

V minulých dvou letech jsme kvůli pandemii covidu-19 museli více než dřív řešit otázky týkající se zdraví jednotlivců, demografických skupin, ale i celých populací. Bohužel jsme se na některých místech dostali do stavu přeplnění nemocnic a zahlcení zdravotnického personálu, což vedlo k otázkám, kdo má přednostně právo na zdravotní péči. Očkování pomohlo pandemii zabrzdit, ale připomnělo celou řadu morálních otázek, na které nemáme jasné odpovědi. Tyto problémy však poletují veřejným i odborným prostorem dlouho a jejich vyřešení je klíčové pro budoucnost nás všech.

Podle Listiny základních práv a svobod má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví stát¹. V České republice je zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na jejím území a pro ty, které zde trvalý pobyt nemají, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR a ze sjednoceného pracovněprávního vztahu vyplývá platit zdravotní pojištění. V České republice se výše zdravotního pojištění odvíjí od výše příjmů, nikoli od jejich zdravotního stavu a rizikovosti pro pojišťovnu.² Oproti tomu však existují i systémy, které rizikové faktory zohledňují – například ve Spojených státech amerických mohou pojišťovny vyžadovat až o padesát procent vyšší pojistné po kuřácích než po lidech, kteří nekouří³. Přicházíme tedy k otázce, zdali je správné zohledňovat působení jednotlivce na vlastní zdraví při poskytování pojištění.

Nejdříve bych ráda upozornila, že situace v České republice a ve Státech je odlišné již jen z důvodu, že tamní pojištění není na federální úrovni povinné⁴. Svobodně se rozhodující člověk může zohlednit své činy a jejich případné finanční dopady a vzít na sebe riziko nebýt pojištěn. Protože v naší zemi tato možnost neexistuje, považuji za problematické finančně postihovat chování, které sice může negativně ovlivňovat zdraví jednotlivce, zároveň je však zcela legální. V Listině základních práv a svobod je zakázána jakákoli diskriminace založená mimo jiné na politických a jakýchkoli jiných názorech⁵, jedním z nich může být i přístup k vlastní životosprávě.

Jedinec však na své zdraví nemusí působit pouze negativně, naopak – velká část populace se o své zdraví stará a zajímá, dodržuje zdravý životní styl, pravidelně sportuje a konzumuje kvalitní potraviny. Nabízí se tedy otázka, zda by tyto snahy měly mít vliv na zdravotní pojištění. Péči

¹ LZPS, článek 31

² <https://www.mesec.cz/danovy-portal/dan-z-prijmu/socialni-a-zdravotni-pojisteni/>

³ <https://www.thehastingscenter.org/charging-smokers-higher-health-insurance-rates-is-it-ethical/>

⁴ <https://www.investopedia.com/is-health-insurance-mandatory-4773106>

⁵ LZPS, článek 3

společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví.⁶ Pokud bychom danou větu převrátili takto: péče společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaze každého jednotlivce...; vznikl by nám předpoklad, že náležitý zájem o své zdraví by měl být pozitivně zohledněn. Narážíme ale hned na několik problémů. Jak nastavit měřítko, které určí, jaký přístup ke zdraví odpovídá základnímu pojištění, co již zdraví poškozuje, co zdraví vysloveně pomáhá? Kvůli řadě faktorů jako je vliv životního prostředí, genetická výbava a náchylnost k nemocem by tento úkol byl velmi obtížný a vyžadoval by přístup, pokud ne individuální, tak alespoň připouštějící množství specifických výjimek.

Považuji za nezbytné uvést, že na to, jak jedinec ve společnosti působí na své zdraví má vliv také jeho práce a finanční prostředky. Výzkum Eurobarometru ukazuje, že takzvané bílé límečky považují svůj zdravotní stav za dobrý častěji než lidé, kteří dosáhli nižšího stupně vzdělání.⁷ Dosažený vyšší stupeň vzdělání se totiž většinou pojí s méně fyzicky namáhavou prací a vyšším platem. Kvalitní potraviny jsou často dražší než ty horší jakosti, tudíž méně dostupné lidem s nižšími příjmy. Pro tuto část populace je tedy mnohem obtížnější dodržovat zdravé stravovací návyky, a tudíž jejich penalizace či prosté nezvýhodnění by na ně a jejich zdraví mělo ještě větší negativní dopad. Zároveň by pak takováto úprava pojišťování byla nepřímo proti zákazu diskriminace na základě majetku⁸.

V klidných dobách je kapacita českého zdravotního systému dostatečná, proto se domnívám, že by měla být přístupná ve stejné míře všem podle zdravotního pojištění. V krizových situacích, kdy je nedostatek kvalifikovaného personálu, lůžek a případně jiného zdravotního materiálu, a je třeba vybírat, kterým pacientům poskytnout lepší péči, se pak zdá nejrozmumnější poskytnout pomoc lidem s největší pravděpodobností přežití. Tuto volbu nepovažuji za správnou – protože v danou chvíli povýšíme zdravotní stav pacientů nad zásadu, že si jsou všichni lidé rovni – ale v rámci možností nejlepší. Zohlednění životosprávy v tomto výběru by pak bylo velmi obtížné, právě kvůli ostatním vlivům, a z významné části také věku.

Na rozdíl od zdravého životního stylu, proti kterému nelze nic namítnout, je očkování pro mnoho lidí sporné. V některých případech se totiž nenechávají očkovat právě z obavy o své zdraví, přestože objektivní studie mohou potvrzovat, že pozitivní účinky plně vyrovnávají rizika, která by případně mohla nastat. Očkovaným daňovým poplatníkům může připadat

⁶ Úplné znění č. 86/1992 Sb., článek 2

⁷ <https://www.mvcr.cz/clanek/obcane-a-jejich-zdravi.aspx>

⁸ LZPS, článek 3

nespravedlivé, že za jejich odvodů jsou léčeni i lidé, kteří se zdravotním komplikacím mohli jednoduše vyhnout, přesto není možné znevýhodňovat lidi za to, že se snaží vlastní zdraví chránit podle svého přesvědčení. Jiný je případ ze zákona povinných očkování, protože ta svou plošnou aplikací v zásadě vylučují rozdílný přístup k zdravotní péči.

Domnívám se, že téma zohlednění působení jednotlivce na vlastní zdraví při poskytování zdravotní péče bude v budoucnu řešeno na mnoha úrovních, protože společně s rozvojem technologií poroste možnost kontroly nad zdravotními údaji ze strany jednotlivců i ze strany firem či státu. Již dnešní chytré hodinky nebo náramky dokáží měřit denní míru pohybu nebo spánku. Je možné, že v budoucnu budou pojišťovny požadovat tyto informace pro snížení vlastního rizika a jedinec je nebude moci odmítnout poskytnout, protože pojištění potřebuje, ale tím se vzdá svých osobních údajů a s nimi i části svojí svobody. Čím pokročilejší pak běžně rozšířené technologie budou, tím se zmenší svoboda rozhodovat o svém životě.⁹ Nicméně tato situace nemusí vůbec nastat v případě, že se rozhodneme ponechat právo rozhodovat o svém zdraví na osobní zodpovědnosti každého z nás.

Závěrem bych ráda upozornila na to, že až na vzácné výjimky chtějí být všichni lidé zdraví a starat se o sebe. K tomu může posloužit lepší dostupnost zdravých potravin, a naopak případné zdražení nebo omezení pochutin, regulace prodeje návykových látek, podpora pravidelného pohybu například v podobě výstavby cyklostezek a sportovišť, nastavení pracovních poměrů tak, aby dovolovaly dostatečný spánek, a především otevřená debata a výuka tohoto tématu. Péče o zdraví je odpovědností každého z nás, se kterou nám má být stát nápomocen. Zohledňování působení jednotlivce na své zdraví v oblasti zdravotnictví může vést k výraznému omezení základních práv a svobod a zvětšování sociálních rozdílů. Lidské zdraví by nemělo být předmětem obchodu a nemoc prostředkem pro zisk, proto je potřebné a správné poskytovat stejně kvalitní pomoc všem, kteří ji potřebují, a nezapomínat, že jsme si rovni.

⁹ Yuval Noah Harari: Homo Deus