče plynou z mezinárodního a posléze českého ústavního práva. Nyní se

---

<sup>244</sup> Viz výše.

<sup>245</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15.

<sup>246</sup> Srovnej: ČELADOVÁ, Libuše. BOJCÚNOVÁ, Jaroslava. ČEVELA, Rostislav. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví – 1. část. Zdravotnictví v České republice, 2011, roč. 14, číslo 2-3, s. 20-27.*

zaměříme na samotný pojem „nadstandard“ a s ním související pojmy, zároveň představíme úvahy o vhodnosti zařazení nadstandardní zdravotní péče, a to nejen právního charakteru, ale i ekonomického a etického. Následně se zaměříme na hlavní úskalí tzv. Hegerových nadstandardů a porovnáním se současným stavem se pokusíme najít řešení nadstandardů de lege ferenda, které by bylo ústavně konformní.

#### 4.1 Péče standardní vs. nadstandardní a péče garantovaná

Co vlastně můžeme chápat pod pojmem nadstandard a jakou konkrétní péči bychom pod něj podřadili, a naopak jaká zdravotní péče je standardem, který nelze snižovat, jsme již částečně nastínili v rozboru judikatury, zde se však komplexněji podíváme na obsah těchto a s nimi souvisejících pojmů, jako např. péče garantovaná a péče hrazená.

Standard, tedy standardní zdravotní péče bývá definována jako péče zahrnující „*postupy a metody, které jsou v určité době a na určitém teritoriu obvyklé, relativně ustálené a odborníky uznávané, protože splňují kritéria lege artis i současného obecně dostupného a použitelného poznání.*“<sup>247</sup> Je však třeba si uvědomit, že tato definice odpovídá zejména medicínskému standardu a ten se vždy nemusí krýt s finančními možnostmi zdravotnického systému. Proto nastupuje určitý korektiv, který může být označován jako péče garantovaná, která zahrnuje tu standardní péči, jež je „*zdravotně politickým rozhodnutím v dané době uznána za péči hrazenou zdravotním pojištěním*“.<sup>248</sup> To znamená, že péče garantovaná bude výsledkem medicínsko-politicko-ekonomického rozhodnutí a bude vždy podléhat tlakům zájmových skupin čítajícím politické vedení, zdravotní pojišťovny, farmaceutický průmysl, patientské organizace, a další. Současně ještě můžeme mluvit o péči potřebné, která je určovaná lékařskou indikací bez ohledu na ekonomické faktory.<sup>249</sup> Potřebná péče by měla vést k dosažení co nejlepšího dostupného výsledku a potřebnost jako taková je zároveň důležitým indikátorem pro zařazení určité péče do souboru hrazených služeb.<sup>250</sup>

V ideálním případě by se péče potřebná a péče hrazená měla s rozsahem péče standardní překrývat. Tento ideál je však narušován a např. bývalý ředitel FN Motol MUDr. Vepřek k tomu uvedl: „*není možné z ekonomického ani technického hlediska poskytovat všem potencionálním spotřebitelům z řad všech občanů veškerou teoreticky potřebnou a ze současných rychle*

---

<sup>247</sup> GLADKIJ, Ivan a kol. *Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče*. Praha: Iga MZ ČR, grantová zpráva, 1995. s. 25.

<sup>248</sup> Tamtéž.

<sup>249</sup> Tamtéž. s. 27.

<sup>250</sup> Tamtéž.

*rostoucích poznatků medicíny vyplývající zdravotnickou péčí jen na základě přiměřených daní či přiměřeného pojistného“.*<sup>251</sup>

Z tohoto důvodu se stále znovu objevuje volání pro otevření širší spoluúčasti pacienta ve formě možnosti připlatit si za nadstandardní péči, která již hrazena ze zdravotního pojištění není. „*Nadstandardní péče představuje takovou péči, při které se pacientovi na jeho přání poskytují výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné.*“<sup>252</sup> Takovouto nadstandardní péči lze rozdělit na dvě oblasti podle toho, v čem je onen nadstandard spatřován. Jednak může jít o péči zajišťující vyšší komfort, tedy např. lépe zařízený pokoj, lepší stravu, ošetření mimo ordinační hodiny apod., takový nadstandard by se dal zahrnout mezi služby poskytované „*v souvislosti s poskytováním zdravotní péče*“. Druhou skupinou je potom přímo zdravotní péče zahrnující alternativní postupy, jiné technologie, osoby vybrané kvalifikace a odbornosti nebo péče za využití jiných pomůcek a léčiv, než je v daném případě obvyklé.<sup>253</sup> Zásadní však je, aby existence nadstandardní péče nijak neomezovala dostupnost kvalitní a účinné standardní péče.<sup>254</sup> S tím potom souvisí asi i nejzásadnější otázka spojená s financováním nejen českého zdravotnictví: Jak určit obsah garantované péče tak, aby byl udržen vyvážený rozpočet a zároveň aby nebylo odpíráno ústavní právo občanů na bezplatný přístup ke zdravotní péči?

#### 4.2 **Objem hrazené péče**

Naše zdravotnictví, stále nesoucí prvky socialistické éry, patří ke státům, které mají velmi široké a nepřilíš jasně vymezené pojetí garantované péče, které zahrnuje téměř veškerou aktuálně dostupnou péči kromě některých kosmetických, stomatologických a dalších výkonů zcela zjevně nespádajících do množiny potřebné péče.<sup>255</sup> Český zákon o VeřZP vymezuje v § 13 a následujících nárok pojištěnce jednak pozitivně a jednak negativně. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být dosaženo, jsou pro pojištěnce přiměřené, jsou lege artis a existují důkazy o jejich účinnosti.<sup>256</sup> Naopak se ze zdravotního pojištění nehradí některé položky přímo označené v § 15 zákona (jako například akupunktura) nebo v příloze č. 1 (různé plastické operace apod.). Úskalím tohoto vymezení je v zákoně chybějící ekonomické kritérium, které nelze opomíjet,

---

<sup>251</sup> Tamtéž s. 28.

<sup>252</sup> Tamtéž s. 30.

<sup>253</sup> DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. s.27.

<sup>254</sup> Tamtéž.

<sup>255</sup> GLADKIJ, Ivan. STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vydání, 2002. s. 24.

<sup>256</sup> § 13, zákona o VeřZP, odst. 1.

protože se k němu v praxi vždy s ohledem na hospodárnou alokaci veřejných prostředků bude muset přihlídnout. Jak však ukázala judikatura v předchozí kapitole, nestačí v zákoně označit za hrazenou jakousi „nejméně ekonomicky náročnou variantu“, která bude sama o sobě vymezena až podzákonným či jiným předpisem bez právní síly. Na tomto místě je třeba poznamenat, že často kritizované úhradové vyhlášky hrají roli pouze ve vztahu pojišťovny s poskytovatelem a nikdy by neměly zkracovat nárok pojištěnce na hrazenou péči definovanou zákonem.<sup>257</sup> Bohužel se tak nezdálo kdy, zejména v minulosti dělo, např. v souvislosti s regulačními omezeními objemu poskytnuté péče od pojišťoven jednotlivým poskytovatelům.<sup>258</sup> Důsledkem absence ekonomického kritéria v zákoně je tak nejasné rozdělení nároku pacienta na péči hrazenou a na péči představující nadstandard.<sup>259</sup>

K tomu, aby se situace změnila a obsah hrazené péče lépe odpovídal skutečným zdrojům a skutečným potřebám ale nestačí politický nebo společenský tlak, je třeba v první řadě kvalitně analyzovat ekonomická a medicínská data o vstupech a výstupech, zejména z hlediska účinnosti a nákladů.<sup>260</sup> Pro inspiraci určení rozsahu garantované péče může posloužit holandský model z 90. let<sup>261</sup>, který posloužil k tomuto účelu tamní vládní komisi. Ten obsahoval následující 4 kritéria: „*Je poskytovaná péče potřebná z hlediska společnosti? Je poskytovaná péče nesporně účinná? Je poskytovaná péče hospodárná? Může být odpovědnost za poskytnutí péče ponechána na jedinci (přesahuje odpovědnost jedincovy schopnosti)?*“<sup>262</sup>. Přičemž aby byla určitá péče zařazena do balíčku hrazených služeb, musí všechna kritéria naplňovat čili musí jít o péči, která je medicínsky potřebná, medicínsky účinná, prokazatelně ekonomicky efektivní a jen taková, která nemůže být ponechána na individuální odpovědnosti pacienta.

#### 4.3 Úvahy nad legitimitou zavedení nadstandardní zdravotní péče

„*České zdravotnictví se neustále potýká s jedním problémem. Jsou jím předem limitované finanční prostředky na straně jedné a skoro naprostá neohraničenost rozsahu bezplatné péče na straně druhé... Jediné systémové řešení spočívá v omezené rozsahu péče plně hrazené z pojištění a zavedení různých forem spoluúčasti pacientů, celkem lhostejno, zda bude mít*

---

<sup>257</sup> DOSTÁL, Ondřej in ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. s. 150.

<sup>258</sup> Tamtéž.

<sup>259</sup> ŠUSTEK, Petr. *Současná legislativa – nadstandarty* (příspěvek na konferenci Nadstandarty v českém zdravotnictví, 26. června 2017). Praha: Karlova univerzita, Právnická fakulta.

<sup>260</sup> ŽALOUŠÍK, Jan., *Standardizace, spoluúčast a krmění ptáčků*. *Zdravotnické noviny*, 2002, roč. 51, č. 13, s. 12-13.

<sup>261</sup> Uveden v GLADKIJ, Ivan a kol. *Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče*. Praha: Iga MZ ČR, grantová zpráva, 1995. s. 32.

<sup>262</sup> Tamtéž.

podobu přímých plateb, nebo zdravotního připojištění či kombinaci obojího.<sup>263</sup> Těmito slovy začínala předmluva dnes neblaze proslulého MUDr. Davida Ratha, svého času prezidenta České lékařské komory, v časopise *Tempus Medicorum*, ročník 2001. V časopise je dále uveden průzkum veřejného mínění, který se zaměřuje na postoje občanů k zavedení nadstandardních zdravotních služeb, přičemž 40,7 % dotázaných odpovědělo, že by kvitovali možnost připlatit si u lékaře za některé služby nad rámec hrazených výkonů.<sup>264</sup> Toto je jen jeden z mnoha příkladů volání po nadstandardech, které se objevuje nejen ve zdravotnických periodikách v pravidelných intervalech už od 90. let. Z poslední doby lze uvést například vyjádření Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP ČR), který tvrdí, že by „nadstandardy prospěly všem“<sup>265</sup>, ale chybí politická vůle. Podle SZP ČR se nemožnost doplatků za nadstandardy často řeší obcházením přes úplatky lékařům, někdy známe jako tzv. sponzorské dary, místo toho, aby se doplatky zcela legalizovaly, čímž by se efektivně posílila finanční stabilita systému.<sup>266</sup>

Obecně mezi hlavní argumenty pro zavedení nadstandardů patří potřeba otevření nového finančního zdroje pro napjatý rozpočet českého zdravotnictví, čímž by reálně mělo v celkovém balíčku peněz zůstat více peněz k redistribuci a dostalo by se tak v konečném důsledku lepší péče i těm, kteří si nadstandardy dovolit nemohou. Dále by pak možnost připlatit si za komfortnější péči reagovala lépe na poptávku a svobodu volby pacienta, zvláště pak péče hrazená částečně z veřejného zdravotního pojištění by umožnila dovolit si komfortnější péči širšímu okruhu pojištěnců, kteří by jinak na přímou úhradu v plné ceně neměli. Sekundárně by mohly dobře nastavené nadstandardní služby přispívat k vývoji ve zdravotní péči a tím, postupem času, i ke zvyšování všeobecně dostupného standardu.

Argumenty nepodporující legitimitu tohoto řešení zdůrazňují spravedlnost a solidaritu bohatších s chudšími, která by měla doprovázet politiku moderních sociálních států a kterou by právě nadstandardy mohly výrazně narušovat.<sup>267</sup> Zároveň se obávají vznikajících nerovností v poskytování zdravotní péče a přesouvání dnes standardně hrazených výkonů mezi ty, za které je třeba doplácet. V neposlední řadě se objevují úvahy nad tím, zda jsou nadstandardy morální či etické, na což se zaměříme v následující podkapitole.

---

<sup>263</sup> RATH, David. *Projekt „nadstandardní služby“*. Tempus Medicorum, 2001, roč. 10, č. 2, s. 1.

<sup>264</sup> *Postoje občanů k nadstandardní hrazené péči (průzkum veřejného mínění)*. SOFRES-FACTUM, s.r.o. Tempus Medicorum, 2001, roč. 10, s. 20-23.

<sup>265</sup> CITORES, Filip Kůt. *Platby za nadstandardy by prospěly všem*. Zdravotnické noviny, 2017, roč. 66, č. 21, s. 3.

<sup>266</sup> Tamtéž.

<sup>267</sup> TŮMA, Ondřej. *Očima expertů: Doktor za příplatek?* [online]. peníze.cz. 24. března 2017 [cit. 25. srpna 2019]. Dostupné na: < <https://www.penize.cz/zdravotnictvi/321948-ocima-expertu-doktor-za-priplatek>>.



Ústavní soud se přímo v rozhodnutí zrušujícím nadstandardy legitimní cílem, který toto řešení sleduje nezabýval. V jiné části svého rozhodnutí týkajícího se přezkumu zvýšení poplatku za poskytnutou lůžkovou péči řekl, že „sledovaný cíl, totiž vyvést z režimu úhrad z veřejného zdravotního pojištění ty služby, které s vlastním poskytováním zdravotní péče nemají, co společného, je legitimní“<sup>268</sup>, přičemž odkazoval na předchozí rozhodnutí ohledně regulačních poplatků. V tomto předchozím rozhodnutí ponechal případné derogační důsledky spojené s nenaplněním sledovaného cíle na zákonodárci, který měl výsledky úpravy analyzovat v dlouhodobějším horizontu.<sup>269</sup> Pokud bychom tedy chtěli zajít dál než ÚS, můžeme se ptát, nakolik je legitimní vyvést z režimu úhrad ty služby, které jsou samy o sobě poskytováním zdravotní péče. Podobně jako u regulačních poplatků je však i u nadstandardů těžké dělat závěry o naplňování sledovaných cílů, například tedy ulehčení finanční zátěže systému, bez reálných dat vycházejících z hodnocení sociálních, ekonomických i medicinských kritérií.

#### 4.4 Jsou nadstandardy etické?

Častá otázka spojovaná se zavedením nadstandardů zahrnuje etický či morální rozměr tohoto řešení. Je v pořádku, aby se připlácelo za něco, co má být dle ústavy poskytnuté bezplatně a nediskriminačně všem? S tímto také souvisí pojmy jako sociální spravedlnost, solidarita či ekvita na jedné straně a individuální odpovědnost či autonomie vůle na straně druhé. Pokud vycházíme z mezinárodního práva i z práva českého, vidíme, jaká důležitost je právě ekvité a spravedlnosti ve zdravotnictví dána. Podle WHO je ekvita ve zdraví naplněna, pokud má ideálně každý jedinec rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu a nikdo není při naplňování tohoto potenciálu znevýhodňován.<sup>270</sup> Česká republika se na základě akčního programu WHO Zdraví 21 zavázala snížit zdravotní rozdíly mezi socioekonomickými skupinami nejméně o jednu čtvrtinu.<sup>271</sup> Do toho nám ovšem přistupuje problém omezených zdrojů. Mají tedy v takovém případě mít všichni nižší standard, jen aby nevznikali nerovnosti? Britský ekonom Alan Maynard je autorem výroku: „Co je neekonomické, je neetické“<sup>272</sup>, přičemž má na mysli, že plýtvání disponibilními zdroji na jednom místě znamená, že pravděpodobně budou chybět jinde.

<sup>268</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11, bod 56.

<sup>269</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08, bod 112.

<sup>270</sup> BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví s.54.*

<sup>271</sup> BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví s.56.*

<sup>272</sup> GLADKIJ, Ivan. STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví... s. 35.*

Pokud se zaměříme konkrétně na nadstandardy, společnost je spíše rozdělená. Znamý český chirurg prof. Pafko je v jednom rozhovoru<sup>273</sup> morálně schvaluje a argumentuje: „*jakmile onemocníte, nemůžete využít svoje prostředky k tomu, abyste získal zdraví, zatímco když umřete, můžete mít klidně pozlacenou rakev a může vám na pohřbu hrát filharmonický orchestr... stát nemá prostředky pro všechny, na všechno, ve chvíli, kdy oni si myslí, že to potřebují*“<sup>274</sup>. Opačný názor reagující na zmíněný rozhovor zveřejnil deník Referendum, podle něj: „*svoboda používat peníze končí tam, kde společnost shledává důsledky použití peněz v rozporu s jinými hodnotami*“ a navrhuje, že je „*namísto nadstandardů třeba hledat takové systémové řešení, které zprovozní podfinancované kapacity přednostně nikoli pro movité, ale pro potřebné*“.<sup>275</sup>

Domníváme se, že spíše než hledat odpověď na etičnost nadstandardů obecně, je lepší se zaměřit na konkrétní situace a konkrétní položky nadstandardů. Již v současné době si lze připlatit za samostatný pokoj v nemocnici, přičemž jen těžko budeme namítat, že tento nadstandard je nemorální a představuje nerovnost ve zdravotní péči. Na druhou stranu, pokud bychom mluvili o možnosti připlatit si za dřívější operační termín na úkor někoho jiného nebo přeskočení několika míst v čekacích listinách na transplantaci vhodných orgánů, zcela jistě bychom se shodli, že toto již nemorální a nespravedlivé je. Proto je nezbytné, aby sestavování případných seznamů nadstandardů mělo jasná pravidla a jasná limita, stejně tak důležité je spolupodílení se všech dotčených skupin, včetně pacientů.

#### 4.5 Úskalí „Hegerových“ nadstandardů

Při hledání vhodného ústavně konformního zakotvení nadstandardů budeme vycházet z právní úpravy, kterou Ústavní soud zrušil právě svým nálezem Pl. ÚS 36/11, neboť poskytuje zatím asi nejzdařilejší pokus o vymezení nadstandardů v zákoně, což potvrzují i disentující soudci. Základ pro nadstandardy tvořilo ustanovení § 13 zákona o VeřZP, konkrétně jeho odstavce 3 až 8. Odstavec 3 říká následující: „*Pokud lze zdravotní služby uvedené v odstavci 1 (tedy zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.)*“<sup>276</sup> poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny

<sup>273</sup> VESELOVSKÝ, Martin. Pafko: *Lepší zdravotní péče pro bohaté není nemorální* [online]. video.aktualne.cz, 14. prosince 2014 [cit. 24. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://video.aktualne.cz/pafko-lepsi-zdravotni-pece-pro-bohate-neni-nemoralni/r~5c03f7ac825211e49e4b0025900fea04/v~diskuse/>>.

<sup>274</sup> Tamtéž.

<sup>275</sup> ANDREAS, Petr. *Nadstandardy a Pafko* [online]. denikreferendum.cz. 6. února 2015 [cit. 24. srpna 2019]. Dostupné na: <<http://denikreferendum.cz/clanek/19714-nadstandardy-a-pafko>>.

<sup>276</sup> § 13, odst. 1 zákona o VeřZP.

tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotních služeb, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotních služeb podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě.<sup>277</sup> Pokud si tedy pojištěnec přál ekonomicky náročnější variantu doplatil rozdíl v ceně. V dalších odstavcích potom bylo stanoveno, že „za ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb lze považovat pouze zdravotní služby, které jsou takto označeny v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17 (Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami)“ a dále, že „za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní služby, které lze poskytnout pouze jedním způsobem“. V Seznamu výkonů byly označeny ekonomicky náročnější varianty písmenem „E“. Následně byla stanovena povinnost poskytovatele informovat pacienta o základní i o ekonomicky náročnější variantě a rozdílu v ceně, přičemž ceník těchto nadstandardních služeb musel být poskytovatelem zveřejněn v prostorách zdravotnického zařízení a zároveň i způsobem, který umožňuje dálkový přístup. Pokud si pojištěnec zvolil ekonomicky náročnější variantu, musel svým podpisem stvrdit, že byl informován a že se zavazuje uhradit rozdíl v ceně, takové potvrzení se stalo součástí zdravotnické dokumentace.<sup>278</sup> Zároveň bylo stanoveno, že poskytovatel nesmí nijak upřednostňovat pojištěnce, který si zvolil ekonomicky náročnější variantu.<sup>279</sup> Za opakované porušení informační povinnosti a za upřednostňování potom hrozily poskytovateli od zdravotních pojišťoven přísné pokuty až do výše 1 000 000 Kč.<sup>280</sup> Tolik tedy k částečně hrazeným nadstandardům říkal zákon, přičemž není divu, že se dostal brzy do hledáčku Ústavního soudu. Nemá smysl zde opakovat závěry ÚS, které jsou shrnuty v předchozí kapitole, podíváme se však i na další úskalí této úpravy.

#### 4.5.1 Netransparentnost rozhodování o nadstandardech

Představme si, že by ÚS nevytýkal formální nedostatky, respektive by netrval na přesném rozdělení základní a ekonomicky náročnější varianty samotným zákonem, bylo by potom vše v pořádku? Pravděpodobně ne, protože problém stále představovala

---

<sup>277</sup> § 13, odst. 3 zákona o VeřZP.

<sup>278</sup> MACH, Jan. *Standard, dohodnuté služby, nadstandard a sponzorské dary*. Informace pro lékařské praxe. 2013, roč. 14, č. 1, s. 38-39.

<sup>279</sup> § 13, odst. 7 zákona o VeřZP.

<sup>280</sup> § 13, odst. 8 zákona o VeřZP.

netransparentnost sestavování seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a určování cen v cenovém věstníku, které bylo v dikci Ministerstva zdravotnictví, přičemž odborné společnosti a sdružení poskytovatelů měli možnost navrhnout další výkony, které umožňují při stejném terapeutickém účinku komfortnější nebo méně komfortní způsob provedení.<sup>281</sup>

Například ODS kritizovala, že není zveřejněn závazný postup vzniku nadstandardů a ani zápisy z jednání rozhodovací komise ministerstva, zároveň že nebylo umožněno navrhnout konkrétní výkony širší skupině subjektů, včetně sněmovního výboru pro zdravotnictví nebo senátního výboru pro zdravotnictví a politiku.<sup>282</sup> Zároveň se ODS obávala destabilizace systému veřejného zdravotního pojištění z důvodu nesystémových zásahů způsobených absencí ekonomických studií, které by hodnotily vliv nadstandardů. Chyběl také etický kodex členů komise, neboť se dalo předpokládat poměrně vysoké korupční prostředí a lobbistický tlak soukromých subjektů.<sup>283</sup>

#### 4.5.2 Otázka stejného terapeutického účinku

K zamyšlení se nabízí i formulace zrušeného ustanovení, která stanovovala jako podmínku pro nadstandard existenci „*stejného terapeutického účinku*“<sup>284</sup> pro obě varianty. S tím se logicky pojí problematika toho, jak lze jednoznačně objektivně označit u více možností léčby stejný terapeutický účinek. Podívejme se například na odlehčenou sádru, která představovala hned 9 z 18 položek, které byly pro rok 2012 označeny za ekonomicky náročnější variantu.<sup>285</sup> Tato varianta je oproti standardní variantě podstatně lehčí, rychleji tvrdne a je odolnější. Není pak terapeutický účinek odlišný například v tom, že je pacient méně omezen v běžných činnostech?

Ještě názornější příklad lze uvést na z medicinského hlediska standardních výkonech, o kterých se uvažovalo pro zařazení mezi nadstandardy. Tak například nejúspěšnější léčbou karcinomu prostaty je radikální prostatektomie, tedy chirurgické odstranění prostaty.<sup>286</sup> V současné době jsou k dispozici tři možnosti chirurgického zákroku. Nejlevnější je otevřená prostatektomie (operace skalpelem), která však vyžaduje delší hospitalizaci a znamená větší operační zátěž (především krevní ztráty). Další metodou je miniinvazivní laparoskopický

---

<sup>281</sup> MACH, Jan. *Standard, dohodnuté služby, nadstandard a sponzorské dary...*

<sup>282</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. *ODS: Stanovování nadstandardů považujeme za netransparentní*. Zdravotnické noviny. 2012, roč. 61, č. 15, s. 7.

<sup>283</sup> KLUSÁKOVÁ, Petra. *ODS: Stanovování nad/standardů považujeme za netransparentní...*

<sup>284</sup> § 13, odst. 3 zákona o VeřZP.

<sup>285</sup> TURJAKOVÁ, Eva. *Ekonomicky náročnější varianta léčby od 1. 1. 2012 – nadstandardy*. Farmi news (Praha). 2012, roč. 9, č. 1, s.18.

<sup>286</sup> ŠTUDENT, Vladimír. *Patří roboticky asistovaný výkon mezi nadstandardy?* Zdravotnické noviny. 2011, roč. 60, č.31-32 (Lékařské listy), s. 1-2 příl.

přístup, který představuje menší zátěž pro pacienta a nezanechává ani viditelnou jizvu, ale vyžaduje vysoce zkušeného operátora. Poslední a nejdražší variantou je roboticky asistovaná laparoskopická radikální prostatektomie (RALRP), která díky přesnosti robota představuje pro pacienta nejmenší zátěž a s tím i související potřebnou dobu hospitalizace a rekonvalescence, což ve výsledku nemalé finance ušetří.<sup>287</sup> Rozdíl v ceně mezi prvně zmiňovanou a posledně zmiňovanou variantou je zhruba 100 tisíc Kč.<sup>288</sup> V tomto případě je tedy přinejmenším sporné, že všechny varianty představují stejný terapeutický účinek a dokonce i to, že nejlevnější varianta operace „je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění“<sup>289</sup>.

#### 4.5.3 Otázka ekonomické výhodnosti

V souvislosti s těmito velmi omezenými nadstandardy, které nakonec zůstaly v platnosti pouze jeden rok se také můžeme ptát na jejich skutečný ekonomický přínos. Podle dostupných informací dali pojištěnci za příplatky na ekonomicky náročnější variantu za rok 2012 46 milionů, z toho téměř 40 milionů za nitrooční čočky.<sup>290</sup> Přitom celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2012 dosáhly dle informací ÚZIS ČR zhruba 250 miliard Kč<sup>291</sup>. Slibovaná stabilizace veřejných výdajů na zdravotnictví se tak díky nadstandardům v žádném případě neuskutečnila. Je však pravdou, že se dají z takto krátce trvající úpravy a z velmi úzce vymezeného výběru nadstandardů jen těžko dělat závěry o jejich ekonomické nevýhodnosti.

#### 4.5.4 Stav po zrušení „Hegerových“ nadstandardů

Krátce po zrušení rozdělení hrazené zdravotní péče na základní a ekonomicky náročnější variantu téměř všichni poskytovatelé zdravotních služeb, kteří měli uzavřené smlouvy s pojišťovny přestali možnost příplatit si za komfortnější variantu nabízet a pacientovi, který požadoval aplikaci např. odlehčené sádry nezbývalo než vyhledat soukromého poskytovatele, který službu poskytl za přímou úhradu. Důvodem bylo nepochopení důvodů pro zrušení nadstandardů a také extenzivní výklad § 11, odst. 1 písm. d) zákona o VeřZP, který posuzoval ÚS již dříve ve svém nálezu Pl. ÚS 14/02. Ten říká, že „pojištěnec má právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž

<sup>287</sup> ŠTUDENT, Vladimír. *Patří roboticky asistovaný výkon mezi nadstandardy? ...*

<sup>288</sup> Ceny platné v roce 2011.

<sup>289</sup> § 13, odst. 3 zákona o VeřZP.

<sup>290</sup> ČTK. *Pacienti dali loni za nadstandardy 46 milionů korun* [online]. zpravy.aktualne.cz. 1. července 2013 [cit. 22. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/pacienti-dali-loni-za-nadstandardy-46-milionu-korun/r~i:article:784057/>>.

<sup>291</sup> Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. Dostupné na: <<https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>>.

poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu“<sup>292</sup>. Mnozí poskytovatelé se tak obávali, že pokud by žádali přímou úhradu od pacienta za služby, které jsou jinak hrazené, jako např. právě fixace sádkou, mohli by být pokutováni. Ředitel právní kanceláře ČLK JUDr. Jan Mach však připomíná, že nález ÚS zrušující nadstandardy se nijak nedotkl případů, kdy si pacient s poskytovatelem ujedná příplatek za jakékoli ekonomicky náročnější provedení výkonu než to, které je hrazené ze zdravotního pojištění. Stejně tak se netýká ani případů, kdy se poskytovatel s pacientem dohodli na poskytování určitých služeb ze zdravotního pojištění zcela nehrazených, např. ošetření mimo ordinální hodiny lékaře.<sup>293</sup> Opačný výklad by byl zcela „v rozporu se svobodnou vůlí a porušením práv pacienta“<sup>294</sup>.

Jediným rozdílem ve stavu před a po zrušení nadstandardů ÚS, tak zůstala nutnost zaplatit celou částku za ekonomicky náročnější variantu, nikoli doplatit pouze cenový rozdíl oproti základní variantě. Nejcitelněji se to projevilo na úhradách operací očí, konkrétně na operaci šedého zákalu. Z částečně hrazených výkonů totiž úplně vypadla možnost voperování multifokální nitrooční čočky. Pojištěnci, který se tak chce zbavit kromě šedého zákalu i potřeby nosit brýle nezbyvá podle praxe mnohých poskytovatelů nic jiného než uhradit celou částku včetně samotného výkonu. Na obcházení tohoto legislativního nedostatku upozornily zprávy Seznam<sup>295</sup>, když přinesly případ pacientky, která aby se dostala k lepší nitrooční čočce bez nutnosti hradit celý zákrok, byla vyzvána nemocnicí k zaslání daru ve výši 30 tisíc Kč nadačnímu fondu Lidé sobě. Tento fond následně přeposílá peníze nemocnicím na nákup lepšího zdravotnického materiálu a nemocnice si zároveň účtují peníze od pojišťoven, jako kdyby provedly zákrok s levnější, standardní verzí materiálu. Jen přes tuto nadaci řeší podobně úhradu lepšího zdravotnického materiálu až 1500 pacientů ročně jen v Hradci Králové, kde specializované oční centrum sídlí.<sup>296</sup> O potřebě změnit legislativu, aby k podobné praxi nedocházelo se vyjádřil i současný ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.<sup>297</sup>

---

<sup>292</sup> §11, odst. 1 písm. d) zákona o VeřZP,

<sup>293</sup> MACH, Jan. *Platí zákaz jakéhokoli „nadstandardu“ ve zdravotnictví?* Tempus Medicorum, 2015, roč. 24, č.2, s. 32-33.

<sup>294</sup> MACH, Jan. *Platí zákaz jakéhokoli „nadstandardu“ ve zdravotnictví?...*

<sup>295</sup> NOHL, Radek. *Pacientka narazila na mezeru v českém zdravotnictví. Za lepší péči musela zaplatit nadaci* [online]. seznamzpravy.cz. 18. prosince 2017 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/pacientka-narazila-na-mezeru-v-ceskem-zdravotnictvi-za-lepsi-peci-musela-zaplatit-nadaci-40803>>.

<sup>296</sup> Tamtéž.

<sup>297</sup> NOHL, Radek. *Ministr chce vrátit do hry nadstandardy, pacienti by si připlatili za lepší péči při operacích* [online]. seznamzpravy.cz. 26. ledna 2018 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/ministr-chce-vratit-do-hry-nadstandardy-pacienti-by-si-priplatili-za-lepsi-peci-pri-operacich-42050>>.

#### 4.6 Shrnutí a úvahy de lege ferenda

V předchozím textu kapitoly jsme definovali, jak chápeme pojmy standard a nadstandard, dále jsme specifikovali termín péče garantovaná či hrazená a zaměřili jsme se na její obsah. Následně jsme nastínili nejčastější argumenty objevující se pro i proti zakotvení nadstandardní zdravotní péče a ptali jsme se na legitimní cíl i morální aspekty. Nakonec jsme se zaměřili na úpravu „Hegerových“ nadstandardů, její největší nedostatky a stav vzniklý po jejím zrušení. Nyní bychom v závěru práce zhodnotili současný stav a nabídli možnou variantu ústavně konformního zakotvení nadstandardů do našeho právního řádu.

V prvé řadě je třeba zopakovat, že ani z judikatury ÚS, ani ze současné zákonné právní úpravy nikterak nevyplývá, že by nebylo možné připlatit si určité služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. S tímto řešením počítá zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, když ve svém § 45, odst. 2 ukládá povinnost poskytovateli informovat pacienta o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a § 41 ukládá povinnost pacientovi tuto cenu uhradit.<sup>298</sup> Zároveň již z § 11 zákona o veřejném zdravotním pojištění zmizelo ono kritizované znění zakazující poskytovatelům přijímat jakoukoliv úhradu „*v souvislosti s poskytováním hrazené zdravotní péče*“<sup>299</sup>. Podle Dostála<sup>300</sup> zároveň již současné znění zákona o veřejném zdravotním pojištění „*závazně určuje standard, který je konkrétně určitelný u každého jednotlivého pojištěnce a u každé konkrétní služby, léku či pomůcky*“, i když vzápětí dodává, že „*je možno tvrdit, že zákonný standard není v platném zákoně určen optimálně, že není ekonomicky udržitelný, že neobsahuje vždy kritérium nákladové efektivity atd.*“<sup>301</sup>. Ač se tedy legislativně zdá situace v pořádku, přinejmenším s ohledem na nárok konkrétního pojištěnce, v praxi se mluví o tzv. „pojišťovenském standardu“, kdy o tom, co je skutečně hrazeno rozhoduje pojišťovna, která musí nákladovou efektivitu zvažovat. Poskytovatel si následně netroufá nabízet například lepší materiál, který podle jeho smlouvy s pojišťovnou hrazen není a nelze tedy pojišťovně vykázat prostřednictvím úhradových kódů.<sup>302</sup>

<sup>298</sup> zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>299</sup> zákon o VeřZP.

<sup>300</sup> DOSTÁL, Ondřej. *Právní aspekty „nadstandardů“ v českém zdravotnictví – rozhovor*. Zdravotnické noviny. 2017. roč. 66, č. 7, s. 7.

<sup>301</sup> Viz DOSTÁL, Ondřej. *Právní aspekty „nadstandardů“ v českém zdravotnictví...*

<sup>302</sup> KOUBOVÁ, Michaela. *Překážky zavedení nadstandardů? Politická nevěle, špatná edukace i výklad legislativy* [online]. zdravotnickyydenik.cz. 25. srpna 2017 [cit. 25. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/08/prekazky-zavedeni-nadstandardu-politicka-nevule-spatna-edukace-i-vyklad-legislativy/>>.

System i právní řád je tedy nadstandardům celkem nakloněn, zrušením Hegerovy úpravy však vznikla mezera v případě služeb částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které v současné době v podstatě neexistují. Podle Šustka tak dochází k diskriminaci, neboť systém nutí pojištěnce přijmout variantu péče, kterou možná ani nechtějí jen proto, že je jedinou hrazenou, místo toho, aby si mohl vybrat z více možností a případný rozdíl doplatit.<sup>303</sup> Situaci mohli zákonodárci napravit v souvislosti s přijetím novely zákona o VeřZP, kterou reagovali na nález ÚS zrušující ustanovení týkající se úhrady ambulantních zdravotnických prostředků.<sup>304</sup> Vzhledem k omezené době na přípravu novely finální podoba zákona řešení nadstandardů nepřináší, alespoň však vychází vstříc požadavku na výhradu zákona zařazením „kategorizačního stromu“, který zahrnuje hrazené zdravotnické prostředky přímo do přílohy zákona a zároveň přináší transparentnější způsob stanovování jejich úhrad.<sup>305</sup> Ministerstvo zdravotnictví nicméně počítá i s novelizací stanovování úhrad zdravotnických prostředků v lůžkové péči<sup>306</sup> a právě tato kategorie zahrnuje i zmiňované různé nitrooční čočky používané při operaci šedého zákalu. Částečným řešením by mohla být úprava ceníků, které slouží k vykazování péče mezi poskytovatelem a pojišťovnou, zejména by mělo být možné vykázat individuálně jiný materiál, který by si pacient uhradil sám, aniž by ztrácel nárok na úhradu celé operace.

Pokud bychom měli zákonodárci „doporučit“ legislativní řešení ústavně konformního zakotvení nadstandardní péče, vyšli bychom z Hegerovy verze, která se ukázala jako nedotažená a zkusili bychom se vyhnout úskalím, která s sebou nesla. Nejzásadnější apel s ohledem na ústavní konformitu řešení míří na nutnost jasného vymezení rozsahu plně hrazené péče, částečně hrazené péče a nehrazené péče již na zákonné úrovni. Je možné, že by zákonodárci stačilo k vyhovění námitkám ÚS pouhé přenesení úhradové vyhlášky do přílohy zákona, takové řešení je však vždy spíše dočasné a neposkytuje dostatečnou variabilitu. Pružnějším řešením by bylo na zákonné úrovni definovat přesná kritéria, která by stanovovala, co je standardem, i s ohledem na indikační kritéria a limita objemu prostředků ve veřejném zdravotním pojištění. Takové řešení však vyžaduje bohaté podklady HTA (Health Technology Assessment) analýz, která by hodnotila efektivitu jednotlivých zdravotních služeb. Zároveň by

---

<sup>303</sup> ŠRAJBROVÁ, Markéta. ŠUSTEK, Petr. S nadstandardy bude zdravotnictví spravedlivější. Rovná péče je jen na papíře, říká právník [online]. zpravy.aktualne.cz. 19. června 2017 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/expert-na-zdravotnicke-pravo-s-nadstandardy-bude-system-spra/r~45494e7851a711e7a83b0025900fea04/>>.

<sup>304</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15.

<sup>305</sup> MZČR. Otázky a odpovědi k úhradové regulaci zdravotnických prostředků [online]. mzcr.cz. 17. září 2018 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na: <[https://www.mzcr.cz/dokumenty/otazky-a-odpovedi%20A0o%20A0uhradove-regulaci-zdravotnickych-prostredku\\_15957\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/otazky-a-odpovedi%20A0o%20A0uhradove-regulaci-zdravotnickych-prostredku_15957_1.html)>.

<sup>306</sup> Tamtéž.



bylo potřeba zákonem stanovit velmi transparentní procesní pravidla pro rozdělení péče na základní (standardní) variantu a příplatkový nadstandard. Stejně tak by neměla chybět možnost přezkumu ve správním řízení, pakliže by stěžovatel namítal nesprávné zařazení varianty péče a neměl by chybět ani etický kodex členů orgánů, kteří by měli na celý proces vliv. To vše samozřejmě za předpokladu, že bude zaručena kvalitní základní standardní péče, která bude vhodná a účinná.

## Závěr

Závěrem bych předeslal krátkou úvahu. Mnozí z nás jistě někdy navštívili optiku. Tam lze přijít s poukazem od očního lékaře, ze kterého jasně vyplývá, jaká oční vada je indikována a zároveň jak vysokou úhradu lze očekávat od pojišťovny na čočky a jak vysokou na obruby, popřípadě zda vůbec pojišťovna při této indikaci nějaký podíl hradí. Pojištěnec poukaz předloží a následně si vybere obruby, které se mu líbí, přičemž může zvolit nějaké velice módní, z drahých materiálů, anebo obyčejné levné. Následně nahlédne do katalogu s výběrem optického materiálu a může si objednat buď standardní čočku, anebo si připlatit za čočku zúženou a odlehčenou z tvrzeného materiálu s antireflexní vrstvou. V obou případech je výsledkem stejně účinná korekce zraku a v obou případech je úhrada z veřejného zdravotního pojištění stejně vysoká. Je tak zajištěna rovnost, neboť všichni pojištěnci se stejnou indikací mají nárok na stejnou úhradu od pojišťovny a zároveň je zajištěna svobodná vůle, neboť kdo chce opravdu to nejlepší, co je na trhu dostupné, může si připlatit. Podobně to může fungovat i v lékárně nebo u zubaře, na spoluúčast jsme u všech těchto služeb připraveni. Dokážeme si představit podobný princip i u chirurga nebo onkologa?

Dle mezinárodního práva je nastavení finanční spoluúčasti pacientů při poskytování zdravotní péče otázkou zcela v režimu národních politik, a to s ohledem na specifčnost naplňování závazků plynoucích ze sociálních práv. Přesah sociálních práv, tedy v tomto případě práva na poskytování zdravotní péče, do práv „první generace“ však brání excesům, které by s sebou úplná libovůle při naplňování těchto závazků mohla přinést.

Na ústavní úrovni je pak opakovaně obsah práva na bezplatnou zdravotní péči Ústavním soudem korigován na péči hrazenou z prostředků shromážděných prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, přičemž sám ÚS připomíná, že vyloučení spoluúčasti pacienta ve svém důsledku může vést ke snížení standardu hrazené péče pro všechny. Důvodem zásahů ÚS do systému financování zdravotní péče bylo spíše formální nedodržení výhrady zákona nežli zájem na udržení „socialistické“ rovnosti.

Poskytování nadstandardní zdravotní péče je tedy v souladu s ústavním pořádkem, aniž by bylo třeba měnit Listinu např. vypuštěním slova „bezplatnou“. Možnost takové úpravy v Listině by se možná blížila faktické realitě, tedy že zdravotní péče nikdy nebyla a nebude skutečně bezplatná, na druhou stranu by však představovala ústupek v neprospěch silné solidarity, která je určitým symbolem naší společnosti. Ústavně konformní zakotvení nadstandardů má tak mantinely, mimo které se nesmí pohybovat. Těmito mantinely je výhrada zákona, stále dostatečně široká plně hrazená standardní zdravotní péče a nadstandard představující pouze vyšší komfort, nikoliv vyšší terapeutický účinek. Konkrétní právní úprava

zakotvení pak nemůže vyplynout z pouhé politické debaty, ale musí být podpořena společenským konsenzem a ekonomicko-lékařskou analýzou očekávaných dopadů. Lze však připustit, že se zákonodárce s nejnovější novelizací zákona o VeřZP v případě úhrad zdravotnických prostředků velmi přiblížil požadavkům kladeným na legislativu Ústavním soudem a praxe ukáže, nakolik je takový model udržitelný a případně podpůrně aplikovatelný k zakotvení nadstandardní zdravotní péče.

# Seznam použitých zdrojů

## Právní předpisy

- 1) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 298/2011 Sb. účinném ke dni 1. prosince 2011.
- 2) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- 4) Ústava Světové zdravotnické organizace (vyhláška ministra zahraničních věcí č. 189/1948 Sb. o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku).
- 5) Almatká deklarace z roku 1978, In WHO publications [online]. Mezinárodní konference k primární péči, Alma-Ata, SSSR [cit. 20. 6. 2019]. Dostupné na: <[https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)>.
- 6) Výmarská ústava z roku 1919, In Weimar Constitution [online]. PSM-DATA Geschichte [cit. 20. 6. 2019]. Dostupné na: <[https://www.zum.de/psm/weimar/weimar\\_vve.php#Fifth%20Chapter%20:%20The%20Economy](https://www.zum.de/psm/weimar/weimar_vve.php#Fifth%20Chapter%20:%20The%20Economy)>.
- 7) Statut Rady Evropy přijatý dne 5. 5. 1949 v Londýně (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Statutu Rady Evropy č. 123/1995 Sb.).
- 8) Všeobecná deklarace lidských práv (Usnesení Valného shromáždění OSN č. DE01/48 ze dne 10. prosince 1948, kterým se přijímá Všeobecná deklarace lidských práv).
- 9) Mezinárodní pakt hospodářských, sociálních a kulturních právech (Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb. o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech).

- 10) Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb. o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech).
- 11) Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950 (Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb.).
- 12) Ústavní zákon č. 150/1948 Sb. ze dne 9. května 1948, Ústava Československé republiky.
- 13) Ústavní zákon č. 100/1960 Sb. ze dne 11. července 1960, Ústava Československé socialistické republiky.
- 14) Úmluva MOP o minimální normě sociálního zabezpečení č. 102/1952 (sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 461/1991 Sb.).
- 15) Úmluva o právech dítěte (sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb.m.s.).
- 16) Úmluva o odstranění všech forem rasové diskriminace (Vyhláška ministra zahraničních věcí o Mezinárodní úmluvě o odstranění všech forem rasové diskriminace č. 95/1974 Sb.m.s.).
- 17) Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen (Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 62/1987 Sb. ze dne 13. května 1987 o Úmluvě o odstranění všech forem diskriminace žen).
- 18) Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s.).
- 19) Úmluva o právech osob s duševním onemocněním (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb.m.s. o sjednání Úmluvy o právech osob s duševním onemocněním).

- 20) Listina základních práv Evropské unie (Rozhodnutí Rady, Parlamentu a Komise č. 2012/02 ze dne 26. 10. 2012, kterým se vyhlašuje Listina základních práv Evropské unie. Úř. věst. C 326).
- 21) Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve znění pozdějších předpisů.
- 22) Evropská sociální charta (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb.m.s. o přijetí Evropské sociální charty).
- 23) Vyhláška č. 411/2011, ze dne 14. prosince 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

### **Monografie**

- 1) MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vydání. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. 164 str.
- 2) BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s.
- 3) DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s.
- 4) KRATOCHVÍL, Jan. *Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech*. Praha: Právnická fakulta Univerzity Karlovy – nakl. Eva Roztoková, 2010. 224 s. Prameny a nové proudy právní vědy, no. 46.
- 5) BARTOŇ, Michal a kol. *Základní práva*. Praha: Leges, 2016, 608 s. Student.
- 6) BARTOŇ, Michal, KOPA, Martin, TOMOSZEK, Maxim. *Základní práva: příklady a dokumenty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 230 s. Skripta.
- 7) TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. Praha: Linde Praha, 2014. 319 s.

- 8) MALÍŘ, Jan, DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016. 209 s.
- 9) MATYAŠKO, Maroš. *Metodologie a lidská práva: jak postupovat při hodnocení dodržování lidských práv*. Brno: Liga lidských práv, 2014. 41 s.
- 10) ŠIŠKOVÁ, Naděžda. *Dimenze ochrany lidských práv v EU*. Praha: ASPI, 2003. 226 s.
- 11) HÝBNEROVÁ, Stanislava. *Evropská ochrana lidských práv v dokumentech*. Praha: Karolinum, 2002. 347 s.
- 12) GERLOCH, Aleš, ŠTURMA, Pavel. *Ochrana základních práv a svobod v proměnách práva na počátku 21. století v českém, evropském a mezinárodním kontextu*. Praha: Auditorium, 2011. 147 s.
- 13) ŠIMÍČEK, Vojtěch (ed.). *Lidská práva a medicína*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Mezinárodní politologický ústav, 2017. 224 s.
- 14) BOUČKOVÁ, Pavla. *Rovnost a sociální práva*. Praha: Auditorium, 2009. 198 s.  
Téma. Bartoň. Základní práva příklady a dokumenty
- 15) GLADKIJ, Ivan a kol. *Problematika základní a nadstandardní zdravotní péče*. Praha: Iga MZ ČR, grantová zpráva, 1995. 148 s.
- 16) GLADKIJ, Ivan. STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1. vydání, 2002. 109 s.
- 17) MOWBRAY, A. R. *Cases, materials, and commentary on the European Convention on Human Rights*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, c2012. xxxv, 895 s.
- 18) HARRIS, D. J. a kol. Harris, O'Boyle & Warbrick: *law of the European Convention on Human Rights*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009. li, 902 s.

- 19) HERVEY, Tamara K. KENNER, Jeff (ed.). *Economic and social rights under the EU Charter of fundamental rights: a legal perspective*. Oxford: Hart Publishing, 2003. xliv, 327 s.

### **Komentáře**

- 1) KMEC, Jiří a kol. *Evropská úmluva o lidských právech: komentář*. Praha: C.H. Beck, 2012. XXVII, 1660 s. Velké komentáře. "
- 2) WAGNEROVÁ, Eliška a kol. *Listina základních práv a svobod: komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. XXV, 906 s. Kodex.

### **Noviny a časopisy**

- 1) ŽALOUĐÍK, Jan., *Standardizace, spoluúčast a krmení ptáčků*. Zdravotnické noviny, 2002, roč. 51, č. 13, s. 12-13.
- 2) RATH, David. *Projekt „nadstandardní služby“*. Tempus Medicorum, 2001, roč. 10, č. 2, s. 1.
- 3) *Postoje občanů k nadstandardní hrazené péči (průzkum veřejného mínění)*. SOFRES-FACTUM, s.r.o. Tempus Medicorum, 2001, roč. 10, s. 20-23.
- 4) CITORES, Filip Kůt. *Platby za nadstandardy by prospěly všem*. Zdravotnické noviny, 2017, roč. 66, č. 21, s. 3.
- 5) KLUSÁKOVÁ, Petra. *ODS: Stanovování nadstandardů považujeme za netransparentní*. Zdravotnické noviny. 2012, roč. 61, č. 15, s. 7.
- 6) TURJAKOVÁ, Eva. *Ekonomicky náročnější varianta léčby od 1. 1. 2012 – nadstandardy*. Farmi news (Praha). 2012, roč. 9, č. 1, s.18.
- 7) ŠTUDENT, Vladimír. *Patří roboticky asistovaný výkon mezi nadstandardy?* Zdravotnické noviny. 2011, roč. 60, č.31-32 (Lékařské listy), s. 1-2 příl.
- 8) MACH, Jan. *Standard, dohodnuté služby, nadstandard a sponzorské dary*. Informace pro lékařské praxe. 2013, roč. 14, č. 1, s. 38-39.



- 9) MACH, Jan. *Platí zákaz jakéhokoli „nadstandardu“ ve zdravotnictví?* Tempus Medicorum, 2015, roč. 24, č.2, s. 32-33.
- 10) DOSTÁL, Ondřej. *Právní aspekty „nadstandardů“ v českém zdravotnictví – rozhovor.* Zdravotnické noviny. 2017. roč. 66, č. 7, s. 7.
- 11) MAREČKOVÁ, Jana. KADLEC, Jakub. *Úhrady zdravotnických prostředků před ústavním soudem.* Medical tribune. 2017, roč. 13, č. 12, A5.

### **Odborné články**

- 1) POSPÍŠIL, Ivo. *Ústavněprávní limity právní regulace financování zdravotní péče (nejen) v judikatuře Ústavního soudu.* Správní právo, 2018, roč. LI, č. 4-5, s. 217–228.
- 2) MALÍŘ, Jan. *Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv.* Právní rozhledy, 2014, roč. 22, č. 21, s. 740.
- 3) GUNN, S.W.A. *Základní lidské právo na zdraví. Anesteziologie a intenzivní medicína.* 2005, roč. 16, č. 5, s. 168-169.
- 4) ČELADOVÁ, Libuše. BOJCÚNOVÁ, Jaroslava. ČEVELA, Rostislav. *České zdravotnické právo po roce 1990 v kontextu lidských práv se vztahem ke zdraví – 1. část. Zdravotnictví v České republice,* 2011, roč. 14, č. 2-3, s. 20-27.
- 5) KŘEPELKA, Filip. *Evropský standard lidských práv a zdravotnictví.* Zdravotnictví a právo, 2002, roč. 6, číslo 7/8, s. 2-5.

### **Internetové odkazy**

- 1) ŠORFOVÁ, Veronika. *Zdravotnictví jako služba v kontextu Evropské unie aneb nová právní úprava v oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče* [online]. epravo.cz, 1. července 2011 [cit. 7. června 2019]. Dostupné na: <<https://www.epravo.cz/top/clanky/zdravotnictvi-jako-sluzba-v-kontextu-evropske-unie-aneb-nova-pravni-uprava-v-oblasti-preshranicniho-poskytovani-zdravotni-pece-74686.html>>.

- 2) GÁBŘIŠ, Tomáš. *Právo na veřejné zdraví ?* [online]. iurium.cz, 7. června 2018 [cit. 19. srpna 2019]. Dostupné na: <[https://www.iurium.cz/2018/06/07/pravo-na-verejne-zdravi/#\\_ftn5](https://www.iurium.cz/2018/06/07/pravo-na-verejne-zdravi/#_ftn5)>.
- 3) Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. *Fact Sheet No. 31 – The Right to Health* [online]. ohchr.org, červen 2008 [cit. 15. června 2019]. Dostupné na: <<https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>.
- 4) World Health Organization. *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata* [online]. who.int, [cit. 15. června 2019]. Dostupné na: <[https://www.who.int/social\\_determinants/tools/multimedia/alma\\_ata/en/](https://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/)>.
- 5) SHIEL, William C. Jr. *Health for All* [online]. medicinenet.com, 27. prosinec 2018 [cit. 15. června 2019]. Dostupné na : <<https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=10708>>.
- 6) World Health Organization. *About Health 2020* [online]. euro.who.int, [cit. 15. června 2019]. Dostupné na : <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/about-health-2020>>.
- 7) VESELOVSKÝ, Martin. *Pafko: Lepší zdravotní péče pro bohaté není nemorální* [online]. video.aktualne.cz, 14. prosince 2014 [cit. 24. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://video.aktualne.cz/pafko-lepsi-zdravotni-pece-pro-bohate-neni-nemoralni/r~5c03f7ac825211e49e4b0025900fea04/v~diskuse/>>.
- 8) ANDREAS, Petr. *Nadstandardy a Pafko* [online]. denikreferendum.cz. 6. února 2015 [cit. 24. srpna 2019]. Dostupné na: <<http://denikreferendum.cz/clanek/19714-nadstandardy-a-pafko>>.
- 9) ČTK. *Pacienti dali loni za nadstandardy 46 milionů korun* [online]. zpravy.aktualne.cz. 1. července 2013 [cit. 22. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/pacienti-dali-loni-za-nadstandardy-46-milionu-korun/r~i:article:784057/>>.

- 10) TŮMA, Ondřej. *Očima expertů: Doktor za příplatek?* [online]. peníze.cz. 24. března 2017 [cit. 25. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://www.penize.cz/zdravotnictvi/321948-ocima-expertu-doktor-za-priplatek>>.
- 11) KOUBOVÁ, Michaela. *Překážky zavedení nadstandardů? Politická nevěle, špatná edukace i výklad legislativ* [online]. zdravotnickýdenik.cz. 25. srpna 2017 [cit. 25. srpna 2019]. Dostupné na: <<https://www.zdravotnickýdenik.cz/2017/08/prekazky-zavedeni-nadstandardu-politicka-nevule-spatna-edukace-i-vyklad-legislativy/>>.
- 12) MZČR. *Otázky a odpovědi k úhradové regulaci zdravotnických prostředků* [online]. mzcr.cz. 17. září 2018 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na : <[https://www.mzcr.cz/dokumenty/otazky-a-odpovedi%C2%A0%C2%A0uhradove-regulaci-zdravotnickych-prostredku\\_15957\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/otazky-a-odpovedi%C2%A0%C2%A0uhradove-regulaci-zdravotnickych-prostredku_15957_1.html)>.
- 13) ŠRAJBROVÁ, Markéta. ŠUSTEK, Petr. *S nadstandardsy bude zdravotnictví spravedlivější. Rovná péče je jen na papíře, říká právník* [online]. zpravy.aktualne.cz. 19. června 2017 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na : <<https://zpravy.aktualne.cz/domaci/expert-na-zdravotnicke-pravo-s-nadstandardsy-bude-system-spra/r~45494e7851a711e7a83b0025900fea04/>>.
- 14) NOHL, Radek. *Ministr chce vrátit do hry nadstandardsy, pacienti by si připlatili za lepší péči při operacích* [online]. seznamzpravy.cz. 26. ledna 2018 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na : <<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/ministr-chce-vratit-do-hry-nadstandardsy-pacienti-by-si-priplatili-za-lepsi-peci-pri-operacich-42050>>.
- 15) NOHL, Radek. *Pacientka narazila na mezeru v českém zdravotnictví. Za lepší péči musela zaplatit nadaci* [online]. seznamzpravy.cz. 18. prosince 2017 [cit. 28. srpna 2019]. Dostupné na : <<https://www.seznamzpravy.cz/clanek/pacientka-narazila-na-mezeru-v-ceskem-zdravotnictvi-za-lepsi-peci-musela-zaplatit-nadaci-40803>>.

## **Judikatura**

- 1) Nález Ústavního soudu ze dne 9. července 2009, sp. zn. II ÚS 2379/08.
- 2) Nález Ústavního soudu ze dne 28. června 2011, sp. zn. Pl. ÚS 17/10.

- 3) Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08.
- 4) Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11.
- 5) Nález Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95.
- 6) Nález Ústavního soudu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02.
- 7) Nález Ústavního soudu ze dne 12. dubna 1995, sp. zn. Pl. ÚS 12/94.
- 8) Nález Ústavního soudu ze dne 16. října 2001, sp. zn. Pl. ÚS 410/2001.
- 9) Nález Ústavního soudu ze dne 21. června 2000, sp. zn. Pl. ÚS 3/2000.
- 10) Nález Ústavního soudu ze dne 30. června 2004, sp. zn. Pl. ÚS 23/02.
- 11) Nález Ústavního soudu ze dne 30. května 2017, sp. zn. Pl. ÚS 3/15.
- 12) Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. 10. 2014, sp. zn. 4 Ads 134/2014.
- 13) Nález Ústavného súdu Slovenskej republiky ze dne 17. května 2004, Pl. ÚS 38/03
- 14) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 9. června 1998, *L. C. B. proti Spojenému království*, č. 23413/94.
- 15) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 10. května 2001, *Kypr proti Turecku*, č. 25781/94.
- 16) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 15 května 2012, *Wiater proti Polsku*, č. 42290/08.
- 17) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 4. ledna 2005, *Pentiacova a další proti Moldavsku*, č. 14462/03.
- 18) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 8. července 2003, *Sentges proti Nizozemsku*, č. 27677/02.

- 19) Rozsudek Evropského soudu pro lidská práva ze dne 27. července 2006, *Byrzykowski proti Polsku*, č. 11562/05.
- 20) Rozhodnutí Výboru OSN pro lidská práva ze dne 25. března 1999, *Plotnikov v. Ruská federace*, č. 784/1997.

### Ostatní zdroje

- 1) EIM, Josef. *Vývoj zdravotního systému v ČR*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta, 2008.
- 2) ŠUSTEK, Petr. *Současná legislativa – nadstandardy* (příspěvek na konferenci Nadstandardy v českém zdravotnictví, 26. června 2017). Praha: Karlova univerzita, Právnická fakulta.
- 3) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012*. Dostupné na: <<https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>>.
- 4) ECSR. *Digesta Evropského výboru pro sociální práva (DIGEST OF THE CASE LAW OF THE EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS)*. 2018, 242 s. Dostupné na: <<https://rm.coe.int/digest-2018-parts-i-ii-iii-iv-en/1680939f80>>.
- 5) CESCR. *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health*. 2000. (č. E/C.12/2000/4). Dostupné na: <<https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>>.
- 6) Rada Evropy. *Explanatory Report to the Convention for the protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*. 1997. Dostupné na: <<https://rm.coe.int/16800ccde5>>.
- 7) EU. *Explanations relating to the Charter of fundamental rights*. 2007. (2007/C 303/02). Dostupné na: <<https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0017:0035:en:PDF>>.
- 8) ESD. *Evropský soudní dvůr a zdravotní péče*. 2018. Dostupné na: <<https://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2018-11/qd-04-18-747-cs-n.pdf>>.
- 9) CCPR. *CCPR General Comment No. 6: Article 6 (Right to Life)*. 1982. Dostupné na: <<https://www.refworld.org/docid/45388400a.html>>.

## **Shrnutí**

Diplomová práce se zaměřuje na ústavněprávní aspekty nadstandardní zdravotní péče a klade si za cíl zhodnocení způsobu jejího možného zakotvení do právního řádu České republiky. Základními výzkumnými otázkami jsou: Je poskytování nadstandardní zdravotní péče v souladu s ústavním pořádkem České republiky? V čem spočívala protiústavnost dosavadních řešení? Jaké lze očekávat důsledky zavedení nadstandardů v českém zdravotnictví? Jak by měly být nadstandardy zakotveny, aby to bylo ústavně konformní? Autor postupuje obecně od pojmu zdraví a právo na zdraví k mezinárodnímu kontextu práva na zdraví a limit z něj vyplývajících pro financování zdravotní péče. Následně rozebírá relevantní judikaturu Ústavního soudu a zaměřuje se zejména na důvody zrušení úpravy tzv. „Hegerových nadstandardů“. V poslední kapitole autor objasňuje pojem standard, nadstandard a zabývá se obsahem hrazené zdravotní péče. Nakonec na základě zjištěných poznatků nabízí rámec pro zakotvení nadstandardní zdravotní péče de lege ferenda.

## **Abstract**

The diploma thesis focuses on constitutional law aspects of above-standard health care and aims to evaluate the way of its possible incorporation into the legal system of the Czech Republic. The basic research questions are: Is the provision of above-standard health care in accordance with the constitutional law of the Czech Republic? What was the unconstitutionality of the past solutions? What consequences can be expected by introducing above-standards in the Czech healthcare system? How should above-standards be enacted to make it constitutionally conform? The author proceeds generally from the concept of health and the right to health to the international context of the right to health and the limit resulting from it for the financing of health care. Subsequently, he analyses the relevant case-law of the Constitutional Court and focuses on the reasons for abolishing the so-called “Heger’s above standards”. In the last chapter the author clarifies the terms standard, above standard and deals with the content of guaranteed health care. Finally, based on the findings, he offers a framework for legalisation above-standard healthcare de lege ferenda.

## **Klíčová slova**

Nadstandardy, nadstandardní zdravotní péče, standardní zdravotní péče, hrazená péče, garantovaná péče, zdraví, právo na zdraví, právo na poskytování zdravotní péče, právo na ochranu zdraví, financování zdravotní péče, ekonomika zdraví, poplatky ve zdravotnictví, sociální práva, Listina základních práv a svobod, rovnost, solidarita, veřejné zdravotní pojištění.

## **Keywords**

Above standards, above-standard health care, standard health care, covered care, guaranteed care, health, right to health, right to provide health care, right to health protection, health care financing, health economy, health care fees, social rights, Charter of Fundamental Rights and freedoms, equality, solidarity, public health insurance.