

KAPITOLA 2

Úmluva a problémy zdravotnictví ve smluvních státech

Tvrdíme-li výše, že vliv Úmluvy na podobu zdravotního práva a politiky ve smluvních státech v posledních desetiletích prudce vzrostl, vyžaduje to nutně identifikovat, jakých konkrétních oblastí zdravotnictví se dopady Úmluvy týkají a v jakém rozsahu. Smyslem druhé kapitoly této práce proto je představit hlavní oblasti zdravotního práva a zdravotní politiky, které dnes Úmluva ve větším či menším rozsahu ovlivňuje. Způsob, jak tak učinit, však není zcela samozřejmý.

„Evropské zdravotní právo“, které na základě Úmluvy krystalizuje a nese s sebou existenci ne-li jednotných, tedy harmonizovaných či alespoň usměrňovaných standardů pro poskytování zdravotní péče a formulaci zdravotních politik ve smluvních státech, je totiž svou povahou soudcovské právo *par excellence*. Existující standardy tak vyplývají z rozhodnutí, v nichž se ESLP na základě stížností, které mu jsou předloženy, vyslovuje k tomu, zda některý smluvní stát v konkrétním případě Úmluvu porušil, či nikoli. Jakékoli soudcovské právo přitom má své silné, ale i slabé stránky, které je nutné brát v úvahu. Na paměti je tak třeba mít zejména dvě okolnosti.

Zprvė, na rozdíl od mezinárodních smluv nebo mezinárodního soft-law, které se vztahují k určitému okruhu otázek, je v případě soudcovského práva jakéhokoli soudu, a tedy i ESLP, nutné na obecnější standardy a trendy namnoze usuzovat z kazuistických závěrů, které soud učinil v kontextu skutkových okolností určité stížnosti nebo okruhu stížností, a nelze je tedy dovozovat, resp. dedukovat z apriorně definovaných obecných pravidel. Ač ESLP nelze upřít snahu judikovat „užitečně“ a vykládat Úmluvu tak, aby byly jeho závěry zobecnitelné a přenositelné do jiných obdobných situací a do situací v jiných smluvních státech, vázanost skutkovými okolnostmi konkrétní stížnosti a skutečnost, že ESLP sice chce spoluurčovat evropský veřejný pořádek, ale shoda na tom, aby hrál důsledně roli ústavního soudu na evropské úrovni, neexistuje, má za následek, že na existenci obecných standardů je možné určitěji odkazovat teprve v momentě, kdy se přístup ESLP k dopadům garantovaných práv a svobod na určitou oblast společenských vztahů potvrdí ve větším počtu rozhodnutí.

Zadruhé, tak jako žádný soud na mezinárodní, ale ani na vnitrostátní úrovni, není ani ESLP pánem své agendy. To, zda se k určitému problému nějaká

rozhodovací činnost vůbec rozvine a v jakém rozsahu bude reagovat na všechny otázky, které daný problém v právní rovině vyvolává, závisí na tom, zda jsou ESLP reálně předkládány stížnosti, které takový problém a s ním související otázky otevírají. Příмым důsledkem toho pak je, že rozhodovací činnost ESLP může – na rozdíl od psaného práva – někdy postrádat ucelenost a soustavnost, kterou by subjekty práva ve smluvních státech očekávaly. Důvod je přitom prostý, zatímco v jednom segmentu stížnosti přicházejí v nezanedbatelném počtu, v jiném tomu tak být – z nejrůznějších důvodů – nemusí nebo stížnosti dokonce nemusejí být ESLP předkládány vůbec.

I při vědomí těchto obecných slabostí jakéhokoli soudcovského práva, a tedy i toho, které vzniká na základě rozhodovací činnosti ESLP, lze ale z dnešní perspektivy konstatovat, že judikatura ESLP týkající se zdravotního práva a zdravotní politiky nabyla za uplynulá tři desetiletí takového rozsahu, že až na výjimky – korespondující zejména s ryze novými otázkami, které ve zdravotnictví vznikají (příkladmo výzkum a klinická aplikace kmenových buněk nebo klonování) a kde je okruh stížností zatím malý, nebo s otázkami, jež mají silně politické souvislosti nebo výrazně přesahují do rámce ochrany jiných než politických a občanských práv (příkladmo právo na umělé přerušování těhotenství nebo právo na přístup ke zdravotní péči) – pokrývá korpus judikatury ESLP skutečně velkou část problémů, které se vztahují ke zdravotnímu, resp. medicínskému právu *stricto sensu*. Tímto pojmem, který lze samozřejmě definovat více či méně široce, pro účely dalšího výkladu chápeme zejména pravidla, která se týkají postavení jednotlivce v kontextu poskytování zdravotní péče, vztahů mezi zdravotnickým personálem a jednotlivci, jimž je zdravotní péče poskytována, ale také regulace léčebných postupů a způsobu jejich provádění. Jde-li o tato pravidla, resp. o jejich vztah ke standardům ochrany lidských práv vyplývajících z Úmluvy, je možné výše uvedené pozorování o komplikacích při zobecňování závěrů z judikatury nebo o definičně neucelené povaze soudcovského práva relativizovat.

Existující judikaturu ESLP tak lze dnes podle našeho názoru už vcelku přesvědčivě strukturovat do řady větví, resp. linií, které je opět možné koncipovat podle vícero kritérií. Pro účely dalšího textu a identifikace toho, kam vliv Úmluvy vykládané ESLP dnes do zdravotnictví zasahuje, budeme nadále vycházet z věcných kritérií a judikaturu ESLP představovat podle jednotlivých věcných oblastí zdravotnictví a zdravotní politiky, kterých se tato judikatura týká. To se nám jeví jako účelnější než rozebírat judikaturu ESLP týkající se zdravotnictví v ryze chronologickém pořadí, byť takový přístup by nepochybně mohl vrhnout zajímavé světlo na dynamiku překládání stížností týkajících se zdravotnictví k ESLP, jakož i na motivy, které za předkládáním stížností stojí, nebo přístup, při kterém bychom judikaturu týkající se zdravotního práva představovali podle

nápadu z jednotlivých smluvních států, ačkoli by takový přístup zase mohl naznačit, do jaké míry na subregionální úrovni existují rozdíly v přístupu k poskytování zdravotní péče a pojmání lidskoprávních standardů v oblasti zdravotnictví.

V neposlední řadě, následující text se soustředí především na dopady Úmluvy vykládané ESLP na zdravotní, resp. medicínské právo chápané ve výše uvedeném smyslu. S tím souvisí, že nepokryje veškerou judikaturu ESLP, která může mít na poskytování zdravotní péče a zdravotní standardy ve smluvních státech vliv. To platí například o právech zdravotně postižených osob, která jsou z Úmluvy už dlouho dovozována¹⁹⁵ a jejichž rozsah a způsob artikulace může do budoucna růst mj. i v důsledku vývoje globálního práva lidských práv, v němž byla přijata ambiciózní sektorová Úmluva o právech osob se zdravotním postižením spolu s dodatkovým protokolem,¹⁹⁶ která může ve vztahu k uvedeným osobám rezonovat např. při výkladu čl. 5 Úmluvy. Stejně tomu je s poskytováním zdravotní péče osobám, které se nacházejí ve výkonu trestu odnětí svobody, kde je judikatura ESLP v základních ohledech nepochybně dávno ustálená a kde se standardy kladené na ochranu lidských práv při poskytování zdravotní péče z pochopitelných důvodů liší od těch obecných.¹⁹⁷ Mluvit by se dále dalo o rozhodovací činnosti, která se vztahuje k právům spojeným se sexuálním životem, jež mají nepochybně souvislost s reprodukčními právy,¹⁹⁸ nebo třeba o judikatuře dopadající na pravidla nakládání s lidským tělem a jeho částmi po smrti, která se mohou týkat pitev a patologie, ale která se jinak vztahují především k trestnímu právu nebo pohřebnictví.¹⁹⁹

Náš zájem se tak programově vztahuje k standardům, které z garancí občanských a politických práv obsažených v Úmluvě vyplývají pro obecné standardy ve zdravotním, resp. medicínském právu a v politice smluvních států. V dalším textu se pak tyto standardy pokusíme představit tak, že od obecných

¹⁹⁵ Srov. přehled judikatury ESLP: *Factsheet – Persons with disabilities and the ECHR* [online]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Disabled_ENG.pdf [cit. 2015-06-30]; doktrinálně pak např. ARNARDÓTTIR, O. M. The Rights of Persons with Disabilities in the Context of Healthcare. In: TOEBES, B., HARTLEV, M., HENDRIKS, A., ROTHMAR HERRMANN, J. (editoři) *Health and Human Rights in Europe*. Cambridge – Antwerp – Portland: Intersentia, 2012, s. 249–272.

¹⁹⁶ Předložena k podpisu dne 30. března 2007, vstoupila v platnost dne 3. května 2008, UNTS č. 2515, s. 3.

¹⁹⁷ Srov. přehled judikatury ESLP: *Factsheet – Prisoners' health-related rights* [online]. Dostupné z: http://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_ENG.pdf [cit. 2015-06-30].

¹⁹⁸ K této judikatuře srov. základním způsobem např. SUDRE 2015, *op. cit.*, s. 696–698, nebo RAINEY, B., WICKS, E., OVEY, C. *Jacobs, White & Ovey: The European Convention on Human Rights*. 6. vyd. Oxford – New York: Oxford University Press, 2014, s. 387–393.

¹⁹⁹ Srov. *Girard v. Francie* (meritum a spravedlivé zadostiučinění), stížnost č. 22590/04, 30. června 2011, nebo *Hadri-Vionnet v. Švýcarsko* (meritum a spravedlivé zadostiučinění), stížnost č. 55525/00, 14. února 2008.

otázek postavení jednotlivce ve zdravotnictví a zásad, na kterých má s ohledem na Úmluvu stát rozhodování o poskytování zdravotní péče, budeme postupovat přes regulaci určitých klíčových momentů ve zdravotní péči (život a smrt) a lidskoprávních aspektů lidské reprodukce po regulaci jednotlivých diagnostických a léčebných metod, které se v dnešním zdravotnictví uplatňují a vyvolávají mj. lidskoprávní otázky.

2.1 Právo na přístup ke zdravotní péči a další práva související s právem na zdraví

Jako mezinárodní smlouva, jejímž smyslem bylo s ohledem na okolnosti, za nichž vznikala, chránit politická a občanská práva, tj. lidská práva tzv. první generace,²⁰⁰ negarantuje Úmluva dodnes výslovně právo na zdraví,²⁰¹ které by jinak v kontextu mezinárodního práva lidských práv bylo možné považovat za klíčový prvek relevantní pro oblast zdravotnictví a zdravotní politiky. To v rámci evropského systému ochrany lidských práv výslovně garantuje, jak už o tom byla řeč, Evropská sociální charta, která vznikla s odstupem za Úmluvou a jejím účelem bylo doplnit do evropského systému právě ochranu lidských práv tzv. druhé generace, tedy hospodářských, sociálních a kulturních práv.²⁰²

Tyto skutečnosti však nezabránilo tomu, aby ESLP tuto mezeru v systému Úmluvy postupně v určitém rozsahu nezaplnil, aniž by ale evolutivním výkladem Úmluvy dospěl k formulaci práva na zdraví pojmávaného tak všeobecně, jak je známo např. z univerzálních dokumentů o lidských právech. Místo toho dal ESLP přednost formulování určitých dílčích práv, která vytvářejí předpoklady k tomu, aby se osoby v jurisdikci smluvních států mohly zdraví skutečně těšit, aniž by ale na druhé straně stanovoval striktní standardy, jaké smluvní státy musejí v tomto ohledu splňovat.

Podobně jako v případě dalších hospodářských, sociálních a kulturních práv rozvinul ESLP přitom práva související se zdravím především s odkazem na koncept pozitivních povinností, které z Úmluvy smluvním státům podle jeho právního názoru vyplývají.

²⁰⁰ Jak ESLP ustáleně konstatuje, „ač mnohá z práv, která obsahuje, má důsledky sociální a hospodářské povahy, směřuje Úmluva především k ochraně občanských a politických práv“, ve zdravotním kontextu viz zejména *N. v. Spojené království*, stížnost č. 26565/05, 27. května 2008, bod 44.

²⁰¹ Na rozdíl od čl. 12 MPHSKP z r. 1966 a části sektorových úmluv vzniklých na univerzální úrovni v rámci OSN.

²⁰² Viz výše, pozn. pod čarou č. 162.

Jako hlavní právní základ pro formulaci pozitivních povinností, které jsou bezprostředně významné z hlediska existence práva na zdraví v právu Úmluvy, se profiloval především čl. 2 Úmluvy. Ten garantuje právo na život, pojímané jako jedno z absolutních, a tedy neomezitelných práv.

Že by z čl. 2 Úmluvy mohly určité pozitivní povinnosti ve vztahu k ochraně zdraví plynout, dala na srozuměnou už Evropská komise pro lidská práva.²⁰³ Klíčový pro další vývoj byl ale především rozsudek *L. C. B. v. Spojené království*, jež mnozí neváhají označovat za soudní přepis čl. 2 Úmluvy.²⁰⁴ Jím ESLP rozhodoval o stížnosti dcery zaměstnance britských ozbrojených sil, která od dětství trpěla leukemií. Nemoc mohla vyplývat z toho, že její otec byl ve službách ozbrojených sil v 50. letech minulého století vystaven ozáření a že britská vláda neposkytla odpovídající informace o rizicích ozáření ani nesledovala zdravotní stav zaměstnanců, kteří mu byli vystaveni. Ač ESLP stížnost zamítl, výslovně uvedl, že „první věta článku 2 odst. 1 (Úmluvy – *doplnili autoři*) zavazuje stát nejen k tomu, aby se zdržel úmyslného a protiprávního brání života, nýbrž též k tomu, aby přijal odpovídající kroky k ochraně života osob ve své jurisdikci.“²⁰⁵ Tím se ESLP jasně přiklonil k tezi, že čl. 2 Úmluvy zakládá smluvním státům pozitivní povinnosti k ochraně života a zdraví, které mají bezprostřední dopad i na zdravotní politiku a právo ve smluvních státech.

Tuto tezi ESLP později potvrdil v rozsudku *Berktaý v. Turecko*.²⁰⁶ V něm výslovně konstatoval, že z první věty čl. 2 odst. 1 Úmluvy plyne smluvním státům pozitivní povinnost, jejíž podstatou je chránit život jednotlivce jednak před zásahy třetích osob, jednak před nebezpečím nemoci.²⁰⁷ I když ani v tomto rozsudku neshledal, že by k porušení Úmluvy došlo, protože osobě zraněné v době, kdy byla zadržena policejními orgány, byla bezprostředně po úrazu poskytnuta odpovídající zdravotní péče, obecnost v něm obsažených výroků umožňovala závěr, že při tomto výkladu dovozuje ESLP z čl. 2 odst. 1 Úmluvy obecné právo na ochranu zdraví.

Vedle pozitivních povinností plynoucích z čl. 2 odst. 1 Úmluvy²⁰⁸ má pro práva související s ochranou zdraví význam i čl. 8 Úmluvy. V tomto ohledu

²⁰³ Srov. zejména *Sdružení X. v. Spojené království*, 1978, DR 14, s. 31 vydané v souvislosti s újmou způsobenou očkováním proti infekčním nemocem.

²⁰⁴ *L. C. B. v. Spojené království*, stížnost č. 23413/94, 9. června 1998.

²⁰⁵ Tamtéž, bod 36.

²⁰⁶ *Berktaý v. Turecko*, stížnost č. 22493/93, 1. března 2001.

²⁰⁷ Tamtéž, bod 154.

²⁰⁸ K jejich obecné typologii srov. též TULKENS, F. Le droit à la vie et le champ des obligations des États dans la jurisprudence récente de la Cour européenne des droits de l'homme. In: AMSELEK, P. (ed.) *Liberté, justice, tolérance: mélanges en hommage au doyen Gérard Cohen-Jonathan*. Dil 2. Bruxelles: Bruylant, 2004, s. 1605–1626.

hraje roli především to, že Úmluva pojímá soukromý a rodinný život extenzivně a úměrně tomu extenzivně pojímá i pozitivní povinnosti spojené s jeho respektováním.

2.1.1 Právo na přístup ke zdravotní péči

Nejvýznamnějším z práv spojovaných s čl. 2 Úmluvy a v menším rozsahu i s čl. 8 Úmluvy je bezesporu právo na přístup ke zdravotní péči. To je ze strany ESLP považováno nejen za důsledek zmíněné pozitivní povinnosti k ochraně před nemocemi, plynoucí z práva na život ve smyslu čl. 2 odst. 1 Úmluvy, nýbrž, jak ukazuje novější judikatura, souběžně také za důsledek práva na respektování soukromého a rodinného života ve smyslu čl. 8 Úmluvy v tom rozsahu, ve kterém má zdravotní péče nutný vliv na tělesnou a duševní integritu každého jednotlivce.

Z existující judikatury ESLP je zřejmé, že s ohledem na pozitivní povinnosti plynoucí z čl. 2 odst. 1 Úmluvy i na povinnosti podle čl. 8 Úmluvy jsou smluvní státy povinny osobám ve své jurisdikci přístup ke zdravotní péči zajistit. Jde-li o podmínky, za kterých je zdravotní péče poskytována, a její standardy, je ale ESLP zřetelně zdrženlivý a tyto otázky přenechává do rámce uvážení smluvních států, což s ohledem na politickou, ekonomickou a sociální citlivost celé problematiky není ve skutečnosti tolik překvapivé.

Základním požadavkem, který ESLP na zdravotní péči ve smluvních státech klade, je, že tato péče musí být poskytována způsobem, při kterém jsou „zajištěny vysoké profesní standardy u zdravotního personálu a ochrana životů pacientů.“²⁰⁹ S tím přímo koresponduje, že ESLP soustavně vyžaduje, aby ve smluvních státech existovaly mechanismy šetření podezření na zanedbání zdravotní péče a prostředky ochrany práv osob, ať už civilní, disciplinární nebo případně i trestní povahy, a rozvinul v tomto ohledu poměrně podrobnou rozhodovací činnost, jež bude rozebrána níže.

Současně ESLP trvá na tom, že poskytování zdravotní péče musí být ve smluvních státech v zásadě nediskriminační v tom smyslu, že orgány smluvního státu nesmějí vystavit život jednotlivců ve své jurisdikci v ohrožení „odpíráním zdravotní péče, kterou se zavázaly zpřístupnit obyvatelstvu obecně.“²¹⁰ Pokud by tak smluvní stát vybraným skupinám jednotlivců nebo dokonce konkrétnímu jednotlivci právně nebo fakticky bránil v přístupu ke zdravotní péči, kterou jinak na základě svého práva jednotlivcům garantuje, je ESLP připraven takové

²⁰⁹ *Trzepalko v. Polsko*, stížnost č. 25124/09, 13. září 2011.

²¹⁰ *Kypr v. Turecko* (meritum), stížnost č. 25781/94, 10. května 2001, bod 219.

jednání kvalifikovat jako porušení pozitivních povinností plynoucích z čl. 2 odst. 1 Úmluvy.

Právě taková tvrzení se přitom objevila v jedné z nemnoha mezistátních stížností, o nichž ESLP za celou dobu své existence rozhodoval, ve které kyperská vláda argumentovala, že orgány v severní části Kypru, v níž v roce 1974 intervenovalo Turecko a v níž byla v roce 1983 jednostranně vyhlášena Severokyperská turecká republika, komplikují přístup řecky mluvícího obyvatelstva ke zdravotní péči, a to zejména přístup ke specializované ambulantní léčbě, geriatrické péči, ale také záchranné službě. ESLP však neshledal, že by se kyperské vládě podařilo mimo pochybnost prokázat, že by k plošnému odpírání zdravotní péče ve vztahu k řecky mluvícímu obyvatelstvu docházelo nebo že by docházelo k soustavnému bránění v přístupu řecky mluvících obyvatel severní zóny Kypru ke zdravotní péči v řecké Kyperské republice.²¹¹

Nad rámec těchto dvou velmi obecných požadavků však, jak se zdá, není ESLP v současnosti připraven jít. Dlouhodobě a nepřehlédnutelně se ESLP vyhýbá tomu, aby konstatoval, že kterékoli ustanovení Úmluvy zavazuje smluvní státy k tomu, aby ve své jurisdikci poskytovaly zdravotní péči na konkrétně stanovené úrovni, resp. aby poskytovaly konkrétní zdravotní péči, a brání se tomu, aby tyto standardy musel sám stanovovat. *A fortiori*, ESLP v zásadě odmítá, že by Úmluva zakládala nárok na bezplatnou zdravotní péči a jeho závěry jsou v tomto směru nejen nezvykle otevřené, ale v zásadě také striktní.

Základy tohoto přístupu jsou patrné už ve výše zmíněném rozsudku *Kypr v. Turecko*. Vláda Kyperské republiky v něm v rámci své širší argumentace namítala i to, že zdravotní péče je v severní, turecké části ostrova poskytována způsobem a na úrovni, jež nelze s ohledem na okolnosti považovat za adekvátní. Už tehdy k tomu ESLP poměrně suše uvedl, že nemá za to, že by bylo třeba zkoumat „rozsah, ve kterém může článek 2 Úmluvy ukládat smluvnímu státu závazek k tomu, aby umožnil přístup ke zdravotní péči na určitém standardu.“²¹²

Dojem, že ESLP nebude ochoten pracovat s Úmluvou tak, aby z ní dovozoval konkrétní standardy zdravotní péče, resp. právo na ně, jednoznačně umocnil jeho postoj v dalších stížnostech.

Nedlouho po kypersko-tureckém sporu rozhodoval ESLP o stížnosti, ve které se polský občan trpící závažnou degenerativní poruchou (amyotrofní laterální sklerózou) domáhal konstatování porušení Úmluvy z toho titulu, že z veřejného

²¹¹ Tamtéž, body 219–220; podotkněme, že tato stížnost dobře ilustruje limity, které v závažných mezistátních sporech má mezinárodní soudnictví; Turecko totiž na rozsudek z roku 2001 nereagovalo, což ESLP vedlo k tomu, že Kypru přiznal spravedlivé zadostiučinění ve výši 90 milionů eur, které má kyperská vláda rozdělit mezi rodiny obětí porušení, viz *Kypr v. Turecko* (spravedlivé zadostiučinění), stížnost č. 25781/94, 12. května 2014.

²¹² *Kypr v. Turecko* (meritum), stížnost č. 25781/94, 10. května 2001, bod 219.

zdravotního pojištění, jehož účastníkem byl, mu nebyla plně kompenzována zdravotní péče, kterou potřeboval. Konkrétně mu jeho zdravotní pojišťovna proplácela jen 70 % nákladů na léčivý přípravek, jenž mu byl předepsán. ESLP ale odmítl, že by taková skutečnost mohla vůbec zakládat porušení čl. 2 nebo čl. 8 Úmluvy, takže stížnost odmítl jako nepřijatelnou.²¹³

Výjimku by byl ESLP, jak se zdá, ochoten učinit pouze v případě, že by v některém evropském státě nebyl objektivně možný přístup k tak elementárnímu druhu život zachraňující zdravotní péče, že by to bylo neudržitelné.

Takové situaci se patrně nejvíce přiblížily skutkové okolnosti ve stížnosti skupiny moldavských občanů, u kterých došlo k ledvinovému selhání a kteří byli závislí na hemodialýze.²¹⁴ Poskytování hemodialyzační péče však bylo podle jejich názoru v Moldavsku zajištěno zcela nedostatečně a bylo podfinancováno, takže nebylo možné trojí dialyzování obvyklé v jiných státech, což dokládali srovnáním a dostupnými statistikami. Přinejmenším do počátku roku 2004 bylo navíc financování podstatné části hemodialýzy včetně nákladů na léčivé prostředky a krev, které se v jiných státech zpravidla pacientům poskytují v rámci zdravotního pojištění bezplatně, přeneseno na pacienty. To vedlo k tomu, že na léčbu museli oni i jejich rodiny vynakládat většinu rodinných příjmů. Za této situace tyto osoby argumentovaly, že smluvní stát zasáhl do jejich práva na respektování soukromého a rodinného života ve smyslu čl. 8 Úmluvy a ohrozil jejich právo na život ve smyslu čl. 2 odst. 1 Úmluvy. S touto kvalifikací se ESLP v zásadě ztotožnil, jelikož zdravotní péče a její financování jsou okolnostmi, které mají vliv na tělesnou i duševní integritu každé osoby, a jasně připustil i to, že stěžovatelé se nacházejí v těžké situaci a kvalita jejich života je dotčena. Přesto ale ESLP porušení Úmluvy neshledal. Jak totiž konstatoval, stížnosti moldavských pacientů jasně vyvolávají požadavky na veřejné prostředky, které by s ohledem na svou omezenou povahu musely být přesunuty z jiných oblastí financovaných z veřejných prostředků. Úmluva ale podle něj jako taková negarantuje právo na bezplatnou zdravotní péči²¹⁵ a smluvním státům současně ponechává široký prostor k uvážení, jde-li o to, zda a jak budou veřejné prostředky použity, resp. alokovány.²¹⁶ Za těchto okolností tak ESLP – nezvykle fatalisticky – uvedl, že „ač je jasně žádoucí, aby měl každý přístup k celé škále medicínské léčby včetně život zachraňujících postupů a léčiv, nedostatek prostředků znamená, že ve smluvních státech existuje řada jednotlivců, kteří jej nepoživají,

²¹³ *Nitecki v. Polsko*, stížnost č. 65653/01, 21. března 2002, s. 5.

²¹⁴ *Pentiacova a 48 dalších v. Moldavsko*, stížnost č. 14462/03, 4. ledna 2005.

²¹⁵ Tamtéž, s. 12.

²¹⁶ Tamtéž, s. 13.

a to zejména v případech trvalé a nákladné léčby.²¹⁷ Ač s ujištěním o tom, že plně chápe a uznává obtíže stěžovatelů, dospěl následně k závěru, že „stěžovatelé měli přístup ke standardní zdravotní péči poskytované veřejnosti ...“, a tak se jim dostalo „základní lékařské péče a základní medikace“, takže závěr o porušení Úmluvy podle ESLP není možný.²¹⁸ K tomu, aby ESLP konstatoval porušení čl. 2 odst. 1 Úmluvy nebo čl. 8 Úmluvy, musela by se tedy absence přístupu ke zdravotní péči týkat skutečně velmi základního a život nezpochybnitelně zachraňujícího lékařského zákroku.

Tento postoj ESLP v zásadě opakuje i v další judikatuře, z níž lze zmínit zejména rozhodnutí *Wiater v. Polsko*. V něm ESLP výslovně zdůraznil, že nic v jeho dosavadní judikatuře nelze vykládat tak, že by Úmluva znamenala, že si osoba v jurisdikci smluvního státu může nárokovat léčbu konkrétním léčivem, jež by byla plně hrazená z veřejných prostředků.²¹⁹ Svůj význam má dále také rozsudek *Christozov a další v. Bulharsko*, v němž ESLP odmítl, že by právo Úmluvy zavazovalo smluvní státy k tomu, aby měly konkrétní lékovou politiku, případně aby ji koncipovaly shodně jako jiné smluvní státy.²²⁰ Zajímavý je v tomto kontextu nepochybně také rozsudek ve věci *Papošvili v. Belgie*, o kterém bude podrobněji řeč dále v souvislosti se zákazem nelidského a ponižujícího zacházení ve smluvních státech.²²¹ V kontextu debaty o právu na přístup ke zdravotní péči ve smluvních státech s ohledem na čl. 2 Úmluvy je ale tento rozsudek názorný v tom, že přes argumenty stěžovatele, který trpěl několika závažnými chorobami a který se vyhoštění do Gruzie, jejímž byl státním příslušníkem, bránil i s poukazem na to, že v Gruzii, jejíž zdravotní systém prošel masivní vlnou privatizace, nebude spadat do systému zdravotního pojištění a nebude schopen nést náklady své léčby, což povede k jeho předčasné smrti, ESLP odmítl, že by vyhoštěním stěžovatele došlo k porušení jeho práva na život.²²²

Zcela výjimečně je tak v tomto kontextu konstatování z nedávného rozsudku *Centre for Legal Resources za Valentina Câmpeanu v. Rumunsko*.²²³ Zde ESLP

²¹⁷ Tamtéž.

²¹⁸ Tamtéž, s. 13–14.

²¹⁹ *Wiater v. Polsko*, stížnost č. 42290/08, 15. května 2012, bod 39.

²²⁰ *Christozov (Hristozov) a další v. Bulharsko*, stížnost č. 47039/11 a 358/12, 13. listopadu 2012, body 108–109; k němu viz blíže např. MALÍŘ, J. ESLP, přístup k neregistrovaným léčivům a soucit: na okraj rozsudku *Christozov a další v. Bulharsko*. *Právní rozhledy*. 2014, č. 7, s. 258–262, naopak velmi kriticky MARGUÉNAUD, J. P. L'accès à des traitements expérimentaux gratuits refusé aux cancéreux en phase terminale. *Revue trimestrielle des droits de l'homme*. 2013, č. 95, s. 945–957.

²²¹ *Papošvili (Paposhvili) v. Belgie*, stížnost č. 41738/10, 17. dubna 2014.

²²² Tamtéž, body 93 a 111.

²²³ *Centre for Legal Resources za Valentina Câmpeanu v. Rumunsko*, stížnost č. 47848/08, 17. července 2014.

v souvislosti se stížností na zásah do práva na život podle čl. 2 odst. 1 Úmluvy v rumunských zdravotnických a sociálních zařízeních kritizoval smluvní stát za to, že při vědomí, v jakých faktických potížích se konkrétní zdravotnické zařízení nachází (o nichž byl plně informován) a které vedly ke zvýšené úmrtnosti v zařízení, byla reakce orgánů smluvního státu nedostatečná.²²⁴ Je ale pravděpodobné, že důvodem, proč ESLP toto bezprecedentní konstatování učinil, byla skutečnost, že okolnosti případu byly ve skutkové rovině opravdu nevídané, když dotčená zdravotnická zařízení byla konfrontována nejen s nedostatkem zdravotnického personálu a léků, ale dokonce i s nedostatečným vytápěním a zásobováním jídlem.²²⁵ Žádný orgán, tím méně soud mající zajišťovat ochranu základních lidských práv a svobod, tak nemohl tyto okolnosti bez ztráty kredibility dost dobře pominout.

Celkově tak lze uzavřít, že alespoň prozatím není ESLP – s výjimkou tak extrémní situace, o jakou šlo ve výše uvedeném rumunském případě, kde byl konfrontován s absencí zcela elementárních potřeb pro ochranu života a zdraví – ochoten uplatňovat Úmluvu způsobem, který by vedl k zásadnější konkretizaci nebo upřesnění standardů zdravotní péče, která má být ve smluvních státech poskytována.²²⁶

Podotknout je dále třeba, že značnou zdrženlivost prokazuje prozatím ESLP i při rozhodování o stížnostech, jejichž smyslem je dosáhnout konstatování odpovědnosti smluvních států k přijímání preventivních opatření k ochraně zdraví. Ač význam zdravotní prevence v obecné rovině ESLP nepopírá, ještě výrazněji než v případě zdravotní péče odmítá, že by z Úmluvy vyplývala povinnost smluvních států k přijímání konkrétních druhů preventivních opatření nebo jejich konkrétní standardy.

V rozsudku *Shelley v. Spojené království*, kde šlo o stížnost vězně, který se domáhal konstatování, že smluvní stát je povinen z důvodu zdravotní prevence zavést do věznic program výměny injekčních stříkaček, který výrazně snižuje rizika šíření nakažlivých chorob mezi drogově závislými vězni, tak ESLP zdůraznil, že „ač není vyloučeno, že může nastupovat pozitivní povinnost k vyhlazení nebo prevenci šíření určité choroby nebo infekce, není Soud přesvědčen, že jakékoli zdravotní riziko, které splňuje standardy článků 2 a 3 (Úmluvy – *doplnili autoři*), by stát nutně zavazovalo k tomu, aby přijal specifické preventivní kroky.“²²⁷ Žádnou takovou povinnost nelze podle něj dovozovat ani z čl. 8

²²⁴ Tamtéž, bod 143.

²²⁵ Tamtéž, body 141 a 143.

²²⁶ Srov. i MALÍŘ, J. Právo na přístup ke zdravotní péči z hlediska evropského práva lidských práv. *Právní rozhledy*: 2014, č. 21, s. 740–748.

²²⁷ *Shelley v. Spojené království*, stížnost č. 23800/06, 4. ledna 2008.