

# PRÁVO NA OCHRANU ZDRAVIA ĽUDÍ BEZ DOMOVA

Právne aspekty dostupnosti  
zdravotnej starostlivosti ľudí  
bez domova s dlhmi  
na zdravotnom poistení

Alexandra Dubová  
Michaela Kostičová  
Lucia Roussier





**Európska únia**  
Európsky sociálny fond

Publikácia vznikla v rámci projektu „Kľúč k domovu“ podporenom z prostriedkov Európskeho sociálneho fondu a Operačného programu Efektívna verejná správa Ministerstva vnútra SR. Partnerom Proti prúdu počas doby realizovania projektu 2018/09 – 2020/12 je DEPAUL SLOVENSKO, nezisková organizácia.

Projekt je financovaný z Európskeho sociálneho fondu. Informácie o operačnom programe Efektívna verejná správa nájdete na [www.opevs.eu](http://www.opevs.eu)



FORUM  
Human Rights



**NOTABENE**



Moje veľké poďakovanie patrí spoluautorkám Alexandre Dubovej a Michaele Kostičovej za ich sústredenú a zaniетенú prácu. Ďakujem Nine Beňovej a Marošovi Matiaškovi za odborné postrehy, ktoré nás posúvali a motivovali. Bolo mi ctou s nimi spolupracovať po odbornej, ako aj ľudskej stránke. Na tomto mieste ale ďakujem aj každému, kto nás podporil v práci a jednoducho povedal „toto treba napísať“.

— *Lucia Roussier*

V prvom rade chcem poďakovať spoluautorkám Lucii Roussier a Michaele Kostičovej z OZ Equita za možnosť podieľať sa na tejto publikácii. Ich praktické skúsenosti a neutíchajúci elán boli pre mňa veľkým prínosom. Veľmi pekne ďakujem aj recenzentom Marošovi Matiaškovi a Nine Beňovej za neustálu podporu a podnetné pripomienky. Ďakujem tiež organizácii Proti prúdu za zastrešenie celého projektu.

— *Alexandra Dubová*

# PREDSLOV

Východiskovým námetom tejto právnej analýzy sú skúsenosti priamo z terénu práce s ľuďmi, ktorí prišli o domov, a čelia bariéram v dosahovaní zdravotnej starostlivosti. Ako organizácie pracujúce s ľuďmi, ktorí sa v tejto situácii ocitli, vnímame, že strata domova ide na Slovensku ruka v ruke s inými závažnými problémami a jedným z nich je vylúčenie zo zdravotnej starostlivosti. V dôsledku krízových životných situácií spojených s chudobou, neformálnou prácou a komplikovaným životným režimom, väčšina ľudí bez domova stráca spojenie so systémom zdravotného poistenia a stávajú sa z nich dlžníci. Opísaný stav spôsobuje, že majú nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť a následkom je vylúčenie z preventívnej starostlivosti, liečby chronických, ale aj akútnych ochorení.

Práve na tento problém narážame v každodennej spolupráci s klientmi. Napriek snahe riešiť svoju životnú situáciu čelia dlžníci jednak nemožnosti riešiť svoj zdravotný stav, ale aj zložitosti a finančnej náročnosti vyrovnania dlhu. Poznajúc príbehy v pozadí straty domova a, na druhej strane, veriac v ľudsko-právne základy nášho štátu, považujeme nastavenie za nespravodlivé a nesolidárne. Overenie jeho zákonnej legitimity považujeme za svoju zodpovednosť voči našim občanom zažívajúcim bezdomovecvo. Táto otázka je centrálnou témou našej právnej analýzy.

Práve dostupná zdravotná starostlivosť, úzko spätá so systémom sociálnych služieb, a z nej vyplývajúca ochrana a podpora zdravia a fyzická a duševná pohoda, je jedným z kľúčov k riešeniu bezdomovecva. Dobré zdravie ide ruka v ruke s úrovňou životných podmienok a podpornými spoločenskými kruhmi, a preto integrácia sociálnej sféry podpory a zdravotnej starostlivosti je kľúčová na vytvorenie záchranných sietí. Zdravotné problémy – telesné a duševné – sú častou príčinou, ale aj následkom straty domova. V spojení s nedostatkom dostupného bývania na Slovensku vytvárajú takmer nezdolateľnú bariéru na znovuzískanie či udržanie domova. Prevažne ide o zdravotné ťažkosti, ktoré by sa pri poskytnutí včasnej, adekvátnej, komplexnej a kontinuálnej zdravotnej starostlivosti podchytili a liečili v počiatočnom štádiu a zabránilo by sa ich zhoršeniu a vzniku ďalších zdravotných komplikácií.

V dôsledku krízových životných situácií, absolútnej chudoby, alebo ochorenia, sú mnohí ľudia dlžníkmi na zdravotnom poistení, a tak nemajú zákonný nárok na poskytnutie štandardnej zdravotnej starostlivosti, ale len neodkladnej zdravotnej

starostlivosti pri život ohrozujúcich zdravotných problémov, čoho výsledkom je postupné zhoršovanie ich zdravotného stavu a predčasná smrť. Je to v prvom rade neľudské, ale tiež neefektívne z hľadiska manažmentu individuálneho a verejného zdravia, ako aj finančne nevýhodné riešenie. V súčasnom legislatívnom nastavení má väčšina dlžníkov ľudí bez domova malé šance, že sa zo začarovaného kruhu choroby, chudoby, dlhu a bezdomovectva dostanú. Kruh sa uzatvára.

Táto analýza má za cieľ poukázať na to, aký dopad má súčasne platná zdravotnícka legislatíva na občanov našej krajiny, ktorí majú výraznú potrebu zdravotníckych služieb. Tiež vysvetlí jej dopad na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti a načrtne verejno-zdravotnícke a ekonomické otázky nastavenia. Hlavným cieľom analýzy je ale nastoliť významnú eticko-právnu otázku o tom, či súčasná zdravotnícka legislatíva, vylučujúca dlžníkov zo systému zdravotnej starostlivosti, je aj legitímna.

Veríme, že sa ako spoločnosť dokážeme naučiť z doterajších poučení a posunúť sa k solidárnejšej, rovnejšej a zdravšej spoločnosti. Sprístupnenie zdravotnej starostlivosti všetkým občanom by bolo veľkým krokom tým správnym smerom.



# OBSAH

★

	PREDSLOV	11
1.	ÚVOD	17
2.	ÚSTAVNOPRÁVNÁ A MEDZINÁRODNÁ OCHRANA PRÁVA NA ZDRAVIE	21
2.1	PRÁVO NA OCHRANU ZDRAVIA A ÚSTAVA SR	21
2.2	MEDZINÁRODNÉ PRÁVO A ZÁVÄZKY Z NEHO VYPLÝVAJÚCE PRE SR	25
3.	ANALÝZA PRÁVNEJ ÚPRAVY A JEJ DOPADU NA ĽUDÍ BEZ DOMOVA	43
3.1	ZÁKON O ZDRAVOTNOM POISTENÍ	43
3.2	VYLÚČENIE DLŽNÍKOV Z PLNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	47
3.3	ĎALŠIE SKUPINY OSÔB VYLÚČENÉ Z PLNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI	54
3.4	ČESKÝ MODEL	55
4.	ZÁVER	57
4.1	ZHRNUTIE MOŽNÝCH PRÁVNÝCH ROZPOROV S ÚSTAVOU SR A MEDZINÁRODNÝMI ZMLUVAMI	57
4.2	DOPAD NA CIEĽOVÚ SKUPINU A NAVRHOVANÉ LEGISLATÍVNE ZMENY	61
	POUŽITÁ LITERATÚRA A ZOZNAM PRÁVNÝCH DOKUMENTOV	65

# ÚVOD

# 1.

## *Dlh ako prekážka k plnej zdravotnej starostlivosti*

Centrálnou témou predkladanej právnej analýzy je **dostupnosť zdravotnej starostlivosti** ľudí bez domova, ktorí sú dlžníkmi na zdravotnom poistení. Organizácie pracujúce v oblasti zdravotnej starostlivosti a bezdomovectva vnímajú niekoľko závažných prekážok v dostupnosti ľudí bez domova k zdravotnej starostlivosti. Jednou z najväčších prekážok sú práve dlhy na preddavkoch na zdravotnom poistení, ktoré podľa aktuálnej právnej úpravy zákona č. 577/2004 Z. z. o zdravotnom poistení obmedzujú rozsah bezplatnej zdravotnej starostlivosti na neodkladnú starostlivosť.

## *Neodkladná zdravotná starostlivosť*

Neodkladná zdravotná starostlivosť je obmedzená na stavy, ktoré ohrozujú život alebo spôsobujú neznesiteľnú bolesť, čo v praxi znamená **krátkodobú starostlivosť v prípade vážnych akútnych stavov**, terminálne štádia ochorení alebo komplikované zdravotné situácie. Na vyhodnotenie nároku na neodkladnú starostlivosť sú zdravotné poisťovne povinné viesť zoznamy dlžníkov, na základe ktorých ošetrojúci lekár v prvom kroku rozpozná v pacientovi dlžníka, a pokiaľ uňho nezistí potrebu neodkladnej starostlivosti, odmietne ho ošetriť, alebo dlžník hradí náklady na poskytnutú starostlivosť sám.

## *Prečo je to problematické najmä pre ľudí bez domova*

V dôsledku pretrvávajúcej hmotnej núdze, zlého zdravotného stavu alebo neznalosti administratívnych procesov má veľa ľudí bez domova dlhy na zdravotnom poistení, ktoré si nevedia sami splatiť. Do zoznamov dlžníkov sú zaradení bez ohľadu na skutočnosti v ich živote a sú tak z poskytovania plnej zdravotnej starostlivosti vylúčení dlhodobo. Zároveň ale takmer bez výnimky platí, že zlý zdravotný stav je často prekážkou ukončenia bezdomovectva, keďže stabilný zdravotný stav a bývanie sú predpokladmi zamestnanosti, sebestačnosti a spoločenského zaradenia. Chudoba ľudí bez domova drasticky limituje ich schopnosť žiť organizovaným životom. Dlžníkmi na poistení sú ľudia s rôznymi zdravotnými postihnutiami, ľudia v dôchodkovom veku alebo ľudia, ktorí z rôznych príčin o svojom dlhu ani nevedia. Vylúčenie zo systému zdravotnej starostlivosti dopadá na ich už beztak náročnú situáciu ako **ďalšie bremeno zvyšujúce ich marginalizáciu**.

## *Populačné zdravie a politiky*

Z hľadiska populačného zdravia, poznajúc situáciu poskytovania sociálnych a zdravotníckych služieb v teréne, akékoľvek **systemové bariéry** v dostupnosti týchto služieb nesmierne oslabujú úsilie riešiť nechcené spoločenské fenomény, ako je bezdomovecstvo alebo zhoršovanie zdravia obyvateľstva, a to aj zo strany poskytovateľov týchto služieb. Týmto nechceme znižovať dôležitosť povinnosti riadneho hradenia zdravotného poistenia a ďalších záväzkov voči štátu. Argumentujeme ale, že **štát má iné nástroje**, ktorými môže účinne zabezpečiť vymáhanie dlžných súm. Znižovanie rozsahu poskytovanej starostlivosti nie je tým správnym nástrojom vymáhania pohľadávok na preddavkoch zdravotného poistenia, a v prípade ľudí bez domova s veľkou pravdepodobnosťou pôsobí kontraproduktívne.

Denndenné situácie s klientmi našich služieb nás nabádajú informovať odbornú komunitu aj laickú verejnosť o situácii v oblasti dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre zraniteľné skupiny obyvateľstva, kam patria aj ľudia bez domova. **Tieto skúsenosti nám ukazujú, že neexistuje populačné zdravie bez zdravia všetkých skupín obyvateľstva.** Dostupnosť zdravotnej starostlivosti vychádza z princípu rovnosti uznávajúcom širšie socioekonomické determinanty. Práve bariéry ferovej dostupnosti k zdravotnej starostlivosti je potrebné bezodkladne vyriešiť, ak sa máme nazývať spravodlivou a solidárnou spoločnosťou.

## *Povinnosť štátu chrániť zdravie všetkých obyvateľov*

V snahe zabrániť vzniku retrogresívnych a diskriminačných politík vychádza Ústava Slovenskej republiky, ako aj medzinárodné dohovory, ktorými je SR viazaná, z poznania celospoločenského benefitu zdravej populácie a znižovania nerovnosti v zdraví a socioekonomickej situácie v spoločnosti. **Štát má povinnosť chrániť zdravie všetkých obyvateľov** a hľadať spôsoby, ako zabezpečiť dostupnosť zdravotnej starostlivosti aj marginalizovaným skupinám. V záujme zdravej populácie a z toho vyplývajúcej spoločenskej a ekonomickej prosperity je nevhodné, aby dlhy na zdravotnom poistení bránili obyvateľom v prístupe ku kvalitnej a adekvátnej zdravotnej starostlivosti.

## *Ciele a členenie analýzy*

Predkladaná analýza sa zaoberá otázkou, **či by súčasné legislatívne nastavenie obstálo v teste svojich záväzkov** vyplývajúcich z Ústavy a medzinárodných zmlúv, a to najmä s ohľadom na marginalizované skupiny obyvateľstva. V prvej časti analýzy sa venujeme **ústavnoprávnemu rozmeru ochrany práva na zdravie** a práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť. Táto časť obsahuje tiež podrobný rozbor práva na zdravie v troch medzinárodných ľudskoprávných dokumentoch: Medzinárodnom pakte OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva, revidovanej Európskej sociálnej charte a Európskom dohovore o ochrane ľudských práv a základných slobôd.

Druhá časť analýzy prináša **rozbor právnej úpravy v SR a jej legislatívnu históriu** s príslušnými dôvodovými správami. Z právnej úpravy vyplýva, že prístup k len neodkladnej zdravotnej starostlivosti majú v zásade dve skupiny osôb, a to sú dlžníci na zdravotnom poistení a poistenci, ktorí nepodali prihlášku na zdravotné poistenie a osoby bez štátnej príslušnosti bez poistného vzťahu. Podrobnejšie sa venujeme hlavne prvej skupine, teda dlžníkom. Z analýzy ďalej vyplýva, že dôvodové správy len veľmi stroho a nedostatočne odôvodňujú potrebnosť súčasného legislatívneho nastavenia. To prináša nielen neúnosnú situáciu pre osoby dlžiacie na zdravotnom poistení, ale spôsobuje aj eticko-morálne dilemy a dodatočnú administratívnu záťaž pre lekárov. V závere druhej časti stručne predstavujeme systém bezplatnej zdravotnej starostlivosti pre osoby s dlhom na zdravotnom poistení v Českej republike, ktorý môže slúžiť ako model pre slovenskú právnu úpravu.

Záverečná časť predkladanej publikácie obsahuje argumenty podporujúce záver, že súčasné legislatívne nastavenie upravujúce prístup k zdravotnej starostlivosti pre osoby dlžiacie na zdravotnom poistení, **môže byť v rozpore s medzinárodnými záväzkami SR** v oblasti práva na zdravie, ako aj v rozpore s Ústavou SR. Z týchto dôvodov navrhujeme konkrétne zmeny v legislatíve SR.

# ÚSTAVNOPRÁVNA A MEDZINÁ- RODNÁ OCHRANA PRÁVA NA ZDRAVIE

## 2.

Ústredným motívom tejto štúdie je obmedzená dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre ľudí bez domova, ktorí sú dlžníkmi. Z ľudskoprávneho hľadiska ide primárne o otázku práva na ochranu zdravia, no situácie vznikajúce v súvislosti s poskytovaním zdravotnej starostlivosti pre osoby bez domova sa často dotýkajú aj otázok ľudskej dôstojnosti, fyzickej integrity či zákazu zlého zaobchádzania. V najhoršom prípade môžu zasahovať aj do práva na život. Nasledovná kapitola obsahuje právny rozpor práva na ochranu zdravia a ďalších relevantných ustanovení v Ústave SR, vrátane rozhodovacej praxe Ústavného súdu SR. Následne sa venujeme právu na zdravie v troch medzinárodných zmluvách, ktoré sú pre SR záväzné, a to Medzinárodnému paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, revidovanej Európskej sociálnej charte a Európskemu dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd. Analýza obsahuje odkazy na rozhodovaciu prax orgánov dohliadajúcich na dodržiavanie týchto medzinárodných zmlúv.

## PRÁVO NA OCHRANU ZDRAVIA A ÚSTAVA SR

### 2.1

Ústava SR zaraďuje právo na zdravie medzi základné ľudské práva a slobody a výslovne ho garantuje v článku 40. Z dikcie tohto ustanovenia je zřejmé, že obsahuje dve práva: (I) právo každého na ochranu zdravia, a (II) právo občanov na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke pomôcky na základe zdravotného poistenia za podmienok ustanovených zákonom.

## ČLÁNOK 40

**Každý má právo na ochranu zdravia. Na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanoví zákon.**

(I) Ústava formuluje právo na ochranu zdravia ako **právo každého** (na rozdiel od práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, ktoré Ústava priznáva len občanom). Právo na ochranu zdravia preto nie je viazané na občianstvo, pobyt alebo iný status a je potrebné ho chrániť bez akejkoľvek diskriminácie (teda bez ohľadu na pohlavie, rod, rasu, národnosť, náboženské presvedčenie, majetok, sociálne postavenie či ďalšie skutočnosti).<sup>1</sup>

(II) Druhé z Ústavou garantovaných práv je právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a zdravotnícke pomôcky. Toto právo ale neznamená, že všetky úkony zdravotnej starostlivosti a zdravotnícke pomôcky budú poskytované bezplatne. *Bezplatnosť* je viazaná na občianstvo SR, účasť na zdravotnom poistení a podmienky, ktoré upravuje zákon. Aby išlo o ústavné právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, musia byť splnené všetky tri predpoklady: štátne občianstvo, existencia poistenia a podmienky stanovené zákonom.<sup>2</sup> Ústava tiež odkazuje na zákon, ktorý má stanoviť podmienky poskytovania bezplatnej zdravotnej starostlivosti, vrátane toho, v akom rozsahu sa poskytuje bezplatne.<sup>3</sup> Ústava tiež predpokladá, že zákon určí rozsah povinného zákonného zdravotného poistenia a rozsah jeho bezplatnosti.<sup>4</sup>

Ústava nevymedzuje obsah a rozsah práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, tento musí byť definovaný *zákonom*. Podmienky, rozsah a spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti, ako akýsi základ obsahu základného práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť, musia mať vždy zákonnú formu.<sup>5</sup> Zákonná úroveň ochrany tohto práva nemôže byť znížená podzákonným právnym predpisom, môže byť

1. Porovnaj tiež Nález Ústavného súdu SR, PL. ÚS 8/04, 18. 10. 2005, ods. 16: „Vychádzajúc z modelu materiálneho chápania rovnosti treba povedať, že nie je dôležité, aké rozdiely medzi ľuďmi existujú, pretože ľudia majú rovnakú hodnotu, a preto zasluhujú rovnakú starostlivosť a rešpekt (čl. 12 ods. 1 ústavy). Vyplýva to zo všeobecných hodnôt ľudskej dôstojnosti, autonómnosti a rovnakej ceny každého individua, ktoré tvoria základ pre zákaz nespravodlivej diskriminácie ľudských

bytosť bez ohľadu na ich postavenie v spoločnosti.“  
2. Nález Ústavného súdu SR, PL. ÚS 38/03, 17. 5. 2004. Nález sa týka zavedenia poplatkov za služby spojené s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.  
3. Tamtiež.  
4. Tamtiež.  
5. Nález Ústavného súdu SR, PL. ÚS 8/1994, 6. 10. 1994. Pozri tiež PL. ÚS 16/05, 2. 7. 2008.

ale podzákonými normami rozšírená.<sup>6</sup> Domáhať sa práva na ochranu zdravia a bezplatnú zdravotnú starostlivosť možno len v medziach zákonov, ktoré tieto ustanovenia vykonávajú (čl. 51 ods. 1 Ústavy).

**Právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť nie je absolútne a možno ho obmedziť zákonom. Zákon určí rozsah povinného zdravotného poistenia a rozsah bezplatných služieb. Obmedzenia bezplatnosti však musia prejsť testom zákonnosti a proporcionality.**

Ústavný súd v judikatúre stanovil podmienky, ktoré musí zákonodarca dodržať pri obmedzovaní tohto práva (*tzv. test zákonnosti a proporcionality*). Akékoľvek obmedzenie práva na bezplatnú zdravotnú starostlivosť:

- nesmie byť negáciou rešpektovania základného práva na zdravie,
- možno ho uložiť len zákonom alebo na základe zákona, v jeho medziach a pri zachovaní základných práv a slobôd,
- musí byť použité len na ustanovený cieľ a zákonodarca musí dbať na podstatu a zmysel daného základného práva.<sup>7</sup>

Ústavný súd napríklad rozhodol, že od občanov možno za určitých okolností požadovať finančnú spoluúčasť za určité úkony zdravotnej starostlivosti či určité zdravotnícke pomôcky.<sup>8</sup> V tejto súvislosti uviedol, že „ústavným zásadám pritom zodpovedá taký postup, aby sa finančná účasť občana týkala menej závažných ochorení alebo prípadov, v ktorých možno jeho finančnú účasť požadovať (napr. príplatky za stravu v rozsahu nákladov, ktoré by vynaložil, ak by nebol hospitalizovaný v zdravotníckom zariadení), ale aby boli zo zdravotného poistenia plne hrazené náklady liečenia, liekov a iných zdravotníckych pomôcok, ktoré majú život zachraňujúci charakter.“<sup>9</sup> Z tohto konštatovania Ústavného súdu možno vypozať určitú preferenciu smerom k bezplatnosti zdravotných úkonov, ktoré majú život zachraňujúci charakter.

6. Nález Ústavného súdu SR, PL. ÚS 16/05, 2. 7. 2008.

7. Nález Ústavného súdu PL. ÚS 38/03, 17. 5. 2004.  
Porovnaj tiež čl. 13 ods. 1 písm. a) a ods. 4 Ústavy SR.

8. Tamtiež.

9. Tamtiež.

Vo sfére sociálnych práv zákonodarca disponuje širokým priestorom pre úpravu podmienok ich uplatňovania, avšak vždy musí byť chránená aj **esenciálna podstata práva** na bezplatnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia.<sup>10</sup> Ústavný súd SR citoval dva nálezy Ústavného súdu Českej republiky, v ktorých tento interpretoval článok 31 Listiny základných práv a slobôd, ktorého obsah je takmer zhodný s článkom 40 Ústavy SR. Ústavný súd Českej republiky zdôrazňuje, že „esenciálnym obsahom (jádrom) čl. 31 vety druhej Listiny je ústavní zakotvení obligatorního systému veřejného zdravotního pojištění, který vybírá a kumuluje prostředky od jednotlivých subjektů (plátců), aby je mohl na základě **principu solidarity** přerozdělit a umožnit jejich čerpání potřebným, nemocným, chronikům. Ústavní garanci, na základě které se bezplatná zdravotní péče poskytuje, požívá pouze a jenom suma takto shromážděných prostředků“ (nález ÚS SR z 20. mája 2008 vo veci Pl. ÚS 1/08, bod 106), a že z hľadiska ústavnosti „je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny **nebyl zákonem fakticky vyprazdňován**“, pričom sa nadväzne pokúša obsahovo zadefinovať, že „v jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění **plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní**“ (nález ÚS SR z 20. júna 2013 vo veci Pl. ÚS 36/11, bod 42).<sup>11</sup>

Okrem článku 40 možno právo na zdravie nájsť v ďalších ústavných ustanoveniach. Článok 15 zaručuje **právo na život a ochranu ľudského života**. Právo na život je základom i pre práva vyplývajúce z oblasti ochrany zdravia človeka.<sup>12</sup> Na jeho realizácii sa podieľa priamo štát, ktorý má chrániť toto právo nielen vo vzťahu k útokom iných, ale uskutočňovať aj osobitné opatrenia v oblasti ochrany zdravia.<sup>13</sup> Štát musí zabezpečovať ochranu každého, najmä však osôb ohrozených, napr. detí, starých a bezmocných osôb.<sup>14</sup>

S právom na zdravie nepochybne súvisí aj článok 16 zaručujúci **právo na nedotknuteľnosť osoby a jej súkromia** a zákaz krutého, neľudského či ponižujúceho zaobchádzania alebo trestu. Právo na nedotknuteľnosť osoby sa chápe aj vo vzťahu k telesnej a duševnej nedotknuteľnosti a pretavuje sa do práva na slobodný a informovaný súhlas s akýmkoľvek zásahom do tejto sféry.<sup>15</sup> **Zákaz krutého, neľudského a ponižujúceho zaobchádzania** alebo trestu je absolútny, čo znamená, že nemôže byť ospravedlnený za žiadnych okolností.

Ústava v článku 19 zaručuje každému právo na zachovanie **ľudskej dôstojnosti**. Účel ochrany ľudskej dôstojnosti sa vymedzuje ako ochrana pred zaobchádzaním, ktoré poníža dôstojnosť človeka ako ľudskej bytosti.<sup>16</sup> Toto ustanovenie ďalej chráni každého pred neoprávneným zasahovaním do súkromného a rodinného života.



Nezanedbateľný význam pre právo na zdravie má aj článok 44 Ústavy, ktorý zaručuje právo na **priaznivé životné prostredie**. Priaznivé životné prostredie implikuje požiadavku na zdravé životné prostredie.<sup>17</sup>

Ústava SR – okrem práva na ochranu zdravia – zaručuje aj právo na život a jeho ochranu, právo na nedotknuteľnosť osoby, zákaz ponižujúceho zaobchádzania a zachovanie ľudskej dôstojnosti. Tieto práva sú od práva na ochranu zdravia neoddeliteľné a napomáhajú jeho interpretácii a uplatneniu.

## MEDZINÁRODNÉ PRÁVO A ZÁVÄZKY Z NEHO VYPLÝVAJÚCE PRE SR

## 2.2

Právo na ochranu zdravia je typické sociálne právo, ktoré je na medzinárodnej úrovni primárne zakotvené v Medzinárodnom pakte o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach. Keďže Slovenská republika je členským štátom Rady Európy, predkladaná analýza obsahuje aj rozpor práva na zdravie v revidovanej Európskej sociálnej charte, a v Európskom dohovore o ochrane ľudských práv a základných slobôd. Všetky tri medzinárodné zmluvy Slovenská republika ratifikovala a tým sa ich zaviazala dodržiavať. Podľa Ústavy SR majú tieto medzinárodné zmluvy prednosť pred zákonmi, ak zabezpečujú väčší rozsah základných práv a slobôd.<sup>18</sup>

10. Nález Ústavného súdu SR, PL. ÚS 49/2015, z 15. 11. 2017, ods. 27.

11. Tamtiež.

12. ČIČ, Milan: *Komentár k Ústave Slovenskej Republiky*. Žilina : Eurokódex, 2012. ČiČ uvádza: „O takomto širšom ‚zázemí‘ práva na život svedčí aj to, že pôvodný návrh formulácie obdobného Článku Listiny základných práv a slobôd spája toto právo s právom ‚na zdravé podmienky života‘.“

13. Tamtiež. ČiČ vymenováva oblasti prevencie

a poskytnutia ochrany pred živelnými pohromami, epidémiami, nákazlivými chorobami.

14. Tamtiež.

15. Tamtiež.

16. Tamtiež. Na ústavnú úpravu nadväzuje občianskoprávna ochrana tzv. osobnostných práv, vrátane ľudskej dôstojnosti v § 11 a nasl. Občianskeho zákonníka (zák. č. 40/1964 Zb.).

17. Tamtiež.

18. Čl. 11 Ústavy SR.

## *Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach*

Na úrovni OSN upravuje právo na zdravie **Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach** (ICESCR, ďalej len „Pakt OSN“) z roku 1966, ktorý je pre Slovensko záväzný.<sup>19</sup> Pakt OSN upravuje v článku 12 právo na dosiahnutie najvyššej dosiahnuteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. Článok 12 vychádza z premisy, že zdravie je dôležité pre dôstojný život jednotlivca a že zdravý jedinec je dôležitý pre spoločnosť. Toto ustanovenie tiež vychádza z medzinárodného konsenzu, že štáty nesú zodpovednosť za zdravie svojich obyvateľov, a že toto môže byť naplnené iba prijatím zodpovedajúcich zdravotných a sociálnych opatrení.

### ČLÁNOK 12

1. Štáty, zmluvné strany paktu, uznávajú právo každého na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia.
2. Štáty, zmluvné strany paktu, urobia opatrenia na dosiahnutie plného uskutočnenia tohto práva, ktoré budú zahŕňať:
  - a) opatrenia na zníženie počtu potratov a dojčenskej úmrtnosti a opatrenia pre zdravý vývoj dieťaťa;
  - b) zlepšenie všetkých stránok vonkajších životných podmienok a priemyselnej hygieny;
  - c) prevenciu, liečenie a kontrolu epidemických, miestnych chorôb, chorôb z povolania a iných chorôb;
  - d) vytvorenie podmienok, ktoré by každému zabezpečili lekársku pomoc a starostlivosť v prípade choroby.

<sup>19</sup> Vyhláška ministra zahraničných vecí č. 120/1976 Zb. z 10. 5. 1976 o Medzinárodnom pakte o občianskych

a politických právach a Medzinárodnom pakte o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach.

## *Právo na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne zdravia*

Právo na zdravie interpretoval Výbor OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva (CESCR, ďalej len „Výbor“) vo všeobecnom komentári č. 14.<sup>20</sup> Výbor používa **širokú definíciu** práva na zdravie. Právo na zdravie je podľa Výboru úzko prepojené s - a zároveň závislé od vykonávania ďalších ľudských práv - ako je právo na jedlo, bývanie, prácu, vzdelávanie, ľudskú dôstojnosť, život, nediskrimináciu, rovnosť, zákaz mučenia a zlého zaobchádzania, právo na súkromie, prístup k informáciám, slobodu zhromažďovania, združovania a pohybu. Tieto a ďalšie práva a slobody sú integrálnou súčasťou práva na zdravie.<sup>21</sup> Právo na zdravie sa neobmedzuje len na právo na zdravotnú starostlivosť, ale zahŕňa širokú škálu socioekonomických faktorov, ktoré podporujú podmienky, v ktorých ľudia môžu viesť zdravý život a zahŕňa tiež tzv. „základné determinanty zdravia“ ako sú jedlo a výživa, bývanie, prístup k bezpečnej a pitnej vode a primeraným hygienickým zariadeniam, bezpečné a zdravé pracovné podmienky a zdravé životné prostredie.<sup>22</sup>

Na druhej strane článok 12 Paktu OSN neznamena právo jednotlivca „byť zdravý“.<sup>23</sup> Výbor interpretuje „najvyššiu dosažiteľnú úroveň zdravia“ ako koncept zahŕňajúci dve zložky: biologické a socioekonomické predpoklady jednotlivca na jednej strane a dostupné zdroje štátu na druhej strane.<sup>24</sup> Výbor to vysvetľuje tým, že mnoho faktorov nesúvisí so vzťahom medzi jednotlivcom a štátom; štát nevie zabezpečiť dobré zdravie a nevie ani zaistiť ochranu pred každou možnou príčinou choroby. Dôležitú rolu v zdraví jednotlivca hrajú aj napr. genetické faktory, náchylnosť jednotlivca k rôznym chorobám či nezdravý alebo riskantný spôsob života. Preto právo na zdravie (alebo na jeho najvyššiu dosažiteľnú úroveň) musíme chápať ako právo na užívanie rôznych typov zariadení, tovarov, služieb a podmienok potrebných pre dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne zdravia.<sup>25</sup> Dalo by sa teda uzavrieť, že právo zakotvené v čl. 12 Paktu OSN nezaručuje jednotlivcovi právo byť zdravý, a nezaručuje ani to, že najvyššia dosažiteľná úroveň zdravia bude rovnaká v každom štáte, pretože posúdenie, čo je „dosažiteľné“ závisí od dostupnosti zdrojov v každom štáte.<sup>26</sup>

Článok 12 obsahuje v prvom odseku právo každého na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. V druhom odseku potom zaväzuje štáty na prijatie opatrení na dosiahnutie plného uskutočnenia tohto práva. Tieto opatrenia

20. CESCR, Všeobecný komentár č. 14 (2000). Právo na dosiahnutie najvyššie dosažiteľnej úrovne zdravia. E/C.12/2000/4 z 11. 8. 2000.

21. Všeobecný komentár č. 14, ods. 3

22. Tamtiež, ods. 4.

23. Tamtiež, ods. 8.

24. Tamtiež, ods. 9.

25. Tamtiež, ods. 9

26. TOBIN, T.: The Right to Health in International Law. Oxford : Oxford University Press, 2012, s. 124.

budú zahŕňať (a) opatrenia na zníženie počtu úmrtí pri pôrode a detskej úmrtnosti a opatrenia pre zdravý vývoj dieťaťa, (b) zlepšenie všetkých aspektov vonkajších životných podmienok a priemyselnej hygieny, (c) prevenciu, liečenie a kontrolu epidemických, endemických chorôb, chorôb z povolania a iných chorôb, a (d) vytvorenie podmienok, ktoré by každému zabezpečili lekársku pomoc a starostlivosť v prípade choroby. Posledné z uvedených opatrení zahŕňa povinnosť zabezpečiť včasný a nediskriminačný prístup k zdravotným službám, čo zahŕňa aj organizáciu systému zdravotného poistenia.<sup>27</sup>

### *Progresívna realizácia a maximálne využitie zdrojov*

Na rozdiel od občianskych a politických práv, ktoré podliehajú okamžitej realizácii, sociálne práva, vrátane práva na zdravie, je možné naplňovať postupne v čase. Pakt OSN pracuje s princípom tzv. **progresívnej realizácie práv** v ňom zaručených. Tento princíp je zakotvený v čl. 2 ods. 1 Paktu, podľa ktorého „každá zmluvná strana paktu sa zaväzuje podniknúť pri maximálnom využití svojich zdrojov (...) kroky na postupné dosiahnutie plného uskutočnenia práv uznaných v tomto pakte, a to všetkými vhodnými prostriedkami, vrátane prijatia zákonodárnych opatrení.“ Princíp progresívnej realizácie reflektuje skutočnosť, že väčšinu práv zakotvených v Pakte nebude možné uskutočniť zo dňa na deň. To ale neznamená, že sociálne práva zaručené v ňom nemajú žiadny obsah. Naopak, štáty majú povinnosť naplňovať ich tak rýchlo a efektívne, ako je to len možné.<sup>28</sup> Podľa Výboru majú štáty povinnosť v krátkom čase po jeho ratifikácii prijať zámerné, konkrétne a zacielené kroky smerom k naplneniu práv zaručených v Pakte.<sup>29</sup> Konkrétne pôjde najmä o prijatie legislatívnych zmien či akčných plánov. Pakt tiež vyžaduje, aby vnútroštátny právny systém uznával sociálne práva za súdne vymožiteľné a poskytol im súdnu ochranu.<sup>30</sup> Špecificky k právu na zdravie Výbor poukazuje na to, že štáty majú osobitný a pokračujúci záväzok konať tak rýchlo a efektívne, ako je to možné smerom k plnej realizácii práva na zdravie.<sup>31</sup>

Záväzky štátov možno rozdeliť do rôznych kategórií, Výbor pracuje s ich rozdelením na záväzok (I) rešpektovať (angl. *respect*), (II) chrániť (angl. *protect*) a (III) naplňovať (angl. *fulfil*). Záväzok rešpektovať má pasívnu či negatívnu povahu, od štátu požaduje, aby sa zdržal priameho či nepriameho zasahovania do práva na zdravie. Záväzok chrániť je

27. Všeobecný komentár č. 14, ods. 17.

28. CESCR, Všeobecný komentár č. 3. Povaha záväzkov Zmluvných strán (čl. 2 ods. 1 Paktu), E/1991/23, 14. 12. 190, ods. 9.

29. Všeobecný komentár č. 3, ods. 2.

30. Všeobecný komentár č. 3, ods. 5 a 6.

31. Všeobecný komentár č. 14, ods. 31.

aktívny, vyžaduje od štátu prijatie opatrení, ktoré zabránia tretím stranám zasiahnuť do práva na zdravie. Závazok naplňať je najkomplexnejší a jednoznačne pozitívny, štát musí prijať primerané legislatívne, administratívne, rozpočtové, súdne, propagačné a iné opatrenia smerom k úplnej realizácii práva na zdravie.<sup>32</sup>

Jedným z hlavných princípov článku 12 je **zákaz diskriminácie**. Výbor zdôrazňuje, že veľa opatrení na odstránenie diskriminácie možno spraviť s minimálnym využitím zdrojov, napríklad prostredníctvom prijatia, zmeny či zrušenia diskriminujúcej legislatívy alebo šírenia informácií. Aj v časoch rozpočtovej krízy majú štáty povinnosti chrániť zraniteľné skupiny obyvateľstva napríklad prijatím nízko nákladových zacielených programov.<sup>33</sup> Výbor zdôrazňuje dôležitosť **rovného prístupu** k zdravotnej starostlivosti a službám. *Štáty majú osobitnú povinnosť poskytnúť tým, ktorí nemajú dostatočné prostriedky, potrebné zdravotné poistenie a prístup k zdravotným zariadeniam, a zabrániť akejkoľvek diskriminácii zo zakázaných dôvodov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a služieb, obzvlášť pokiaľ ide o minimálne záväzky v oblasti zdravia. Neprimerané rozvrhnutie zdrojov* môže viesť k diskriminácii, ktorá nie je na prvý pohľad zjavná. Ako príklad Výbor uvádza, že prostriedky nesmú byť vynakladané v neprimeranej výške na drahé liečebné služby dostupné len malej privilegovanej skupine obyvateľstva, ale musia ísť na základnú a preventívnu zdravotnú starostlivosť dostupnú pre široké skupiny obyvateľstva.<sup>34</sup> Diskriminovať nemožno okrem iného ani z dôvodu zlej ekonomickej či sociálnej situácie, pričom do tejto kategórie spadajú hlavne osoby žijúce v chudobe a osoby bez domova. Tieto často čelia diskriminácii, stigmatizácii a negatívnym stereotypom, ktoré môžu viesť k odopretiu alebo nerovnému prístupu k zdravotnej starostlivosti, prípadne poskytovaniu nižšieho štandardu zdravotnej starostlivosti v porovnaní s ostatnými.<sup>35</sup>

Princíp progresívnej realizácie práv v sebe ďalej obsahuje aj tzv. **zákaz retrogresie**, inak povedané, zákaz znižovania už dosiahnutého štandardu.<sup>36</sup> Tak ako ostatné práva zaručené Paktom, aj pri práve na zdravie existuje silný predpoklad, že akékoľvek opatrenia znižujúce štandard práva na zdravie nie sú povolené (takzvaný zákaz spätného pohybu, angl. *retrogression*). Pri každom úmyselnom opatrení znižujúcom štandard existujúceho práva musí štát preukázať, že pred jeho prijatím veľmi starostlivo zvážil každú alternatívu a že prijatie takéhoto opatrenia sleduje účel dosiahnutia všetkých práv zaručených Paktom v kontexte využitia maxima dostupných zdrojov.<sup>37</sup>

32. Všeobecný komentár č. 14, ods. 33.

33. Všeobecný komentár č. 14, ods. 18.

34. Všeobecný komentár č. 14, ods. 19.

35. CESRC. Všeobecný komentár č. 20. Nediskriminácia v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (čl. 2 ods. 2), E/C.12/GC/20, 2. 7. 2009, ods. 35.

Niektoré práva zaručené v Pakte podliehajú **okamžitej realizácii** (tzv. záväzky okamžitej povahy). V kontexte práva na zdravie ide najmä o zákaz diskriminácie a záväzok prijať kroky k plnej realizácii práva na zdravie. Tieto kroky musia byť **zámerné, konkrétne a zacielené** smerom k plnej realizácii práva na zdravie.<sup>38</sup>

Ďalším prelomením princípu progresívnej realizácie je koncept tzv. **minimálneho jadra každého práva**. To znamená, že bez ohľadu na dostupné zdroje musia štáty naplňovať aspoň minimálny základ (jadro) každého práva záručného v Pakte.<sup>39</sup> Čo konkrétne je jadrom práva na zdravie, je predmetom nadväzujúcej podkapitoly.

### *Minimálne jadro práva na zdravie*

Výbor vo všeobecnom komentári č. 3 uviedol, že štáty majú za každých okolností minimálnu povinnosť (angl. *core obligation*) zabezpečiť uspokojenie aspoň minimálnej, základnej úrovne každého práva zaručeného v Pakte.<sup>40</sup> Ide o základný obsah, jadro každého práva, ktoré štát musí naplňovať za každých okolností, bez ohľadu na rozpočtové či iné problémy.

Vo vzťahu k právu na zdravie Výbor vo všeobecnom komentári č. 14 výslovne uviedol, čo považuje za *jadro* práva na zdravie:

- zabezpečiť právo na prístup k zdravotným zariadeniam, tovarom a službám na nediskriminačnom základe, predovšetkým pre zraniteľné a marginalizované skupiny,
- zabezpečiť prístup aspoň k minimálnej, základnej dávke jedla, ktoré je nutrične vyvážené a bezpečné, zabezpečiť, aby nikto nehľadoval,
- zabezpečiť prístup k základnému príbytku, bývaniu a hygienickým zariadeniam, a dodávky bezpečnej a pitnej vody,
- zabezpečiť základné lieky podľa Akčného programu WHO k základným liekom,
- zabezpečiť spravodlivé rozdelenie všetkých zdravotných zariadení, tovarov a služieb,

---

<sup>36.</sup> Všeobecný komentár č. 3, ods. 9.

<sup>37.</sup> Všeobecný komentár č. 14, ods. 32.

<sup>38.</sup> Všeobecný komentár č. 14, ods. 30.

<sup>39.</sup> Všeobecný komentár č. 3, ods. 10.

<sup>40.</sup> Všeobecný komentár č. 3, ods. 10.

- prijať a implementovať do praxe národnú stratégiu verejného zdravia a akčný plán na základe epidemiologických dôkazov, ktorý bude riešiť zdravotného problému celej populácie. Táto stratégia a akčný plán musia byť pravidelne prehodnocované v participačnom a transparentnom procese. Metodologicky sa musí opierať o zdravotné indikátory a údaje, ktoré je možné monitorovať. Proces prijímania stratégie a akčného plánu a ich obsah musí osobitne dbať na všetky zraniteľné a marginalizované skupiny.<sup>41</sup>

Výbor ďalej určil ďalšie záväzky, ktoré síce nepovažuje za jadro práva na zdravie, ale ktoré majú, podľa jeho slov, porovnateľnú prioritu:

- zabezpečiť reprodukčnú, materskú (pred aj popôrodnú) a pediatrickú zdravotnú starostlivosť,
- očkovanie proti najčastejším infekčným chorobám v danej komunite,
- prijať opatrenia na predchádzanie, liečbu a kontrolu epidemických a endemických chorôb,
- zaistiť vzdelávanie a prístup k informáciám vzhľadom na hlavné zdravotné problémy v komunite, vrátane spôsobu ich predchádzania a kontroly,
- zabezpečiť primerané vyškolenie zdravotníckeho personálu, vrátane vzdelania o práve na zdravie a o ľudských právach.<sup>42</sup>

## DOSTUPNOSŤ, PRÍSTUPNOSŤ, PRIJATEĽNOSŤ A KVALITA

Právo na zdravie vo všetkých formách a na všetkých úrovniach obsahuje tieto základné zložky: (i) dostupnosť (angl. *availability*), (ii) prístupnosť (angl. *accessibility*), (iii) prijateľnosť (angl. *acceptability*) a (iv) kvalita (angl. *quality*).<sup>43</sup> Aplikácia týchto zložiek bude závisieť od podmienok v konkrétnom štáte.

---

<sup>41.</sup> Všeobecný komentár č. 14, ods. 43.  
<sup>42.</sup> Všeobecný komentár č. 14, ods. 44.

<sup>43.</sup> Všeobecný komentár č. 14, ods. 12.

## *Dostupnosť*

Dostupnosť v kontexte práva na zdravie znamená, že štát musí zabezpečiť fungujúce inštitúcie a programy v oblasti verejného zdravia a zariadenia zdravotnej starostlivosti, a to v dostatočnom množstve. Presná povaha týchto zariadení, tovarov a služieb v konkrétnom štáte bude samozrejme závisieť od rôznych faktorov. V každom prípade ale pôjde o bezpečnú a pitnú vodu a adekvátne hygienické zariadenia, nemocnice, kliniky a ďalšie zdravotnícke zariadenia, vyškolený a primerane ohodnotený zdravotný a odborný personál a zabezpečenie základných liekov. Všetky tieto zariadenia, tovary a služby zahrňuje Výbor pod základné determinanty zdravia, čo má význam pri posudzovaní ďalších aspektov práva na zdravie.

## *Prístupnosť*

Zdravotné zariadenia, tovary a služby musia byť prístupné každému, kto sa nachádza v jurisdikcii daného štátu, a to bez diskriminácie. To je veľmi široká definícia a zahŕňa naozaj všetky osoby nachádzajúce sa na území daného štátu alebo pod jeho kontrolou, vrátane najviac zraniteľných a vylúčených skupín obyvateľstva, ako sú napríklad etnické a náboženské menšiny, osoby bez domova, osoby so zdravotným postihnutím, osoby bez štátneho občianstva, migranti bez dokladov a pod. Prístupnosť má štyri rôzne a navzájom sa prelínajúce dimenzie:

*Nediskriminácia* – zdravotné zariadenia, tovary a služby musia byť dostupné všetkým bez diskriminácie, právne aj fakticky, a to obzvlášť najviac zraniteľným a marginalizovaným skupinám obyvateľstva.<sup>44</sup>

*Fyzická prístupnosť* – znamená, že zdravotné zariadenia, tovary a služby musia byť v rámci bezpečného fyzického dosahu všetkých skupín obyvateľstva, a to znovu obzvlášť pre najviac zraniteľných, a to v odľahlých oblastiach. Fyzická prístupnosť tiež zahŕňa prístup do budov pre osoby s postihnutím.

*Ekonomická prístupnosť (cenová dostupnosť)* – zdravotné zariadenia, tovary a služby musia byť cenovo dostupné všetkým, vrátane sociálne znevýhodnených skupín obyvateľstva. Všetky platby za zdravotné služby, a to vrátane služieb za základné determinanty zdravia, musia byť založené na princípe spravodlivosti (angl. *equity*). To znamená, že chudobnejšie domácnosti nesmú byť neprimerane zaťažované výdavkami na zdravotnú starostlivosť oproti bohatším domácnostiam.



*Prístup k informáciám* – prístupnosť nakoniec znamená aj právo vyhľadávať, prijímať a šíriť informácie a idey v oblasti zdravia. Toto právo ale nesmie zasiahnuť do práva na dôvernú povahu osobných zdravotných údajov.

## *Prijateľnosť*

Koncept prijateľnosti znamená, že všetky zdravotné zariadenia, tovary a služby musia rešpektovať lekársku etiku a byť kultúrne vhodné. Inými slovami musia rešpektovať kultúrne odlišnosti jednotlivcov, menšín a komunit, musia byť citlivé k rozdielom medzi pohlaviami a prispôsobené životnému cyklu pacientov. Musia byť tiež navrhnuté tak, aby rešpektovali súkromie pacientov a smerovali k zlepšeniu ich zdravotného stavu.

## *Kvalita*

Zdravotné zariadenia, tovary a služby musia byť vedecky a lekársky vhodné a musia dosahovať dobrú kvalitu. Môžeme sem zahrnúť napríklad vyškolený zdravotnícky personál, vedecky schválené lieky a vybavenie nemocníc, lieky v záručnej lehote, bezpečnú a pitnú vodu a primerané hygienické zariadenia.

## *Univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti*

Článok 12 Paktu obsahuje povinnosť štátu zabezpečiť prístup k zdravotným zariadeniam, tovarom a službám na nediskriminačnom základe, predovšetkým pre zraniteľné a marginalizované skupiny obyvateľstva.<sup>45</sup> Ako sme uviedli vyššie, tento záväzok má okamžitú povahu, pretože ho Výbor zaradil od jadra práva na zdravie. Medzi zraniteľné a marginalizované skupiny obyvateľstva Výbor zaraduje etnické, náboženské či sexuálne menšiny, ženy, deti, ale aj chudobné osoby.<sup>46</sup> Výbor zdôrazňuje, že štáty musia zabezpečiť spravodlivé rozdelenie finančných zdrojov v zdravotníctve, aby dosiahli univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti. Nespravodlivé rozdelenie finančných zdrojov totiž môže viesť k nepriamej diskriminácii zraniteľných a marginalizovaných skupín obyvateľstva.<sup>47</sup>

---

44. Všeobecný komentár č. 14, ods. 18. Medzi zakázané dôvody diskriminácie Výbor zaraďuje rasu, farbu pleti, pohlavie, jazyk, náboženské, politické alebo iné presvedčenie, národnostný alebo sociálny pôvod, majetok, pôvod, fyzické alebo duševné zdravotné postihnutie, zdravotný stav (vrátane HIV/AIDS), sexuálnu orientáciu,

civilný, politický, sociálny alebo iný status.

45. Všeobecný komentár č. 14, ods. 43.

46. Osobitný spravodajca OSN pre právo na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. *Priebežná správa o financovaní zdravotných systémov*, A/67/302. 13. 8. 2012, ods. 10.

47. Tamtiež, ods. 10.

Spravodlivé rozdelenie zdrojov v zdravotníctve možno dosiahnuť predovšetkým správnym nasmerovaním finančných zdrojov získaných zo zdravotného poistenia medzi rôzne skupiny obyvateľstva, od bohatých k chudobným, od zdravých k chorým. Správne presmerovanie finančných zdrojov tak ochráni marginalizované a zraniteľné skupiny, ako napríklad chudobné obyvateľstvo, pred pre nich katastrofickými nákladmi na zdravotnú starostlivosť a zabezpečuje prístup k zdravotným službám, ktoré by si inak nemohli dovoliť.<sup>48</sup> Štáty tiež musia nasmerovať zdroje predovšetkým do primárnej a preventívnej zdravotnej starostlivosti pre všetkých a posilňovať prístup k zdravotnej starostlivosti v rurálnych a odľahlých oblastiach.<sup>49</sup>

Štáty majú povinnosť odstraňovať finančné bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť, aby nemožnosť zaplatiť neovplyvňovala rozhodnutie jednotlivca vyhľadať zdravotnú starostlivosť.<sup>50</sup> Hlavnou bariérou v prístupe k zdravotnej starostlivosti sú platby v hotovosti, ktoré majú na chudobné obyvateľstvo likvidačný dopad. Štáty by mali prinajmenšom obmedziť alebo zrušiť také platby, ktoré neprimerane postihujú chudobné obyvateľstvo.<sup>51</sup>

## EURÓPSKA SOCIÁLNA CHARTA (REVIDOVANÁ)

Európska sociálna charta (revidovaná) z roku 1996 zakotvila právo na ochranu zdravia v článku 11, pričom Slovenská republika tento článok zaradila medzi tie, ktorými je viazaná.<sup>52</sup>

Chartu interpretuje a na jej dodržiavanie členskými štátmi dohliada Európsky výbor pre sociálne práva so sídlom v Štrasburgu (ďalej v tejto časti len „Európsky výbor“), a to prostredníctvom pravidelného monitorovania správ predložených členskými štátmi, ako aj prostredníctvom rozhodovacej činnosti o kolektívnych sťažnostiach.<sup>53</sup>

---

48. Tamtiež, ods. 11.

49. Tamtiež, ods. 12-13.

50. Tamtiež, ods. 34.

51. Tamtiež, ods. 35.

52. SR ratifikovala revidovanú Európsku sociálnu chartu 20. 3. 2009. Ide o medzinárodnú zmluvu podľa čl. 7 ods. 5 Ústavy Slovenskej republiky, ktorá má prednosť pred zákonmi. Pre zoznam článkov, ktoré sú pre SR záväzné, pozri Oznámenie MZV 273/2009 Z. z.

53. Kolektívne sťažnosti na porušenia ustanovení Európskej sociálnej charty možno predkladať len proti tým štátom, ktoré ratifikovali Dodatokový protokol k Európskej sociálnej charte z roku 1995. Slovenská republika tento protokol podpísala 18. 11. 1999, ale doposiaľ ho neratifikovala. Napríklad Česká republika dodatkový protokol ratifikovala v roku 2012.

## ČLÁNOK 11

### **Právo na ochranu zdravia**

Na zabezpečenie účinného výkonu práva na ochranu zdravia sa zmluvné strany zaväzujú prijať vhodné opatrenia buď priamo alebo v spolupráci s verejnými alebo súkromnými organizáciami, určené okrem iného na:

1. odstraňovanie, ak je to možné, príčin zhoršovania zdravotného stavu,
2. poskytovanie poradenských alebo vzdelávacích služieb na podporu zdravia a rozvoj osobnej zodpovednosti v otázkach zdravia,
3. predchádzanie, ak je to možné, epidemickým, endemickým a iným chorobám, ako aj úrazom.

Článok 11 zaručuje každému právo na najvyššie dosažiteľnú úroveň zdravia a právo na prístup k zdravotnej starostlivosti.<sup>54</sup> Pri interpretácii obsahu práva na zdravie Európsky výbor odkazuje na definíciu zdravia Svetovej zdravotníckej organizácie, podľa ktorej je zdravie stav úplného fyzického, duševného a sociálneho blaha (*well-being*), a nie iba absencia ochorenia.<sup>55</sup>

Európsky výbor vo svojej činnosti **zdôrazňuje prepojenie práva na zdravie a ľudskej dôstojnosti**. Opakovane a v rôznych súvislostiach uviedol, že zdravotná starostlivosť je predpokladom pre zachovanie ľudskej dôstojnosti.<sup>56</sup> Neoddeliteľnou súčasťou práva na zdravie je povinnosť rešpektovať fyzickú a psychickú integritu jednotlivca.<sup>57</sup> Zachovanie ľudskej dôstojnosti bráni štátu odoprieť zdravotnú pomoc osobám cudzej štátnej príslušnosti nachádzajúcim sa na jeho území bez oprávnenia

<sup>54.</sup> Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights. In: Council of Europe, december 2018, s. 128. Pozri tiež Marangopoulos Foundation for Human Rights (MFHR) proti Grécku, sťažnosť č. 30/2005, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 6. 12. 2006, ods. 202.

<sup>55.</sup> Digest (c. d.), s. 128. Pozri tiež Transgender Europe

a ILGA-Europe proti Českej republike, sťažnosť č. 117/2015, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 15. 5. 2018, ods. 71.

<sup>56.</sup> International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) proti Francúzsku, sťažnosť č. 14/2003, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 8. 9. 2004, ods. 31.

k pobytu; takáto právna úprava alebo prax je v rozpore s Chartou.<sup>58</sup> Európsky výbor dospel k takémuto záveru napriek tomu, že cudzí štátni príslušníci zdržujúci sa na území bez oprávnenia k pobytu sú z aplikácie Charty vyňatí. Európsky výbor uviedol, že obmedzenie pôsobnosti Charty nemôže zbaviť jednotlivca základných práv, ako je právo na život, fyzickú integritu alebo na zachovanie ľudskej dôstojnosti, a to bez ohľadu na ich právne postavenie.<sup>59</sup>

Článok 11 formuluje pre štát tzv. **pozitívne záväzky**, t. j. povinnosť štátu prijať opatrenia, ktoré každému zaručia právo na najvyššie dosažiteľnú úroveň zdravia.<sup>60</sup> Príkladom takéhoto pozitívneho záväzku, ktorý je obsiahnutý v bode 1 tohto článku, je aj **rovný prístup ku kvalitnej zdravotnej starostlivosti**.<sup>61</sup> Právo na prístup k zdravotnej starostlivosti nesmie byť obmedzené marginalizovaným skupinám. Európsky výbor vo svojej činnosti prikladá zvláštnu pozornosť napĺňaniu práva na zdravie v prípade znevýhodnených a zraniteľných skupín obyvateľstva. Dôležité pravidlo znie, že akékoľvek obmedzenie práva na zdravie nesmie byť interpretované spôsobom, ktorý by zabránil efektívnemu výkonu práva na ochranu zdravia pre **marginalizované skupiny** obyvateľstva.<sup>62</sup> Štáty musia byť mimoriadne obozretné v tom, aký dopad má voľba konkrétnych politik a opatrení na zraniteľné skupiny a ďalšie dotknuté osoby.<sup>63</sup>

System zdravotnej starostlivosti musí byť prístupný všetkým, predovšetkým musí byť zdravotná starostlivosť dostupná tým, ktorí ju potrebujú, **a musí byť zdarma pre tých, ktorí nemajú dostatok príjmov**.<sup>64</sup> Financovanie zdravotnej starostlivosti musí niest celá komunita, pričom výdavky na zdravotnú starostlivosť nesmú predstavovať pre jednotlivcov neprimeranú finančnú záťaž, napr. Európsky výbor odporúča čo najviac obmedziť hotovostné platby.<sup>65</sup> Zároveň tiež musí existovať mechanizmus ako znížiť finančnú záťaž pre pacientov z marginalizovaných komunit. System zdravotnej starostlivosti musí sledovať princípy spravodlivosti, kvality a efektivity a prístup k zdravotnej starostlivosti musí byť zabezpečený pre všetkých **bez diskriminácie**.<sup>66</sup> Aj v čase pandémie musí byť zdravotná starostlivosť dostupná všetkým, a to predovšetkým obzvlášť rizikovým skupinám, ako sú osoby bez domova, osoby žijúce v chudobe, staršie osoby, osoby s postihnutím, osoby žijúce v inštitúciách, väzni a cudzinci bez dokumentov.<sup>67</sup>

57. Transgender Europe a ILGA-Europe proti Českej republike (c. d.), ods. 74.

58. FIDH proti Francúzsku (c. d.), ods. 3. Pozri tiež Defence for Children International (DCI) proti Holandsku, sťažnosť č. 47/2008, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 20. 10. 2009 a DCI proti Belgicku, sťažnosť č. 69/2011, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 23. 10. 2012, ods. 102.

59. Tamtiež.

60. Digest (c. d.), s. 128.

61. Tamtiež. Pozri tiež European Roma and Travellers Forum (ERTF) proti Českej republike, sťažnosť č. 104/2014, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 17. 5. 2016, ods. 121.

62. ERTF proti Českej republike (c. d.), ods. 112.

63. DCI proti Belgicku (c. d.), ods. 72.

Európsky výbor kladie dôraz aj na to, aby zdravotné systémy pokrývali čo najširšie skupiny obyvateľstva, ideálne všetkých. Podľa článku 11 musí zdravotný systém poskytovať zdravotnú starostlivosť **čo najväčšiemu počtu osôb**, čo predpokladá dostatočne široké pokrytie obyvateľstva, ideálne univerzálne, pričom náklady na zdravotnú starostlivosť alebo aspoň ich podstatnú časť, by mali znášať všetci prostredníctvom kolektívnych orgánov.<sup>68</sup> Z monitorovacej a rozhodovacej činnosti Európskeho výboru plynie, že článok 11 obsahuje **záväzok zabezpečiť univerzálne pokrytie**. Európsky výbor sa osobitne pozerá na to, ako sú pokryté znevýhodnené skupiny obyvateľstva, pričom kritizuje hotovostné platby, prípadne nepreplácanie liekov pre tieto skupiny.<sup>69</sup>

V prípade *ERTF proti Českej republike* Európsky výbor posudzoval sťažnosť na nedostatočný prístup k zdravotnej starostlivosti Rómov, ktorí neboli zdravotne poistení (z dôvodu, že neboli registrovaní na úrade práce ako nezamestnaní, respektíve boli z registra z nejakého dôvodu vyčiarknutí, a štát za nich preto neplatil zdravotné poistenie a toto si sami neplatili). Európsky výbor sa zamerlal na to, aké zdravotné služby sú dostupné osobám, ktoré nemajú zdravotné poistenie a vyžadujú zdravotnú starostlivosť, a nemal za preukázané, že by osoba bez príjmov vyžadujúca zdravotné služby dosiahla na potrebnú starostlivosť. Európsky výbor konštatoval, že situácia, keď štát nezabezpečil prístup k zdravotnej starostlivosti pre osoby chudobné a sociálne vylúčené, ktoré vyžadujú zdravotnú starostlivosť, napríklad Rómov, ktorí nie sú zdravotne poistení, je v rozpore s článkom 11 Charty.<sup>70</sup> Európsky výbor síce posudzoval faktický prístup zdravotne nepoistených Rómov k zdravotným službám, ale dalo by sa konštatovať, že samotné legislatívne nastavenie, ktoré ich vylučuje z prístupu k plnej zdravotnej starostlivosti, je problematické.

Čo sa týka rozsahu poskytovanej starostlivosti, z rozhodovacej činnosti Európskeho výboru možno konštatovať, že článok 11 zaručuje viac než neodkladnú starostlivosť, a zahŕňa **primárnu a sekundárnu zdravotnú starostlivosť**, vrátane psychologickkej pomoci.<sup>71</sup>

64. ERTF proti Českej republike (op. cit.), ods. 117, Médecins du Monde - International proti Francúzsku, sťažnosť č. 67/2011, rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 11. 9. 2012, ods. 139.

65. Médecins du Monde - International proti Francúzsku (c. d.), ods. 140.

66. Digest (c. d.), s. 129-130.

67. ESCR, Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic, 21. 4. 2020, s. 4.

68. Digest (c. d.), s. 130.

69. Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights. Appendix: Relevant abstracts, decisions and conclusions of the European Committee on Social Rights. In: Council of Europe, december 2018, ods. 752-753.

70. ERTF proti Českej republike (c. d.), ods. 119.

71. DCI proti Belgicku (c. d.), § 128. Pozri tiež European Committee for Home-Based Priority Action for the

## ČLÁNOK 13

### *Právo na sociálnu a lekársku pomoc*

Na zabezpečenie účinného výkonu práva na sociálnu a lekársku pomoc sa zmluvné strany zaväzujú:

1. zabezpečiť, aby sa ktorejkoľvek osobe bez dostačujúcich finančných prostriedkov, ktorá nie je schopná si ich zabezpečiť či už vlastným úsilím, alebo z iných zdrojov, najmä dávkami zo systému sociálneho zabezpečenia, poskytla primeraná pomoc a v prípade choroby nevyhnutná starostlivosť, ktorú si jej stav vyžaduje, (...)

Európska sociálna charta ďalej zaručuje v **článku 13** právo na sociálnu a lekársku pomoc pre osoby vo finančnej núdzi.<sup>72</sup> Toto ustanovenie zaručuje *bezplatnú* zdravotnú starostlivosť v prípade choroby pre každého, kto si ju momentálne nemôže dovoliť, a to v rozsahu, ktorú si jeho zdravotný stav vyžaduje.<sup>73</sup> Európsky výbor zatiaľ autoritatívne nestanovil rozsah zdravotnej starostlivosti, ktorá musí byť pre osoby vo finančnej núdzi poskytovaná bezplatne. Jasne ale uviedol, že právo na lekársku pomoc podľa tohto ustanovenia **nesmie byť obmedzené na núdzové situácie**.<sup>74</sup>

Európska sociálna charta zakotvuje povinnosť zabezpečiť bezplatnú zdravotnú starostlivosť v rozsahu, ktorý vyžaduje zdravotný stav človeka. Zároveň ale právo na bezplatnú lekársku pomoc nemôže byť obmedzené len na núdzové situácie.

Child and the Family (EUROCEF) proti Francúzsku, sťažnosť č. 114/2015, rozhodnutie Európskeho

výboru pre sociálne práva zo dňa 24. 1. 2018, ods. 154.  
72. Slovenská republika aj tento článok zaradila

V prípade ERRC *proti Bulharsku* Európsky výbor skonštatoval, že systém, ktorý pokrýva lekársku pomoc len na určitý čas a nezahŕňa primárnu a špecializovanú zdravotnú starostlivosť, ktorú si zdravotný stav danej osoby vyžaduje, nie je v súlade s týmto ustanovením.<sup>75</sup> Závažnosť ochorenia nesmie byť dôvod na odmietnutie pomoci podľa tohto ustanovenia. Možno konštatovať, že rozsah poskytovanej bezplatnej zdravotnej starostlivosti musí vychádzať z potrieb konkrétnej osoby a jej zdravotného stavu a **bezplatná lekárska pomoc nemôže byť obmedzená na život a zdravie ohrozujúce situácie.**

Okrem Európskej sociálnej charty upravuje na poli Rady Európy právo na prístup k zdravotnej starostlivosti aj Dohovor o ľudských právach a biomedicíne z roku 1997 (známy ako *Oviedo Convention*).<sup>76</sup>

### ČLÁNOK 3

#### *Spravodlivý prístup k starostlivosti o zdravie:*

Zmluvné strany prijímú v rámci svojej jurisdikcie zodpovedajúce opatrenia na zabezpečenie spravodlivého prístupu k starostlivosti o zdravie, pričom sa bude brať do úvahy tak potreba zdravotnej starostlivosti, ako aj dostupné zdroje.

## EURÓPSKY DOHOVOR O OCHRANE ĽUDSKÝCH PRÁV

V texte Európskeho dohovoru o ochrane ľudských práv a základných slobôd (ďalej len „Dohovor“) nie je právo na zdravie či na zdravotnú starostlivosť výslovne uvedené. To plynie z historického charakteru tohto dokumentu, prijatého v roku 1950, ktorého ambíciou bolo vytvoriť katalóg primárne občianskych a politických práv, takže väčšina sociálnych práv v ňom chýba. Umelé delenie medzi občianskymi

73. medzi tie, ktorými je viazaná.  
Digest (c. d.), s. 145.

74. Tamtiež.

75. European Roma Rights Centre (ERRC) proti Bulharsku, sťažnosť č. 151/2017, rozhodnutie Európskeho

výboru pre sociálne práva zo dňa 5. 12. 2018, ods. 44

76. Rada Európy, Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny. Oviedo, 4. 4. 1997. Dohovor nadobudol pre SR platnosť 1. 12. 1999, pozri známenie MZV č. 40/2000 Z. z.

a politickými právami na jednej strane a hospodárskymi, sociálnymi a kultúrnymi právami na druhej strane bolo už historicky prekonané a v súčasnosti je dôraz kladený na **previazanosť** ľudských práv a ich vzájomnú **nedeliteľnosť**.<sup>77</sup>

Absenciu práva na zdravie v texte Dohovoru prekonal Európsky súd pre ľudské práva (ďalej len „ESLP“) vo svojej rozhodovacej činnosti výkladom tých ustanovení, ktoré zakotvujú právo na život (článok 2), právo na ochranu súkromného a rodinného života (článok 8), zákaz mučenia a zlého zaobchádzania (článok 3), prípadne zákaz diskriminácie (článok 14).

Právo na život, zaručené v článku 2 Dohovoru, obsahuje za určitých okolností pozitívny záväzok štátu chrániť zdravie jednotlivca. K porušeniu tohto záväzku môže dôjsť napríklad v situácii, **keď štát odmietne poskytnúť osobe zdravotnú starostlivosť, ktorá je všeobecne dostupná, a ohrozí tak jej život**.<sup>78</sup> ESLP konštatoval porušenie článku 2 v prípade hrubého zanedbania zdravotnej starostlivosti rodiacej pacientky vo vážnom zdravotnom stave, ktorú v nemocnici odmietli ošetriť pre neschopnosť uhradiť náklady zdravotnej starostlivosti a nariadili jej presun do inej nemocnice, počas ktorého zomrela. Pacientka sa tak podľa ESLP stala obeťou flagrantnej nefunkčnosti systému a bol jej odopretý prístup k neodkladnej zdravotnej starostlivosti.<sup>79</sup> V inom prípade ESLP nariadil štátu hradiť doživotnú zdravotnú starostlivosť pre pacienta s HIV, ktorý sa nakazil od matky pri pôrode v dôsledku zanedbania zdravotnej starostlivosti a nebol v pozícii si túto veľmi nákladnú starostlivosť hradiť sám.<sup>80</sup>

ESLP opakovane uviedol, že článok 8, zakotvujúci právo na súkromný život, chráni aj fyzickú a psychickú integritu jednotlivca, napríklad právo odmietnuť zdravotný úkon alebo požiadať o určitý typ zdravotnej starostlivosti.<sup>81</sup> Aj pod týmto ustanovením majú štáty rôzne pozitívne záväzky, napríklad zabezpečiť rešpektovanie fyzickej a psychickej integrity aj zo strany tretích osôb a prijať regulačný rámec a procesné postupy pre faktické zabezpečenie tohto práva.<sup>82</sup> Väčšinu prípadov súvisiacich s právom na zdravie a zdravotnú starostlivosť potom posudzuje pod týmto ustanovením.

77. Preambula Medzinárodného paktu OSN o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach. Pozri tiež CESCR, Všeobecný komentár č. 3 (c. d.), ods. 8 alebo World Conference on Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action, Vienna, 25. 6. 1993, ods. 5.

78. Cyprus proti Turecku, sťažnosť č. 25781/94, rozsudok Veľkej komory ESLP zo dňa 10. 5. 2001, ods. 219, Nitecki proti Poľsku, sťažnosť č. 65653/01, rozhodnutie ESLP zo dňa 21. 3. 2002.

79. Mehmet Şentürk a Bekir Şentürk proti Turecku, sťažnosť č. 13423/09, rozsudok ESLP zo dňa 9. 4. 2013, ods. 84-97.

80. Oyal proti Turecku, sťažnosť č. 4864/05, rozsudok ESLP zo dňa 23. 3. 2020, ods. 72.

81. Glass proti Spojenému kráľovstvu, sťažnosť č. 61827/00, rozsudok ESLP zo dňa 9. 4. 2004, ods. 74-83; Tysiäc proti Poľsku, sťažnosť č. 5410/03, rozsudok ESLP zo dňa 20. 3. 2007.

82. Tamtiež.



ESLP je ale pomerne zdržanlivý pri posudzovaní alokácie zdrojov v zdravotníctve a odvoláva sa na princíp subsidiarity, ktorý znamená, že štáty sú v lepšej pozícii rozhodnúť, kam nasmerovať svoje limitované zdroje.<sup>83</sup> Štrasburský súd tak odmietol sťažnosť na nedostatočné financovanie zdravotnej starostlivosti pre pacientov s chronickým zlyhaním obličiek vyžadujúcich pravidelnú dialýzu a lieky.<sup>84</sup> Podobne odmietol aj sťažnosť na čiastočné doplácanie lieku pre pacienta v ťažkej finančnej situácii s diagnózou amyotropnej laterálnej sklerózy.<sup>85</sup> Ale v prípade, keď vnútroštátne súdy priznali sťažovateľovi právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a štátne orgány toto právo nerešpektovali a pacient bez potrebnej liečby zomrel, ESLP bol pripravený konštatovať porušenie práva na život.<sup>86</sup>

Neposkytnutie zdravotnej starostlivosti môže založiť aj porušenie **zákazu tzv. zlého zaobchádzania**, teda mučenia, neľudského alebo ponižujúceho zaobchádzania, upraveného v článku 3 Dohovoru. Podľa tohto ustanovenia sa musia úradné osoby nielen zdržať násilia alebo akéhokolvek správania, ktoré by spôsobovalo fyzické alebo psychické utrpenie, ale majú aj **pozitívny záväzok chrániť fyzické a duševné zdravie osôb**, ktoré majú pod kontrolou (napr. vo väzení alebo v psychiatrickej liečebni), ale tiež chrániť jednotlivcov pred zásahmi tretích osôb.<sup>87</sup> Nie každé zaobchádzanie dosiahne takú intenzitu závažnosti, aby ho bolo možno označiť za neľudské alebo ponižujúce. ESLP vždy prihliada na všetky okolnosti prípadu a viacero faktorov, ako je dĺžka trvania daného zaobchádzania, dopad na fyzickú a psychickú integritu, pohlavie, vek a zdravotný stav obeť.

Za „neľudské“ označil v minulosti súd zaobchádzanie, ktoré bolo vopred premyslené, trvalo celé hodiny a spôsobilo obeť ujmu na zdraví alebo intenzívne fyzické alebo psychické utrpenie.<sup>88</sup> Za „ponižujúce“ označil súd zaobchádzanie, ktoré u obeť spôsobuje pocity strachu, úzkosti a podradenosti vyvolávajúce zahanbenie a poníženie.<sup>89</sup> Išlo napríklad o zaobchádzanie so žiadateľom o azyl v Grécku, ktorý v dôsledku úplného zlyhania gréckeho systému prijímania žiadateľov o azyl nedosiahol na žiadnu štátnu podporu a ocitol sa počas niekoľkých mesiacov na ulici, bez možnosti pokryť svoje základné životné potreby ako jedlo, bývanie a prístup k sanitárnym zariadeniam.<sup>90</sup>

83. Pentiacova a ďalší proti Moldavsku, sťažnosť č. 14462/03, rozhodnutie ESLP zo dňa 4. 1. 2005, časť B.

84. Tamtiež.

85. Nitecký proti Poľsku, sťažnosť č. 65653/01, rozhodnutie ESLP zo dňa 21. 3. 2002.

86. Panaitescu proti Rumunsku, sťažnosť č. 30909/06, rozsudok ESLP zo dňa 10. 4. 2012.

87. Gäfgen proti Nemecku, sťažnosť č. 22978/05, rozsudok Veľkej komory zo dňa 1. 6. 2010.

88. Labita proti Taliansku, sťažnosť č. 26772/95, rozsudok

Veľkej komory ESLP zo dňa 6. 4. 2000, ods. 120.

89. Iwańczuk proti Poľsku, sťažnosť č. 25196/94, rozsudok ESLP zo dňa 15. 11. 2001.

90. M.S.S. proti Belgicku a Grécku, sťažnosť č. 30696/09,

**Neskoré poskytnutie zdravotnej starostlivosti** môže za istých okolností dosiahnuť intenzitu porušenia čl. 3 Dohovoru. ESLP to konštatoval v dvoch prípadoch proti Poľsku, ktoré sa týkali prístupu žien k umelému prerušeniu tehotenstva. Ne poskytnutie včasnej zdravotnej starostlivosti pre 14-ročnú obeť znásilnenia, ktorej poľské úrady pre nečinnosť znemožnili podstúpiť umelé prerušenie tehotenstva podľa tamojších zákonov, dosiahol podľa ESLP stupeň závažnosti v rozpore s čl. 3 Dohovoru.<sup>91</sup> Podobne to bolo v ďalšom prípade, kedy pre neskoré vyšetrenie plodu na genetickú poruchu sťažovateľka nedosiahla na umelé prerušenie tehotenstva podľa poľských zákonov.<sup>92</sup>

Článok 14 Dohovoru zakazuje **diskrimináciu** a ESLP judikoval, že zdravotný stav môže zakladať aj zakázaný diskriminačný dôvod.<sup>93</sup>

Úmyselné neposkytovanie zdravotnej starostlivosti, ktorá je všeobecne dostupná, alebo neskoré poskytnutie potrebnej zdravotnej starostlivosti, a tým spôsobené ohrozenie života človeka, môže byť porušením Európskeho dohovoru o ochrane ľudských práv.

---

rozsudok Veľkej komory ESLP zo dňa 21. 1. 2011.

91. P. a S. proti Poľsku, sťažnosť č. 57375/08, rozsudok ESLP zo dňa 30. 10. 2012.

92. R. R. proti Poľsku, sťažnosť č. 27617/04, rozsudok ESLP zo dňa 26. 5. 2011.

93. Kiyutin proti Rusku, sťažnosť č. 2700/10, rozsudok ESLP zo dňa 10. 3. 2011.

# ANALÝZA PRÁVNEJ ÚPRAVY A JEJ DOPADU NA ĽUDÍ BEZ DOMOVA

3.

Nasledovná časť obsahuje rozpor slovenskej právnej úpravy, podľa ktorej dlžníci na zdravotnom poistení nemajú prístup k plnej zdravotnej starostlivosti. V prvej časti sme sa pozreli predovšetkým na aktuálny zákon o zdravotnom poistení, jeho legislatívnu históriu a dôvodové správy k jednotlivým zmenám, ktoré mali dopad na obmedzovanie prístupu dlžníkov k zdravotnej starostlivosti, napríklad postupné precizovanie povinnosti poisťovní viesť zoznamy dlžníkov. V druhej časti analyzujeme dopad tejto legislatívy na ľudí bez domova, ale aj na ďalších aktérov v systéme zdravotníctva, predovšetkým na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti.

## ZÁKON O ZDRAVOTNOM POISTENÍ

3.1

### *Princíp vzájomnosti a solidarity*

Verejné zdravotné poistenie je v Slovenskej republike budované na princípoch vzájomnosti a solidarity. *Princíp vzájomnosti* predstavuje systém pravidelných platieb odvádzaných povinnými subjektmi do fondu zdravotného poistenia, z ktorého sú následne financované náklady zdravotnej starostlivosti. Princíp vzájomnosti veľmi úzko súvisí s *princípom solidarity*, keďže človek je odkázaný nielen sám na seba, ale v niektorých prípadoch je odkázaný aj na druhých. Solidarita ako miera spolupatričnosti vyjadruje zhromažďovanie prostriedkov a ich následné prerozdelenie v súlade so sociálnou spravodlivosťou. V prípade zdravotného poistenia sa uplatňuje *absolútna solidarita*, ktorá je vyjadrením zásad „každému rovnako“ a v závislosti od „jeho potrieb“, t. j. každý povinný subjekt odvádza poistné pre prípad, že v budúcnosti bude potrebovať liečenie, zákrok alebo inú formu poskytovania zdravotnej starostlivosti.<sup>94</sup>

V oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a jej financovania ide o bezvýhradné uplatňovanie zásady absolútnej solidarity. Špecifickosť podmienok, na ktorých je zdravotné poistenie založené, vyžaduje zavedenie prerozdelenia poistného a spo-

číva v uplatňovaní princípu solidarity. Úlohou prerozdelenia poisťného je preto zabezpečenie dodržania základného princípu zdravotného poistenia, t. j. **princípu solidarity podľa zdravotných potrieb**, medzi zdravými a chorými občanmi, medzi starými a mladými, medzi bohatšími a chudobnejšími atď. Princíp solidarity sa uplatňuje dvojstupňovo. Prvý stupeň sa využíva vo vnútri zdravotnej poisťovne a spočíva v tom, že poisťné sa použije na úhradu poskytnutej zdravotnej starostlivosti podľa potreby poistenca bez ohľadu na zaplatenú výšku poisťného. Druhý stupeň predstavuje prerozdelenie poisťného medzi jednotlivými poisťovňami.<sup>95</sup>

Solidarita nie je len vyjadrením morálnych hodnôt spoločnosti. Solidarita je „bijúcim srdcom“ sociálnej infraštruktúry, pretože chráni občanov pred finančnými rizikami sprevádzajúce ochorenie, a tak umožní liečbu, zotavenie a návrat do spoločenského života. Práve preto je sociálna spravodlivosť vysoko pragmatický princíp fungovania spoločnosti.<sup>96</sup>

### *Povinné verejné zdravotné poistenie*

Zákon č. 580/2004 Z. Z. o zdravotnom poistení (ďalej len „ZZP“) upravuje zdravotné poistenie, právne vzťahy vznikajúce na základe zdravotného poistenia a prerozdelenie poisťného na verejné zdravotné poistenie. Zákon rozlišuje dva druhy zdravotného poistenia, a to *povinné verejné a individuálne zdravotné poistenie*.

Z pohľadu tejto štúdie sa zameriame len na **povinné verejné zdravotné poistenie**. Poistencom verejného zdravotného poistenia sa poskytuje zdravotná starostlivosť a služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti za podmienok ustanovených v ZZP a v rozsahu ustanoveným osobitnými predpismi.<sup>97</sup> ZZP tiež stanovuje,

94. FREEL, L. – NOVÁKOVÁ, M.: Zdravotné právo. In: Walters Kluver, 1/2020, s. 83.

95. GLOVA, J. – GAVUROVÁ, B.: Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. In: Grant Journal, 02/02, s. 17.

96. SALTMAN, R. B. – DUBOIS, H. F.: The historical and social base of social health insurance systems. In: SALTMAN, R. B. – BUSSE, R. – FIGUERAS, J. (eds.): *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire : Open University Press, 2004, s. 21-23.

97. Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej

starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov; zákon č. 577/2004 Z. z. rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov; zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a diietických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

že vykonávanie verejného zdravotného poistenia je činnosťou vo verejnom záujme, pri ktorej sa hospodári s verejnými prostriedkami.<sup>98</sup> Verejné zdravotné poistenie vykonávajú zdravotné poisťovne za podmienok ustanovených v osobitnom predpise.<sup>99</sup>

Verejne zdravotne poistená je v princípe **každá fyzická osoba, ktorá má trvalý pobyt** na území SR.<sup>100</sup> Verejné zdravotné poistenie osôb s trvalým pobytom na území SR vo väčšine prípadov vzniká narodením a zaniká smrťou, čím poistenecký systém uplatňuje princíp vzájomnosti a zabezpečuje výber poistného a následné poistenie pre každého rezidenta SR. Poistenec je povinný sa na verejné zdravotné poistenie prihlásiť prostredníctvom podania písomnej prihlášky v zdravotnej poisťovni, ktorú si vybral. Povinnosť hradiť poistné sa vzťahuje na všetky verejne zdravotne poistené osoby (teda všetky osoby majúce trvalý pobyt na území SR), a to aj v prípade, že nie sú zamestnané alebo samostatne zárobkovo činné.<sup>101</sup> Táto skupina osôb sa označuje ako tzv. samoplatitelia, resp. dobrovoľne nezamestnané osoby. Výška preddavku na poistné na verejné zdravotné poistenie pre túto skupinu osôb predstavovala v roku 2020 mesačne 70,91 eura. Za niektoré osoby platí poistné štát, napr. za nezaopatrované deti, osoby poberajúce dôchodok, prípadne osoby v dôchodkovom veku, ktorým nevznikol nárok na dôchodok, osoby poberajúce pomoc v hmotnej núdzi či osoby vedené v evidencii uchádzačov o zamestnanie.<sup>102</sup>

Verejné zdravotné poistenie je povinné pre každú osobu s trvalým pobytom v SR. Účelom je zabezpečenie krytia nákladov spojených s čerpaním zdravotnej starostlivosti. Povinnosť uhrádzať preddavky na poistnom sa v zásade vzťahuje na každého poistenca, bez ohľadu na jeho individuálnu situáciu, a zaniká len smrťou poistenca. Za niektorých poistencov hradí poistné štát.

98. § 2 písm. a) zákona č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov.  
99. Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

100. ZZZP obsahuje pomerne veľký počet výnimiek z tohto pravidla, pozri bližšie § 3 ods. 2-10 ZZZP.  
101. ZZZP, § 11 ods. 2.  
102. Pre kompletný zoznam osôb, za ktorých poistné platí štát, pozri ZZZP, § 11 ods. 7 a 8.

## Úhrada a rozsah zdravotnej starostlivosti

Poistenec verejného zdravotného poistenia má právo na úhradu zdravotnej starostlivosti v rozsahu ustanovenom osobitnými predpismi.<sup>103</sup> Táto zahŕňa, okrem iného, preventívne zdravotné prehliadky a očkovania, zdravotné výkony, ktoré vedú k zisteniu a vyliečeniu choroby, zabráneniu vzniku závažných zdravotných komplikácií, zabráneniu zhoršenia závažnosti choroby alebo jej prechodu do chronického štádia, a zmierneniu prejavov choroby (v ďalšom texte budeme tento rozsah zdravotnej starostlivosti označovať ako „**plná zdravotná starostlivosť**“ na rozdiel od „neodkladnej zdravotnej starostlivosti“).<sup>104</sup> Plná úhrada zdravotnej starostlivosti zahŕňa rozsah „štandardný“ pre každého poistenca, na základe potrieb pacienta a kapacít systému, a tak smeruje k naplneniu princípu solidarity.

Z poskytovania plnej zdravotnej starostlivosti ale ZZP upravuje niekoľko výnimiek, ktoré rozsah poskytovania zdravotnej starostlivosti obmedzujú pre určité skupiny osôb len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Ide o (I) dlžníkov na ZP, (II) ľudí, ktorí si nepodali prihlášku do zdravotnej poisťovne a (III) ľudí bez štátnej príslušnosti, tzv. „bezdomovcom“ – cudzincom (nemyslia sa tým ľudia bez domova v bežnom zmysle slova).

Toto obmedzenie vnímame ako veľmi problematické z viacerých významných hľadísk, ako to nižšie vysvetlíme. Po prvé, keďže zmyslom neodkladnej zdravotnej starostlivosti je zabezpečenie záchranu života alebo stabilizácia možných epidemiologicky náročných situácií, jej rozsah je podstatne užší než rozsah „plnej“ zdravotnej starostlivosti. Je preto pre dlžníka neúnosné byť dlhodobo vylúčený zo štandardného spektra služieb. Po druhé, je dôležité zdôrazniť, že nie je jednoduché v praxi definovať, či zdravotný stav danej osoby spadá pod zákonnú definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

Neodkladná zdravotná starostlivosť je zákonom vymedzená ako zdravotná starostlivosť poskytovaná osobe pri náhlej zmene jej zdravotného stavu, **ktorá bezprostredne ohrozuje jej život** alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže **vážne ohroziť jej zdravie**, spôsobuje **jej náhlu a neznesiteľnú bolesť** alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie. Neodkladná starostlivosť je aj zdravotná starostlivosť poskytovaná pri pôrode. Neodkladná starostlivosť je aj vyšetrenie osoby označenej za možný zdroj rýchlo sa šíriacej a **život ohrozujúcej nákazy**, diagnostika a liečba osoby s rýchlo sa šíriacou a život ohrozujúcou nákazou. Súčasťou neodkladnej starostlivosti je **neodkladná preprava** osoby do zdravotníckeho zariadenia.<sup>105</sup>

Podľa ustanovenia § 9 ods. 2 ZZZP poistenec, ktorý je dlžníkom podľa tohto zákona, má právo **len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti**. ZZZP definuje dlžníka ako poistenca alebo platiteľa poistného, voči ktorému príslušná zdravotná poisťovňa eviduje ku dňu zverejnenia zoznamu dlžníkov pohľadávku (I) na predavku na poistnom po lehote splatnosti najmenej za tri mesiace, (II) pohľadávku na nedoplatku alebo (III) pohľadávku na poistnom, ktorú bol povinný uhradiť odo dňa vzniku skutočnosti zakladajúcej vznik verejného zdravotného poistenia do dňa potvrdenia prihlášky príslušnou zdravotnou poisťovňou, v celkovej sume vyššej ako 100 EUR.<sup>106</sup> Zjednodušene povedané, osoby, ktoré dlžia zdravotnej poisťovni viac ako 100 EUR dlhšie ako tri mesiace, majú nárok na úhradu len neodkladnej zdravotnej starostlivosti.

Zúžením rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti na neodkladnú starostlivosť ide v podstate o „postihovanie“ dlžníkov a snahu o akúsi „motiváciu“ svoj dlh splatiť.

## VYLÚČENIE DLŽNÍKOV Z PLNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

3.2

### *Legislatívna história a nedostatky dôvodovej správy*

Postihovanie dlžníkov na zdravotnom poistení poskytovaním len neodkladnej zdravotnej starostlivosti bolo už v pôvodnom znení ZZZP platnom od roku 2005.<sup>107</sup> Pôvodné nastavenie systému verejného zdravotného poistenia nadviazalo na systém

<sup>103.</sup> Najmä zákonom č. 577/2004 Z. z. o rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

<sup>104.</sup> Zdravotné úkony hradené z verejného zdravotného poistenia uvádzame s ohľadom na účely analýzy len príkladom, pre úplný výpočet pozri zákon č. 577/2004 Z. z.

<sup>105.</sup> § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti. Súčasťou neodkladnej starostlivosti

je aj neodkladná preprava medzi zdravotníckymi zariadeniami, neodkladná preprava darcu ľudského orgánu a príjemcu ľudského orgánu určeného na transplantáciu, neodkladná preprava zdravotníckych pracovníkov, ktorí vykonávajú činnosti súvisiace s odberom ľudského orgánu a neodkladná preprava ľudského orgánu určeného na transplantáciu, pričom neodkladná preprava je aj preprava osoby, ktorej zdravotný stav vyžaduje poskytovanie zdravotnej starostlivosti počas takejto prepravy.

<sup>106.</sup> ZZZP, § 25a ods. 1.

z bývalého Československa a Slovenskej republiky po roku 1993 – dlhy na rozsah poskytnutej a uhradenej zdravotnej starostlivosti vplyv nemali. Rozhodnutie obmedziť poskytovanú zdravotnú starostlivosť pre dlžníkov vychádza z obavy zo zníženia výberu preddavkov na poistné na začiatku tohto milénia.

Dôvodová správa k pôvodnému zneniu ZZP k tomu uvádza: „Uvedená úprava predstavuje určitý **postih** takýchto poistencov, ale jej prvoradým cieľom je **preventívne pôsobiť** na poistencov, aby plnili zákonom ustanovenú povinnosť platiť poistné. Potreba takejto úpravy vyplýva z nevyhnutnej požiadavky **zabezpečiť finančné prostriedky** na verejné zdravotné poistenie vo výške ustanovenej zákonom a plynulosť týchto finančných prostriedkov do verejného zdravotného poistenia, čo je predpokladom pre riadne fungovanie systému verejného zdravotného poistenia.“<sup>108</sup> Z dôvodovej správy plynie, že hlavným cieľom uvedeného ustanovenia je **zabezpečiť finančné prostriedky v systéme** verejného zdravotného poistenia, a preto preventívne pôsobiť na poistencov, aby si svoje záväzky voči zdravotným poisťovniam plnili, inak budú „postihnutí“ znížením rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti.

V dôvodovej správe podľa nášho názoru nie je dostatočne zdôvodnené, prečo zákonodarca zvolil práve spôsob postihovania dlžníkov znížením štandardu ich zdravotnej starostlivosti na neodkladnú starostlivosť (na škále poskytovanej starostlivosti ide o najnižší stupeň, nižšie je už len neposkytovanie žiadnej starostlivosti). Nie je v nej vôbec zhodnotený dopad na zdravie a životy osôb, ktoré budú z poskytovania plnej zdravotnej starostlivosti vylúčené, a neplynie z nej ani informácia, či zavedené opatrenie nebude neprimerane dopadať na marginalizované skupiny obyvateľstva. Z dôvodovej správy ani nevieme, koľko týchto osôb je a aké finančné dopady bude mať toto opatrenie na štátny rozpočet.

Nie je totiž vôbec zrejmé, že práve toto opatrenie je to správne na dosiahnutie sledovaného cieľa, a teda či bude naozaj pôsobiť na platiteľov preventívne a či prinesie do systému viac finančných prostriedkov. Naopak, zahraničné štúdie, systémy vyspelých krajín a odporúčania Svetovej zdravotníckej organizácie argumentujú opak: vylúčenie zo zdravotnej starostlivosti popiera princípy univerzálnej zdravotnej starostlivosti, **prehlbuje rozdiely v zdraví a zvyšuje socioekonomické rozdiely** v obyvateľstve. Máme za to, že tak závažnému zásahu do práva na zdravie mala predchádzať dôkladná analýza dopadov a mali byť zvažované menej reštriktívne opatrenia pre dosiahnutie sledovaného cieľa.



Zhoršovanie ekonomickej situácie ľudí v dôsledku ich dlhodobého vylúčenia zo zdravotnej starostlivosti pôsobí opačne, než bol zámer zmeny zákona: znižuje schopnosť ľudí dlhy si splatiť a prispievať do systému zdravotného poistenia.

### *Predpokladaná „cena“ vylúčenia*

Súčasný systém neanalyzuje, a preto nepozná, aké skupiny obyvateľov SR sú dlžníkmi. Nepoznáme, aké je ich vekové, socioekonomické alebo vzdelanostné zloženie; ktoré skupiny sú dlžníkmi dlhodobo a ktoré sú dlžníkmi opakovane. Nedá sa ani zistiť, ako dopadá postih vylúčenia na ľudí so zdravotnými problémami a odkiaľ a za akú cenu získavajú financie na splatenie dlhu v prípade potreby zdravotnej starostlivosti.

Dá sa predpokladať, že pôžičky a výdavky vedú jednotlivcov a rodiny k situáciám podobným katastrofickým výdavkom na zdravotnú starostlivosť.<sup>109</sup> Z praxe tiež rozumieme tomu, **že práve zraniteľné skupiny, ako sú ľudia bez domova, sa nedokážu zo zadlženia dostať a sú vylúčené dlhodobo**, čo prehĺbuje ich chudobu a znižuje šance dostať sa z bezdomovectva. Na druhej strane existujú indície, že dlhy sa u istých skupín dlžníkov dajú riešiť osvetou alebo zmenou odvodov v období ekonomickej stagnácie. Ľudia majú dlhy na poistení z rozličných dôvodov, ktorých **príčiny by bolo vhodnejšie adresovať osobitne a cielene**, prístupmi založenými na dôkazoch.

107. ZZZ, § 9 ods. 2, v znení k 1. 1. 2005: „Poistenec, ktorý nezaplatil príslušnej zdravotnej poisťovni preddavok na poistné za tri mesiace v príslušnom kalendárnom roku, nedoplatok za poistné (ďalej len „nedoplatok“) alebo úhradu za zdravotnú starostlivosť, ak sa mu poskytla preukázateľne v dôsledku porušenia liečebného režimu alebo užitia návykovej látky, v rozsahu ustanovenom osobitným predpisom ani na výzvu príslušnej zdravotnej poisťovne, má právo len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti (ďalej len „neodkladná starostlivosť“); to neplatí, ak poistenec je zamestnancom, za ktorého nezaplatil preddavok na poistné zamestnávateľ. Neodkladnú starostlivosť uhrádza príslušná zdravotná poisťovňa. Skutočnosť, či ide o neodkladnú starostlivosť,

potvrďuje príslušná zdravotná poisťovňa poistenca.“

108. Dôvodová správa k zákonu č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, k § 9. Dôvodová správa k zákonu č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, k § 9 (zvýraznenie doplnené autorkami).

109. Katastrofické výdavky na zdravotnú starostlivosť sú definované ako výdavky, ktoré sú jednotlivci alebo rodiny nútené zaplatiť, aby dosiahli zdravotnícke služby zo svojich príjmov, a ktoré mnohých z nich tlačia do chudoby. YE, L. et al.: Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. In: *Bulletin of the World Health Organization* 2012; dostupné na: <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/9/12-102178/en/>

Okrem znižovania kapacity jednotlivcov vrátiť sa do platbyschopnej situácie toto opatrenie dopadá aj na **nákladovosť dlžníkov pre zdravotný systém**. Zo systémového hľadiska sú náklady na zdravotnú starostlivosť vylúčených osôb vyššie pre ich neschopnosť riešiť zdravotné problémy včas a ambulantne. Mnohé štúdie preukázali, že dostupná štandardná zdravotná starostlivosť, zahrňajúca skorý záchyt ochorení a ich liečbu v raných štádiách, je z dlhodobého hľadiska pre systém lacnejšia.<sup>110</sup>

Zdôrazňujeme, že proklamovaný preventívny efekt tohto opatrenia sa počas jeho doterajšej platnosti nepreukázal. Nepoznáme finančnú ťarchu, ktorá dopadá na financovanie zdravotníckeho systému v dôsledku vylúčenia zo štandardného balíka starostlivosti. Tým nemáme na mysli len náklady na neodkladnú starostlivosť, ale výpočet nákladov na „neodkladné“ riešenie preventabilných ochorení.

Nedá sa hovoriť ani o krátkodobých ziskoch. Vylúčenie zo štandardnej zdravotnej starostlivosti zaťažuje jednotlivcov progresívnym a neodvratným zhoršovaním ich zdravotného stavu a systém financovania zdravotnej starostlivosti je zaťažovaný výdavkami na riešenie predchádzateľných ochorení v pokročilom štádiu.

### *Zavedenie výnimiek z postihu*

Novela platná od roku 2017 ustanovenie § 9 ods. 2 ZZP trochu zmäkčila, a to zavedením **viacerých skupín osôb, na ktoré sa vyššie popísaný „postih“ nevzťahuje**.<sup>111</sup> Ide napríklad o dlžníkov, ktorým zdravotná poisťovňa povolila splátky dlžných súm a ktorí plnia všetky podmienky dohodnuté so zdravotnou poisťovňou v dohode o splátkach, tiež dlžníkov, od ktorých sa dlžné poistné vymáha v exekučnom konaní formou splátok a túto skutočnosť zdravotnej poisťovni oznámili, a ďalej dlžníkov, na majetok ktorých bol vyhlásený konkurz alebo povolená reštrukturalizácia.<sup>112</sup> Títo dlžníci majú nárok na „plnú“ úhradu zdravotnej starostlivosti. Informáciu, či osoba aktuálne spadá pod výnimku a má nárok na „plné“ zdravotné poistenie, zverejňuje zdravotná poisťovňa v zozname dlžníkov. Dôvodová správa k tejto novele je na dôvody pomerne stručná a v podstate len vymenováva skupiny osôb vylúčené z „postihu“ bez hlbšieho zdôvodnenia výberu týchto skupín alebo cieľa sledovaného touto novelou.<sup>113</sup> Táto **novela je nekoncepčná a zavádza do systému ešte väčší zmätok**.

## Zoznamy dlžníkov

Zákon o zdravotnom poistení (ZZP) už v pôvodnom znení zaviazal zdravotné poisťovne zverejňovať na internete zoznam poistencov, ktorí nezaplatili poisťné za tri mesiace v kalendárnom roku, nedoplatok alebo úhradu za zdravotnú starostlivosť.<sup>114</sup> ZZP ale neupravoval, aké údaje majú zdravotné poisťovne zverejňovať. To napravila až novela účinná od augusta 2011, ktorá špecifikovala rozsah zverejňovaných údajov a stanovila, že povinnosť sa vzťahuje len na dlžníkov s pohľadávkou nad 10 eur.<sup>115</sup> Novela z roku 2013 potom komplexne upravila povinnosť zdravotných poisťovní viesť a zverejňovať **zoznam dlžníkov na internete** v samostatnom ustanovení § 25a.<sup>116</sup> Tieto zoznamy, ktoré vedie každá zdravotná poisťovňa samostatne, obsahujú **údaje o dlžníkoch a výšku ich pohľadávky** na zdravotnom poistení.<sup>117</sup> Novela z roku 2013 upravila aj právo dlžníka, ktorý je zaradený v zozname dlžníkov, namietat voči zdravotnej poisťovni svoje zaradenie do zoznamu dlžníkov, a postup zdravotnej poisťovne na vysporiadanie týchto námietok. Zároveň sa posunula hranica pohľadávky z 10 na 100 EUR, aby bola osoba považovaná za dlžníka podľa ZZP.

Dôvodová správa k pôvodnému zneniu ZZP sa k povinnosti poisťovní zverejňovať zoznam neplatičov nevyjadruje vôbec. Viac sa dozvieme z dôvodovej správy k novele z roku 2011, ktorá ale rieši primárne prepojenie zoznamov dlžníkov s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v praxi, inými slovami to, aby bola dlžníkom poskytnutá len neodkladná starostlivosť, a tiež aby sa nikto na zoznam nedostal neprávom.<sup>118</sup> Dôvodová správa k ďalšej novele týkajúcej sa aj zoznamov dlžníkov z roku 2013 je tiež veľmi stručná. Všeobecne ku všetkým novelizovaným ustanoveniam uvádza, že reaguje na „*potreby riešenia aplikačných problémov v praxi*“ a okrem iného uvádza, že „*nebude mať vplyv na sociálnu exklúziu*“.<sup>119</sup> Ani v jednej z dôvodových správ nenájde **žiadne zdôvodnenie potreby vedenia zoznamov dlžníkov**, ani napríklad hodnotenie dopadu na osobné údaje daných osôb. Vyzerá to tak, že najväčšou starosťou zákonodarcu bolo, aby sa na zoznam nedostal niekto neprávom, ale v dôvodovej správe už chýba zhodnotenie dopadov na osoby, ktoré sa na zozname ocitnú.

110. European Union Agency for Fundamental Rights, Cost of exclusion from healthcare. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2015; dostupné na: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2015-cost-healthcare\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf)

111. Čl. I bod 14. zákona č. 356/2016 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve.

112. Pre úplný počet výnimiek pozri § 9 ods. 2 ZZP. Okrem vymenovaných skupín osôb sú to ďalej dlžníci s určeným splátkovým kalendárom

podľa zákona o konkurze a reštrukturalizácii a osoby zaradené do programu MV SR na podporu a ochranu obetí obchodovania s ľuďmi.

113. Dôvodová správa k zákonu č. 356/2016 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve, k bodu 14: „Obmedzenie práva len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti sa vzťahuje na dlžníka definovaného v § 25a ods. 1 v navrhovanom bode 59 s vylúčením dlžníkov, ktorí z objektívnych dôvodov (napr. konkurz, reštrukturalizácia) nemôžu uhradiť zo svojho majetku nedoplatok, dlžníkov, ktorí

Zoznamy dlžníkov obsahujú údaje o ľuďoch, ktorí majú nárok len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť. Zoznamy sú prístupné poskytovateľom, ale aj verejnosti, a tak spĺňajú účel „čiernej listiny“ a nástroja triedenia ľudí bez nároku na štandardné zdravotnícke služby. Toto je priama demonštrácia hraníc solidarity.

### *Dopad na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti*

Okrem týchto výhrad má obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov značný dopad na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. V praxi to funguje tak, že **lekári pred vyšetrením osoby prehľadajú zoznamy dlžníkov** všetkých zdravotných poisťovní a až potom pristúpia k poskytnutiu zdravotnej starostlivosti. V opačnom prípade by sa mohlo stať, že by im poskytnutý úkon zdravotná poisťovňa nepreplatila. Ide o nemalú **administratívnu záťaž pre lekárov**, ktorí už beztak majú značné administratívne povinnosti súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti.

V prípade, že poskytovateľ nájde pacienta na zozname dlžníkov a zistí, že má nárok na poskytovanie len neodkladnej zdravotnej starostlivosti, ocitá sa pred **zložitou morálno-etickou dilemou**. Ako sme popísali vyššie, o neodkladnú zdravotnú starostlivosť ide len pri náhlej zmene zdravotného stavu osoby, ktorá bezprostredne ohrozuje jej život alebo niektorú zo základných životných funkcií, bez rýchleho poskytnutia zdravotnej starostlivosti môže vážne ohroziť jej zdravie, spôsobuje jej náhlu a neznesiteľnú bolesť alebo spôsobuje náhle zmeny jej správania a konania, pod ktorých vplyvom bezprostredne ohrozuje seba alebo svoje okolie.<sup>120</sup> Poskytovateľ teda musí vyhodnotiť, či **zdravotný stav pacienta spadá pod definíciu neodkladnej zdravotnej starostlivosti**.

---

majú povolené splátky a plnia podmienky uvedené v dohode o splátkach (uzavreté so zdravotnou poisťovňou alebo so súdnym exekútorom), dlžníkov, ktorí majú súdom nariadenú ochrannú liečbu alebo ktorí sú zamestnancami, za ktorých nezapltil poisťné zamestnávateľ. Pretože v praxi sa stáva, že po úspešnom uplatnení námietky premlčania, a teda právnej nevykonateľnosti premlčanej pohľadávky, sú dotknutí dlžníci naďalej evidovaní v zozname dlžníkov s nárokom len na neodkladnú zdravotnú starostlivosť, navrhuje sa vylúčiť aj u takýchto dlžníkov obmedzenie práva na poskytnutie zdravotnej starostlivosti.

Všetci títo vylúčení dlžníci budú vedení naďalej v zozname dlžníkov, avšak s právom na zdravotnú starostlivosť v rozsahu ustanovenom zákonom č. 577/2004 Z. z.“ (zvýraznenie doplnené autorkami)

<sup>114.</sup> ZZP, pôvodné znenie, účinnosť k 1. 1. 2005, § 25 ods. 1, písm. c) (bod 2).

<sup>115.</sup> Zák. č. 250/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, bod 34.

<sup>116.</sup> Zákon č. 421/2012 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa

V niektorých prípadoch to samozrejme nie je problematické, napr. pri akútnych stavoch, pri pôrode. V prípade chronických ochorení, ale aj vo väčšine ďalších ochorení, sú lekári postavení pred dilemu, či pacientovi poskytnúť zdravotnú starostlivosť a riskovať, že zdravotná poisťovňa vyhodnotí stav ako nespádajúci pod definíciu neodkladnej starostlivosti a **úkon im nepreplatí, alebo pacienta odmietnuť a riskovať zhoršenie zdravotného stavu** v budúcnosti. Nehovoriac o preventívnej zdravotnej starostlivosti, ktorá pod neodkladnú starostlivosť nespáda nikdy (napr. preventívne gynekologické prehliadky, prehliadky zamerané na prevenciu rakoviny u určitých vekových skupín, atď.).

Lekári majú ešte alternatívu **nechať pacienta uhradiť** zdravotnú starostlivosť v hotovosti, avšak veľká väčšina dlžníkov tieto prostriedky k dispozícii nemá, hlavne ak ide o zákroky finančne náročné, prípadne ak si ochorenie vyžaduje pravidelnú liečbu, ktorú si dlhodobo nemôžu dovoliť. **Lekári tak nesú hlavné bremeno rozhodovania**, či zdravotnú starostlivosť týmto osobám poskytnú alebo nie. Tvrdíme, že lekári by nemali byť pred takúto dilemu vôbec postavení.

- zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, čl. I bod 48.
117. V súčasnosti pôsobia na slovenskom trhu tri zdravotné poisťovne, každá zverejňuje zoznamy dlžníkov na svojej internetovej stránke: <https://www.vszp.sk/platitelia/platenie-poisneho/zoznam-dlznikov.html>, <https://www.dovera.sk/overenia/dlznic/zoznam-dlznikov>, <https://www.union.sk/zoznam-dlznikov>
118. Dôvodová správa k zákonu č. 250/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, k bodu 9 v § 9 ods. 2 a k bodu 30 v § 25 ods. 1: „Ustanovuje sa, že ak sa poistenec nachádza v zozname dlžníkov, ktorý zverejňuje zdravotná poisťovňa, má nárok iba na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti. Zoznam neplatičov musí byť priamo prepojený na posudzovanie neodkladnej starostlivosti, do zoznamu sa nedostane osoba, za ktorú nezaplatil poistné zamestnávateľ. Odopretie poskytovania zdravotnej starostlivosti bezprostredne po nezaplatení splatného poistného by viedlo k možnému poškodeniu poistencov, ktorí iba nesprávne označili platbu poistného. Lehota 3 mesiace zabezpečuje dostatočný časový priestor pre spárodvanie platieb poistného, čím sa znižuje chybovosť

- údajov a zníži sa tak pravdepodobnosť poškodenia poistenca. Súčasne sa zabezpečuje súlad so zoznamom vedeným poisťovňou podľa § 25 ods. 1 písm. e) 2. bod tohto návrhu. V zozname nebudú uvedení dlžníci, voči ktorým bude evidovaná nepatrná pohľadávka. Povinne zverejňovaný zoznam zdravotnou poisťovňou bude automaticky zoznamom slúžiacim pre poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pre posúdenie rozsahu poskytovanej zdravotnej starostlivosti. (...) Upravuje sa, čo má obsahovať zoznam dlžníkov, aby boli osoby identifikovateľné a nezameniteľné a aby zoznam slúžil na overenie toho, na akú zdravotnú starostlivosť má poistenec nárok. V súvislosti s posunom termínov ročného zúčtovania poistného sa posúvajú termíny v prerazdelovaní poistného. Aby bolo možné alternatívne zverejňovať uvedené údaje buď vo forme zoznamu alebo aj v iných formách (napríklad vyhľadávanie na webovej stránke). V prípade zoznamov sa totiž bežne v praxi stáva, že iné internetové stránky s aplikáciami na vyhľadávanie, stahujú zoznamy neplatičov zo stránok zdravotných poisťovní, pričom tieto údaje nemusia byť pravdivé a tým spôsobujú zdravotnej poisťovni problémy v podobe neoprávnené podaných sťažností rozhorčených klientov, že sa našli v zozname inej webovej aplikácie, pričom zdravotná poisťovňa ich vo svojich zoznamoch neeviduje.“ (zvýraznenie doplnené autorkami)
119. Dôvodová správa k zákonu č. 421/2012 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení, všeobecná časť.
120. Pre plnú definíciu pozri § 2 ods. 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti.

Lekári skladajú Hippokratovu prísahu, v ktorej prehlasujú, že zdravie a dobro pacientov bude ich prvoradým záujmom, a že budú rešpektovať autonómiu a dôstojnosť svojich pacientov. **Lekári majú povinnosti aj podľa zákona** o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, predovšetkým povinnosť vykonávať svoje zdravotnícke povolanie **odborne**, v súlade so všeobecne záväznými právnymi predpismi a s **etickým kódexom**.<sup>121</sup> Hneď prvým ustanovením Etického kódexu je ustanovenie, podľa ktorého je stavovskou povinnosťou zdravotníckeho pracovníka **profesionálna starostlivosť o zdravie** jednotlivca a spoločnosti v súlade so zásadami ľudskosti, v duchu úcty k ľudskému životu od jeho počiatku až do konca s rešpektovaním dôstojnosti ľudského jedinca. Nasleduje povinnosť zdravotníckeho pracovníka zachovávať život, **chrániť, podporovať a obnovovať zdravie, predchádzať chorobám, mierniť utrpenie** bez ohľadu na národnosť, rasu, vierovyznanie, sexuálnu orientáciu, politickú príslušnosť, spoločenské postavenie, morálnu či rozumovú úroveň a povesť pacienta. Odmietnutie pacienta pre platobnú neschopnosť je v rozpore s týmito povinnosťami a lekári by nemali byť k tomuto zákonnou úpravou nútení.

## ĎALŠIE SKUPINY OSÔB VYLÚČENÉ Z PLNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI 3.3

Pre úplnosť uvádzame, že ďalšou skupinou osôb, ktorí majú nárok len na úhradu neodkladnej zdravotnej starostlivosti, sú poistenci, ktorí nepodali prihlášku na zdravotné poistenie, nie však maloleté osoby. Neodkladnú zdravotnú starostlivosť uhrádza poisťovňa s najväčším počtom poistencov a táto poisťovňa tiež poskytovateľom zdravotnej starostlivosti potvrdzuje, či ide o neodkladnú starostlivosť.<sup>122</sup> Náklady na takúto zdravotnú starostlivosť uhradí zdravotnej poisťovni MZ SR len pri prvom poskytnutí neodkladnej starostlivosti. Pri jej ďalšom poskytnutí je povinná ich uhradiť zdravotnej poisťovni osoba, ktorá porušila povinnosť podať prihlášku.<sup>123</sup>

---

121. Pre výpočet povinností a etický kódex (príloha č. 4) pozri zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

122. ZZP, § 9 ods. 3.

123. ZZP, § 9 ods. 4.

Zákon do tejto skupiny osôb tiež zaraďuje tzv. „bezdomovcov“, t. j. osoby (cudzincov, nie ľudí bez domova v bežnom zmysle slova) bez štátnej príslušnosti, ktorí sa zdržiavajú na území SR a ktorí nemôžu preukázať poistný vzťah preukazom poistenca a ani kontrola v centrálnom registri poistencov nezistí poistný vzťah. Náklady na neodkladnú zdravotnú starostlivosť v takomto prípade uhrádza MZ SR.<sup>124</sup> Dôvodová správa k tomuto ustanoveniu uvádza, že ide o „bezdomovcov“, ktorí sa vzhľadom na nemožnosť preukázať trvalé bydlisko nemôžu prihlásiť do zdravotnej poisťovne.<sup>125</sup>

## ČESKÝ MODEL

## 3.4

Pre porovnanie uvádzame právnu úpravu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov v susednej Českej republike. Túto krajinu sme vybrali preto, že jej právna úprava vychádza z podobných princípov, historických udalostí a sociálno-ekonomických faktorov ako tá slovenská. Domnievame sa, že práve český model, respektíve právna úprava na Slovensku pred prijatím súčasného zákona o zdravotnom poistení, by mohli byť primeraným riešením aktuálneho nevyhovujúceho stavu.

V ústavnej rovine je v Českej republike právo na zdravie zakotvené v článku 31 Listiny základných práv a slobôd, ktorý znie: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané majú na základe veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Znenie tohto ustanovenia je v podstate rovnaké ako článok 40 slovenskej Ústavy.

V zákonnej rovine ide o zákon č. 28/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podľa ktorého zdravotné poistenie vzniká narodením, ak ide o osobu s trvalým pobytom na území ČR.<sup>126</sup> Podobne ako v SR, aj v ČR sú osoby povinné hradiť zdravotné poistenie a v opačnom prípade im vzniká voči zdravotnej poisťovni dlh. Ten sa skladá z dlžnej čiastky a penále, ktorý podľa predstavuje 0,05 % dlžnej čiastky za každý kalendárny deň.<sup>127</sup>

<sup>124.</sup> ZZP, § 9 ods. 4.

<sup>125.</sup> Dôvodová správa k zákonu č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, k § 9.

<sup>126.</sup> Zákon č. č. 28/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 3 ods. 1 písm. a).

<sup>127.</sup> Tamtiež, § 8 ods. 5.

Právo na ochranu zdravia je v Ústave ČR zakotvené rovnako ako v Ústave SR. Na rozdiel od SR ale česká právna úprava nijako neobmedzuje rozsah zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov na zdravotnom poistení. Osoby dlžiacie na zdravotnom poistení majú nárok na rovnaký rozsah zdravotnej starostlivosti ako ostatní poistenci.

Podľa Konceptie prevencie a riešenia problematiky bezdomovectva v ČR do roku 2020 je prístup k základnej zdravotnej starostlivosti zo zákona možný aj pre osoby bez domova. Pre osoby bez domova ale z najrôznejších dôvodov, vyplývajúcich z ich nepriaznivej situácie, dochádza k nepravidelným platbám zdravotnej poisťovni a narastaniu dlhu. Základný rozpor tkvie medzi právom na zdravotnú starostlivosť na jednej strane a povinnosťou hradiť poistné na strane druhej. **Napriek tomu ale český právny poriadok jednoznačne chráni právo všetkých osôb na základnú zdravotnú starostlivosť.**<sup>128</sup> V dôsledku dlhov voči zdravotnej poisťovni dochádza k problémom pri plnení úhrad zdravotnému zariadeniu za týchto pacientov, čo má potom za následok určitú obozretnosť zdravotných zariadení pri výbere pacientov.<sup>129</sup> Osoby bez domova sa preto v ČR stretávajú s odmietnutím ošetrovania s argumentom, že sú „nepoistení“, a čelia tak faktickým bariéram v prístupe k zdravotnej starostlivosti.<sup>130</sup> To je ale v rozpore s zákonom, podľa ktorého majú aj osoby dlžiacie na zdravotnom poistení právo na rovnaký rozsah zdravotnej starostlivosti ako ostatní poistenci.

128. MPSV, Konceptce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Praha, listopad 2013, s. 21.

129. ŠVANCAROVÁ, P.: Bariéry a limity lidí bez

domova při využívání zdravotnických služeb. Olomouc 2016, absolventská práce, s. 20-21.

130. Konceptce (c. d.), str. 22.



# ZÁVER

# 4.

## ZHRNUTIE MOŽNÝCH PRÁVNÝCH ROZPOROV S ÚSTAVOU SR A MEDZINÁRODNÝMI ZMLUVAMI

### 4.1

V predkladanej analýze sme spracovali ústavnoprávny aj medzinárodnoprávny rozmer práva na zdravie, ktorý je priamo relevantný pre problematiku dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre osoby trpiace sociálnym vylúčením, pričom sme sa zamerali na ľudí bez domova. Tento právny rozbor vychádza z potrieb zdravotníkov a sociálnych pracovníkov z praxe, ktorí sa opakovane stretávajú s bariérami v poskytovaní zdravotnej starostlivosti pre ľudí bez domova, pričom najčastejšou bariérou sú práve dlhy. Podrobne sme sa preto pozreli na slovenskú právnu úpravu v oblasti poskytovania zdravotnej starostlivosti a identifikovali sme tie ustanovenia, ktoré ľuďom bez domova bránia v prístupe k plnej, štandardnej zdravotnej starostlivosti. Nasledovná časť obsahuje argumentáciu, prečo môže byť súčasná právna úprava v rozpore tak s Ústavou SR, ako aj medzinárodnými zmluvami, ktorými je SR viazaná.

#### *Rozpor s Medzinárodným paktom o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach*

- zníženie štandardu poskytovanej starostlivosti - retrogresia
- neprimeraný negatívny dopad na vylúčené a marginalizované skupiny obyvateľstva
- diskriminácia v dôsledku nerovného a neprimeraného rozvrhnutia zdrojov
- vytváranie nových finančných bariér

Právna úprava obmedzujúca právo na poskytovanie bezplatnej starostlivosti osôb bez domova, ktoré sú dlžníkmi na zdravotnom poistení, na neodkladnú zdravotnú starostlivosť, môže byť v rozpore s medzinárodnými záväzkami SR, predovšetkým **s článkom 12 Medzinárodného paktu o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach.**

Prijatím tejto právnej úpravy **zákonodarca pristúpil k zníženiu štandardu práva na zdravie**, t. j. **retrogresii**, bez náležitého zdôvodnenia a bez zváženía menej reštriktívnych opatrení na dosiahnutie sledovaného účelu. Zákaz retrogresie, teda znižovania štandardu práva na zdravie, je jeden zo základných princípov Paktu a štáty k nemu môžu pristupovať len za veľmi výnimočných okolností, keď nie je možné sledovaný cieľ dosiahnuť inak. Bez náležitého zdôvodnenia tohto kroku a zváženía všetkých ďalších alternatív, ktoré v dôvodových správach chýbajú, tento krok neobstojí a môže byť v rozpore s článkom 12 Paktu.

Keď pred zavedením kritizovanej právnej úpravy mali osoby bez domova s dlhom na zdravotnom poistení prístup k plnej zdravotnej starostlivosti, a po prijatí právnej úpravy toto právo stratili, ide jednoznačne o retrogresiu.

Ďalší rozpor s právom na zdravie vidíme v tom, že **obmedzenie prístupu k plnej zdravotnej starostlivosti sa neprimerane dotklo vylúčených a marginalizovaných skupín obyvateľstva**, ktorými osoby bez domova bezpochyby sú. Zdravotná starostlivosť v rozsahu neodkladnej starostlivosti nemusí naplňovať tzv. minimálne jadro práva na zdravie v zmysle článku 12 Paktu, ktoré podlieha okamžitej realizácii, t. j. štát ho musí zabezpečiť okamžite, bez ohľadu na finančné zdroje. Podľa Výboru štáty musia v rámci minimálneho jadra zabezpečiť právo na prístup k zdravotným zariadeniam, tovarom a službám na nediskriminačnom základe, **predovšetkým pre zraniteľné a marginalizované skupiny**.

Uvedené opatrenie možno vnímať ako **diskriminačné**, pretože obmedzuje zdroje pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre zraniteľné a chudobné skupiny obyvateľstva. Štáty majú osobitnú povinnosť poskytnúť tým, ktorí nemajú dostatočné prostriedky, potrebné zdravotné poistenie a prístup k zdravotným zariadeniam, a zabrániť akejkoľvek diskriminácii zo zakázaných dôvodov v poskytovaní zdravotnej starostlivosti a služieb, obzvlášť pokiaľ ide o minimálne záväzky v oblasti zdravia. **Neprimerané rozvrhnutie zdrojov môže viesť k diskriminácii, ktorá nie je na prvý pohľad zjavná**. Podľa Výboru OSN nemožno diskriminovať z dôvodu zlej ekonomickej či sociálnej situácie, pričom do tejto kategórie spadajú hlavne osoby žijúce v chudobe a osoby bez domova.

Prijaté opatrenie nemusí spĺňať ani požiadavku na **spravodlivé rozvrhnutie zdrojov** v systéme, tzv. požiadavku *equity*. Podľa Výboru OSN štáty musia zabezpečiť spravodlivé rozdelenie finančných zdrojov v zdravotníctve, aby dosiahli **univerzálny prístup k zdravotnej starostlivosti**. Štáty tiež musia nasmerovať zdroje predovšetkým do primárnej a preventívnej zdravotnej starostlivosti **pre všetkých** a posilňovať prístup k zdravotnej starostlivosti. Kritizovaná právna úprava toto nerobí, práve naopak, finančné zdroje pre chudobné skupiny obyvateľstva nevyužíva na primárnu a preventívnu starostlivosť, ale len na neodkladnú starostlivosť.

Právna úprava tiež **vytvára dodatočné bariéry v prístupe** marginalizovaných skupín obyvateľstva k zdravotnej starostlivosti, čo je tiež v rozpore s článkom 12 Paktu, tak ako ho interpretuje Výbor OSN. Podľa Výboru OSN majú štáty povinnosť odstraňovať finančné bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti a zabezpečiť, aby nemožnosť zaplatiť neovplyvňovala rozhodnutie jednotlivca vyhľadať zdravotnú starostlivosť, pričom hlavnou bariérou sú hotovostné platby. Kritizovaná práva úprava namiesto odstraňovania týchto bariér, nové bariéry vytvára.

### *Rozpor s revidovanou Európskou sociálnou chartou*

- obmedzenie rozsahu zdravotnej starostlivosti je v rozpore s ľudskou dôstojnosťou
- negatívny dopad zákona na marginalizované skupiny

Z podobných dôvodov sa domnievame, že kritizovaná právna úprava môže byť **v rozpore s článkom 11 a 13 revidovanej Európskej sociálnej charty**.

Európsky výbor pre sociálne práva prikladá veľký dôraz na ľudskú dôstojnosť a opakovane uviedol, že zdravotná starostlivosť je predpokladom pre zachovanie ľudskej dôstojnosti. Čakanie na ošetrovanie do momentu zhoršenia zdravotného stavu „zasluhujúceho“ neodkladnú zdravotnú starostlivosť eroduje akúkoľvek ľudskú dôstojnosť, ale aj etiku celej spoločnosti.

Domnievame sa, že **dlhodobé zanedbávanie zdravotnej starostlivosti osôb bez domova**, ku ktorému kritizovaná právna úprava smeruje, **je v rozpore s ľudskou dôstojnosťou** týchto osôb. Ako sme popísali vyššie, neodkladná starostlivosť nepokrýva preventívnu a primárnu zdravotnú starostlivosť a dotknuté osoby sú nútené vyčkať s ošetrovaním dovtedy, kým sa ich zdravotný stav zhorší natoľko, aby spadol pod definíciu neodkladnej starostlivosti. Takéto zaobchádzanie nie je podľa nášho názoru zlučiteľné s princípom ľudskej dôstojnosti.

Podobne ako Výbor OSN, aj **Európsky výbor pre sociálne práva zakazuje opatrenia obmedzujúce prístup k zdravotnej starostlivosti pre marginalizované skupiny obyvateľstva**. Článok 11 Charty tiež obsahuje záväzok zabezpečiť univerzálne pokrytie a Výbor sa osobitne pozerá na to, ako sú pokryté znevýhodnené skupiny obyvateľstva, pričom kritizuje hotovostné platby, prípadne nepreplácanie liekov pre tieto skupiny. Štáty musia byť mimoriadne obozretné v tom, aký dopad má voľba konkrétnych politik a opatrení na zraniteľné skupiny a ďalšie dotknuté osoby. Domnievame sa, že samotné legislatívne nastavenie, ktoré ich vylučuje z prístupu k plnej zdravotnej starostlivosti, môže byť z hľadiska Európskej sociálnej charty veľmi problematické, a to hlavne s odkazom na rozhodnutie Výboru vo veci *ERTF proti Českej republike*.<sup>131</sup>

## *Rozpor s Ústavou SR*

- „vyprázdnenie“ obsahu ústavného práva na zdravie
- neproporčne negatívny dopad na marginalizované skupiny

Právna úprava, ktorá by fakticky vyprázdňovala obsah práva na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, by nemusela byť ani v súlade s Ústavou SR. Ústavný súd vo svojej judikatúre k právu na zdravie síce dáva zákonodarcovi široký priestor pre voľnú úvahu, ten je ale limitovaný tým, že **zákonodarca musí vždy chrániť esenciálnu podstatu práva na bezplatnú starostlivosť na základe zdravotného poistenia**. Zákon nesmie obsah tohto práva fakticky vyprázdňovať, pričom obsahom tohto práva Ústavný súd rozumie plné pokrytie kvalitnej, plnohodnotnej a účinnej starostlivosti ako starostlivosti základnej, štandardnej. Právna úprava vylučujúca z takejto plnohodnotnej starostlivosti osoby, ktoré dlžia na zdravotnom poistení, **ale poistencami stále sú a z poistenia vystúpiť podľa zákona nemôžu, fakticky pre tieto osoby obsah práva na bezplatnú starostlivosť vyprázdňuje**.

Navyše, možno argumentovať, že **súčasná právna úprava by nemusela obstať v teste proporcionality**, ktorý Ústavný súd pri výklade práva na zdravie a na bezplatnú zdravotnú starostlivosť štandardne používa. Nie je totiž vôbec jasné, či obmedzenie plnej zdravotnej starostlivosti pre dlžníkov na zdravotnom poistení **napĺňa sledovaný cieľ preventívne pôsobiť na poistencov**, aby platili poistné, a zabezpečiť finančné prostriedky pre verejné zdravotné poistenie. A ak by sme aj pripustili, že tento cieľ možno dosiahnuť práve týmto opatrením, čo je skutočne pochybné, tak je stále otáznne, či je primeraný s ohľadom na vyššie popísaný závažný dopad práve na marginalizovanú a zraniteľnú skupinu ľudí bez domova.

## DOPAD NA CIEĽOVÚ SKUPINU 4.2 A NAVRHOVANÉ LEGISLATÍVNE ZMENY

Počet osôb, na ktoré dopadá legislatíva obmedzujúca prístup k zdravotnej starostlivosti na neodkladnú starostlivosť, je obrovský. Len na zozname dlžníkov VŠZP v sekcii „samoplatitelia“ bolo v decembri 2020 viac než **osemdesiatšesťtisíc osôb**, z toho veľká väčšina, viac než sedemdesiatšesťtisíc osôb, nespadá pod výnimky podľa § 9 ods. 2 písm. a) až h) ZZP. V zoznamoch dlžníkov ďalších dvoch zdravotných poisťovní Dôvera a Union je možné len vyhľadanie konkrétnej osoby, nie je možné vygenerovať celkový počet dlžníkov. Rádovo ale pôjde o ďalšie tisícky osôb. Ide teda o nezanedbateľnú skupinu obyvateľstva, ktorá nedosiahne na plné zdravotné poistenie.

Zo skúseností organizácií pracujúcich s osobami bez domova vyplýva, že uvedená legislatíva takmer bez výnimky dopadá na túto cieľovú skupinu. Pritom práve **ľudia bez domova potrebujú viac** ako ktokoľvek iný pravidelnú a adekvátnu zdravotnú starostlivosť, pretože sú s ohľadom na svoju životnú situáciu **obzvlášť zraniteľní** a často trpia rôznymi ochoreniami, obvyčajne chronického charakteru. Veľmi často je to práve **zdravotný stav, ktorý prispel ku kritickej životnej situácii** vedúcej ku strate domova. Odopieranie inej než neodkladnej zdravotnej starostlivosti ich v prípade ochorenia vystavuje bolestiam, nedostatku potrebných liekov **a znižuje predpokladanú dĺžku života asi o 20 rokov**. Liečenie zanedbaných ochorení je pritom pre systém niekoľkonásobne drahšie ako prevencia či včasné liečenie ochorenia.

---

131. European Roma and Travellers Forum (ERTF) proti Českej republike, sťažnosť č. 104/2014,

rozhodnutie Európskeho výboru pre sociálne práva zo dňa 17. 5. 2016.

Ľudia bez domova ako stigmatizovaná skupina obyvateľstva majú **už aj tak veľmi sťažený prístup** k zdravotnej starostlivosti. Často je im s ohľadom na ich vzhľad a situáciu odmietané poskytnutie zdravotnej starostlivosti. Stáva sa, že nemajú dokumenty potrebné k návšteve lekára, ako je občiansky preukaz alebo preukaz poistenca. Nie je ani výnimkou, že osoby bez domova sa zdráhajú vyhľadať zdravotnú starostlivosť pre obavy z reakcií lekárov, nedôveru voči inštitúciám, prípadne pre obavy z diagnózy. Toto všetko sú už existujúce bariéry v prístupe osôb bez domova k zdravotnej starostlivosti, ktoré by mal štát postupne a cielene odstraňovať. Namiesto toho kladie tejto cieľovej skupine ďalšiu prekážku v podobe zaradenia na zoznam dlžníkov a stavia ich tak do často neriešiteľnej situácie, keď musia čakať na akútne zhoršenie svojho zdravotného stavu, aby dosiahli na bezplatné ošetrovanie, prípadne sa rozhodnúť, ktoré ošetrovanie si môžu dovoliť uhradiť a ktoré nie. To je nielen neetické, ale podľa nášho názoru **v rozpore s ľudskou dôstojnosťou**.

Zaradenie do zoznamu dlžníkov na zdravotnom poistení tieto osoby **postihuje dvakrát**: nielenže majú dlh na zdravotnom poistení, ktorý každým mesiacom rastie, so všetkými jeho následkami v podobe hroziacej exekúcie, zrážok zo mzdy a podobne, ale sú postihovaní aj znížením štandardu zdravotnej starostlivosti. To stavia osoby zaradené na zoznam dlžníkov do ešte **zložitejšej** situácie. Nielenže musia zháňať prostriedky na splatenie dlhu, ale v prípade ochorenia musia nájsť prostriedky na úhradu zdravotnej starostlivosti v hotovosti. Dostávajú sa tak do bludného kruhu a pravdepodobnosť, že uhradia dlhy na zdravotnom poistení, je stále nižšia a nižšia. Osoby bez domova často nedosiahnu na žiadny pravidelný príjem a sú tak vylúčené z možnosti dohodnúť si so zdravotnou poisťovňou splátkový kalendár. Novela zavádzajúca výnimky ich situáciu teda nerieši.

Z vyššie uvedených dôvodov **navrhujeme zrušiť § 9 ods. 2 a § 25a zákona č. 580/2004 Z. Z. o zdravotnom poistení**, a ustanovenia nadväzujúce na túto právnu úpravu.

Navrhovaná zmena by odstránila zo zákona o zdravotnom poistení ustanovenie § 9 ods. 2, podľa ktorého dlžníci na zdravotnom poistení majú právo len na neodkladnú starostlivosť a nedosiahnu tak na plnú zdravotnú starostlivosť. Ako je vysvetlené v predkladanej analýze, toto ustanovenie je diskriminačné, neprimerané dopadá na vylúčené a zraniteľné osoby, okrem iného na osoby bez domova, a vytvára pre nich dodatočné bariéry v prístupe k zdravotnej starostlivosti. Z týchto dôvodov môže byť v rozpore s medzinárodnými záväzkami SR, predovšetkým s právom na zdravie a na zachovanie ľudskej dôstojnosti. Uvedená právna úprava je aj krajne nesystémová, nekoncepčná a zbytočne represívna. Navyše, pozitívny preventívny

efekt jej zavedenia sa nepreukázal a neboli vypočítané ani náklady za „neodkladné“ riešenie a liečbu pôvodne preventabilných ochorení. Odstránením ustanovenia § 9 ods. 2 zo zákona o zdravotnom poistení by sa dosiahol žiadúci stav, keď by zdravotná starostlivosť bola poskytovaná v plnej miere všetkým poistencom, bez ohľadu na ich súčasné majetkové problémy.

Zároveň navrhujeme aj odstránenie ustanovenia § 25a ZZP, ktoré upravuje definíciu dlžníka a povinnosť zdravotných poisťovní viesť a zverejňovať zoznam dlžníkov. Tieto zoznamy sú problematické z viacerých dôvodov. Nielenže obsahujú osobné údaje osôb s dlhom na zdravotnom poistení, ktorých zverejňovanie nesleduje legitímny záujem, ale predstavujú aj dodatočnú administratívnu záťaž a zodpovednosť za škodu pre zdravotné poisťovne. Zavedeniu zoznamov dlžníkov nepredchádzala žiadna verejná diskusia, ani odborné posúdenie účinnosti takéhoto opatrenia na vymáhanie pohľadávok. V neposlednom rade dopadajú tieto zoznamy aj na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ktorí musia pred poskytnutím starostlivosti v zoznamoch preveriť, či pacient nie je dlžníkom za zdravotnom poistení a nemá teda právo len na neodkladnú starostlivosť. Odstránením povinnosti viesť zoznamy dlžníkov a zrovnoprávnením osôb s dlhom na zdravotnom poistení s ostatnými poistencami čo do miery poskytovania zdravotnej starostlivosti by odpadla aj táto dodatočná administratívna záťaž pre lekárov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Na ustanovenia § 9 ods. 2 a § 25a ZZP nadväzuje aj niekoľko ďalších ustanovení zákona o zdravotnom poistení, napr. ustanovenie § 10 ods. 6 ZZP, ktoré sa týka preplácania nákladov zdravotnej starostlivosti vzniknutých v zahraničí, či ustanovenie § 38av ods. 7 ZZP, ktoré sa týka poskytovania zdravotnej starostlivosti počas krízovej situácie. Navrhované zmeny bude potrebné zohľadniť aj v týchto nadväzujúcich ustanoveniach, a to v duchu zrovnoprávnenia dlžníkov na zdravotnom poistení s ostatnými poistencami.

# POUŽITÁ LITERATÚRA A ZOZNAM PRÁVNÝCH DOKUMENTOV

## *Publikácie*

ČIČ, M.: *Komentár k Ústave Slovenskej Republiky*. Žilina : Eurokódex, 2012.

---

FREEL, L. – NOVÁKOVÁ, M.: Zdravotné právo. In: *Walters Kluver*, 1/2020.

---

GLOVA, J. – GAVUROVÁ, B.: Vybrané aspekty systémov zdravotnej starostlivosti. In: *Grant Journal*, 2013, s.17  
Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/0202/PDF/0202glova.pdf>

---

SALTMAN, R. B. – DUBOIS, H. F.: The historical and social base of social health insurance systems. In: SALTMAN, R. – B. BUSSE, R. – FIGUERAS, J. (eds.): *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Berkshire : Open University Press, 2004, s. 21-23.

---

ŠVANCAROVÁ, P.: Bariéry a limity ľudí bez domova pri využívaní zdravotníckych služieb. Olomouc 2016, absolventská práca, s. 20-21.

---

TOBIN, T.: *The Right to Health in International Law*. Oxford : Oxford University Press, 2012.

---

YE, L. et al.: Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. In: *Bulletin of the World Health Organization* 2012.

## *Právna úprava SR*

Ústavní zákon č. 460/1992 Sb., Ústava Slovenskej republiky

---

Zákon č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník

---

Zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---

Zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---



---

Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

---

Zákon č. 577/2004 Z. z. rozsahu zdravotnej starostlivosti uhrádzanej na základe verejného zdravotného poistenia a o úhradách za služby súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v znení neskorších predpisov

---

Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---

Zákon č. 523/2004 Z. z. o rozpočtových pravidlách verejnej správy a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---

Zákon č. 356/2016 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve

---

Zák. č. 250/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---

Zákon č. 363/2011 Z. z. o rozsahu a podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

---

Zákon č. 421/2012 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

---

Vyhláška ministra zahraničných vecí č. 120/1976 Zb. z 10. 5. 1976 o Medzinárodnom pakte o občianskych a politických právach a Medzinárodnom pakte o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach

---

Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 273/2009 Z. z.

---

Oznámenie Ministerstva zahraničných vecí Slovenskej republiky č. 40/2000 Z. z.

---

## *Dôvodové správy*

Dôvodová správa k zákonu č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení

---

Dôvodová správa k zákonu č. 356/2016 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve

---

Dôvodová správa k zákonu č. 250/2011 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení niektorých zákonov

---

Dôvodová správa k zákonu č. 421/2012 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení a o zmene a doplnení zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení

---

## *Rozhodnutia Ústavného súdu Slovenskej republiky*

PL. ÚS 8/1994, nález zo dňa 6. 10. 1994

---

PL. ÚS 38/03, nález zo dňa 17. 5. 2004

---

PL. ÚS 8/04, nález zo dňa 18. 10. 2005

---

PL. ÚS 16/05, nález zo dňa 2. 7. 2008

---

PL. ÚS 49/2015, nález zo dňa 15. 11. 2017

---

## *Právna úprava ČR a súvisiace dokumenty*

Zákon č. č. 28/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

---

MPSV, Koncepcie prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020. Praha listopad 2013

---

## *Medzinárodné dokumenty*

Medzinárodný pakt o hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach, New York, 19. 12. 1966

---

Európsky dohovor o ochrane ľudských práv a základných slobôd, Rím, 4. 11. 1950

---

Európska sociálna charta (revidovaná), Štrasburg, 3. máj 1996

---

CESCR, Všeobecný komentár č. 14 (2000). Právo na dosiahnutie najvyššie dosažiteľnej úrovne zdravia. E/C.12/2000/4 z 11. 8. 2000

---

CESCR, Všeobecný komentár č. 3. Povaha záväzkov Zmluvných strán (čl. 2 ods. 1 Paktu), E/1991/23, 14. 12. 1990

---

CESCR. Všeobecný komentár č. 20. Nediskriminácia v hospodárskych, sociálnych a kultúrnych právach (čl. 2 ods. 2), E/C.12/GC/20, 2. 7. 2009

---

Osobitná spravodajkyňa OSN pre právo na adekvátne bývanie. Bezdomovstvo ako globálna kríza v oblasti ľudských práv, ktorá si vyžaduje neodkladnú globálnu reakciu. A/HRC/31/54, 30. 12. 2015

---

Osobitný spravodajkyňa OSN pre právo na dosiahnutie najvyššej dosažiteľnej úrovne fyzického a duševného zdravia. Priebežná správa o financovaní zdravotných systémov, A/67/302. 13. 8. 2012

---

Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights, Rada Európy, december 2018

---

---

Digest on the case-law of the European Committee on Social Rights. Appendix: Relevant abstracts, decisions and conclusions of the European Committee on Social Rights, Rada Európy, december 2018

---

ESCR, Statement of interpretation on the right to protection of health in times of pandemic, 21. 4. 2020

---

Rada Európy, Dohovor o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny. Oviedo, 4. 4. 1997

---

World Conference on Human Rights, Vienna Declaration and Programme of Action, Vienna, 25. 6. 1993

---

European Union Agency for Fundamental Rights, Cost of Exclusion from Healthcare, Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2015

---

## *Rozhodnutia medzinárodných orgánov Európsky výbor pre sociálne práva:*

International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) proti Francúzsku, sťažnosť č. 14/2003, rozhodnutie zo dňa 8. 9. 2004

---

Marangopoulos Foundation for Human Rights (MFHR) proti Grécku, sťažnosť č. 30/2005, rozhodnutie zo dňa 6. 12. 2006

---

Defence for Children International (DCI) proti Holandsku, sťažnosť č. 47/2008, rozhodnutie zo dňa 20. 10. 2009

---

Médecins du Monde – International proti Francúzsku, sťažnosť č. 67/2011, rozhodnutie zo dňa 11. 9. 2012

---

Defence for Children International (DCI) proti Belgicku, sťažnosť č. 69/2011, rozhodnutie zo dňa 23. 10. 2012

---

European Roma and Travellers Forum (ERTF) proti Českej republike, sťažnosť č. 104/2014, rozhodnutie zo dňa 17. 5. 2016

---

European Committee for Home-Based Priority Action for the Child and the Family (EUROCEF) proti Francúzsku, sťažnosť č. 114/2015, rozhodnutie zo dňa 24. 1. 2018

---

Transgender Europe a ILGA-Europe proti Českej republike, sťažnosť č. 117/2015, rozhodnutie zo dňa 15. 5. 2018

---

European Roma Rights Centre (ERRC) proti Bulharsku, sťažnosť č. 151/2017, rozhodnutie zo dňa 5. 12. 2018

---

## *Európsky súd pre ľudské práva:*

Labita proti Taliansku, sťažnosť č. 26772/95, rozsudok zo dňa 6. 4. 2000

---

Cyprus proti Turecku, sťažnosť č. 25781/94, rozsudok zo dňa 10. 5. 2001

---

Iwańczuk proti Poľsku, sťažnosť č. 25196/94, rozsudok zo dňa 15. 11. 2001

---

Nitecki proti Poľsku, sťažnosť č. 65653/01, rozhodnutie zo dňa 21. 3. 2002

---

Glass proti Spojenému kráľovstvu, sťažnosť č. 61827/00, rozsudok zo dňa 9. 4. 2004

---

Pentiacova a ďalší proti Moldavsku, sťažnosť č. 14462/03, rozhodnutie zo dňa 4. 1. 2005

---

Tysiąg proti Poľsku, sťažnosť č. 5410/03, rozsudok zo dňa 20. 3. 2007

---

Gäfgen proti Nemecku, sťažnosť č. 22978/05, rozsudok zo dňa 1. 6. 2010

---

M.S.S. proti Belgicku a Grécku, sťažnosť č. 30696/09, rozsudok zo dňa 21. 1. 2011

---

Kiyutin proti Rusku, sťažnosť č. 2700/10, rozsudok zo dňa 10. 3. 2011

---

R. R. proti Poľsku, sťažnosť č. 27617/04, rozsudok zo dňa 26. 5. 2011

---

Panaiteescu proti Rumunsku, sťažnosť č. 30909/06, rozsudok zo dňa 10. 4. 2012

---

P. a S. proti Poľsku, sťažnosť č. 57375/08, rozsudok zo dňa 30. 10. 2012

---

Mehmet Şentürk a Bekir Şentürk proti Turecku, sťažnosť č. 13423/09, rozsudok zo dňa 9. 4. 2013

---

Oyal proti Turecku, sťažnosť č. 4864/05, rozsudok zo dňa 23. 3. 2020



**Alexandra Dubová** vyštudovala Právnickú fakultu na Bratislavskej vysokej škole práva a postgraduálne právo ľudských práv na Stredoeurópskej univerzite v Budapešti (LL.M.). Pracovala v advokácii a neziskovom sektore, štyri roky pôsobila ako právnička na Európskom súde pre ľudské práva v Štrasburgu. Momentálne je predsedníčkou neziskovej organizácie Fórum pre ľudské práva. Venuje sa problematike ľudských práv, sociálnych práv, cudzineckému a azylovému právu. Je doktorandkou na Európskom univerzitnom inštitúte vo Florencii.



**Michaela Kostičová** ukončila štúdium na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave v roku 1997 v odbore všeobecné lekárstvo a v roku 2009 postgraduálne štúdium v odbore verejné zdravotníctvo. Od roku 2002 pracuje ako odborná asistentka na Ústave sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LF UK. V rámci svojej pedagogickej a výskumnej činnosti sa venuje problematike sociálnych determinantov zdravia so zameraním na marginalizované skupiny obyvateľstva. Od roku 2018 spolupracuje s o. z. EQUITA ako koordinátorka vzdelávania a výskumu. Zapája sa do terénnych a advokačných aktivít a ako prioritu vníma potrebu zlepšenia dostupnosti zdravotnej starostlivosti pre ľudí bez domova prostredníctvom zmien v legislatíve a projekt mobilnej ambulancie a pouličnej medicíny v spolupráci s lekármi a študentmi medicíny.



**Lucia Roussier** vyštudovala farmáciu na Farmaceutickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave v roku 2006. Po ukončení štúdia žila v zahraničí a pôsobila v humanitárnych misiách s Lekármi bez hraníc na Haiti, v Tunisku, Líbyi a Južnom Sudáne a v organizácii Partners in Health v USA. V roku 2016 ukončila štúdium v odbore verejné zdravotníctvo na University of Liverpool. V roku 2017 založila s malou skupinou ďalších dobrovoľníkov o. z. EQUITA, v ktorom pôsobí dodnes ako riaditeľka. Od roku 2020 koordinuje Intervenčné tímy Ministerstva zdravotníctva.

---

Chcem oceniť autorky Alexandru Dubovú, Luciu Roussier a Michaelu Kostičovú, ktoré predkladajú viac ako kvalitnú právnu analýzu. Neprinášajú len poctivý právny rozbor, ale dokázali do sveta práva a zákonov výborne pretaviť svoje poznatky z praxe, ktoré nadobudli pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti ľuďom bez domova priamo v teréne. Analýza tak nadobúda ešte inú kvalitu a rozmer, nie je iba textom „od stola“. Nastolené právne problémy sú podávané s autentickým kontextom a skúsenosťou, autorky ich totiž majú takpovediac „ohmatané vlastnými rukami“ a rozumejú im zvnútra.

— *Nina Beňová*

---

Záslužná práca prináša veľmi dôležitú a prehľadnú analýzu práva na zdravie, a to vo všeobecnom aj konkrétnom kontexte práv ľudí bez domova. Svojím obsahom, zameraním, ale aj spôsobom spracovania je unikátna. Veľmi zrozumiteľným spôsobom vysvetľuje komplikované právne, resp. ľudskoprávne pojmy a zasadzuje ich do domáceho kontextu, pričom autorky vyvodzujú z nich dôležité dôsledky. Publikácia, v našom prostredí stále skôr ojedinelá, odhaľuje tak nielen význam práva na zdravie ako taký, ale poukazuje aj na spôsob, ako sa majú medzinárodné záväzky Slovenskej republiky interpretovať. Je možné si len želať, aby takéto práce vznikali aj pre iné oblasti, ponúka sa napríklad právo na prácu, či právo na sociálne zabezpečenie.

— *Maroš Matiaško*

PRÁVO  
NA OCHRANU ZDRAVIA  
ĽUDÍ BEZ DOMOVA

Právne aspekty dostupnosti zdravotnej  
starostlivosti ľudí bez domova  
s dlhmi na zdravotnom poistení

Alexandra Dubová, Michaela Kostičová, Lucia Roussier

Grafický dizajn: Studio Limb

Fotografia: © Artyom Kabajev – *Unsplash*

Jazyková korektúra: Irena Hanulová

Recenzenti: JUDr. Maroš Matiaško, LL.M., Mgr. Nina Beňová, PhD.

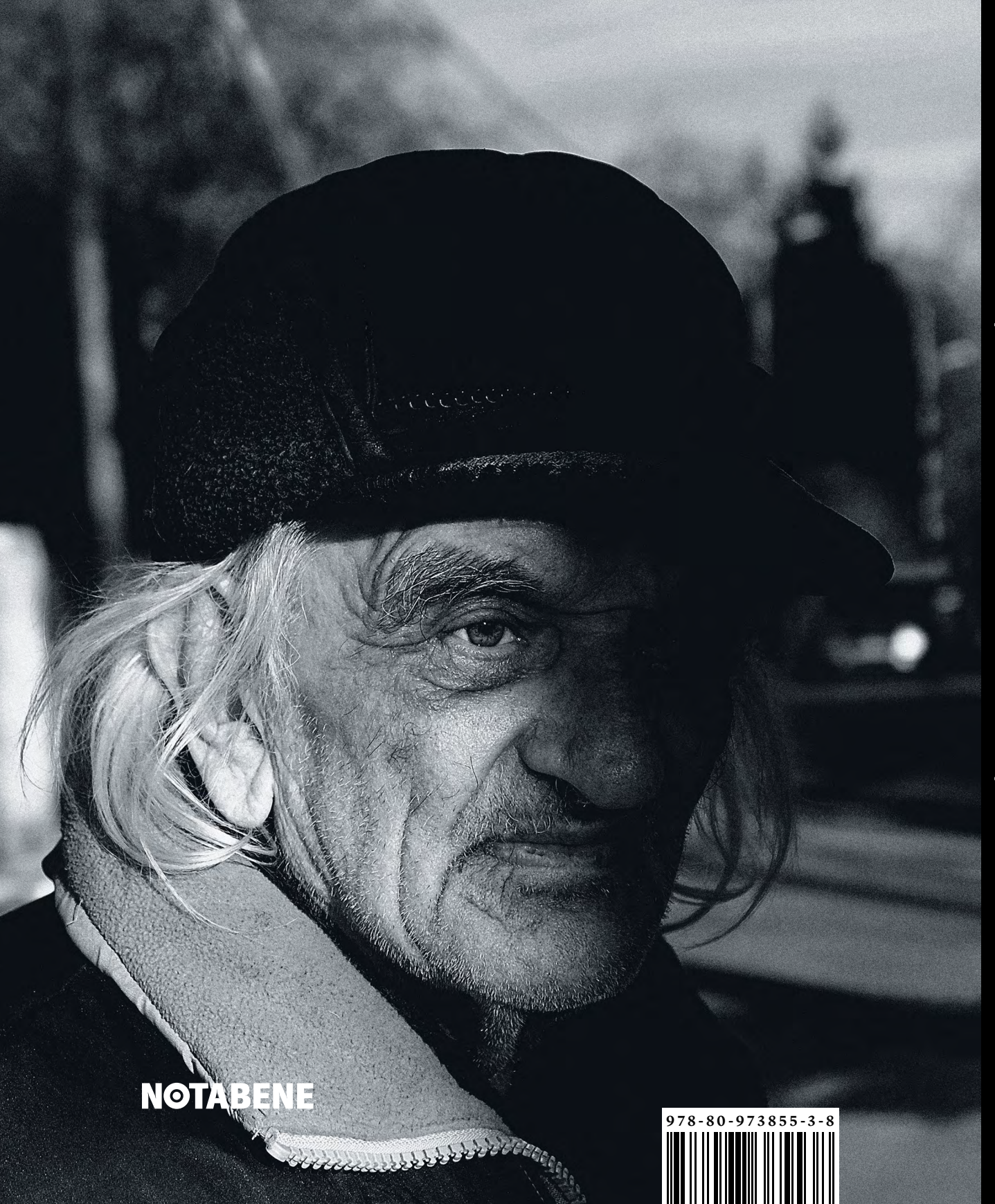
Vydalo občianske združenie Proti prúdu,  
vydavateľ časopisu NOTA BENE  
Karpatská 10, 811 05 Bratislava

1. vydanie Bratislava 2020

ISBN 978-80-973855-3-8







**NOTABENE**

978-80-973855-3-8

