

Univerzita Palackého v Olomouci
Právnická fakulta

MUDr. František Langer
Nadstandardy ve zdravotnictví

Diplomová práce

Olomouc 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Nadstandardy ve zdravotnictví vypracoval samostatně a citoval jsem všechny použité zdroje. Dále prohlašuji, že vlastní text této práce včetně poznámek pod čarou má 99 955 znaků včetně mezer.

V Olomouci dne 4. dubna 2024

.....

Na tomto místě bych chtěl velice poděkovat JUDr. Lucii Madleňákové, Ph.D. za vstřícnost, věnovaný čas a velmi přínosné poznámky, které mi během vedení práce poskytla. Zároveň bych chtěl poděkovat Českému statistickému úřadu, který rychle a s ochotou odpovídal na mé dotazy emailovou cestou.

Obsah

Seznam použitých zkratk	4
Úvod	5
1. Zdravotní systém České republiky	7
1.1 Ústavní rovina úpravy	7
1.2 Mezinárodní rovina úpravy	13
1.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicíně	14
1.2.2 Evropská sociální charta	15
1.3 Zákonná rovina úpravy	15
1.4 Problémy českého zdravotnictví	16
2. Zdravotní péče v jiných zemí	28
2.1 Brazilská federativní republika	28
2.2 Japonsko	32
3. Zdravotní systém České republiky a návrhy možných úprav	35
3.1 Příklad nadstandardu – léčba žloutenky typu C	40
3.2 Řešení nadstandardů	45
3.2.1 Uzákonění nadstandardů pro včasnější léčbu	45
3.2.2 Dobrovolné zdravotní pojištění	46
Závěr	49
Seznam použitých zdrojů	51
Právní předpisy	51
Judikatura	51
Komentář	52
Monografie	52
Ostatní zdroje	52
Shrnutí	55
Abstract	55
Klíčová slova	57
Keywords	57

Seznam použitých zkratek

Listina – Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 162/1998 Sb.

ČSÚ – Český statistický úřad

FN – Fakultní nemocnice

FN HK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

KIN FN HK – Klinika infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové

ZZS KHK – Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

ZZS HMP – Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

THC - tetrahydrokanabinol

HCV – virus hepatitidy C

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

RTG – rentgenové záření

UZ – ultrazvuk

ECHO – echokardiografické vyšetření

EKG – elektrokardiografické vyšetření

CT – počítačová tomografie

Brazílie – Brazilská federativní republika

SUS – Sistema Único de Saúde

OZ – zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

VeřPoj – zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Úvod

Medicína postupuje vpřed rychlým tempem. Veřejné zdravotní pojištění však za tímto tempem finančně zaostává a v dohledné době se situace bude ještě zhoršovat. Zdravotnictví samotné se potýká s mnohými obtížemi. Česká republika vzhledem k neblahým populačním predikcím postupem času nebude schopna garantovat ani právo na ochranu zdraví, natož právo na „bezplatnou“ zdravotní péči. Cílem této práce by mělo být zhodnocení nadstandardní zdravotní péče. Dále pak její využití pro zlepšení zdravotní péče v České republice jak po stránce medicínské, tak finanční.

Při tvorbě této práce budu aplikovat vlastní zkušenosti lékaře – zkušenosti z českého, brazilského a japonského zdravotnictví z let 2012 až dosud. Budu tedy komparovat zahraniční systémy veřejného zdravotního pojištění a nadstandardní zdravotní péče s naším a hledat inspiraci k aplikaci v České republice.

Téma financování zdravotní péče je bouřlivé politické téma, které zároveň s sebou nese nejvíce obav. Resort zdravotnictví je oblast, v níž práva občanů daná čl. 31 Listiny naráží na realitu populační a ekonomické síly státu. K tomuto citlivému tématu se musel ze své pozice ochrany ústavnosti vyjadřovat Ústavní soud České republiky. Relevantní nálezy se datují již k roku 1996. V roce 2011 byl uzákoněn první a poslední propracovaný systém nadstandardů, tehdy za ministra zdravotnictví Leoše Hegera. V roce 2013 byly Ústavním soudem České republiky zrušeny.

Mojí výhodou při psaní této práce je vzdělání lékaře a osm let lékařské praxe. To je ale současně mojí nevýhodou. Při psaní této práce vnímám jako hlavní zdroj nálezy Ústavního soudu České republiky, dále právní předpisy, komentáře, monografie, statistická data od Českého statistického úřadu a ostatní zdroje internetové. Úvahy Ústavního soudu České republiky se mi místy zdály nejasné, kdy v roli zákonodárce bych si nebyl jist tím, jak mohu úpravu nadstandardů připravit. Ostatní zdroje jsem vnímal jako inspiraci či posílení mého názoru.

V rámci této práce se budu snažit vysvětlit názory Ústavního soudu České republiky. Poukážu na populační problém České republiky a jeho dopady na veřejné zdravotní pojištění a přístup ke zdravotní péči. V rámci toho budu hledat mez rovnosti v přístupu k zdravotní péči, hledat možnosti přispění do zdravotnictví od majetnějších občanů. Hledám odpovědi na otázky: Je nadstandardní zdravotní péče ústavně souladná? Je možná nadstandardní zdravotní péče i na jednotkách intenzivní péče? Je možno v rámci nadstandardní zdravotní péči zaplatit si

diagnostiku či léčbu dříve? Je výlučné soukromé zdravotní pojištění ústavně souladné? Je dobrovolné zdravotní připojištění ústavně souladné?

V první kapitole objasním ústavní, zákonnou a mezinárodní rovinu přístupu ke zdravotní péči a „bezplatné“ zdravotní péči, ale také podrobněji rozeberu populační data, predikce, statistiky a budu analyzovat běžné problémy českého zdravotnictví, které nejsou systémově řešeny. Ve druhé kapitole porovnáám zdravotní péči u nás a v jiných zemích. V kapitole třetí budu hledat návrhy možných úprav.

Další výzkum jistě bude směřovat k detailnějšímu rozpracování jednotlivých nadstandardů, k podrobnějšímu rozpracování návrhu o vyloučení trestněprávní odpovědnosti lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb v určitých záležitostech na ústavní úrovni a rovněž ke zjištění, jaká přibližná finanční mez může být hranicí ke včasné diagnostice či terapii na základě objektivní deskripce jednotlivých případů.

1. Zdravotní systém České republiky

1.1 Ústavní rovina úpravy

Na ústavní úrovni je právo na ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči upraveno v čl. 31 Listiny: *„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.“*¹ Daný článek lze rozdělit na větu první, která zajišťuje právo na ochranu zdraví každému. Tohoto práva se mohou dovolávat občané České republiky, cizinci či apatridé. Wintr uvádí², že je to stát, kdo je odpovědný za zajišťování a naplnění tohoto práva, což plyne z judikatury Ústavního soudu: *„že každý má právo na ochranu zdraví. To vyplývá a souvisí s právem na život (čl. 6 odst. 1 Listiny); spolu náleží mezi absolutní základní hodnoty. Tím subjektem, který je pak odpovědný za zajišťování a naplnění tohoto práva, je stát, ...“*³ Kratochvíl ve svém komentáři⁴ zmiňuje pojem zdraví, což je dle Světové zdravotnické organizace *„stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody“*.⁵ Dále správně poukazuje, že právo na zdraví však není právem na to být zdravý, neboť v konečném důsledku je často svobodným rozhodnutím jednotlivců, jak si se svým zdravím naloží. Kratochvíl k tomu zmiňuje například kouření, kdy nakonec jde o svobodné rozhodnutí jednotlivce, jestli si zdraví poškozovat bude, či ne. Zatímco pojem zdraví se týká jednotlivce, pojem veřejného zdraví se týká zdraví obyvatelstva jako celku.⁶

Věta druhá zajišťuje právo na bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon. Tohoto práva se mohou dovolávat pouze občané České republiky. Bezplatná zdravotní péče je financována z veřejného zdravotního pojištění a tím se vylučuje existence výlučného soukromého zdravotního pojištění. Systémem veřejného zdravotního pojištění se má zamezit nerovnosti mezi občany v přístupu ke zdravotní péči, vyplývá to též z judikatury Ústavního soudu k čl. 31 Listiny: *„Toto ustanovení Listiny také zákonodárci určuje metodu, jak tohoto cíle dosáhnout. Ústavně je zakotveno, že zdravotnictví je financováno systémem veřejného zdravotního pojištění. Není tedy například přípustné, aby existovalo výlučně soukromé*

¹ Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 162/1998 Sb., v platném znění

² Wagnerová, E.; Šimíček, V.; Langášek, T.; Pospíšil, I. a kol. Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2012, s. 931

³ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 23.9.2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08 (N 155/50 SbNU 365), bod 26

⁴ Kühn, Z., Kratochvíl, J., Kmec, J. Kosař, D. a kolektiv: Listina základních práv a svobod. Velký komentář. Praha: Leges, 2022, 1664s.

⁵ Preambule k Zakládací smlouvě Světové zdravotnické organizace, 1946.

⁶ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví jej v § 2 odst. 1 definuje následovně: *„Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.“*

zdravotní pojištění. V nálezu Pl. ÚS 1/08 Ústavní soud obligatornost systému veřejného zdravotního pojištění dokonce prohlásil za jádro tohoto práva (bod 106). Je tedy povinností státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující způsob přístupu ke zdravotní péči a zdravotním pomůckám přiměřené kvality (Pl. ÚS 3/15, bod 97).“⁷ Bezplatnost zakotvená v čl. 31 Listiny je omezená čl. 41 odst. 1 Listiny: „Práv uvedených v čl. 26, čl. 27 odst. 4, čl. 28 až 31, čl. 32 odst. 1 a 3, čl. 33 a 35 Listiny je možno se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí.“ Ústavní soud ve vztahu k bezplatnosti shrnul, že uvedená bezplatnost v Listině neznamená, že stát ponese veškeré náklady, ale zákon může stanovit co je bezplatné a co bezplatné není. Nicméně nelze vyloučit bezplatnost zákonem. Ústavní soud vymezil tento pojem bezplatnosti právě dle čl. 41 odst. 1 Listiny v rámci své judikatury, byť se judikatura netýkala čl. 31 Listiny, ale definovala pojem bezplatnosti v rámci hlavy čtvrté Listiny: „Pojem ‚bezplatnost‘ z hlediska hlavy čtvrté Listiny, upravující hospodářská, sociální a kulturní práva, již Ústavní soud rovněž vyložil. ... v odůvodnění uvedl, že bezplatnost ... nemůže spočívat v tom, že stát ponese veškeré náklady, které občanům v souvislosti s realizací práva ... vzniknou ... Stát tedy může požadovat úhradu části nákladů v souvislosti s realizací práva ... a vláda má k takovému postupu bezpochyby oprávnění. ... Ústavní soud vymezil pojem bezplatnosti v obecné rovině tak, že podmíněnost práva obsaženého v Listině zákonem neznamená, že zákonem lze bezplatnost vyloučit zcela. Zákon může stanovit, co je bezplatné a co již bezplatné není.“⁸

V souladu s názorem Ústavního soudu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní: "z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, ‚levnější‘, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, ‚dražší‘, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu ‚lepšíh‘ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného

⁷ Kühn, Z., Kratochvíl, J., Kmec, J. Kosař, D. a kolektiv: Listina základních práv a svobod. Velký komentář. Praha: Leges, 2022, str. 1119, odst. 2

⁸ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 41

zdravotního pojištění".⁹ V jiném nálezu dále Ústavní soud deklaroval, že dané rozdělení musí být učiněno zákonem nikoliv podzákonným právním předpisem.¹⁰ Nutnost této úpravy pouze na zákonné úrovni zcela logickým způsobem disentoval soudce Stanislav Balík, který se zcela správně pozastavil nad složitostí medicíny jako takové a myšlenky, že 281 zákonodárců převážně laiků nebude jistě číst v odborných časopisech a studovat místy i vysoce specializované medicínské záležitosti. Věc je odborná a patří do rukou odborníků.¹¹

K zajištění práv daných čl. 31 Listiny musí zákonodárce překonat značné množství překážek a zabezpečit i ekonomickou stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění. Je to moc zákonodárná a moc výkonná, která musí zajistit personální, materiální a logistickou stránku poskytování zdravotní péče. Samozřejmostí je i potřeba zamezit plýtvání prostředků určených pro zdravotní péči. Je dobré odkázat na skutečnost, že se do lékáren vracely nevyužité léky od pojištěnců v hodnotě cca 4 mld. Kč.¹² Po dlouhá léta hledali zákonodárci a odborné organizace formu regulace prostředků veřejného zdravotního pojištění, aby bylo efektivně využíváno, nikoliv zneužíváno.¹³ V roce 2007 vznikl zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve kterém pro část zdravotnickou byly stanoveny regulační poplatky, a to 30 Kč za návštěvu u lékaře, při níž bylo provedeno klinické vyšetření, či v rámci návštěvní služby lékaře u pacienta (platilo v rámci péče praktických lékařů) apod., 30 Kč u ambulantního specialisty, u klinického psychologa, logopeda, 30 Kč za vydání léčivého přípravku hrazeného alespoň částečně z prostředků veřejného zdravotního pojištění, 90 Kč za využití pohotovostní služby, 60 Kč za každý den hospitalizace v nemocnici, pobytu v lázních apod. Zákonodárce určil horní hranici regulačních poplatků 5 000 Kč za rok. Částku nad tuto hranici musela pojištěncům vracet zdravotní pojišťovna. Podrobněji odkazují na tento zákon.¹⁴ Po zavedení regulačních poplatků kleslo množství receptů o neuvěřitelných 40 % a suma sumárum došlo k úspoře 1,75 mld. Kč za 3 měsíce účinnosti zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů.¹⁵ Pokles počtu receptů o 40 % potvrzuje legitimitu regulačních poplatků. Recept je předepisován lékaři, pojištěnec tedy projde a komunikuje se zdravotní sestrou, následně

⁹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 04.06.2003, sp. zn. 14/02 (N 82/30 SbNU 263), část III, odstavec 12

¹⁰ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10.07.1996, sp. zn. 35/95 (N 64/5 SbNU 487), str. 7, odst. 1, 2

¹¹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), odlišné stanovisko soudce Stanislava Balíka

¹² Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 111

¹³ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 70

¹⁴ Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, část čtyřicátá, změna zákona o veřejném zdravotním pojištění, Čl. LXIV, bod 18, § 16a, § 16b

¹⁵ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 111

s lékařem, ten pojištěnce vyšetří, stanoví diagnózu a vydá recept, vše samozřejmě zapíše do zdravotní dokumentace a vykáže výkon zdravotní pojišťovně. Vrácení léků za 4 mld. Kč a pokles preskripce receptů o 40 %, tedy ukazuje i na zneužití zdravotní péče pojištěnci, ať už ambulancí praktických lékařů, ambulantních specialistů nebo pohotovostí. V rámci politického boje byla tehdejší opozicí podána ústavní stížnost a bylo žádáno zrušení těchto ustanovení, to však plénum tehdejšího Ústavního soudu odmítlo.¹⁶ V případě, že se zákonodárce při své činnosti dotýká sociálního práva občana, Ústavní soud při přezkumu respektuje poměrně rozsáhlou diskreci zákonodárce a současně kontroluje zákonodárce, aby se nedopustil excesů.¹⁷ K tomuto přezkumu Ústavní soud užívá testu racionality, který se zakládá na čtyřech bodech:

1. vymezení smyslu a podstaty sociálního práva, tedy jeho esenciálního obsahu
2. zhodnocení, zda se zákon nedotýká samotné existence sociálního práva nebo skutečné realizace jeho esenciálního obsahu
3. posouzení, zda zákonná úprava sleduje legitimní cíl, tedy zda není svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv
4. zvážení otázky, zda zákonný prostředek použitý k jeho dosažení je rozumný (racionální), byť nikoliv nutně nejlepší, nejvhodnější, nejúčinnější či nejmoudřejší¹⁸

Ústavní soud v roce 2008 uvedl:

1. esenciální obsah – právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči¹⁹
2. zákon se nedotýkal samotné existence sociálního práva, naopak Ústavní soud dovodil: „v okamžiku rozhodování nemá Ústavní soud za prokázané, že by zavedení institutu regulačních poplatků zcela jednoznačně neumožňovalo dosažení sledovaného cíle“²⁰, více bod 3
3. zákonná úprava sledovala legitimní cíl, tedy zamezení zneužívání bezplatné zdravotní péče a nebyla svévolným zásadním snížením celkového standardu základních práv, „Ústavní soud pak v rámci testu rozumnosti zvažoval, zda i pro oblast sociálních práv platí zásada vyslovená již v čl. 4 Prohlášení práv člověka a občana v r. 1789, že „svoboda znamená možnost činit vše, co neškodí druhému“, a dovodil, že formalistické lpění na bezplatnosti lékařství pro jednotlivce v rozšiřujícím pojetí by mohlo spíše vést

¹⁶ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273)

¹⁷ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 56

¹⁸ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 56

¹⁹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 109

²⁰ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 111

*ke snížení úrovně bezplatné lékařské péče hrazené z veřejného pojištění v pravém slova smyslu pro všechny členy společnosti*²¹ „Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek tak např. uvedl, že ‚do lékáren se vrací za čtyři miliardy nepoužitých léčiv‘ a že po účinnosti napadeného zákona ‚počet receptů v České republice poklesl o čtyřicet procent ... včetně regulačních poplatků, jak v ambulantní péči, tak při poskytování léků došlo již za prvé čtvrtletí k úspoře 1,75 miliardy korun“²²

4. regulační poplatky byly rozumně uzákoněny, byl akceptován i zřetel zákonodárce k osobám v hmotné nouzi, které byly z poplatkové povinnosti vyloučeny, daná úprava neměla všeobecně „rdousící efekt“²³ „Podle čl. 31 věty druhé Listina dává právo na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Z jazykového výkladu ustanovení čl. 31 odst. 2 Listiny lze dovodit, že jím dané podmínky by byly naplněny např. takovým zákonem, který by každému občanovi zvýšil platby pojistného na zdravotní péči např. částkou 416,66 Kč měsíčně, a to za současného stanovení bonusu v rozpětí částky od 30 Kč do 5 000 Kč ročně, odstupňovaného podle toho, zda a kolikrát pojištěnec navštívil lékaře, byl hospitalizován či předkládal lékárníkovi takový či onaký recept. Ústavní soud při posuzování zavedeného modelu zvažoval a porovnával především to, zda výsledný efekt pro výdajovou stranu pomyslného rozpočtu občana České republiky, jehož čl. 31 věta druhá chrání, je odlišný v případě napadené právní úpravy a shora nastíněného hypotetického modelu, a dospěl k závěru, že v ekonomickém důsledku by nebylo žádného rozdílu.“²⁴

V roce 2013 stálo nové plénum Ústavního soudu před obdobným problémem, protože zákonodárce zvedl regulační poplatek za hospitalizaci na 100 Kč za den, a to pro všechny a bez horní hranice.²⁵ Nové plénum proto podrobilo zákon opět testu racionality. Ve svém nálezu stran prvních třech bodů testu odkazuje na výše zmíněný nález sp. zn. Pl. ÚS 1/08. Nicméně „k třetímu kolu testu budiž jen upřesněno a konkretizováno, 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. Stran rozumnosti napadené právní úpravy však dospěl Ústavní soud z důvodů níže uvedených k závěrům odlišným“. Ústavnímu soudu tedy vadilo:

²¹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 111

²² Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 111

²³ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 118

²⁴ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273), bod 116

²⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 16a odst. 1 písm. f

1. zákonodárce v rámci regulačního poplatku za hospitalizaci nerozlišoval hospitalizaci jakožto běžnou součást léčby od případů, kdy byla nutnou v procesu léčby např. pobyt na jednotce intenzivní péče, u případů nutné součásti léčby se poplatková povinnost dostává do rozporu s čl. 31 Listiny²⁶
2. absence limitů u tohoto regulačního poplatku²⁷:
 - a. povinnost hradit poplatek mají i osoby výdělečně nečinné včetně skupin sociálně ohrožených, dětí, osob zdravotně postižených apod.
 - b. absence limitů z časového hlediska, pojištěnec musí hradit regulační poplatek v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace

S tímto názorem Ústavního soudu si dovolím zásadně nesouhlasit, neboť zdravotnictví, přesněji poskytovatelé zdravotních služeb mají řešit zdravotní stav, nikoliv sociální problematiku ohrožených skupin, dětí a jiných. Osobně nemám problém s tím, že by např. děti nehradily některé regulační poplatky, či je hradily omezeně. Nicméně jako lékař mám veliký problém právě s diferencováním poplatků, kdo a za jakých podmínek hradí nebo nehradí apod. Zákonodárce ani Ústavní soud si neuvědomují, že tuto záležitost během běžné pracovní doby i svých dalších služeb vždy nakonec řeší lékař. A tak Ústavní soud vlastně ohrožuje právo na ochranu zdraví, protože odtrhává lékaře od výkonu jeho profese. Byrokracie ve zdravotnictví se má snižovat, nikoliv zvyšovat. Vznikají např. tyto otázky: Mají se kvůli složitostem systému hradit z financí veřejného zdravotního pojištění další osoby, které budou řešit byrokracii? Mají se z rozpočtu poskytovatelů zdravotních služeb odčerpávat další finance na osoby, které neposkytují přímou péči? Jsem toho názoru, že sociální záležitosti má zásadně řešit Ministerstvo práce a sociálních věcí a jemu podřízené úřady.

Z vlastní zkušenosti praktického lékaře jsem si v roce 2019 po zjištění, že někteří moji pacienti užívali pervitin, začal provádět vlastní screening. Během třech týdnů jsem objevil zhruba dvacet lidí s pozitivní toxikologií na pervitin, THC, či dokonce na extázi. Z tohoto důvodu jsem odebral zhruba dvacet řidičských oprávnění a objevil zhruba šestnáct žloutenek typu C. Někteří pacienti na pervitinu byli dokonce na dočasné pracovní neschopnosti a jeden na pracovní neschopnosti pod Úřadem práce. Pracovní neschopnosti jsem těmito lidem okamžitě ukončil. Dále mám bohužel bohaté zkušenosti s tzv. sociálně ohroženými skupinami a musím podotknout, že jsem snad nepotkal nikoho z nich, kdo by nekouřil či nepil alkohol. Typický

²⁶ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 57

²⁷ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 58

cigaretový dech i pach, v některých případech i alkohol, byly cítit i při návštěvě u lékaře. Někteří byli navíc pod vlivem drog. Jako lékař také vnímám problémy sociálně ohrožených skupin a důvody, kvůli kterým se do nich dostávají. Proto částečně reflektuji a chápu názor Ústavního soudu, ale jsem toho mínění, že poplatky mají být platné plošně vůči všem bez rozdílu. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s adiktology, psychiatry, psychology a jinými odbornostmi má řešit problematiku komplexně včetně vyhodnocení toho, které poplatky uhradí a které ne, či upraví jiné dávky k tomu vhodné. Důležité je nepřevádět toto břímě na poskytovatele zdravotních služeb a veřejné zdravotní pojištění. Jak dále bude upřesněno, finančně bude postupem času veřejné zdravotní pojištění zcela vyčerpáno a personálně budou poskytovatelé zdravotních služeb též vyčerpáni a zkolabují. Nevnímám tedy souladné s větou první čl. 31 Listiny vzhledem k riziku, že se urychlí vyčerpání finanční i personální.

Jediný komplexní pokus uzákonění nadstandardní zdravotní péče učinil ministr zdravotnictví Leoš Heger, který se pokusil připravit nadstandardy ve zdravotnictví. Těžiště úpravy leželo v § 13 Zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní péče byla rozdělena v daném ustanovení na „základní variantu“ a „ekonomicky náročnější variantu“. Základní variantou měla být ta péče, která byla v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění. Tedy pokud by existovaly dvě či více metod léčby se stejným terapeutickým účinkem, prováděcí právní předpis by určil, která z metod je základní varianta, a tedy plně hrazená. Ekonomicky náročnější varianty by byly z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny do výše základní varianty. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.²⁸ Daná ustanovení byla však Ústavním soudem zrušena pro rozpor s čl. 4 odst. 2 a čl. 31 Listiny, protože jak je výše uvedeno, dané nadstandardy musí být upraveny zákonem nikoliv podzákonným právním předpisem.

1.2 Mezinárodní rovina úpravy

Právo na zdraví v mezinárodním právu je zakotveno mnohými mezinárodními dokumenty, kterými je Česká republika vázána. Vymezení práva na zdraví pohledem mezinárodních dokumentů je nezbytný předpoklad nalezení ústavně konformního zakotvení nadstandardní zdravotní péče. Vyhlášené mezinárodní smlouvy mají aplikační přednost před

²⁸ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 47

zákonem.²⁹ Soudce je při rozhodování vázán zákonem a mezinárodní smlouvou³⁰. Zákonodárce při své tvorbě a soudce při svém rozhodování respektuje neopominutelné rozdíly mezi politickou, civilizační, hospodářskou, sociální a kulturní úrovní států světa. Znamená to, že rozdíl v léčebných postupech mezi jednotlivými smluvními stranami, či rozdíl ve finanční úpravě sám o sobě nemusí být dostatečný k podání stížností. Mezinárodní smlouvy tedy určují pouze nějaký rámec, či směr, kterých se mají smluvní strany držet, nikoliv přesná pravidla, proto dovolávat se jich v individuálních stížnostech je velmi nepravděpodobné. V této práci zmíním okrajově jenom několik úmluv, které se těsněji vztahují k problematice této diplomové práce.

1.2.1 Úmluva o lidských právech a biomedicině³¹

Tato úmluva řeší majoritně rozvoj medicíny, obzvláště genetiky. Dále zdůrazňuje rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality se zřetelem k zdravotním potřebám a dostupným zdrojům: „*Péče musí odpovídat standardu s ohledem na vědecký pokrok a musí podléhat průběžnému hodnocení kvality.*“³² 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.³³ Důvodová zpráva uvádí, že se profesní standardy mohou v různých zemích odlišovat. Může být více různých způsobů a metod, které umožňují svobodnou volbu.³⁴ Tato úmluva koresponduje i s názorem Ústavního soudu České republiky.

²⁹ Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, účinný od 01.01.1993 čl. 10

³⁰ Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, účinný od 01.01.1993 čl. 95 odst. 1

³¹ sdělení č. 96/2001 Sb. m.s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, ratifikace smlouvy 22.06.2001, čl. 2,3,4

³² 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>>

³³ 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>>

³⁴ Jan Hudáč, Diplomová práce, Ústavní aspekty zakotvení nadstandardní zdravotní péče, Olomouc, 2019, kapitola Úmluva o lidských právech a biomedicině

1.2.2 Evropská sociální charta³⁵

U této úmluvy není možný kontrolní mechanismus v podobě soudního přezkumu, ale jistě nelze však opomíjet její význam pro stanovení standardů ochrany hospodářských a sociálních práv v Evropě.³⁶ Důležitý je čl. 13 jako právo každého „*kdo nemá dostatečné prostředky, na sociální a zdravotní pomoc*“. Dle této charty by měly státy „*zajistit nejvyšší možný zdravotní stav populace dle dosažených vědomostí*“ a „*systemy 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*“.³⁷ 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 státy měly usilovat o snížení finančního břemene pro nejvíce znevýhodněné skupiny obyvatel.³⁸ Z výše uvedených skutečností lze vyvodit, že tato charta je klíčový dokument stanovující mantinely pozitivních závazků členských států v oblasti zdravotnictví a finanční zátěže pro jednotlivce.

1.3 Zákonná rovina úpravy

Na zákonné úrovni pro potřeby této práce je stěžejní Zákon o veřejném zdravotním pojištění³⁹, Zákon o zdravotních službách⁴⁰ a Občanský zákoník⁴¹. Zákon o veřejném zdravotním pojištění je veřejnoprávním předpisem a nelze jej ve výkladu či aplikaci jakkoli rozšiřovat, kdežto Občanský zákoník je soukromoprávním předpisem a lze jej ve výkladu či aplikaci rozšiřovat. Zákon o veřejném zdravotním pojištění komplexně upravuje pojistné, práva a povinnosti plátců pojistného, práva a povinnosti pojištěnce, podmínky poskytování hrazených služeb, regulaci cen a úhrad léčivých přípravků, cenovou a úhradovou regulaci, síť poskytovatelů zdravotních služeb, samozřejmě i kontrolní část zdravotní pojišťovny u poskytovatelů zdravotních služeb. Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají zdravotní pojišťovny s poskytovateli

³⁵ Sdělení č. 14/2000 Sb.m.s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o Evropské sociální chartě, v platném znění, čl. 11, 13

³⁶ Šišková, Naděžda. Dimenze ochrany lidských práv v EU. Praha: ASPI, 2003. s. 162

³⁷ 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.

³⁸ Tamtéž, s. 130

³⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

⁴⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění

⁴¹ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění

zdravotních služeb.⁴² Daná smlouva o poskytování a úhradě hrazených služeb se řídí Zákonem o veřejném zdravotním pojištění a vzniká zde následující omezení poskytovateli: „*Pojištěnec má právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.*“⁴³. Nicméně jedná se o smlouvu příkazní, přesněji smlouvu o péči o zdraví dle soukromého práva. Příkazce je zdravotní pojišťovna a příkazní smlouva (lex generalis je § 2430 OZ a násl. k lex specialis § 2636 a násl. OZ) se uzavírá ve prospěch třetí osoby ve smyslu § 1767 a násl. OZ. Třetí osobou je pacient, resp. pojištěnec, kterému je poskytnuta zdravotní služba.⁴⁴ Zdravotní služba je mimo jiné poskytování zdravotní péče.⁴⁵ Zdravotní péčí se rozumí soubor činnosti a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu atd.⁴⁶ Obdobných způsobem je upravena péče o zdraví v § 2636 a násl. OZ. Soukromé právo nicméně omezuje úhradu s odkazem na jiný právní předpis⁴⁷, kterým je právě již zmíněný § 11 odst. 1 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Již jsou teorie, že je možné připustit, aby poskytovatel uzavřel na poskytovanou zdravotní službu, resp. na její část, která není pokryta veřejným zdravotním pojištěním, přímo smlouvu s ošetřovaným podle § 2636 odst. 1 OZ. Příkazce by v tomto případě byl pacient samotný.⁴⁸ V souladu s výše uvedených názory Ústavního soudu by se nemělo za určitých podmínek jednat o porušení čl. 31 Listiny. Blíže dále.

1.4 Problémy českého zdravotnictví

V rámci této kapitoly si nejdříve rozebereme veřejné zdravotní pojištění ve vztahu s populačními prognózami a jejich dopady na veřejné zdravotní pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je oddělené od státního rozpočtu tzv. fondy⁴⁹. Je spravováno zdravotními pojišťovnami. Zdrojem finančních prostředků zdravotních pojišťoven jsou plátcí – pojištěnci, zaměstnavatelé, stát.⁵⁰ Stát hradí zdravotní pojištění za státní pojištěnce, tedy nezaopatřené děti,

⁴² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 17 a násl., v platném znění

⁴³ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, § 11 odst. 1 písm. d), v platném znění

⁴⁴ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 64, kapitola 3.2, odst. 3

⁴⁵ Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách, v platném znění, § 2 odst. 2

⁴⁶ Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách, v platném znění, § 2 odst. 4

⁴⁷ Zákon č. 87/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění, § 2636 odst. 2

⁴⁸ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 65, 66, kapitola 3.2, odst. 10, 11

⁴⁹ Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění, § 7; zákon č. 280/1992 Sb. České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, v platném znění, § 16

⁵⁰ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, platné od 28.03.1997, § 4–9

důchodce, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku v hmotné nouzi atd⁵¹.

Pro potřeby této práce vycházím z dat z let 2010 a 2021 a predikcí na rok 2040 s vědomím, že období roku 2020 a 2021 bylo veřejné zdravotní pojištění zatíženo pandemií virem covid-19. Na základě této pandemie došlo ke zvýšení nákladů na zdravotní péči. Při této pandemii a contrario došlo ke snížení výdajů na plánované operace, prevence a jiné, které byly odloženy kvůli lockdownu, hygienickým opatřením a vyčerpání personálu. V rámci statistiky a dlouhodobého předpokladu nebude mít tato změna tak rozsáhlý statistický význam, nehledě na skutečnost, že pandemie se zcela jistě budou opakovat.

Z biologického hlediska lze dělit populaci na tři generace:

- generace dětí = prereprodukční, 0–14 let
- generace rodičů = reprodukční, 15–49 let
- generace starších = postreprodukční, 50 a více let

Podle poměru uvedených generací rozeznáváme tři typy populace:

- progresivní (mladá) 40: 50: 10
- stacionární (vyrovnaná) 26: 50: 24
- regresivní (stará) 20: 50: 30

Dle ČSÚ v roce 2021:⁵²

- počet obyvatel České republiky 10 516 707
- ve věku 0–14 let: 1 693 408 obyvatel
- ve věku 15–64 let: 6 654 190 obyvatel
- ve věku 65 a více let: 2 169 109 obyvatel

K 31.12.2021 činil počet obyvatel České republiky ve věku 15–49 let: 4 682 995 obyvatel. Populace České republiky k 31.12.2021 jednoduchým propočtem tedy byla následující:⁵³

- generace dětí: 1 238 139 obyvatel (16,1)
- generace rodičů: 4 682 995 obyvatel (44,5)

⁵¹ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, platné od 28.03.1997, § 4–9

⁵² Český statistický úřad – Veřejná databáze, Věkové složení obyvatel – základní věkové skupiny (časová řada), dostupné na: [Výstupní objekt VDB \(czso.cz\)](https://vdb.czso.cz)

⁵³ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Věkové složení obyvatel – jednotky věku, období 31.12.2021, dostupné na: [Výstupní objekt VDB \(czso.cz\)](https://vdb.czso.cz)

- generace starších: 4 140 304 obyvatel (39,3)

ČSÚ vypracoval předpoklad vývoje populace. Pro potřeby této práce uvedu předpoklad pro rok 2040:⁵⁴

- počet obyvatel České republiky 10 714 384
- ve věku 0–14 let: 1 330 619 obyvatel
- ve věku 15–64 let: 6 700 890 obyvatel
- ve věku 65 a více let: 2 682 875 obyvatel

Opět tedy jednoduchým propočtem bude populace následující:⁵⁵

- generace dětí: 1 330 619 obyvatel (12,4)
- generace rodičů: 4 344 372 obyvatel (40,5)
- generace starších: 5 039 393 obyvatel (47)

V této práci se snažím maximálně uplatnit biologické hledisko. Z tohoto hlediska je naše společnost za hranicí regresivní společnosti. Poměr regresivní společnosti se podle prognózy zhorší z 16,1:44,5:39,3 na 12,4:40,5:47. Pokud se tedy naplní prognóza ČSÚ, pak z biologického hlediska by generace rodičů na svých bedrech nesla tíži starostí o generaci dětí, ale i o generaci starších. V rámci této prognózy by mělo v generaci starších přibýt o zhruba 899 089 potencionálních chronických pacientů a dále v generaci dětí přibýt 92 480 osob. Naopak v rámci generace rodičů by mělo ubýt 338 623 osob, včetně lékařů, zdravotních sester, sanitářů, ošetřovatelů a jiných profesí, které budou potřeba pro obstarání zdravotní a sociální péče ať už pro generaci dětí, tak majoritně generaci starších. Jelikož rodiče tvoří pár, je nutné generaci rodičů vydělit dvěma, čímž zjistíme, že v roce 2040 bude 2 172 186 párů, které se budou muset ekonomicky a fyzicky postarat o generaci starších a dětí. To znamená jeden pár na 2,3 starších a 0,6 dětí. Právě to je ten hlavní problém, který časem způsobí personální nemožnost uplatnění práva vycházející z čl. 31 Listiny, a to nejenom dle věty druhé, ale hlavně dle věty první.

Příjmy veřejného zdravotního pojištění lze rozdělit hlavně na příjmy od zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných, osob bez zdanitelných příjmů a dále zúčtování se

⁵⁴ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023–2100, tabulková část, Tab. 4 Střední varianta: Ukazatel věkového složení (k 1.1.), pohyb obyvatel, předpoklady, dostupné na: Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ (czso.cz)

⁵⁵ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023–2100, tabulková část, Tab. 1 Střední varianta: Počet obyvatel podle věku (k 1.1.) – obě pohlaví, dostupné na: Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ (czso.cz)

zvláštním účtem zdravotního pojištění (přerozdělení) (+/-). Poslední složku rozdělení lze vysvětlit jako: „výběr pojistného včetně platby státu za pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát jsou přerozdělovány na veřejné státní pojištění na základě podílu státních pojištěnců. Zde má VZP nejvíce pojištěnců. Jednotlivé pojišťovny uvádí přírůstek (+) nebo odvod (-) na zvláštní účet zdravotního pojištění. V tabulce je saldo přerozdělení.“⁵⁶ Dle ČSÚ⁵⁷ činily příjmy v roce 2010:

- 146,535 mld. Kč od zaměstnavatelů
- 14,314 mld. Kč od osob samostatně výdělečně činných
- 2,608 mld. Kč od osob bez zdanitelných příjmů
- 52,697 mld. Kč zúčtování se zvláštním účtem zdravotního pojištění (přerozdělení) (+/-)
- 3,613 mld. Kč předpis pokut, penále a přírůžek souvisejících se zdravotním pojištěním
- 1,135 mld. Kč inkaso z pokut, penále a přírůžek souvisejících se zdravotním pojištěním

V roce 2021:

- 252,737 mld. Kč od zaměstnavatelů
- 21,808 mld. Kč od osob samostatně výdělečně činných
- 4,711 mld. Kč od osob bez zdanitelných příjmů
- 127,991 mld. Kč zúčtování se zvláštním účtem zdravotního pojištění (přerozdělení) (+/-)
- 5,35 mld. Kč předpis pokut, penále a přírůžek souvisejících se zdravotním pojištěním
- 1,412 mld. Kč inkaso z pokut, penále a přírůžek souvisejících se zdravotním pojištěním

Pokud jde o výdaje na zdravotní péči v roce 2010, ty činily 302,9 mld. Kč, kdežto v roce 2021 se zvýšily na 579,6 mld. Kč.⁵⁸ Je zřejmá korelace mezi nárůstem počtu lidí ve věku 65+ (z 15,5 % na 20,6 %⁵⁹) a celkovými výdaji na zdravotní péči, které se zvýšily o 276,7 mld. Kč, tedy o 91,35 %. Financování zdravotní péče lze rozdělit na veřejné zdroje (veřejné rozpočty a zdravotní pojišťovny), soukromé zdroje a domácnosti. Dle ČSÚ v roce 2010 náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči činily 222,9 mld. Kč, kdežto v roce 2021 již 411,4

⁵⁶ Český statistický úřad, oddělení netržní ekonomiky, Krajská správa ČSÚ Brno, Jezuitská 2, 601 59 Brno, Ing. Antonín Buš, vysvětlení doručené emailem 20.12.2023

⁵⁷ Český statistický úřad, tabulka UZIS odd 135 a 149_2021.xls, doručené emailem 18.12.2023

⁵⁸ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010-2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)

⁵⁹ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Obyvatelstvo – roční časové řady, Graf 2 Podíl obyvatel ve věkové skupině 0-14 a 65+ v letech 1947-2022, dostupné na: [Obyvatelstvo – roční časové řady | ČSÚ \(czso.cz\)](#)

mld. Kč.⁶⁰ Tedy nárůst o 84,56 %. V roce 2010 byly zdravotní pojišťovny ve ztrátě 1,998 mld. Kč, v roce 2021 byly zdravotní pojišťovny v zisku pouhých 2,609 mld. Kč.

Výše byl uveden předpoklad vývoje populace dle ČSÚ. Při matematickém propočtu by v roce 2040 (19 let od měřeného data - 2021) mohly být celkové výdaje o 157,8 % vyšší než náklady v roce 2021, tedy vyšší o 914,6 mld. Kč a celkem by výdaje tedy mohly činit 1 494,2 mld. Kč. Přitom bude v generaci rodičů o 338 623 méně osob. Z těchto skutečností nebude právo vycházející z čl. 31 Listiny ekonomicky dosažitelné, a to nejenom dle věty druhé, ale i dle věty první.

V dalších odstavcích přiblížím problémy Českého zdravotnictví. Konkrétně problematiku logistiky, regulace, dále důsledky zrušení regulace a administrativu spojenou s vykazováním zdravotním pojišťovnám a problémy postrevize.

Jako lékař sloužím na Klinice urgentní medicíny Fakultní nemocnice v Hradci Králové, v minulosti i na Klinice infekčních nemocí FN HK, dále sloužím na Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje výjezdová skupina Broumov a majoritně jsem všeobecný praktický lékař – ordinace v kraji Královéhradeckém ve městech Broumov, Police nad Metují a Teplice nad Metují. Jsem tedy jak podnikatel, tak zaměstnanec. Povedlo se mi propojit projektem sdílení lékařů naší broumovskou ordinaci s výjezdovou skupinou ZZS KHK v Broumově: v době ordinace jsem sloužil jako lékař pro naše pacienty, nicméně v uniformě záchranné služby se služebním telefonem a pagerem. V případě telefonické konzultace jsem přerušil práci, vyřešil situaci po telefonu, v případě neodkladného výjezdu jsem přerušil práci a odjel na neodkladný výjezd. Po návratu jsem svou práci v ordinaci dokončil. Takto jsme fungovali zhruba tři roky včetně covidové pandemie. Ročně bylo zajištěno zhruba 96 všedních denních služeb. Po této pandemii jsem tuto spolupráci ukončil a nyní sloužím pouze cca 80 hodin měsíčně mimo ordinační dobu. Dále po dobu studia práv jsem vypomáhal ve službách i na Oddělení urgentního příjmu ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Jako lékař mám tedy zkušenosti z přednemocniční neodkladné péče, nemocniční neodkladné péče, ambulantní péče, ale i z lůžkové části našeho zdravotnictví. V současnosti jsem již pouze všeobecný praktický lékař na plný úvazek a vypomáhám na Klinice urgentní medicíny Fakultní nemocnice Hradec

⁶⁰ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010-2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010-2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

Králové a Zdravotnické záchranné službě Královéhradeckého kraje, výjezdová skupina Broumov.

Pro potřeby vysvětlení logistiky uvádím, že ve městě Broumov je tzv. oblastní nemocnice, následně v okresním městě Náchod je nemocnice okresního typu. Obě tato zařízení spadají pod Oblastní nemocnici Náchod a.s., zřizovatelem je Krajský úřad Královéhradeckého kraje. Výjezdová skupina záchranné služby v Broumově spadá pod ZZS KHK, vedení je v Hradci Králové, zřizovatelem je Královéhradecký kraj. Dále máme v krajských městech nemocnice krajského typu. Fakultní nemocnice spadají přímo pod Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Fakultní nemocnice jsou též nemocnice krajského typu zabezpečující mnohdy nejvyšší stupeň péče. Dále jsou centra vysoce specializované péče o pacienty, např. popáleninová centra Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Brno a Fakultní nemocnice Ostrava atd.

Případ z praxe: Někdy kolem 23:00 je volána moje posádka ZZS KHK k případu bezvědomí nejasné etiologie. Nakonec na místě po stabilizaci pacientky rozhodují o jejím transportu na katetrizační sál FN HK pro akutní koronární syndrom. Zásah probíhá ve městě Broumov, kde se nachází Nemocnice Broumov, dále cestou míjíme okresní nemocnici v Náchodě. Pacientku přesto transportujeme přímo na katetrizační sál FN HK v kardiopulmonálně kompenzovaném stavu, v lepším stavu a pacientka již byla při vědomí, byť stav byl stále kritický. Lékaři ve FN HK pacientku na místě vyléčili a za „pár dní“ pacientka chodí po Broumově s minimálními následky.⁶¹

Další případ: Moje posádka ZZS KHK je volána k nejasnému stavu, což bylo následně změněno na náhlou zástavu oběhu. Naštěstí je naše posádka blízko neodkladného zásahu, po vyběhnutí čtyřech pater pacientku cyanotickou nacházíme na zemi. Po zahájení neodkladné resuscitace se nám podařilo po dvou minutách obnovit krevní oběh (bez použití léků). Nicméně jedna plíce nedýchá a pacientka se neprobouzí do plného kontaktu. Při pokusu i intubaci bylo zjištěno, že pacientka nejspíše aspirovala potravu. Po zajištění dýchacích cest a po domluvě s dispečinkem pacientku převážíme do okresní nemocnice v Náchodě, kde si mohou zajistit urgentní bronchoskopii.

Jak je patrné, Nemocnice Broumov je zbytečná v době největší nouze. Bohužel samotná nemocnice, i když má multidisciplinární jednotku intenzivní péče, od 22:00 nemá k dispozici

⁶¹ Česká republika je celosvětově mezi prvními třemi na světě v léčbě akutních koronárních syndromů, pozn. autora.

už ani běžné RTG vyšetření. Bohužel ale vyčerpává zdravotní systém jak personálně, tak finančně. Naopak okresní nemocnice v Náchodě, kde je nepřetržitě RTG, UZ, CT, neurolog, chirurg, pediatr, ortoped apod., trpí nedostatkem personálu. O redukci lůžkového fondu již bylo jednáno v říjnu 2011 právě i z důvodu zlepšení efektivity zdravotnictví.⁶² FN HK také trpí personálními nedostatky. Ve FN HK nicméně funguje tzv. bezprahový akutní příjem (Emergency). Ten je složen z chirurgické části, interní části i s monitorovanými lůžky, ambulancemi, dále čítá tzv. box (nemonitorovaná lůžka) a tzv. crash room. Do tzv. crash části se vozí polytraumata či těžké interní stavy potřebující ventilaci. Již na samotném “crash roomu“ je k dispozici RTG vyšetření s okamžitým vyhodnocováním klinikem a eventuálně přivolaným rentgenologem. Dle nastavených pravidel může být pacient na Emergency max. 24 hodin a buďto bude zaléčen a poslán domů, nebo bude hospitalizován. Tyto skutečnosti reflektuje i Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které připravilo novou koncepci urgentní péče v České republice.⁶³

Podle ČSÚ nemocniční péče stála v roce 2010 130,4 mld. Kč, v roce 2021 již 262,8 mld. Kč. V roce 2021 nemocniční péče tvořila 45,3 % veškerých výdajů na zdravotní péči.⁶⁴ V roce 2040 by mohla činit až 676,87 mld. Kč. Neuvěřitelně hustou sítí nemocnic zmiňuje i někdejší ministr zdravotnictví Roman Prymula.⁶⁵

Jako další problém vnímám množství ambulantních specialistů a preskripční omezení pro praktické lékaře typu E či L. Např. jako všeobecný praktický lékař nemohu psát některé léky na ředění krve nebo na cukrovku, např. glifloziny či inzulin apod. Pacient musí proto být veden u specialisty – mnohdy zcela zbytečně. Důsledkem toho je, že specialisté chybí v nemocnicích nebo jsou přetížení. Praktičtí lékaři se opakovaně snaží zajistit zrušení preskripčního omezení, bohužel bezvýsledně.⁶⁶ Pro představu náklady na ambulantní péči všeobecných praktických lékařů v roce 2021 činily 25,325 mld. Kč, náklady na ambulantní specialisty 68,392 mld. Kč.

⁶² Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu – nemocničních lůžek, 31.10.2011

⁶³ Tisková zpráva: Na urgentní příjmy půjdou v příštím roce dvě miliardy korun, 19.09.2019, dostupné na: [Ministerstvo zdravotnictví \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz)

⁶⁴ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010-2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, tabulka 1.3, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

⁶⁵ iRozhlas, Máme neuvěřitelně hustou síť nemocnic, v jiných zemích se za lékaři chodí méně, upozorňuje Prymula, 20.12.2023, dostupné na: [iROZHLAS](https://www.iROZHLAS.cz)

⁶⁶ Zdravotnický deník: Praktikům se nepodařilo dosáhnout uvolnění preskripčních omezení, které podle nich generují zbytečné náklady, 23.5.2017, dostupné na: [Zdravotnický deník \(zdravotnickydenik.cz\)](https://www.zdravotnickydenik.cz)

Z vlastní pozice odborníka a lékaře, který na mnoha místech zajišťuje přímou, mnohdy i neodkladnou péči, negativně vnímám složitost systému, kdy část zdravotnických zařízení je spravována krajskými úřady (okresní, oblastní nemocnice, zdravotnické záchranné služby) a část přímo ministerstvem (fakultní nemocnice). Nevnímám jako šťastné, jestliže Úřad vlády ČR připravuje státní rozpočet, a poslanci tedy přemýšlí, jak se zdravotnictvím, a dále krajští zastupitelé připravují krajské rozpočty a řeší stejnou problematiku. Mnohdy nikdo z nich nemá žádné zkušenosti, často jim chybí adekvátní vzdělání. Nemyslím si, že jsme natolik bohatá, velká a lidnatá země, aby o zdravotnictví rozhodovalo zhruba tisíc politiků s nadstandardními platy. Neblahým důsledkem je to, že následně chybí finance na modernizaci zdravotnických zařízení, a současně nikdo není schopen navrhnout a prosadit komplexní reformu českého zdravotnictví. Pozitivně nicméně vnímám výše uvedené zavádění urgentních příjmů Ministerstvem zdravotnictví a další drobné kroky. Pro ilustraci: V době covidové pandemie okresní nemocnice v Náchodě v říjnu 2020 prováděla prohlídky nového pavilonu vybudovaného za 1,4 mld. Kč. Zanedlouho přišla největší vlna pandemie covid-19, ale pavilon využitý nebyl s odůvodněním, že není personál. Nemocnice Broumov, která nemohla odvést stejnou práci jako nemocnice okresního typu, byla zcela nelogicky držena dál. Pacienti z nemocnice Broumov byli často převáženi do okresní nemocnice Náchod na CT vyšetření a zpět. V praxi to vypadalo tak, že např. moje lékařská posádka byla vyslána k případu dušnosti, kdy jsme pacienta stabilizovali a převezli na nejbližší ambulanci, tedy do nemocnice Broumov, kde byl okamžitě proveden antigenní test (velice nepřesný) a při pozitivním výsledku bylo rozhodnuto o transportu do nemocnice v Náchodě. Tam byla záchrannou službou vyslána ale nelékařská posádka, aby zůstal lékař v oblasti kvůli případům bezvědomí, zástavy oběhu a jiným neodkladným stavům. Následně se nelékařská posádka, ergo sanitní vozidlo se cca 30 minut dezinfikovalo ozónem, po tuto dobu tedy bylo zcela vyřazeno z provozu. Bohužel nebyl a dosud není urgentní příjem v okresní nemocnici v Náchodě, kam by mohly směřovat všechny posádky výjezdových skupin pacienty, aby nedocházelo ke zbytečnému vysilování záchranné služby. Neotevření lůžek v novém pavilonu v okresní nemocnici v Náchodě vedlo k takové lůžkové tísni, že bylo nutné transportovat pacienty z nemocnice Náchod do nemocnice Kyjov vzdálené 210 km. Na tom se musela podílet ZZS HMP, ZZS KHK, nemocnice Náchod, nemocnice Kyjov, Policie České republiky. A dále v době největší lůžkové tísně nemocnice Broumov dokonce uzavřela funkční lůžka s rozvodem kyslíku⁶⁷, aniž by se otevřel zmíněný

⁶⁷ Seznam Zprávy, V Česku chybí covidová lůžka. Tady jich mají desítky, ale raději rekonstruují, 16.3.2021, dostupné na: [Seznam Zprávy \(seznamzpravy.cz\)](https://seznamzpravy.cz)

nový plně funkční pavilonu za 1,4 mld. Kč⁶⁸. Ministerstvo zdravotnictví nemělo nad tím pravomoc a politici na Krajském úřadu Královéhradeckého kraje se projeví jako neefektivní. Covidová krize ukázala špatnou akceschopnost a koordinovanost takto roztržitého systému. Chybí centrální, odborné a jasné řízení. Právě v tom vidím velkou mezeru v českém zdravotnictví. Nejsem tedy zastáncem krajských politiků a krajského vedení, protože svými rozhodnutími zdravotnictví nepomáhají, ale pouze odčerpávají finance potřebné ve zdravotnictví na své nadstandardní platy a jiné benefity.

Je tedy zřejmé, že českému zdravotnímu systému chybí logistika. Drží se zbytečné nemocnice, které neodpovídají požadavkům zdravotnictví třetího tisíciletí. Ambulantní specialisti si uměle vytvářejí klientelu preskripčním omezením, důsledkem toho je nedostatek personálu v nemocnicích. V příkladu výše uvedeného akutního koronárního syndromu bude pacientka následně vedena u ambulantního kardiologa. Nicméně jsem toho názoru, že péči má zajišťovat praktický lékař a třeba jednou ročně bude kontrola na kardiologické klinice, nejlépe tam, kde byla perkutánní koronární intervence provedena. EKG vyšetření je již v ordinaci praktického lékaře běžné. Možnost vyšetření markeru srdečního selhávání, cholesterolu a jiné může praktický lékař též zkontrolovat. V případě nutnosti může kontrolní ECHO srdce zajistit kardiolog v rámci své kontroly na klinice či přes kolegu v rámci kliniky. To vše v rámci jedné nemocnice a tím i jednoho počítačového systému. I to logistice pomáhá. Práce lékaře na kardiologické ambulanci se tím zrychluje, protože nemusí např. vypisovat data, která v počítači již dávno jsou.

Regulačním poplatkům u lékaře a v lékárně jsme se v této práci věnovali na straně 7 a 8. Často z praxe vím, že lidé pochopili regulační platbu u lékaře, ale odmítavě se stavěli k regulační platbě v lékárně, kdy lékárník převážně pouze podal lék. Dle ČSÚ v roce 2010 náklady na léky a zdravotnické prostředky činily 68 mld. Kč, v roce 2021 již 91,4 mld. Kč.⁶⁹ V roce 2040 tato částka může činit propočtem zhruba 122,8 mld. Kč.⁷⁰ Vzhledem ke

⁶⁸ Prohlídky nových pavilonů měly úspěch, 05.10.2020, dostupné na: [Oblastní nemocnice Náchod a.s. \(nemocnicenachod.cz\)](https://www.nemocnicenachod.cz), Náchodský deník, Z Náchoda až do Kyjova: Fénix převezl devět pacientů najednou, 9.2.2021, dostupné na: [Náchodský deník](https://www.nachodskydenik.cz), Nové pavilony náchodské nemocnice začaly sloužit prvnímu oddělení, 06.04.2021, dostupné na: [Oblastní nemocnice Náchod a.s. \(nemocnicenachod.cz\)](https://www.nemocnicenachod.cz),

⁶⁹ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, tabulka 1.4, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

⁷⁰ Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023–2100, tabulková část, Tab. 1 Střední varianta: Počet obyvatel podle věku (k 1.1.) – obě pohlaví, dostupné na: [Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ \(czso.cz\)](https://www.czso.cz)

skutečnosti, že pacient byl již regulován příchodem k lékaři, osobně nevidím důvod další regulace v lékárně.

Regulační poplatek za pobyt pacienta na lůžku ve výši 100 Kč/den byl zrušen nálezem Ústavního soudu⁷¹. Ústavní soud neměl problémy s poplatkem za den pobytu v nemocnici ve výši 60 Kč a původním nastavením. Vláda premiéra Bohuslava Sobotky v roce 2014 zrušila regulační poplatky u lékaře a v lékárně.⁷² Těmito rozhodnutími bylo veřejné zdravotní pojištění připraveno o miliardy korun českých ročně, ale především přetížilo lékaře, ambulance, nemocnice, protože pacienti nyní nejsou regulováni.

V letech 2022/2023 vláda chystala zavedení dobrovolného zdravotního pojištění⁷³. V této věci vystoupil předseda Nejvyššího správního soudu Karel Šimka, který na summitu Zdravotnického deníku Ekonomika zdravotnictví vysvětloval ústavní právo na „bezplatnou péči“. Pan předseda uvedl: *„Zdravotní péče musí být poskytována všem jednotně.“* *„Nadstandard může být jen luxusem navíc, za který je spravedlivé platit, protože se platí za komfort, nikoli za péči.“*⁷⁴ Z informací od pana předsedy vyplývá, že jako nadstandard si lze představit pouze lepší sociální služby, tedy např. lepší tzv. hotelové služby. Nelze tedy dostat lepší zdravotní péči, neboť ta má být poskytována všem jednotně. S názorem pana předsedy si však dovolím nesouhlasit. Ústavní soud již v roce 1996 připustil rozdělení zdravotní péče na standardní, tedy hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, a nadstandardní, tedy částečně či úplně hrazenou pacientem.⁷⁵ V roce 2003 judikoval Ústavní soud, že nadstandardní zdravotní péče nemá být přesunutí lepších úkonů z veřejného zdravotního pojištění do nadstandardní péče, s čímž zcela souhlasím.⁷⁶ V roce 2013 Ústavní soud uvedl výslovně, že samotné rozdělení zdravotních služeb plně hrazených jako základní varianta a ekonomicky náročnější varianta, která bude plně hrazena pouze za určitých okolností je též v souladu s naším ústavním pořádkem.⁷⁷ Lze si tedy představit základní variantu zdravotní péče plně hrazenou z prostředků

⁷¹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765)

⁷² Česká televize, Poslanci zrušili poplatek u lékaře, ve zdravotnictví platí už jen jediný, 26.9.2014, dostupné na: [Česká televize \(ceskatelevize.cz\)](http://ceskatelevize.cz)

⁷³ Na dotaz na Úřad vlády České republiky mi bylo oznámeno dne 26.09.2023, č.j. 42274/2023-UVCR, že přípravu nadstandardů ve zdravotnictví má v gesci Ministerstvo zdravotnictví, kam byl můj dotaz přeposlán, avšak již bez odezvy.

⁷⁴ Česká justice: Nadstandard může být jen luxusem navíc, za který je spravedlivé platit, osvětluje předseda Nejvyššího správního soudu ústavní právo na bezplatnou péči, 1.11.2022, dostupné na: [Česká justice \(ceska-justice.cz\)](http://ceska-justice.cz)

⁷⁵ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10.07.1996, sp. zn. 35/95 (N 64/5 SbNU 487), str. 7, odst. 2

⁷⁶ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 04.06.2003, sp. zn. 14/02 (N 82/30 SbNU 263), část III, odstavec 12

⁷⁷ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 42, 43

z veřejného zdravotního pojištění a ekonomicky náročnější variantu, která by byla hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění např. do výše základní varianty, nebo by si ji pojištěnec hradil sám. Toto Ústavní soud nevyloučil.

System veřejného zdravotního pojištění je prakticky řečeno nastaven tak, že pojištěnec přichází za poskytovatelem se zdravotními obtížemi a žádostmi o léky a jiné pomůcky. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že pacienti mnohdy žádají pomůcky, na které jim nevzniká nárok. Lékař je povinen předepisovat pomůcky podle platných právních předpisů, nepřehledného množství vyhlášek a metodik Všeobecné zdravotní pojišťovny. V dnešní době u mě přibývá případů, kdy pacienti žádají na předpis chodítka, (umožňuje to příloha zákona). Chodítka mohu pacientovi předepsat za podmínek, kdy jde o „*nemožnost, omezení nebo významné zhoršení jedné nebo více každodenních činností, deficit nelze řešit pomocí hole či berle*“⁷⁸. Často samozřejmě zamítám žádosti o chodítka právě z důvodu této dikce. To se často neobejde projevy vzteku a odsouzení mě jako lékaře ze strany pacientů. Avšak pokud bych se únavou, vyčerpáním tímto “systemem“ podvolil a chodítka předepsal⁷⁹, pak při kontrole revizním lékařem by při odmítnutí této pomůcky⁸⁰ nešla zpětná úhrada vůči pojištěnci, ale vůči poskytovateli! Tomu je veřejnou zdravotní pojišťovnou částka v tomto případě v hodnotě cca 5 000 Kč odečtena formou zápočtu. Obrana poskytovatele je téměř nulová a možnost přezkoumání soudem takřka nemožné, časově a finančně náročné. Jenom pro přehled metodika vykazování očkovacích látek má zhruba 22 stran⁸¹ (nepočítaje dalších šest příloh) a je pro mě jako atestovaného lékaře složitá, nepřehledná, nesrozumitelná a často vůbec netuším, co a kdy mám a nemám vykazovat, reálně volám na tvůrce námi používaného počítačového programu Praktik SW, Olomouc, který sám má problémy s logikou tohoto vykazování. Školení v rámci zdravotních pojišťoven neexistuje a pomoc od zdravotních pojišťoven s touto administrativou, tedy vysvětlení, je téměř nulová. Sami zaměstnanci zdravotních pojišťoven tomu mnohdy nerozumí. Jedna věc tedy je pohled zákonodárce a věc druhá je realita a dopady do praxe. Poskytovatelé by jistě uvítali zmenšení administrativní zátěže, a hlavně to, aby odpovědnost za své žádosti o pomůcky (např. v případech obdobných jako je zmíněné chodítka), nesli pacienti, nikoliv poskytovatelé. Nejlepším řešením by bylo, aby s těmito žádostmi šli přímo na zdravotní pojišťovny. Jakákoliv úprava by měla být vedena tak, aby se administrativa přesunovala na veřejné zdravotní pojišťovny, nikoliv na poskytovatele. Složitost solidárního zdravotního

⁷⁸ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, příloha č. 3, oddíl C, tabulka č. 1, bod 07.03.02

⁷⁹ Příslušný kód chodítka musím opět dohledat složitě v jiném dokumentu, který též musím dohledat složitě.

⁸⁰ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, § 42

⁸¹ Metodický postup k vykazování očkování od 1.2.2024, dostupné na: [VZP ČR](#)

systemu dělá z lékařů mnohdy vysoce vzdělané, ale nekvalitní úředníky. Ve spojení s kapitolou 3.1, která prokazuje složitost medicíny, i toto tvrzení posiluje můj názor na již zmíněnou neústavnost složitosti regulačních poplatků, které požadoval Ústavní soud České republiky, zejména pak hlavní myšlenku, tedy neřešení sociálně ohrožených skupin zdravotnictvím, ale Ministerstvem práce a sociálních věcí a jemu podřízených úřadů. Jako hlavní důvod, proč administrativu, včetně administrativy spojené s budoucí nadstandardní péčí snižovat, či zajistit tak, aby byla srozumitelná, je právo na ochranu zdraví chráněné čl. 31 Listiny větou první. Zákodárce by měl vždy myslet na to, že lékař léčí, zdravotní personál se stará o pacienty a je ústavně souladné jim administrativu snižovat, nebo alespoň nezvyšovat.

2. Zdravotní péče v jiných zemí

V rámci mezinárodního srovnávání se budu věnovat zdravotnímu systému Brazílské federativní republiky. Brazílii jsem navštívil v roce 2012, ještě jako student lékařské fakulty. Účastnil jsem se měsíční klinické stáže v Hospital Da Cruz Vermelha – Filial Do Estado Do Paraná, tedy Nemocnice Červeného kříže ve městě Curitiba, stát Paraná. Stáž jsem absolvoval na Všeobecném interním oddělení pod vedením pana prof. Edisom Paula Brum, M.D.

Pro další srovnání se přesuneme z Jižní Ameriky do Asie do Země vycházejícího slunce, tedy do Japonska. Stejně jako v Brazílii jsem ještě jako student lékařské fakulty ve městě Osaka absolvoval klinickou stáž v Kansai Medical University Hospital, tedy v univerzitní nemocnici, a to na oddělení Psychosomatické a všeobecné interní medicíny pod vedením pana prof. Mikihiro Fukunaga, M.D.

Obě země jsou pro nás vzdálené, exotické, zcela odlišné. Brazílie je země o rozloze 9 milionů km² s 200 miliony obyvatel. Japonsko je naopak ostrovní stát s bohatou historií, s více než tisíciletou kulturou a počtem obyvatel kolem 150 milionů. Obě země jsou demokratické a chrání též základní práva a svobody člověka a občana. Složitostí spočívající v rozloze, množství obyvatel se obě země musí vypořádat kvalitním a dostupným zdravotním systémem. Brazílie i Japonsko nepochybně mohou být inspirací, neboť dalece přesahují nejlidnatější země Evropské unie. Tyto vzdálené země jsem si tedy pro potřeby této práce vybral cíleně, protože právě v těchto kulturně odlišných zemích můžeme najít podněty také k řešení našich problémů.

2.1 Brazílská federativní republika

Zdravotní systém Brazílie spočívá v tzv. jednotném zdravotním systému (SUS) a v soukromém zdravotním pojištění, které si hradí pacienti sami. Systém SUS je financován z daní a příspěvků federální vlády, vlády daného státu a také z obecních příspěvků. Všichni občané mohou využít systém SUS, tedy bezplatnou primární péči, nemocniční péči, péči u specialistů a léky zdarma. Poplatky pro pacienty SUS systému jsou nulové. Samozřejmě všichni občané platí daně. Naopak pacienti se soukromým zdravotním pojištěním mají léčbu hrazenou ze zdrojů komerční pojišťovny dle smluvních podmínek. Primární péče (všeobecný praktický lékař) je základní pilíř zdravotního systému. SUS pacienti se nepodílí na hrazení péče jim poskytnuté. Specialisté jsou situovaní v poliklinikách, většinou se jedná o soukromé subjekty. Nicméně některé soukromé ambulance mohou vybírat různé poplatky. Pokud jde o nemocniční

péči, 71 % lůžek je pro SUS pacienty. V tzv. SUS nemocnicích pacienti SUS systému se nepodílí na hrazení péče, která jim je poskytnuta.⁸²

Nemocnice, ve které jsem stážoval, má část nemocnice pro SUS pacienty a druhou pro pacienty soukromé. Rozdíl je vidět na první pohled, SUS část je tmavší, méně se o ní stará, postele bývají horší, ale užívají se i levnější léky, které mohou mít i více nežádoucích účinků. Čistota ve zdravotnickém zařízení musí samozřejmě být. I z tohoto hlediska je druhá část nemocnice (tedy pro soukromé pacienty) mnohem udržovanější, je světlejší, vymalovaná, používají se tu kvalitnější léky. Toto srovnání platí i pro jednotky intenzivní péče.

Na přiložené fotografii stojíme na chodbě, kde se přechází z části pro SUS pacienty do části pro soukromé pacienty, rozdíl můžete vidět na první pohled.



Ústava Brazílské federativní republiky byla schválena 5. října 1988, sestává z 250 článků. Základní cíle federace jsou vybudování svobodné, spravedlivé a solidární společnosti,

⁸² Adriano Massuda et al., Health system overview Brazil, international.commonwealthfund.org, prosinec 2020, dostupné na: [Health System Overview \(commonwealthfund.org\)](http://Health System Overview (commonwealthfund.org)); Jednotný zdravotní systém Brazílie, dostupné na: www.gov.br

vymýcení chudoby a redukce sociální a regionální nerovnosti.⁸³ Zdraví spadá mezi sociální práva. Každý občan Brazílie v sociálně zranitelné situaci má nárok na pomoc od státu.⁸⁴ Právo na zdraví mají všichni a národní vlády mají povinnost zajistit zdravotní péči.⁸⁵ Výše uvedené články zcela korespondují s čl. 31 Listiny a judikaturou Ústavního soudu České republiky, která byla podrobně vysvětlena v první kapitole této práce.

Ústava Brazílské federativní republiky oproti našemu ústavnímu pořádku detailněji upravuje financování sociální péče: „*Sociální péče má být financována celou společností přímo či nepřímo na základě zákona od státu, federace, obcí, apod.*“⁸⁶ Sociální péči, kam tedy lze zařadit i zdravotnictví, musí financovat všechny složky samospráv a tato povinnost je daná na ústavní úrovni. Jak už jsem v této práci uváděl a odůvodnil, nejsem zastáncem více politických úrovní. Avšak jestliže je úroveň více (v našich podmínkách národní, krajská a obecní), jistě by bylo na místě implementovat tento článek do našeho ústavního pořádku. V brazílské ústavě je dále například na ústavní úrovni uvedeno, že stát má směřovat sociální a ekonomickou politiku na prevenci.⁸⁷ Tento článek by měl být jistě rovněž implementován do našeho ústavního pořádku. Vždy je lepší zabránit vzniku nemoci než hradit jeho diagnostiku a léčbu. O příkladu ceny některých léčiv odkazují dále na kapitolu 3.1. O tom, že zdraví a opatření v této oblasti je věcí veřejnou, pojednává přímo Ústava a na těchto opatřeních se mohou podílet i soukromé právnické osoby.⁸⁸ Vzniká tak ústavně zaručené právo podnikat ve zdravotnictví, což jako soukromý lékař vnímám velice pozitivně. Konkurence je zdravá, vytváří totiž na pracovním trhu jisté soupeření mezi veřejným a soukromým sektorem, tím se zvyšují mzdy a benefity pracovníkům ve zdravotnictví, a to zase může vyvolávat větší motivaci občanů ke studiu na lékařských fakultách apod. A contrario při tomto boji mohou být samozřejmě lepší lékaři přepláceni, aby pracovali na tom či kterém pracovišti. Samozřejmě bude záležet na poskytovatelích zdravotních služeb, jakou dokážou nabídnout mzdu a zajímavé benefity. Pozitivně vnímám i jisté omezení v této oblasti, kdy zdravotní systém je sice otevřen

⁸³ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 3, dostupné na: constituteproject.org

⁸⁴ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 6, dostupné na: constituteproject.org

⁸⁵ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 196, dostupné na: constituteproject.org

⁸⁶ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 195, dostupné na: constituteproject.org

⁸⁷ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 196, dostupné na: constituteproject.org

⁸⁸ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 197, dostupné na: constituteproject.org

soukromým podnikům, a současně přidělování veřejných prostředků na pomoc soukromému sektoru orientovanému na zisk je zakázáno.⁸⁹ V souladu s principem solidarity, na kterém je postaven i náš systém veřejného zdravotního pojištění, vnímám toto ustanovení kladně, i když jsem soukromý lékař orientovaný na zisk. Toto ustanovení by se jistě mělo implementovat do našeho ústavního pořádku s tím, že bych dodal, aby mzdy v neziskových organizacích a počty lidí ve vedení, ergo zaměstnaných byly určovány ústavním zákonem. Pokud máme mít určitý obnos financí pro nemocné občany, pak bych nerad viděl, aby „neziskové“ organizace zaměstnávaly politiky a kamarády politiků, přijímaly veřejné finance, a přitom poskytovaly nadstandardní platy. A contrario moje malá rodinná firma, ačkoli je orientovaná na zisk, má minimum zaměstnanců, téměř veškerou práci odvedu sám, i proto jsem ziskový. Jistou inspiraci vnímám i v dalším ustanovení: „*Federální zákonodárce každých pět let připravuje zákon stran financování tohoto systému, tak aby docházelo k postupnému snižování rozdílů v rámci celé federace.*“⁹⁰ Jistou ústavní povinností obdobného charakteru bych implementoval do našeho ústavního pořádku. Znamenalo by to každých pět let provádět revizi financování veřejného zdravotního pojištění, revidovat nadstandardní zdravotní péči, tedy její přesunutí do standardní a plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Brazílský jednotný zdravotní systém (tedy SUS) zajišťuje i kontrolu nad výrobky, léčivými, vybavením, krevními produkty apod., provádí opatření hygienická a epidemiologická bdělosti u zdravotnických pracovníků, školí zdravotnický personál, podporuje v rámci své působnosti vědecký a technologický rozvoj, kontroluje nezávadnost potravin a vody, podílí se na dohledu a kontrole nad produkcí, transportu, ukládání a užívání psychoaktivních, toxických a radioaktivních látek a produktů, spolupracuje i v oblasti ochrany životního prostředí včetně bezpečnosti na pracovišti.⁹¹ V České republice kontrolu nad léčivými provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv, hygienická opatření zajišťují Krajské hygienické stanice, Státní zdravotní ústavy apod. V našich poměrech veřejné zdravotní pojišťovny „pouze“ vybírají finance za pojištěnce, vyplácejí poskytovatelům úhradu za vykázané výkony a provádějí kontrolu v rámci vykazování, bohužel však neprovádějí žádná školení ani v rámci vykazování, natož postgraduální vzdělávání lékařů a ostatních zdravotních pracovníků. Postgraduální vzdělávání zajišťuje Česká lékařská komora, další profesní organizace např. Společnost všeobecného lékařství, Sdružení praktických lékařů, Institut

⁸⁹ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 199, dostupné na: constituteproject.org

⁹⁰ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 198, dostupné na: constituteproject.org

⁹¹ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 200, dostupné na: constituteproject.org

postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze, lékařské fakulty apod. Protože zdravotnictví tvoří hlavně kvalitní a slušný personál, právě v Brazílii mají na ústavní úrovni daná jistá práva např. osoby bojující proti endemickým nemocem mají mít příplatek k platu pro rizikovost, speciální důchod a prémie.⁹² V rámci ústavněprávní komparatistiky vnímám velice kladně povinnost zákonné úpravy odběru orgánů, tkání za účelem transplantace, výzkumu a léčby, sběru, zpracovávání a krevní transfúze, a hlavně ústavní zákaz veškerého druhu obchodu s těmito „materiály“.⁹³ Podobný článek měl být zcela jistě implementován i do našeho ústavního pořádku, čímž by se tyto citlivé materiály nikdy nemohly stát prodejním artiklem, ať už v rámci časné léčby v rámci nadstandardu či v rámci dobrovolného zdravotního pojištění o kterém bude pojednáno dále.

Jako poslední chci uvést podobnosti s naším ústavním pořádkem v podobě rovnosti, práva na život, svobody, zásady legality apod. Cituji: „*Všichni lidé jsou si rovni před zákonem bez jakéhokoliv rozdílu. Občané Brazílie a cizinci na území Brazílie mají ústavně chráněná práva na život, svobodu, rovnost, bezpečnost a majetek za podmínek, které definuje tato Ústava. Nikdo nemůže být nucen konat to, co zákon neukládá.*“⁹⁴

Jak bylo výše uvedeno, naše ústavy jsou mnohdy velice podobné, principy demokratické jsou zjevné, nicméně Ústava Brazílské federativní republiky je mnohem propracovanější, a jak jsem výše uvedl, mnohé články by měly být ústavodárcem vloženy i do našeho ústavního pořádku.

2.2 Japonsko

Japonské zdravotní pojištění je financováno majoritně z daní a individuálních příspěvků. Občané nicméně hradí obvykle 30 % nákladů zdravotní péče. Mladí a nízko příjmoví staří občané (nad 70 let věku) mají sníženou povinnost doplacení péče. V případě, že občané starší 70 let věku mají vysoké příjmy, nadále hradí 30 % nákladů zdravotní péče. V rámci tohoto systému dále existují různé výjimky, např. hemodialyzovaní pacienti nedoplácí nic za jim poskytnutou péči, lidé pobírající sociální pomoc též nedoplácí za zdravotní péči. Zdravotní pojištění se liší také podle lokálních vlád - např. v oblasti Tokia děti do 18 let věku nedoplácí nic za poskytnutou péči. Primární péče, respektive všeobecní praktičtí lékaři jsou většinou

⁹² Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 198, dostupné na: constituteproject.org

⁹³ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 199, dostupné na: constituteproject.org

⁹⁴ Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, © Keith S. Rosenn, čl. 5, dostupné na: constituteproject.org

podnikatelé či pracující pod jinými zdravotnickými zařízeními. Ceny služeb jsou nastavovány lokální vládou. Specialisté jsou zaměstnáni v nemocnicích v rámci jednotlivých klinik, mohou pracovat ve státních nemocnicích, soukromých nemocnicích nebo jsou podnikateli. Nemocnice jsou soukromé, či státní. Za služby při poskytování péče, stejně tak i za léky vydané na recept či za léčbu duševního zdraví, pacienti hradí 30 % nákladů. U dlouhodobé péče (obdoba domácí péče či v léčebnách dlouhodobě nemocných) pacienti obvykle hradí 10–20 % nákladů, a to podle věku a výše příjmu.⁹⁵ (Obdobný systém má i Francie.)

Dovolím si zde nastínit, že zdravotnictví v Japonsku je na poněkud jiné úrovni z hlediska sociálního zázemí, ať už oproti našemu či brazilskému. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že v čekárně v univerzitní nemocnici hrálo počítačově řízené piano uklidňující melodii, čekárna byla vzdušná, krásná, prosvětlená. Na příjemných chodbách oddělení byla slyšet uklidňující hudba. Dveře do pokojů byly zašupovací, což ušetřilo obrovské množství místa jak pro pacienty, tak pro personál. Pokoje pacientů byly prostornější, vzdušné a prosvětlené, každý pacient měl svoji plentu, tedy i soukromý prostor. Je vhodné, aby zákonodárce a ústavodárce hledal příčinu toho, proč u nás a v Brazílii nejsou takto kvalitní nemocnice, inspiroval se danými zeměmi a překročil hranice úzkého pohledu veřejného zdravotního pojištění. Řešení veřejného zdravotního pojištění a nadstandardů ve zdravotnictví je nepochybně problematikou komplexní.

Platná Ústava Japonska z roku 1946 obsahuje 103 článků. Základní cíle ústavy jsou zřeknutí se války, zajištění míru, udržení bezpečnosti a existenci Japonska, řešení mezinárodních rozepří mírovou cestou.⁹⁶ Pro oblast zdraví je Ústava Japonska dokonce stručnější než náš ústavní pořádek. *„Všichni lidé mají právo na zachování minimálních standardů zdravého a kulturního života. Ve všech oblastech života musí stát vynaložit své úsilí na podporu a rozšíření sociální péče, bezpečnosti a veřejného zdraví.“*⁹⁷ Lze dovést teleologickým výkladem, že je to stát, který má zabezpečit zdravotní péči, pokud tedy má vynaložit své úsilí na podporu veřejného zdraví, tedy zdraví společnosti jako takové. *„Lidu nesmí být bráněno v uplatňování základních práv.“*⁹⁸ Mezi základní práva lze považovat i zachování minimálních standardů zdravého a kulturního života, což je nicméně pojem velice široký. *„Všichni lidé musí být respektováni jako jednotlivci. Právo na život, svobodu a právo*

⁹⁵ Ryozo Matsuda., Health system overview Japan, international.commonwealthfund.org, prosinec 2020, dostupné na: [Health System Overview \(commonwealthfund.org\)](https://www.commonwealthfund.org)

⁹⁶ Japan's Constitution of 1946, preamble, čl. 9, dostupné na: [constituteproject.org](https://www.constituteproject.org)

⁹⁷ Japan's Constitution of 1946, čl. 25, dostupné na: [constituteproject.org](https://www.constituteproject.org)

⁹⁸ Japan's Constitution of 1946, čl. 11, dostupné na: [constituteproject.org](https://www.constituteproject.org)

brát se o vlastní štěstí má být zohledněno v legislativě a jiných vládních záležitostech, pokud se nejedná o rozpor s veřejným blahem.“⁹⁹ Analogicky s výkladem našeho ústavního pořádku právo na ochranu zdraví souvisí s právem na život a tím spadá mezi absolutní práva. V případě japonské ústavy použiji výklad opačný: pokud zaručuje Japoncům právo na život, pak jim také zaručuje právo na ochranu zdraví. Rovnost před zákonem a zákaz diskriminace je podobný našemu ústavnímu pořádku.¹⁰⁰ Lid se má nicméně zdržet zneužití těchto svobod a práv.¹⁰¹ S odkazem na kapitolu 1.5.2 je jistě na místě implementace obdobného ustanovení v našem ústavním pořádku, tudíž pro podporu zavedení plošných regulačních poplatků, které by zabránilo tomu, aby bylo veřejné zdravotní pojištění zneužíváno, jako tomu bylo v minulosti.

V rámci ústavněprávní komparatistiky je vhodné uvést, že všichni lidé v Japonsku mají na ústavní úrovni právo a povinnost pracovat.¹⁰² Při aplikaci tohoto článku na veřejné zdravotní pojištění to znamená, že všichni lidé, kteří dosáhli věku, kdy už mohou pracovat, musí odpracovat minimálně pro odvody do systému veřejného zdravotního pojištění. Reálně by tedy měli povinnost pracovat méně než běžně pracující občané s odkazem na vyměřovací základ a výpočet pojistného v platné výši od 01.01.2024, tedy 2 552 Kč měsíčně.¹⁰³ Právo pracovat by měli ti lidé, kteří si tuto minimální platbu do systému veřejného zdravotního pojištění hradí ze svých zdrojů. Toto právo a povinnost pracovat by tedy nemělo být v kolizi se zákazem nucených prací, který je součástí našeho ústavního pořádku¹⁰⁴. Tato povinnost by se samozřejmě nemohla vztahovat na zdravotně nezpůsobilé, studenty, starobní důchodce.

Jak bylo výše doloženo, naše ústavy jsou mnohdy podobné, demokratické principy jsou zřejmé, nicméně Ústava Japonska je dokonce stručnější než náš ústavní pořádek. Jak jsem výše uvedl, mnohé články by měly být ústavodárcem vloženy i do našeho ústavního pořádku. Ačkoli se Ústava Japonska netýká přímo nadstandardů, týká se samozřejmě veřejného zdravotního pojištění, které je neoddelitelné od myšlenky a podmínek nadstandardní zdravotní péče. Při řešení problematiky nadstandardní zdravotní péče musíme současně vnímat dopady na veřejné zdravotní pojištění, aby nenastal rozpor s čl. 31 Listiny. Blíže dále.

⁹⁹ Japan's Constitution of 1946, čl. 13, dostupné na: constituteproject.org

¹⁰⁰ Japan's Constitution of 1946, čl. 14, dostupné na: constituteproject.org

¹⁰¹ Japan's Constitution of 1946, čl. 12, dostupné na: constituteproject.org

¹⁰² Japan's Constitution of 1946, čl. 27, dostupné na: constituteproject.org

¹⁰³ Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Vyměřovací základ a výpočet pojistného, dostupné na: [VZP
ČR](http://VZP.CZ)

¹⁰⁴ Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 162/1998 Sb., čl. 9 odst. 1, v platném znění

3. Zdravotní systém České republiky a návrhy možných úprav

Nejprve je nutno v rámci možných úprav definovat, co je standard, tedy co je pro pojištěnce bezplatné se zachováním myšlenky Ústavního soudu České republiky, kdy se postup léčby posuzuje individuálně a u některých pacientů může, resp. musí být ekonomicky náročnější varianta brána jako varianta standardní, a tedy plně hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Pokud nebude stanovena minimální garantovaná úroveň zdravotních služeb, bude docházet k dalšímu prohlubování nedostatku prostředků na udržení a rozvoj péče, a to především v lůžkových zařízeních. Jako příklad možno uvést cholecystektomii (odstranění žlučníku), apod.¹⁰⁵. Cholecystektomie apod. je řešena běžným standardem laparoskopie, tedy operačním řešením pomocí třech vpichů (1x kamera a 2 pracovní přístroje). Pacienti mají po operaci drobné jizvičky, celkový pooperační průběh je lepší, rekonvalescence rychlejší. Laparotomické řešení, tedy řez v pravém podžebří, kam se musí vejít jemná ruka operátora, je mnohem větší zásah nejenom po stránce kosmetické. V podobných případech i v rámci nových úkonů při nadstandardní zdravotní péči nelze aplikovat nadstandardní postup plošně u všech. Takže to, že budou existovat nadstandardní zdravotní úkony, neznamená, že ji budou moci dostávat všichni žadatelé. Právo na nadstandardní zdravotní péči (ať v podobě plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, či v rámci režimu samoplátce) vzniká z lékařské indikace. Lze předpokládat, že v našem případě laparoskopického úkonu může v budoucnu vznikat problém právě v tom, že se pacienti budou domáhat provedení nadstandardní zdravotní péče. Může dojít k situaci, kdy v rámci např. probíhajícího laparoskopického úkonu se právě tomuto postupu nemusí dařit, a tak chirurg přestoupí už během operace k laparotomii. Vzniká řada otázek: Bude si moci pacient stěžovat, protože se neaplikuje nadstandard, který si uhradil? Bude muset hradit nadstandardní úkon, i když nakonec proveden nebyl? Bude se věc řešit veřejnoprávně, či občanskoprávně? Pacient by jistě měl mít nárok na částečnou úhradu nadstandardu, protože nakonec musela být použita „běžná“ metoda. V rámci nadstandardů je nezbytné do zákona uvést, že lékař nesmí být nikdy nucen k postupům, které sám nezvládá, nebo k postupu, jenž není v daném případě indikován. Lékař pak nejedná protiprávně, není non lege artis (například v rámci právě laparoskopicky řešené cholelithiasy – kameny ve žlučníku – se operátor pro nemožnost tohoto postupu rozhodne provést laparotomii). Jedna věc tedy je nadstandard, převzetí nejmodernější léčby, dokonce i ze zahraničí, úhrada, systém úhrady, ale druhá věc je aplikace a vyškolení personálu v České republice. Zpět k našemu

¹⁰⁵ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 81

příkladu: V rámci např. této diagnózy by se ze zákona preferovalo laparoskopické řešení a bylo by plně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění při indikaci lékařem (jde o nadstandard), avšak laparotomické řešení by též bylo možné a nebylo by protiprávní, nebylo by non lege artis. Pacient by rozhodně měl být o možnostech lékaře předem informován. Systém by spíše fungoval tak, že by nejmodernější péči aplikovaly fakultní nemocnice, nevylučují ani soukromé kliniky, a postupně by se tyto postupy šířily na další pracoviště. Laparoskopie je ovšem v dnešní době brána jako standard. Nadstandarty ve zdravotnictví budou aplikovat zdravotníci, bez nich to nepůjde. V úvahu připadá i ochrana lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb na ústavní úrovni. Jako inspiraci vnímám výše zmíněnou brazilskou ústavu, kdy zdravotníci mají ústavně zaručená práva při boji s endemickými onemocněními. V našem případě by mohl být na ústavní úrovni vyloučen postih trestněprávní a aplikován pouze postih správněprávní, či občanskoprávní. Zákonodárce a ústavodárce by i při tvorbě nadstandardů měl domýšlet možné důsledky obav poskytovatelů na straně jedné, ale také práva pacientů na straně druhé a právní spory z toho vzniklé.

Jak opakovaně zmiňuji, medicína a její postupy se neustále vyvíjejí. Proto i daný standard musí být pravidelně revidován a navyšován v rámci vyvíjející se medicíny tak, aby se nezastavil na určité hranici¹⁰⁶, tedy aby naplnil názory Ústavního soudu České republiky v podobě tendence přesunování lepší péče do části hrazené¹⁰⁷, aby léčba byla kvalitní, plnohodnotná a účinná.¹⁰⁸ Tímto odkazuji i na komparaci s Ústavou Brazílie, kdy revize každých pět let se zdají jako příhodné.

Svejkovský, Řípa uvádějí: „*Postup poskytovatele zdravotních služeb musí být vždy takový, aby na konkrétní zdravotní stav pacienta, včetně všech souvisejících obtíží, byl aplikován takový optimální postup léčby, který poskytne žádoucí účinek bez ohledu na jeho ekonomickou náročnost, a to samozřejmě v mezích postupů medicínskou praxí uznávaných a z veřejného zdravotního pojištění hrazených. To rozhodně nebrání tomu, aby byla pacientovi nabídnuta možnost takového postupu, který mu přinese zvýšené pohodlí nebo bude lépe naplňovat jeho subjektivní preference a očekávání.*“¹⁰⁹ Jedná se například o odlehčené dlahy,

¹⁰⁶ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 81

¹⁰⁷ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 04.06.2003, sp. zn. 14/02 (N 82/30 SbNU 263), část III, odstavec 12

¹⁰⁸ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 41

¹⁰⁹ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 81

lepší plomby apod., které by si pacient doplácel, což vlastně představuje tzv. Hegerovy nadstandardy, s nimiž se plně ztotožňuji.

Problémem rozdělení péče na standardní a nadstandardní jistě bude ve většinovém nesouhlasu společnosti, která vesměs odmítá jakoukoliv spoluúčast. Když už si pacienti „zvykli“ na regulační poplatky, tak byly bohužel politickou reprezentací zrušeny. To však naopak znásobí šok obyvatelstva, když si při aplikaci lepší péče pacienti budou muset více připlatit. Nejprve by se tedy mělo zacílit na pracující část obyvatelstva, která by naopak nadstandardní zdravotní péči uvítala. Ale vzhledem k populačním predikcím časem nezbude politikům nic jiného než péči rozdělit a hledat způsoby, jak dostat do zdravotního systému více financí. Krůčky by to měly postupné. Ať už při léčbě, tak i při podobných změnách v takto „citlivých“ předpisech by se nemělo pohybovat tzv. ode zdi ke zdi.¹¹⁰ Tyto drobné krůčky by se měly konat nejenom proto, aby občané tyto změny v klidu zpracovali. Důležitým důvodem je také objektivní ověření, jestli případná úprava je správná a žádoucí, nebo bude potřeba úprava jiná, ale rovněž i to, jestli je zpětná vazba pozitivní nejenom od pacientů, ale i od poskytovatelů zdravotních služeb, odborných společností, veřejných zdravotních pojišťoven a jiných organizací.

Ústavní soud České republiky správně v souladu s čl. 31 Listiny uvádí, že v indikovaných případech i nadstandard musí být vlastně standard, tedy režim plné úhrady. Tento výklad, přestože je správný, naráží na situace, kdy bude na poskytovatele zdravotních služeb vyvíjen nátlak označit léčbu tak, aby byla plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Není věcí Ústavního soudu České republiky, aby hledal systém, jak tomu zabránit. To je povinnost zákonodárce.¹¹¹ I pro tyto případy by byla vhodná alespoň regulace v podobě regulačních poplatků. V těchto případech by bylo dále na místě vyloučení trestněprávní odpovědnosti lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb, a to nejlépe na ústavní úrovni, jak uvedeno výše.

Pandemie viru covid-19 nás naučila mnohému. Pacienti byli najednou ochotni nechat se testovat za vlastní úhradu. Svejkovský¹¹² prosazuje názor toto využít a testovat podobně jako jistou formu nadstandardu, mělo by tedy jít o testování pacientů na vlastní žádost a vlastní úhradu. Tyto finance získané od samoplátců mohou přispět k finančnímu ohodnocení ve

¹¹⁰ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 82

¹¹¹ Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, § 15 odst. 5, v platném znění

¹¹² SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 83

zdravotnictví, na zlepšení diagnostiky v rámci pořizování kvalitnějších diagnostických přístrojů atd. Svejtkovský však nevidí druhou stranu toho, že se dá možnost testování v rámci nadstandardu. Rizikem bývá špatné vyhodnocení výsledku neoborníkem, tedy pacientem. K tomu je třeba domyslet si ještě množství dalších skutečností. Např. každé vyšetření má své procento chybovosti, tedy je buď falešně pozitivní, nebo falešně negativní, a dále existuje tzv. diagnostické okno. Falešně pozitivní znamená, že pacientovi bude vyšetření ukazovat vyšetření na covid-19 +, nebo bude mít vysoké markery zánětu (při stanovování markerů zánětu) apod. Přitom objektivně nic z toho nebude pravda. Vzniká otázka, zda bude tento občan ztrátou v podobě dočasné pracovní neschopnosti, návštěv lékařů a s tím spojeným vykazováním vůči veřejným zdravotním pojišťovnám. Falešná negativita naopak znamená, že test pacientovi ukázal nízké markery zánětu, negativní test např. na virus covid-19 apod. Setkal jsem se s případem, že pacientka s covidovým zápalem plic měla negativní antigenní test na virus covid-19. Tím vzniká i epidemiologické riziko, kdy pacient neoborník může žít v mylné představě, že nepředstavuje ohrožení rodinným příslušníkům, ostatním občanům a přestane např. nosit respirátor, běžně se pohybuje mezi lidmi a tím rozšíří infekci do širší populace. Tímto jednáním též mohou vzniknout ztráty v podobě léčby nových nemocných apod. Diagnostické okno znamená, že v určitém časovém období od vzniku infekce nelze danou nemoc laboratorně či jinak detekovat, k tomu navíc je pacient i třeba asymptomatický, tedy nejeví objektivně zjistitelné známky nemoci. Příkladem může být zápal plic, který na RTG vyšetření je možno pozorovat až 3 dny po vzniku zápalu plic. V případě infekce nevyléčitelným virem HIV diagnostické okno od primoinfekce do možnosti detekce viru v těle činí 3 měsíce apod. Lékaři neléčí čísla, ale pacienta. K tomu, abychom podali např. lék, zjišťujeme a vyhodnocujeme souhrn informací: od pacienta anamnestické, klinicky vyšetříme a vyhodnotíme paraklinické metody např. RTG plic, odběry krve, moče a jiných materiálů a na základě toho rozhodujeme. Z mého pohledu nelze „jen tak“ povolit testování, ale pokud ano, pak vždy za účasti lékaře a za plnou úhradu i s vyhodnocením od lékaře. To mnohé pacienty jistě odradí od mnohdy zbytečného testování. Ale na druhou stranu budou mít možnost si dané vyšetření uhradit. Samozřejmě se může stát, že pacienti budou lékaře přesvědčovat, aby to vše bylo hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Nejjednodušší způsob, jak zabránit zneužívání péče, spočívá právě v regulačních poplatcích. Regulační poplatky u samoplátců by nebyla vybírána, ale pokud by lékař byl přesvědčen, ať už z únavy, nezájmu lékaře o finance veřejného zdravotního pojištění, tak by stejně každý hradil regulační poplatek v určité výši. Tuto myšlenku tedy nezavrhuji, ale pouze doplňuji. Opět zde uvádím určitou ochranu lékaře a

poskytovatele zdravotních služeb na ústavní úrovni, kdy bude vyloučena trestněprávní odpovědnost.

Velice kladně vnímám možnost hrazení nadstandardních lůžek na běžných odděleních. Svejkovský mimo jiné uvedl, že na nadstandardních pokojích nesmí být více vyšetření lékařem než na standardních.¹¹³ K tomuto názoru doplňuji, že v souladu s názorem Ústavního soudu České republiky¹¹⁴ má být jistá garantovaná péče, např. i garantované množství vyšetření lékařem za den. To ovšem nevyklučuje možnost připlatit si častější vyšetření lékařem, častější ošetrovatelské služby apod. Bylo by to rozhodnutí pacienta, jestli si přeje častější vyšetření za vlastní úhradu či ne, jinak je to podle pacientova stavu na lékaři. Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že při vizitách na KIN FN HK jsou pacienti vyšetřováni vždy ráno a večer se pouze dotazujeme na obtíže, což by se mohlo brát jako základ. Ostatní kontroly jsou určeny lékařem podle stavu. Lze si představit situaci, kdy pacient bude ochoten si zaplatit vyšetření lékařem např. třikrát denně, např. dvě vyšetření by si hradil sám. Proč bychom tomu měli bránit, pokud to bude pracoviště personálně zvládat? Nadstandardní zdravotní péči, resp. nadstandardní zdravotní lůžka nevyklučují ani na jednotkách intenzivní péče v rozporu s názorem Svejkovského: „*V každém případě se jedná o péči běžnou, a nikoli intenzivní (JIP a ARO), kde je vybírání takové úhrady z podstaty nepřijatelné.*“¹¹⁵ Jak bylo výše uvedeno, brazilský SUS systém má i lepší pokoje, kvalitnější vybavení jednotek intenzivní péče. Ani Ústavní soud České republiky nevyklučuje lepší péči, jestliže základní péče na jednotkách intenzivní péče bude kvalitní, plnohodnotná a účinná.¹¹⁶ Dále vnímám jistý rozpor s větou první čl. 31 Listiny, tedy práva na ochranu zdraví. Toto právo mají všichni, nikdo a contrario nemá právo upírat někomu lepší péči, pokud je ochoten si za ní připlatit. Právo na ochranu zdraví spadá mezi absolutní základní hodnoty, právo na „bezplatnou zdravotní péči“ naopak mezi práva relativní. Ačkoli objektivně vnímám, že se svými důsledky mohou dána práva navzájem omezovat, nicméně nevidím racionální důvod – včetně např. soukromých klinik či fakultních nemocnic – aby zajišťovaly nadstandardní intenzivní péči obdobně jako v Brazílii třeba i v rámci jedné nemocnice, jako jsem toho byl svědkem. K tomuto si dovolím připojit názor známého českého chirurga pana prof. Pafka, který říká, že „*jakmile onemocníte, nemůžete využít svoje prostředky*

¹¹³ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 82, 83

¹¹⁴ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 41

¹¹⁵ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 83

¹¹⁶ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 41

*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...*¹¹⁷ A contrario názor Svejkovského: „*Také výběr lékaře za peníze je v našem systému určitě neústavní, protože na neplaticí pacienty by pak určitě zbývali lékaři méně zkušené a méně empatictí, a tím by byla narušena rovnost přístupu ke zdravotní péči.*“¹¹⁸ Z mého pohledu a ze zkušeností ze zahraničních stáží, dokážu si představit kupříkladu soukromé kliniky, které by se mohly věnovat plně nadstandardním zdravotním službám. Pokud by vznikla konkurence ve zdravotnictví, to by naopak pohnalo poskytovatele zdravotních služeb k výkonům a bylo by zapotřebí lépe ohodnotit své zaměstnance. Lékaři a další personál budou pracovat na svých schopnostech, aby se tak mohli dostat do těchto klinik a tím k lepšímu mzdovému a jinému ohodnocení. Tato konkurence je nejdůležitější cíl nadstandardů. Pokud Svejkovský naopak má obavu z nedostatku lékařů pro neplaticí pacienty, jistě by měl zasáhnout stát a v oblastech vyloučených, v nichž by lékaři buď nechtěli pracovat, nebo byl požadavek na lékaře kvalitnější a empatičtější, jednoduše musí jiné poskytovatele zdravotních služeb přeplatit. Zákonodárce by naopak mohl zajistit takovou právní úpravu, která donutí vyloučené oblasti k výkonu, to ale není předmětem této práce. Drobná inspirace je v Ústavě Japonska, konkrétně právo a povinnost pracovat. Nicméně pokud chceme kvalitní zdravotnictví a kvalitní lékaře, budou muset být uvolněny finanční prostředky i pro personál, a to nemalé.

3.1 Příklad nadstandardu – léčba žloutenky typu C

V rámci příkladu nadstandardu nastíním případ z praxe. Jedná se tedy o možnost okamžité léčby již plně léčitelného infekčního onemocnění žloutenky typu C. Nejprve přiblížím toto onemocnění jater a následně spojím daný případ s návrhem řešení možného nadstandardu.

Inkubační doba bývá obvykle udávána v rozmezí 15-160 dní (nejčastěji kolem 50), ale jde o údaj nespolehlivý a ve většině klinických případů zcela irelevantní. Akutní infekce je obvykle asymptomatická, popř. má podobu neurčitých dyspeptických obtíží, obvykle bez ikteru. Z těchto důvodů uniká akutní infekce pozornosti pacienta, a proto je také diagnostikována velmi vzácně. Lze se s ní setkat v rizikových populacích, kde jsou nastavena pravidla pro pravidelné testování HCV (uživatelé drog, osoby ve výkonu trestu, HIV pozitivní

¹¹⁷ VESELOVSKÝ, Martin. Pařko: *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/>>.

¹¹⁸ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 81

osoby atd). Pro diagnózu akutní HCV infekce musí být splněna přesně definovaná kritéria, pozitivita protilátek anti-HCV ve třídě IgM mezi ně nepatří.

Studie o přirozeném průběhu HCV infekce ukazují, že 55–85 % pacientů, kteří se infikují virem hepatitidy C, není schopno přirozeným způsobem virus eliminovat, a infekce u nich tudíž přejde do chronického stadia. U 5–20 % osob z tohoto počtu dojde během 20–25 let k rozvoji jaterní cirhózy. Osoby s jaterní cirhózou při chronické HCV infekci mají riziko rozvoje end-stage-liver disease (cca 30 % během 10 let) a riziko vzniku hepatocelulárního karcinomu (HCC, 1–2 % ročně). Faktory asociované s progresí jaterního postižení při chronické HCV infekci jsou:

1. přenos infekce ve vyšším věku (riziko narůstá po 40.– 45. roce věku)
2. konzumace alkoholu ≥ 50 g denně
3. obezita a jaterní steatóza z jakéhokoliv jiného důvodu
4. koinfekce HCV/HBV a HCV/HIV
5. vyšší stupeň jaterního postižení nežli portální fibróza v okamžiku stanovení diagnózy (při hodnocení jaterní biopsie nebo některou metodou neinvazivního hodnocení jaterní fibrózy)

Infekce virem hepatitidy C patří mezi krví přenosné infekce. Hlavními cestami šíření HCV infekce jsou:

1. injekční aplikace drog
2. tetování a piercing neprováděné za aseptických podmínek (zejména amatérsky)
3. přenos krevními přípravky
4. pravidelné dialyzační léčení (PDL)
5. profesionální riziko expozice HCV
6. sexuální kontakt s osobou HCV pozitivní (častější mezi muži, kteří mají styk s muži)
7. rodinný kontakt s osobou HCV pozitivní
8. vertikální přenos z HCV pozitivní matky na novorozence (perinatální přenos)
9. iatrogenní přenos
10. přenos orgánovým štěpem před rokem 1992

HCV je majoritně nemoc narkomanů, kteří si aplikují drogy tzv. do žíly. Virus HCV může způsobit i mimojaterní postižení – symptomatická kryoglobulinémie, nebo HCV-asociovaná imunokomplexová nefropatie, HCV asociované non-Hodgkinské lymfomy.¹¹⁹

Jako lékař v rámci služeb na KIN FN HK jsem měl zajímavou zkušenost. Jednalo se o případ pacienta/podnikatele, kterému byla diagnostikovaná infekce HCV. Podnikatel nabídl panu primáři, že si polovinu léčby zaplatí sám, pokud ji dostane ihned. Léčba žloutenky typu C již existuje, trvá zhruba tři měsíce, ale cena se pohybovala kolem 1 milionu Kč. Po těchto třech měsících je pacient pouze nadále sledován a je považován za vyléčeného po negativních testech za dvanáct měsíců po skončení léčby. Tato léčba spadá do tzv. centrové péče. V Královéhradeckém kraji ji zajišťuje pouze KIN FN HK. S odkazem na § 11 odst. 1 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ale nesmí poskytovatel přijmout od pojištěnce žádné finance v rámci poskytování hrazených služeb. Právě tady se otevírá nadstandard. Bylo by ústavně souladné nekritické pacienty posunout v žebříčku, ergo v našem případě mohl by pacient/podnikatel čekací listinu předběhnout při úhradě určité části léčby? Svejkovský k podobnému případu uvádí: „*Velmi důležité je, aby nebyl stanovením nadstandardů narušen přístup pacientů ke zdravotním službám, a to jednak z pohledu kapacity a také z pohledu regionální dostupnosti. Jde o to, aby i poskytovatelé zdravotních služeb, kteří mají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, měli možnost nabízet péči, která bude spolufinancována při jasně definovaných pravidlech nad rámec plateb od pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví, krajské úřady, ale především zdravotní pojišťovny mají dostatek pravomocí k tomu, aby kontrolovaly, zda je poskytována u příslušného poskytovatele zdravotní péče všem pacientům stejně a spravedlivě. Z tohoto pohledu je určité v rozporu se zákonem to, aby si mohl pacient zaplatit za dřívější ošetření nebo diagnostiku. Tím by byla ohrožena dostupnost pro další, neplaticí pacienty. Také výběr lékaře za peníze je v našem systému určité neústavní, protože na neplaticí pacienty by pak určité zbývali lékaři méně zkušené a méně empaticí, a tím by byla narušena rovnost přístupu ke zdravotní péči.*“¹²⁰

K tomuto názoru mám výhrady, opírám se o reálný případ. Jak jsem na straně 11 uvedl, prováděl jsem screening a našel jsem zhruba 20 lidí závislých na pervitinu a jiných drogách a dále zhruba 16 pacientů se žloutenkou typu C (léčba v hodnotě zhruba 16 mil. Kč z veřejného zdravotního pojištění). Jedna pacientka vedená na úřadu práce se na moje doporučení dostavila

¹¹⁹ Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře Virová hepatitida C supplementum 2015, novelizace 2023

¹²⁰ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1, str. 81

právě na KIN FN HK. Pacientka mi sama přiznala, že její syn bral drogy a jednou ji přesvědčil, aby si zkusila píchnout, čímž došlo k přenosu infekce ze syna na matku. Tato pacientka čekala celé dva roky na léčbu. Několikrát se stalo, že již měla na léčbu nastoupit, ale byla odeslána zpět domů, protože musela být zahájena léčba akutního případu HCV u jiného pacienta. V takovém případě se jistě nabízí otázka, zda by nebylo možné takovou záležitost řešit v rámci nadstandardu a umožnit tak lidem, kteří si zajistí finanční prostředky a chtějí být ihned a rychle vyléčeni, aby měli možnost „předběhnout“ ostatní. Bezpochyby nepřekonatelnou hranicí toho by bylo ohrožení života či kritický stav pacienta. Určitě je dobré uvědomit si, že pokud by si pacient uhradil například polovinu léčby, stačilo by posunout dopředu dva podobné pacienty, kteří by tak spolu vlastně zaplatili léčbu jinému pojištěnci. Lze si i představit takovou úpravu, kdy v případě, že někde takto dochází k uhrazení si léčby na čekací listině, budou finance z toho utržené užívány pouze na danou diagnózu.

Jak bylo v první kapitole podrobně rozvedeno, je povinností státu vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění, zajistit dostupnou zdravotní péči, přičemž tímto systémem má stát vyloučit vznik možných nerovností v rámci přístupu ke zdravotní péči a zdravotním pomůckám přiměřené kvality. Na ústavní úrovni je rovnost upravena v čl. 1 Listiny: *„Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“* „Ústavní zásadu rovnosti, v právech zakotvenou v čl. 1 Listiny, nelze pojímat absolutně a rovnost chápat jako kategorii abstraktní. Již Ústavní soud České a Slovenské Federativní Republiky vyjádřil své chápání rovnosti, v uvedeném článku zakotvené, jako rovnosti relativní, jak ji mají na mysli všechny demokratické ústavy, požadující pouze odstranění neodůvodněných rozdílů. Zásadě rovnosti v právech je proto třeba rozumět také tak, že právní rozlišování v přístupu k určitým právům mezi právními subjekty nesmí být projevem libovůle, neplyne z ní však, že by každému muselo být přiznáno jakékoliv právo.“¹²¹ „Ústavní soud obecně interpretuje princip rovnosti z dvojího pohledu. První je dán požadavkem vyloučení libovůle v postupu zákonodárce při odlišování skupin subjektů a jejich práv, druhý pak požadavkem ústavněprávní akceptovatelnosti hledisek odlišování, tj. nepřípustnosti dotčení některého ze základních práv a svobod odlišováním subjektů a práv ze strany zákonodárce. Z postulátu rovnosti sice nevyplývá požadavek obecné rovnosti každého s každým, plyne z něj však požadavek, aby právo bezdůvodně nezvýhodňovalo ani

¹²¹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 64

neznevýhodňovalo jedny před druhými. Ústavní soud tedy připouští i zákonem založenou nerovnost, pokud jsou pro to ústavně akceptovatelné důvody.“¹²²

Na tuto myšlenku aplikuji test racionality:

1. esenciální obsah – právo na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči
2. úprava by se nedotýkala samotné existence sociálního práva, neboť nikomu není zamezován přístup ke zdravotní péči a nikdo není nucen přispívat za léčbu, nikomu není léčba upírána
3. smyslem a účelem je urychlit léčení občanů a přivést nemalé finance pro léčení neplaticích občanů
4. v rámci solidarity osobám, které jsou ochotny odevzdat do systému veřejného zdravotního pojištění mnohem vyšší částky, je na bázi dobrovolnosti za určitých podmínek umožněna včasnější/okamžitá léčba způsobem, který nesmí ostatní občany ohrozit na zdraví a životě

Vnímám to samozřejmě jako téma kontroverzní vyvolávající mnoho negativních názorů. Avšak vzhledem k populačním a finančním prognózám, jež byly výše podrobně rozvedeny, je to cesta, která může přinést do veřejného zdravotního pojištění další finance, ty pak posílí neplaticím občanům právo vyplývající z věty první čl. 31 Listiny. V daném případě se nejedná např. o orgán, který by si někdo mohl dovolit zaplatit na rozdíl od méně majetných. V tomto a jiných obdobných případech se jedná o léčbu, kdy v její aplikaci pacientovi brání pouze finance, tedy omezenost systému veřejného zdravotního pojištění. Pokud by byl řešen náš majoritní problém odpovědně a populace by byla alespoň stacionární, nemuseli bychom nic podobného rozhodovat, neboť veřejné zdravotní pojištění by bylo ekonomicky schopno podat léčbu všem bez rozdílu a téměř okamžitě, nejen na zde uváděnou, samozřejmě na různá jiná onemocnění. Závažné otázky tedy jsou: Je ústavně souladné čekat na léčbu infekce HCV dva roky? V roce 2040 budeme na léčbu čekat deset let?

Poslední úvaha nad touto problematikou je založena na souvislosti s majetností a nemajetností občanů, a jde tedy o jejich časnější přístup k léčbě. Lze si představit situaci, kdy méně majetný si raději připlatí pro včasnější léčbu, i kdyby se měl třeba zadlužit, prodat nemovitost, a naopak více majetný občan bude raději čekat na léčbu v režimu plné úhrady od veřejné zdravotní pojišťovny. Nejde tedy pouze o možnost od majetných získat finanční

¹²² Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 65

prostředky do veřejného zdravotního pojištění, ale přesněji získat je od osob, které jsou ochotny přispět do veřejného zdravotního pojištění v zájmu vlastního zdraví. Při aplikaci těchto procentuálních doplatků za léčbu se blížíme spíše japonskému systému zdravotního pojištění, (v určitých modifikacích).

*Meze základních práv a svobod mohou být za podmínek stanovených Listinou základních práv a svobod upraveny pouze zákonem.*¹²³ Ústavní soud se této dikce musí držet, a proto všechny změny ve veřejném zdravotním pojištění, které upravují meze čl. 31 Listiny musí být na základě zákona, nikoliv podzákoného právního předpisu. HCV infekci a doporučené postupy jsem takto odborně popsal účelově. Poukázal jsem tím na složitost medicíny jako takové. Tímto narážím na skutečnost, že pro tuto oblast veřejného zdravotního pojištění by mělo dojít k takové úpravě, tak aby tato odborná věc zůstala v rukou odborníků a ztotožňují se tedy s názorem disentujícího soudce Stanislava Balíka: „*Bude 281 zákonodárců kvalifikovaně číst v odborných lékařských časopisech, aby mohli hlasovat o variantách zdravotních služeb?*“¹²⁴ Dalším záměrem, proč ponechávám text takto odborný, je poukázat na fakt, co vše musí lékař ovládat, a tudíž jestli je ústavně souladné s právem na ochranu zdraví takto vytiženého člověka přetížít další administrativou, odkazují na kapitolu 1.4.

3.2 Řešení nadstandardů

3.2.1 Uzákonění nadstandardů pro včasnější léčbu

Luxus navíc si lidé mohou zaplatit již nyní, což samozřejmě představuje další zdroj příjmů pro poskytovatele zdravotních služeb. Lepší léky si též pacient už nyní doplácí. V rámci tzv. Hegerových nadstandardů, které působily krátce, však mezi občany nebyl o luxusnější péči velký zájem, nicméně byla tady možnost volby.¹²⁵ Pacienti si tedy mohli zaplatit lepší plomby, odlehčené sádry apod. Pokud se jedná o tzv. Hegerovy nadstandardy, ty nepůsobily dlouho, byly relativně krátce po jejich vzniku zrušeny¹²⁶, nikoliv pro rozpor s čl. 31 Listiny. Je otázkou, zda by časem nebyly více využívány a zda by finanční přínos pro naše zdravotnictví byl větší. Uzákonění a jasné specifikace standard/nadstandard rozšíří možnosti léčebných postupů pro pacienty v souladu s právem na ochranu zdraví, a navíc zajistí další finanční zdroje pro

¹²³ Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 162/1998 Sb., čl. 4 odst. 2, v platném znění

¹²⁴ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), odlišné stanovisko soudce Stanislava Balíka

¹²⁵ Parlamentní listy, O Hegerovy nadstandardy není zájem, 05.02.2012, dostupné na: ParlamentniListy.cz

¹²⁶ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765)

zdravotnictví, tudíž i pro mzdová ohodnocení zaměstnanců ve zdravotnictví. Lepší mzdové ohodnocení a sociální zázemí pro zaměstnance by mohlo ztraktivnit povolání lékaře, zdravotní sestry a dalšího personálu. Bylo by žádoucí nadstandardy vrátit zákonodárcem či ústavodárcem zpět. Jsem také přesvědčen, že díky mnohem většímu množství finančních prostředků by se mohla zahájit včasnější léčba u těch nemocí, u nichž je čekací listina, ať už by šlo o časnou léčbu HCV, infekčních, revmatologických a dalších onemocnění. Hranicí toho by bylo ohrožení života. Nikdo nemůže finančními prostředky předběhnout pacienta, který bez indikované léčby zemře. Například při aplikaci v rámci mého screeningu by se jednalo o úsporu ve výši 8 milionu. korun.

3.2.2 Dobrovolné zdravotní pojištění

Dalším možným řešením nadstandardů je komplexní reforma veřejného zdravotního pojištění, kdy umožníme zákonem dobrovolné zdravotní pojištění (resp. připojištění), z něhož by se hradily nadstandardy. V tomto bodě jsou tím myšleny jiné nadstandardy než pro včasnější léčbu. Nejvíce by se mohl nadstandardům blížit upravený SUS systém, tedy český SUS s regulačními poplatky. Ve hře je i povolení japonského systému, kdy by komerční zdravotní pojišťovny mohly hradit část nadstandardů a spoluúčast pojištěnce by byla procentuální. Vzhledem ke skutečnosti, že Ústavní soud České republiky odmítá výlučné soukromé zdravotní pojištění, nelze aplikovat brazilský SUS systém jako takový, ale s drobnými úpravami. Zákonem bych však upravil to, že z dobrovolného zdravotního pojištění by se musely hradit veškeré náklady klienta. A dále to, že veřejná zdravotní pojišťovna by měla hradit cenu základní léčby bez nadstandardů. Ten by se hradil dobrovolným zdravotním pojištěním, což je obdobná myšlenka tzv. Hegerových nadstandardů.¹²⁷ Nároky si mezi sebou vyřeší komerční pojišťovna s veřejnou zdravotní pojišťovnou. S odkazem na opakovaně zmiňované přetěžování poskytovatelů zdravotních služeb je to přímo systém, který jim nejen ušetří množství administrativy, ale především může zaměřit jejich pozornost na pacienty a aplikovat nejmodernější léčbu. Zcela na místě by byl odpočet plateb za dobrovolné zdravotní pojištění z daňového základu fyzických osob, podnikajících fyzických osob nebo by toto pojištění mohlo být benefitem pro zaměstnance, přičemž zaměstnavatel by jej mohl odečíst např. přímo z daňové povinnosti či z daňového základu. Zdravý zaměstnanec je pracující zaměstnanec, který odvádí zdravotní pojištění do veřejného zdravotního pojištění. Tento daňový odpočet by

¹²⁷ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), bod 42

majetnější občany, podnikatele mohl motivovat k účasti na dobrovolném zdravotním pojištění sebe sama, ale poskytnout ho také svým zaměstnancům. V souladu s názorem Svejkovského by možnost dobrovolného zdravotního pojištění měla zacílit v první řadě na generaci pracujících osob.

Dobrovolné zdravotní pojištění by muselo být více a přesněji regulováno mocí zákonodárnou. Do rámce nadstandardů ve zdravotnictví by mohly být po schválení odbornými společnostmi, resp. Ministerstvem zdravotnictví České republiky zahrnovány nejnovější postupy. Medicína není statická, je dynamická. Vyvíjejí se nové postupy, metody, nové léky. Ty jsou zpočátku finančně nákladné, a tedy i méně dostupné. Není v rozporu s čl. 31 Listiny tyto postupy, metody a léky považovat za nadstandarty a teprve poté, kdy nákladovost bude menší a bude ji moci ekonomicky unést veřejné zdravotní pojištění, je dát k plné úhradě z veřejného zdravotního pojištění. Samozřejmě pokud by nebyla daná léčba jedinou možnou léčbou, protože pak by vše musela uhradit veřejná zdravotní pojišťovna. Z právního hlediska naopak trvám na tom, že pokud všichni budeme mít stejnou zdravotní péči, a tudíž nebude umožněno, aby tato nová péče vstoupila na trh dříve a byla třeba dočasně hrazena ze soukromých zdrojů či z dobrovolného zdravotního pojištění, pak vlastně porušujeme větu první čl. 31 Listiny, tedy na právo na ochranu zdraví, které podle Wintra patří mezi absolutní základní hodnoty.

Z medicínského pohledu, tedy z pohledu věty první čl. 31 Listiny naopak vnímám pozitivum pro české zdravotnictví v tom, že se rychleji adaptuje a vzdělává v nových postupech. Nic nebrání tomu, aby české zdravotnictví za přímou úhradu léčilo také zahraniční pacienty při využití nejnovějších postupů a tím zvýšilo do českého zdravotnictví tok financí ze zcela jiných zdrojů.

Negativum pak vidím v tom, že veřejné zdravotní pojištění může dlouho „otálet“, než bude zákonem upraveno to, aby byla péče poskytnuta všem bezplatně. Tato úprava samozřejmě musí být taková, aby právo dané větou druhou čl. 31 Listiny a judikaturou Ústavního soudu České republiky¹²⁸ nebylo nijak porušováno. Pětiletý cyklus inspirovaný Brazílskou ústavou může být inspirací.

Pro podporu nadstandardů si dovoluji připojit odlišné stanovisko soudkyně Ivany Janů: *„V otázce nadstandardů je ve hře ještě další aspekt, a to celkové pojetí svobody člověka*

¹²⁸ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 04.06.2003, sp. zn. 14/02 (N 82/30 SbNU 263), část III, odstavec 12

nakládat se svým zdravím a svými prostředky podle svého nejlepšího svědomí. Nelze jistě říci, že ten, kdo nemá zájem o ‚nadstandard‘ (vyšší kvalitu nebo jen vyšší pohodlí) a raději vynaloží své prostředky v oblasti zdraví do prevence (např. na opakované drahé zahraniční dovolené), by byl nezodpovědným. Nevidím však důvod, aby ten, kdo chce své vlastní prostředky vynaložit ‚navíc‘ na svoji špičkovou léčbu, měl být o tuto volbu připraven. Ústavní princip rovnosti touto volbou nemůže být ohrožen.“¹²⁹

¹²⁹ Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 111/69 SbNU 765), odlišné stanovisko soudkyně Ivany Janů

Závěr

Jak bylo podrobně vysvětleno, lze si představit širokou škálu nadstandardní zdravotní péče již v rámci aktuálního znění čl. 31 Listiny a názoru Ústavního soudu České republiky. Možností, které má zákonodárce, je vskutku mnoho. Dobrovolné zdravotní pojištění pokrývající nadstandardní zdravotní péči je zásadně ústavně souladné. Při zákonné úpravě je nutno vždy nejprve přemýšlet nad zajištěním dostupnosti účinné, vhodné a kvalitní zdravotní péče, tedy standardu pro všechny, od ní pak odvíjet zdravotní péči nadstandardní.

Přestože Ústavní soud České republiky nadstandardy ve zdravotnictví povoluje, je na místě změna Ústavy, protože výhrada zákona činí z nadstandardů věc neprojednatelnou.

Změny v oblasti zdravotnictví jsou vždy velice citlivou záležitostí. Ve zdravotnictví nic není zadarmo, pouze to vlastně hradí někdo druhý. Co budeme dělat až těch druhých bude méně, či nebudou? Proto je nejprve vhodné podpořit ty druhé, tedy pracující občany, a to tak, že budou mít možnost dobrovolného zdravotního pojištění a rovněž přístup k aplikaci nejmodernější léčby, kterou by veřejné zdravotní pojištění ekonomicky neuneslo. Možnost takového dobrovolného pojištění musí být doplněna daňovými úlevami jako jistým druhem kompenzace a je také vyjádřením zájmu státu o zdraví pracujících občanů. Není samozřejmě vyloučeno, aby se na dobrovolném zdravotním pojištění podíleli i nepracující občané.

Žloutenku typu C jako příklad vnímám jako příhodný, neboť je to nemoc, kterou se člověk může nakazit také pohlavním stykem, a přitom nemusí být promiskuitní. V případě této infekční nemoci se otevírá právě otázka rovnosti přístupu ke zdravotní péči. Pokud jako občan odevzdávám na veřejném zdravotním pojištění ročně statisíce, pak bych pochopitelně očekával lepší péči než ten, kdo je zdravý, nepracuje a užívá si například různých výhod sociálního systému. Nicméně je minimálně slušné mít jistou míru solidarity, na níž je postaveno veřejné zdravotní pojištění. Jsem také přesvědčen, že doplacení alespoň 50 % částky za takto drahou léčbu by mohlo posunout občana v čekací listině vpřed, nebo dokonce podat léčbu okamžitě. Samozřejmě je možné představit si i takovou situaci, kdy občan, který nepracuje a využívá sociální systém, si tuto léčbu uhradí a „přeskočí“ osoby odevzdávající na veřejné zdravotní pojištění statisíce ročně, ani tomuto není bráněno. Právě v tom vnímám rovnost, mít možnost přispět do veřejného zdravotního pojištění, a tak získat určité výhody.

Předkládané návrhy jsou spíše pro překlenovací období, tedy do doby, než by se za podpory státu zlepšily populační statistiky, to znamená, že populace by byla progresivní a následně stacionární za udržení maximální zaměstnanosti. Žádoucím výsledkem bude

dostatečně silný ekonomický systém, takže žádné procentuální doplatky za včasnou léčbu by nebyly potřebné, protože všichni by ji dostali téměř ihned.

Povinností státu je v rámci práva na ochranu zdraví zajistit všem lidem přístup ke zdravotní péči. K tomuto právu náleží také právo na nadstandardní zdravotní péči. To znamená umožnit a zajistit takové zdravotní služby, které budou odpovídat nejvyšší kvalitě celosvětově (jakkoli naše péče je na vysoké úrovni). Všichni lidé mají, respektive musí mít možnost užít veškeré své prostředky na ochranu svého zdraví nad rámec veřejného zdravotního pojištění. Pozlacená rakev je selháním státu, který nevytvořil v České republice takové podmínky, aby naše země byla nejlepší v poskytování zdravotní péče.

Seznam použitých zdrojů

Právní předpisy

1. Ústavní zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky
2. Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod ústavním zákonem č. 162/1998 Sb.
3. Japan's Constitution of 1946, dostupné na: constituteproject.org
4. Brazil's Constitution of 1988 with Amendments through 2017, dostupné na: constituteproject.org
5. Zákon č. 551/1991 Sb., České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
6. Zákon č. 280/1992 Sb. České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
7. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
8. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
9. Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů
10. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách
11. Preambule k Zakládací smlouvě Světové zdravotnické organizace, 1946
12. Sdělení č. 14/2000 Sb.m.s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o Evropské sociální chartě, ratifikace smlouvy 03.11.1999
13. Sdělení č. 96/2001 Sb. m.s., Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině, ratifikace smlouvy 22.06.2001

Judikatura

14. Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 10.07.1996, sp. zn. 35/95 (N 64/5 SbNU 487)
15. Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 04.06.2003, sp. zn. 14/02 (N 82/30 SbNU 263)
16. Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.5.2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (N 91/49 SbNU 273)
17. Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 23.9.2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08 (N 155/50 SbNU 365)

18. Nález Ústavního soudu České republiky ze dne 20.06.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11 (N 11/69 SbNU 765)

Komentář

19. Wagnerová, E.; Šimíček, V.; Langášek, T.; Pospíšil, I. a kol. Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s. 2012, s. 931
20. Kühn, Z., Kratochvíl, J., Kmec, J. Kosař, D. a kolektiv: Listina základních práv a svobod. Velký komentář. Praha: Leges, 2022, 1664s.

Monografie

21. 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>
22. Šišková, Naděžda. Dimenze ochrany lidských práv v EU. Praha: ASPI, 2003
23. 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
24. Jan Hudáč, Diplomová práce, Ústavní aspekty zakotvení nadstandardní zdravotní péče, Olomouc, 2019
25. SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a ŘÍPA, Ladislav. *Právo ve zdravotnictví*. Právní praxe. V Praze: C.H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-835-1

Ostatní zdroje

26. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Věkové složení obyvatel – základní věkové skupiny (časová řada), dostupné na: [Výstupní objekt VDB \(czso.cz\)](#)
27. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Věkové složení obyvatel – jednotky věku, období 31.12.2021, dostupné na: [Výstupní objekt VDB \(czso.cz\)](#)
28. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023-2100, tabulková část, Tab. 1 Střední varianta: Počet obyvatel podle věku (k 1.1.) – obě pohlaví, dostupné na: [Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
29. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023-2100, tabulková část, Tab. 4 Střední varianta: Ukazatel věkového složení (k 1.1.),

- pohyb obyvatel, předpoklady, dostupné na: [Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
30. Český statistický úřad, oddělení netržní ekonomiky, Krajská správa ČSÚ Brno, Jezuitská 2, 601 59 Brno, Ing. Antonín Buš, vysvětlení doručené emailem 20.12.2023
 31. Český statistický úřad, tabulka UZIS odd 135 a 149_2021.xls, doručené emailem 18.12.2023
 32. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 33. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Obyvatelstvo – roční časové řady, Graf 2 Podíl obyvatel ve věkové skupině 0-14 a 65+ v letech 1947-2022, dostupné na: [Obyvatelstvo – roční časové řady | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 34. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 35. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, tabulka 1.3, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 36. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Výsledky zdravotnických účtů ČR – 2010–2021, tabulková část, 1. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů, tabulka 1.4, dostupné na: [Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010–2021 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 37. Český statistický úřad – Veřejná databáze, Projekce obyvatelstva České republiky – 2023-2100, tabulková část, Tab. 1 Střední varianta: Počet obyvatel podle věku (k 1.1.) – obě pohlaví, dostupné na: [Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ \(czso.cz\)](#)
 38. Memorandum zdravotních pojišťoven o restrukturalizaci a redukci lůžkového fondu – nemocničních lůžek, 31.10.2011
 39. O Hegerovy nadstandardy není zájem, Parlamentní listy, 05.02.2012, dostupné na: [Parlamentní Listy.cz](#)
 40. Poslanci zrušili poplatek u lékaře, ve zdravotnictví platí už jen jediný, Česká televize, 26.9.2014, dostupné na: [Česká televize \(ceskatelevize.cz\)](#)
 41. Michaela Koubová, Praktikům se nepodařilo dosáhnout uvolnění preskripčních omezení, které podle nich generují zbytečné náklady, Zdravotnický deník, 23.5.2017, dostupné na: [Zdravotnický deník \(zdravotnickydenik.cz\)](#)

42. Ing. Gabriela Štěpanyová, Na urgentní péči půjdou v příštím roce dvě miliardy korun, 19.09.2019, dostupné na: [Ministerstvo zdravotnictví \(mzcr.cz\)](https://www.mzcr.cz)
43. Prohlídky nových pavilonů měly úspěch, Oblastní nemocnice Náchod, a.s., 05.10.2020, dostupné na: [Oblastní nemocnice Náchod a.s. \(nemocnicenachod.cz\)](https://www.nemocnicenachod.cz)
44. Jiří Špreňar, Petr Vaňous, Z Náchoda až do Kyjova: Fénix převezl devět pacientů najednou, Náchodský deník, 9.2.2021, dostupné na: [Náchodský deník](https://www.nachodskydenik.cz)
45. Jaroslav Mareš, V Česku chybí covidová lůžka. Tady jich mají desítky, ale raději rekonstruují, Seznam Zprávy, 16.3.2021, dostupné na: [Seznam Zprávy \(seznamzpravy.cz\)](https://www.seznamzpravy.cz)
46. Nové pavilony náchodské nemocnice začaly sloužit prvním oddělení, Oblastní nemocnice Náchod, a.s., 06.04.2021, dostupné na: [Oblastní nemocnice Náchod a.s. \(nemocnicenachod.cz\)](https://www.nemocnicenachod.cz)
47. Helena Sedláčková, Nadstandard může být jen luxusem navíc, za který je spravedlivé platit, osvětluje předseda Nejvyššího správního soudu ústavní právo na bezplatnou péči, Česká justice, 1.11.2022, dostupné na: [Česká justice \(ceska-justice.cz\)](https://www.ceska-justice.cz)
48. Zpráva z Úřadu vlády České republiky ze dne 26.09.2023, č.j. 42274/2023-UVCR
49. Šárka Fenyková, Michael Erhart, Máme neuvěřitelně hustou síť nemocnic, v jiných zemích se za lékaři chodí méně, upozorňuje Prymula, iROZHLAS, 20.12.2023, dostupné na: [iROZHLAS](https://www.irozhlas.cz)
50. prof. MUDr. Petr Urbánek, CSc. et al., Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře Virová hepatitida C supplementum 2015, novelizace 2023
51. Adriano Massuda et al., Health system overview Brazil, international.commonwealthfund.org, prosinec 2020, dostupné na: [Health System Overview \(commonwealthfund.org\)](https://www.commonwealthfund.org)
52. Jednotný zdravotní systém Brazílie, dostupné na: www.gov.br
53. Ryoza Matsuda, Health system overview Japan, international.commonwealthfund.org, prosinec 2020, dostupné na: [Health System Overview \(commonwealthfund.org\)](https://www.commonwealthfund.org)

Shrnutí

Diplomová práce se zaměřuje nejenom na ústavněprávní aspekty nadstandardní zdravotní péče s možným zakotvením do právního řádu České republiky, ale také podrobně rozebírá populační problém České republiky a jeho důsledky v přístupu občanů ke zdravotní péči. Autor poukazuje na praktické denní problémy ve zdravotnictví České republiky a tyto problémy reflektuje v rámci možné budoucí úpravy nadstandardní zdravotní péče. Při hledání možných návrhů na změny v našem zdravotnictví i veřejném zdravotním pojištění autor bere inspiraci ze zdravotních systémů Brazílie a Japonska, kdy při porovnání mohl čerpat i z vlastní zkušenosti z daných zemí. Základními výzkumnými otázkami jsou: Je nadstandardní zdravotní péče ústavně souladná? Je možná nadstandardní zdravotní péče i na jednotkách intenzivní péče? Je možné v rámci nadstandardní zdravotní péče zaplatit si diagnostiku či léčbu dříve? Je výlučné soukromé zdravotní pojištění ústavně souladné? Je dobrovolné zdravotní připojištění ústavně souladné? Autor obecně z pohledu právního, ekonomického a medicínského vysvětluje zdravotní systém České republiky. Následně vysvětluje a komparuje zdravotní systémy Brazílie a Japonska, jak z pohledu právního, tak medicínského. V poslední kapitole předkládá možné návrhy na změny ve zdravotním systému České republiky.

Abstract

The diploma thesis focuses not only 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, but also analyzes in detail the population problem of the Czech Republic with its certain impacts on citizens access to health care. The author points out practical daily problems in the health care system of the Czech Republic and reflects these problems in the context of possible future regulation of above-standard health care. The author takes inspiration from health systems of Brazil and Japan, where he could also draw on his own experience from these countries. The basic research questions are: Is above-standard health care constitutionally compliant? Is it possible to provide above-standard health care in intensive care units? Is it possible to get diagnosis or treatment earlier as part of above-standard health care? Is exclusive private health insurance constitutionally compliant? Is voluntary supplementary health insurance constitutionally compliant? The author generally explains the health system of the Czech Republic from the legal, economic and medical point of view. He also explains and compares the health systems of Brazil and Japan, both from a legal and medical point of view.

In the last chapter he presents possible proposals for changes in the health system of the Czech Republic.

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, právo na bezplatnou zdravotní péči, financování zdravotní péče, ekonomika zdraví, regulační poplatky ve zdravotnictví, sociální práva, Listina základních práv a svobod, rovnost, solidarita, veřejné zdravotní pojištění, logistika ve zdravotnictví, populace, regresivní populace, SUS, zdravotní systém Brazílie, zdravotní systém Japonska, okamžitá diagnostika, okamžitá léčba.

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, right to covered care, health care financing, health economy, health care fees, social rights, Charter of Fundamental Rights and Freedoms, equality, solidarity, public health insurance, logistics in health care, population, regressive population, SUS, health system in Brazil, health system in Japan, immediate diagnostic, immediate treatment.