

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Mgr. Nikol Ullmannová

Právní aspekty přeshraniční zdravotní péče

Rigorózní práce

Konzultant:

Prof. JUDr. Petr Tröster, CSc.

Katedra:

Pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Datum vypracování práce
(uzavření rukopisu):

Prosinec 2009

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci vypracovala samostatně za použití zdrojů a literatury v ní uvedených.

V Praze, 15. prosince 2009

Mgr. Nikol Ullmannová

Obsah

Klíčová slova

Úvod	1
Kapitola I: Základní pojmy a principy zdravotního pojištění	4
1.1 Pojištění obecně	4
1.2 Pojištění veřejné zdravotní a další modely financování zdravotní péče	5
1.3 Pojištění soukromé	7
1.4 Zdravotní pojišťovny	9
1.5 Úhrada zdravotní péče	10
1.6 Úhrada za léky	12
1.7 Základní principy veřejného zdravotního pojištění v České republice	13
Kapitola II: Vývoj komunitární právní úpravy přeshraniční zdravotní péče	15
2.1 Smlouva o založení Evropského společenství	15
2.2 Nařízení Rady (EHS) 3/1958	16
2.3 Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a nařízení Rady (EHS) 574/72	17
2.4 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 883/2004 a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 987/2004	20
2.5 Vztah Smlouvy o založení Evropského společenství a článku 22 nařízení 1408/71, resp. článku 20 nařízení 883/2004	22
2.5.1 Případ Kohll	22
2.5.2 Případ Decker	25
2.5.3 Případ Vanbraekel	26
2.5.4 Případ Geraets-Smits a Peerbooms	29
2.5.5 Případ Müller-Fauré a van Riet	33
2.5.6 Případ Inizan	37
2.5.7 Případ Leichtle	38
2.5.8 Případ Watts	40
2.5.9 Případ Stamatelaki	43
2.6 Návrh Směrnice o bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní zdravotní péči předložený Komisí	44
2.7 Návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči předložený Komisí	46
2.8 Pozměňovací návrhy Evropského parlamentu	50
2.9 První kompromisní návrh Švédského předsednictví	53
2.10 Druhý kompromisní návrh Švédského předsednictví	56
2.11 Třetí a čtvrtý kompromisní návrh Švédského předsednictví	57

Kapitola III: Platná právní úprava přeshraniční zdravotní péče a její provádění příslušnými institucemi v České republice	63	
3.1	Prameny právní úpravy	63
3.1.1	Právní úprava na ústavní úrovni	63
3.1.2	Mezinárodní právo	64
3.1.3	Evropské právo	65
3.1.4	Dvoustranné mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení	67
3.1.5	Vládní mezistátní dohody o poskytování bezplatné zdravotní péče	67
3.1.6	Zákonná a podzákonná právní úprava	68
3.2	Provádění úhrad přeshraniční zdravotní péče v České republice	69
Kapitola IV: Vybrané dílčí aspekty právní úpravy přeshraniční zdravotní péče	70	
4.1	Právní základ a právní nástroj pro úpravu přeshraniční zdravotní péče	70
4.2	Rozsah působnosti návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči předloženého Komisí	71
4.3	Poskytovatelé zdravotní péče	74
4.4	Povinnosti členského státu ošetření	79
4.5	Povinnosti členského státu pojištění	80
4.6	Zdravotní péče, která může být podmíněna předchozím souhlasem příslušné instituce	81
4.7	Systém udělování předchozího souhlasu příslušnou institucí	82
4.8	Úhrada přeshraniční zdravotní péče příslušnou institucí.....	87
4.9	Uznávání lékařských předpisů	88
4.10	Stanovení cen zdravotní péče pro zahraniční pacienty	90
4.11	Spolupráce členských států	92
4.12	Důsledky případného přijetí návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči pro české právní předpisy	94
Závěr		96
Abstract		
Seznam použité literatury		

KLÍČOVÁ SLOVA

Přeshraniční zdravotní péče
Předchozí souhlas
Volný pohyb

KEYWORDS

Cross-border healthcare
Prior authorization
Free movement

ÚVOD

Volný pohyb zboží, služeb a pracovníků patří mezi základní principy a důvody existence Evropských společenství. Jedním z důsledků provádění zásady volného pohybu pracovníků v sekundární komunitární legislativě je povinnost členských států zajistit zdravotně pojištěným osobám čerpání zdravotní péče při jejich pohybu v rámci Společenství, ať už se jedná o zdravotní péči nezbytnou či plánovanou. Jednotlivé zdravotní systémy zůstaly podle Smlouvy o založení Evropských společenství (SES) nadále v kompetenci členských států, což znamenalo nutnost vytvořit pravidla pro jejich koordinaci. Existujícím pravidlům pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení předcházelo nařízení Rady (EHS) 3/1958, které bylo přijato záhy po vzniku Evropského hospodářského společenství. Evropský soudní dvůr (ESD) při interpretaci platných koordinačních nařízení a při snaze držet se pravidel volného pohybu zboží a služeb vyjádřil ve svých rozhodnutích některé natolik zásadní závěry, pokud jde o volné čerpání zdravotní péče, že Rada přijala usnesení o tom, že je třeba vytvořit zvláštní směrnici, která tuto oblast přeshraniční zdravotní péče v zájmu právní jistoty upraví. Příprava směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči rozkryla, že mezi zdravotními systémy jednotlivých členských států existují hluboké rozdíly, které znamenají, že volný pohyb zdravotních služeb zdaleka není uzavřenou kapitolou.

V České republice (ČR) je zvolenou variantou financování poskytované zdravotní péče veřejné zdravotní pojištění. Stát tento systém vytváří a dozírá nad ním, neboť ochrana a zlepšování zdraví¹ jeho obyvatel se ho přímo dotýká, patří mezi jeho základní sociální povinnosti stejně jako ekonomické zájmy. Zdraví je důležité pro kvalitní život jednotlivců, a tedy celé společnosti. Je základní podmínkou hospodářské prosperity a produktivity. Rozhodujícím faktorem ekonomického růstu není jen délka života, ale očekávaná délka života

¹ Podle části ústavy Světové zdravotnické organizace, která byla přijata v roce 1948 na konferenci v New Yorku, je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Tato definice sice vyhovuje současným představám, jakými je chápán pojem zdraví, ale pro svou obecnost a nejednoznačnost není v praxi použitelná. Pojem zdraví obsahuje implicitně tři složky: 1) stav pohody plynoucí ze somatické a psychosociální integrity; 2) nenarušenost životních funkcí a společenských rolí; 3) přizpůsobivost organismu člověka na měnící se podmínky prostředí. Srov. Gladkij, I. – Strnad, L., *Zdravotní politika a zdravotnictví*. 1. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2002, strana 42.

prožitého ve zdraví. Prostředky vynaložené na zdraví nelze chápat pouze jako náklady, ale rovněž jako investice. Skutečné náklady pro společnost tvoří přímé a nepřímé výdaje spojené se špatným zdravotním stavem obyvatel a nedostatečnými investicemi do preventivních opatření.

Na území ČR se obecný systém veřejného zdravotního pojištění vyvíjí teprve necelých dvacet let a je stále více diskutován v souvislosti s nezbytnými reformami, které by přispěly k jeho finanční udržitelnosti, stejně jako by přesněji zakotvily práva a povinnosti subjektů právního vztahu veřejného zdravotního pojištění. Úroveň zdravotní péče poskytované v ČR je srovnatelná s ostatními členskými státy Evropské unie a patří mezi nejlepší v porovnání s postsocialistickými zeměmi. Zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v ČR se proto nemusí obávat odlivu pacientů v souvislosti s usnadňováním jejich mobility v rámci Evropské unie. Některá lékařská odvětví se naopak mohou těšit z budoucího příchodu zahraničních pacientů.

Tato rigorózní práce je zaměřena na zhodnocení současné, stále se dynamicky vyvíjející právní úpravy přeshraniční zdravotní péče v rámci Evropské unie. Návrh směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, která byla zvolena jako vhodný právní nástroj mimo jiné k právnímu ukotvení hlavních principů úhrady přeshraniční zdravotní péče příslušnými institucemi, je stále předmětem legislativního procesu. Poslední pozměňovací návrhy k návrhu této směrnice, který předložila Komise, stanoví zejména pravidla pro úhradu přeshraniční zdravotní péče, práva pojištěných osob a dalších pacientů, kteří cestují do jiných členských států, povinnosti poskytovatelů zdravotní péče, členského státu pojištění i ošetření. Návrh směrnice, který předložila Komise, však vedle uvedeného zahrnuje principy spolupráce členských států v oblasti zdravotní péče, a to ve formě Evropských referenčních sítí, elektronického zdravotnictví a hodnocení zdravotnických technologií. Oblast této (dobrovolné) spolupráce není předmětem této práce.

Práce se v první kapitole věnuje základním institutům zdravotního pojištění a dalších variant financování zdravotní péče. Druhá kapitola je věnována náhledu do vývoje právní úpravy přeshraničního čerpání zdravotní péče

v členských státech Evropské unie. Tento vývoj je založen na základě příslušných ustanovení SES, která zakotvují zásady volného pohybu, a jejich výkladu provedeném ESD. Současný stav právní úpravy přeshraničního čerpání zdravotní péče je předmětem třetí kapitoly. Čtvrtá kapitola se podrobněji věnuje některým vybraným problematickým oblastem, které s čerpáním přeshraniční zdravotní péče souvisejí. Jedná se především o otázky související se zvoleným právním nástrojem a jeho právním základem, věcným a osobním rozsahem připravované právní úpravy, stanovení zdravotní péče, jejíž úhrada může podléhat předchozímu souhlasu příslušné instituce, vztah udělování předchozího souhlasu podle návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči a podle koordinačních nařízeních, stejně jako o praktické provádění pravidel, která vypadají jasně v návrhu právního předpisu, ale přináší těžkosti jednotlivým zdravotním systémům, které jsou založeny na odlišných zásadách. Práce se snaží nalézt vhodné řešení pro ty části problematiky přeshraničního čerpání zdravotní péče, na nichž doposud nebyla nalezena shoda.

Seznam použité literatury je uveden na konci práce.

Tato rigorózní práce vychází z právního stavu k 30. listopadu 2009.

KAPITOLA I: ZÁKLADNÍ POJMY A PRINCIPY VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

1.1 Pojištění obecně

Pojištění je nástroj je nástroj finanční eliminace negativních důsledků nahodilosti.² Z hlediska způsobů financování lze obecně pojištění rozdělit na komerční a sociální. **Komerční** pojištění slouží ke krytí rizik ekonomických subjektů, fyzických a právnických osob, a obvykle souvisí s jejich potřebami a vlastními rozhodnutími, zahrnuje však i některá povinná pojištění. Pojištění **sociální** kryje tzv. sociální rizika, a to jako povinné pojištění v rozsahu určeném státem.

Pojištění **zdravotní** slouží k financování rizik, která se negativně projevují na zdravotním stavu pojištěné osoby. Z právního hlediska lze zdravotní pojištění dělit na dobrovolné a povinné. **Dobrovolné** se sjednává pojistnou smlouvou mezi pojistníkem a pojistitelem a spočívá v rozhodnutí pojistníka. Uzavírají ho buď osoby, které nejsou účastny zákonného systému zdravotního pojištění, nebo osoby, které chtějí zvýšit svou ochranu některou z forem doplňkového zdravotního pojištění. **Povinné** pojištění vzniká buď na základě smlouvy, je-li je právním předpisem určitým subjektům stanovena povinnost pojistnou smlouvu uzavřít, nebo vyplývá příslušným povinným subjektům přímo ze zákona.³ Zvláštní kategorii představuje dobrovolná účast v povinném systému zdravotního pojištění, kdy osoby jinak ze statutárního zdravotního pojištění vyjmuté se pro toto pojištění dobrovolně rozhodnou, a to zejména z důvodu jeho větší finanční výhodnosti.^{4 5}

Jako další dělicí kritérium zdravotního pojištění lze použít hodnocení rizika na základě individuálních vlastností pojištěnce nebo naopak pro vymezenou skupinu pojištěnců, tedy rozdělení na individuální a skupinové zdravotní pojištění. Při **individuálním** pojištění hledá pojišťovna přijatelné riziko tím, že

² Srov. Ducháčková E. - *Principy pojištění a pojišťovnictví*. 1. vydání, Ekopress, Praha, 2003, strana 19.

³ Tzv. statutární zdravotní pojištění.

⁴ Při stávající právní úpravě není v ČR možné vstoupit do systému veřejného zdravotního pojištění jinak, než je-li tak stanoveno zákonem, popř. na základě nařízení Rady (EHS) 1408/72.

⁵ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strana 18.

pojistné stanoví pro každého jednotlivého pojištěnce individuálně, či může dokonce nepojistit osoby, u nichž hrozí, že budou mít zvýšenou potřebu čerpat zdravotní péči. Všechny formy povinného zdravotního pojištění je možné považovat za pojištění **skupinové**.⁶

1.2 Pojištění veřejné zdravotní a další modely financování zdravotní péče

Ve světě patří mezi základní způsoby financování zdravotní péče financování z daní, ze zdravotního pojištění, platby v hotovosti v liberalistickém systému nebo totalitní státní poskytování zdravotních služeb.

Financování z daní, tzv. národní zdravotní služba,⁷ znamená zejména snahu státu pokrýt zdravotním pojištěním celou populaci a vytvořit maximální rovnost přístupu ke zdravotní péči. Tento tzv. Beveridgeův model je financovaný ze všeobecných daní, ze státního rozpočtu nebo z rozpočtů samosprávných územních celků. Populace je všeobecně pokryta pojištěním, zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních veřejných nebo u poskytovatelů zdravotní péče s různou právní formou, kteří jsou vázáni smlouvou. Lékaři jsou zaměstnanci státu.⁸

Druhou variantou je financování ze **zdravotního pojištění**.⁹ Veřejné zdravotní pojištění je třeba považovat za součást širšího systému sociálního zabezpečení garantovaného státem. Jeho účelem je zajistit financování zdravotní péče, jež se poskytuje fyzickým osobám. Pojištěncům účastným na tomto pojištění zajišťuje řešení sociálních událostí, kterými jsou nemoc či úraz,¹⁰ zabývá se též prevencí jejich vzniku. Pojistné je za pojištěnce odváděno do fondu příslušné zdravotní pojišťovny, z něhož se zároveň hradí náklady jeho zdravotní péče. V systému povinného zdravotního pojištění je poskytování zdravotní péče odděleno od jejího financování. Není tedy státní, ale stát zaručuje zdravotní pojištění pro všechny obyvatele, vytváří jeho legislativní a ekonomické

⁶ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strana 19.

⁷ Uplatňuje se např. ve Velké Británii od roku 1948, Dánsku od 1968, Itálii od 1978, Portugalsku od roku 1979 či Španělsku od 1985.

⁸ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strana 19.

⁹ Uplatňuje se např. v ČR, Rakousku, Německu, Belgii, Nizozemsku či Francii.

¹⁰ V současné době není v ČR vytvořen zvláštní systém úrazového pojištění, jak je obvyklé ve většině evropských států.

podmínky. Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení, která jsou samostatnými podniky a mají uzavřenu smlouvu s jednou nebo několika zdravotními pojišťovnami. Tento tzv. Bismarckův model znamená sociální zdravotní pojištění financované z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců, přičemž výše pojistného se obvykle odvíjí od výše příjmu. Pojištění provádějí samosprávné pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče jsou na zdravotní pojišťovny smluvně vázáni nebo mají ze zákona právo účtovat pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům.¹¹

Volba mezi financováním zdravotní péče z výnosu daní nebo z pojistného je historicky politicky podmíněná. Liberální politikové dávají přednost pojistnému financování s tím, že pojistné je určeno jen na zdravotní péči a není nebezpečí meziodvětvového přerozdělování státní administrativou. Egalitářská politická hnutí dávají přednost finanční úhradě z daní, která zaručuje univerzální dostupnost zdravotní péče.¹²

Platí-li občané za poskytnutou zdravotní péči **přímo** jejímu poskytovateli, je přístup obyvatel ke zdravotní péči relativně omezen. Za zdravotní péči se platí jako za jakoukoliv jinou službu.¹³ (Pokud jsou však náklady následně vyúčtovány pojištěncem zdravotní pojišťovně, která je proplatí, jde o tzv. pokladenský systém, který je variantou zdravotního pojištění.) Přímé platby se vyskytují ve třech podobách, a to jako čistě soukromé platby za služby, částečné platby za péči, která není kryta pojištěním, a konečně sem patří také neoficiální platby (úplatky) za ty služby, jež by jinak měly spadat do věcného rozsahu daného zdravotního pojištění. Částečné platby existují v určitém rozsahu ve všech evropských zdravotních systémech. Jsou to jednak různé formy spoluúčasti (pevné poplatky za služby nebo položky), spolupojištění (pojištěnec platí stanovený díl celkových nákladů na péči) a srážky, kdy pojištěnec nese pevně stanovenou částku konečných nákladů.

¹¹ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strana 20.

¹² Viz GLADKIJ, I. - *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2000, strany 108-109.

¹³ Tento způsob úhrady zdravotní péče bývá označován jako tzv. *out-of-pocket-payments*.

V modelu **totalitního** státního zdravotnického systému¹⁴ je zdravotní péče chápána jako služba poskytovaná státem, který je vlastníkem zdravotnických zařízení, a lékaři jsou státními zaměstnanci. Převažuje nepřímé placení služeb.

Lze se setkat také s názorem,¹⁵ že obecná kategorizace podle modelů není užitečná při snaze porozumět existujícím systémům a posoudit je. Tyto modely jsou v zásadě definovány podle zdrojů jejich fondů (tj. obecné daně z rozpočtu nebo daně z příjmu), ale zkušenost ukazuje, že země mohou zavést a zavedly podstatné reformy financování jejich systémů, aniž by měnily zdroje fondů. Pojmově totiž zdroje fondů nutně neurčují organizaci odvětví, mechanismus, jakým jsou zdroje alokovány, nebo přesnost, s jakou je vymezen nárok na dávky. Všechny systémy financování zdravotní péče (jiné než přímé platby) jsou systémy pojištění a mají být posuzovány podle toho, jak dobře dosahují stanovených cílů pro svou populaci (tj. finanční ochrana, rovný přístup, atd.), spíše než podle označení nebo modelu, který je obecně aplikován.

1.3 Pojištění soukromé¹⁶

Soukromé zdravotní pojištění je založeno na dobrovolnosti.¹⁷ Kromě Spojených států amerických a do roku 1996 také Švýcarska bývá ve vyspělých státech tato forma pouze doplňkem povinného zákonného pojištění. Soukromé pojištění přináší možnost (při)pojištění nad rámec pojistného krytí povinného pojištění. Umožňuje pojištěncům svobodněji rozhodovat o svém zajištění a zvyšuje míru, jakou mohou být osoby ochráněny. Jednou z negativních stránek existence systémů soukromého pojištění může být ztráta solidarity v systémech povinných. K ní může dojít, pokud méně rizikové skupiny osob přecházejí do systémů soukromého pojištění. Navíc může připojištění přispívat k nárůstu cen zdravotní péče nebo k jejímu nadužívání i v rámci povinného systému

¹⁴ Srov. Gladkij, I. – Strnad, L., *Zdravotní politika a zdravotnictví*, 1. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2002, strana 17.

¹⁵ Kutzin, J. - *Health financing policy: a guide for decision-makers*. World Health Organisation, 2008, strana 8, bod 19.

¹⁶ Soukromé pojištění se v ČR řídí zákonem o pojišťovnictví a je v gesci Ministerstva financí a České národní banky, zatímco veřejné zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a patří do kompetence Ministerstva zdravotnictví.

¹⁷ Soukromé pojištění je také označováno jako smluvní, komerční, někdy také komplementární zdravotní pojištění či zdravotní připojištění.

(například pokrývá-li spoluúčast pojištěnců v povinném systému, jež má za cíl nadužívání zdravotní péče pojištěnci omezovat).¹⁸

Se zjednodušením lze rozlišovat čtyři základní typy soukromého zdravotního pojištění, a to podle vlastností povinného systému, který doplňují. V prvním případě povinný zákonný systém nepokrývá obyvatelstvo dostatečně. Osoby nekryté zákonným pojištěním mohou využít soukromé pojištění jako náhradu. Tento typ pojištění se tedy vyskytuje pouze ve státech, kde povinné pojištění není všeobecné. V zemích, kde existuje možnost z povinného systému vystoupit,¹⁹ představuje **náhradní zdravotní pojištění** dominantní typ soukromého pojištění, a to přesto, že tendencí zákonodárců je přibližovat právní úpravu soukromého pojištění principům pojištění povinného. Ve druhém případě soukromé připojištění pouze doplňuje mezery vzniklé tím, že vymezené druhy zdravotní péče nejsou hrazeny ze zákonného pojištění. **Doplňkové připojištění** bývá využíváno k úhradám stomatologické péče, alternativním způsobům léčení či k úhradě zdravotnických pomůcek atd. Soukromé pojištění může také sloužit jako krytí nákladů, které pojištěnci vzniknou **při placení spoluúčasti** v systému zákonného pojištění. Tento druh připojištění se od zavedení regulačních poplatků nově objevil také v ČR. Pokud systém povinného pojištění neuspokojuje pojištěnce svým krytím, může soukromé pojištění sloužit jako alternativa k hrazení zdravotní péče, která je omezena kapacitních důvodů,²⁰ nebo lze jeho pomocí pokrýt náklady na vyšší standard služeb poskytovaných třeba i v rámci povinného pojištění.²¹ **Alternativní pojištění** obvykle slouží k úhradě služeb, které jsou poskytovány privátními poskytovateli zdravotní péče.^{22 23}

Krátce po roce 1989 se také v ČR objevily úvahy o zavedení smluvního zdravotního pojištění do systému financování zdravotní péče. Současné zákony tento způsob financování nadstandardních služeb umožňují. Rozvoj soukromého zdravotního pojištění je však značně ovlivněn tím, že systém

¹⁸ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, 2008, strany 21-23.

¹⁹ Například v Německu.

²⁰ Například výběr specialisty.

²¹ Může se jednat o samostatný pokoj ve veřejné nemocnici nebo rychlejší přístup k akutní či i dlouhodobé péči.

²² Například pobyt v soukromé nemocnici.

²³ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 21-28.

veřejného zdravotního pojištění zahrnuje svým rozsahem převážnou většinu (odhadem více jak 90 %) výdajů za zdravotní péči. Uvádí se, že celkový podíl soukromého zdravotního pojištění nepřevyšuje v ČR 0,5 %.²⁴ Komerční pojišťovny v ČR nabízejí pouze jednodušší a finančně méně náročné pojistné produkty, zejména pojištění léčebných výloh při cestě do zahraničí. Z veřejného zdravotního pojištění je totiž nyní v zahraničí hrazena pouze nutná a neodkladná zdravotní péče, a to navíc jen do výše úhrady, za níž by byla poskytnuta v ČR. Širší nároky, než stanoví náš zákon, ovšem pro pojištěnce vyplývají z nařízení Rady (EHS) 1408/71 (viz dále) v případě pobytu v jiném členském státě Evropské unie, ve státě Evropského hospodářského prostoru nebo ve Švýcarsku.

1.4 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou nositelé zdravotního pojištění. Vyskytují se v různých právních formách. Může se jednat o neziskové vzájemné pojišťovny,²⁵ veřejné instituce zřízené zákonem,²⁶ v soukromém pojištění jsou to obvykle akciové společnosti. Systém pojišťoven je tvořen buď jednou pojišťovnou v pozici monopolu, anebo více otevřenými, vzájemně si konkurujícími pojišťovnami. V systému tvořeném více pojišťovnami se mohou pojišťovny lišit strukturou svých pojištěnců. Zejména jejich skladba z hlediska věku, sociálního postavení a zátěžovost chronickými onemocněními mohou být rozhodujícími činiteli ovlivňujícími finanční výsledky hospodaření pojišťovny. Pojišťovna je přitom obvykle omezena v možnostech, jak složení svého pojistného kmene ovlivňovat. To je důvod k tomu, že zákon (jen výjimečně se tak děje dobrovolně) často stanoví způsob, jakým jsou finanční prostředky mezi pojišťovnami přerozdělovány, aby se rizikové faktory vycházející ze struktury pojištěnců vyrovnávaly.^{27 28}

²⁴ Zdroj: OECD Health Data 2005.

²⁵ V ČR zaměstnanecké pojišťovny.

²⁶ Například Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.

²⁷ Přerozdělování je zavedeno od vzniku tzv. zaměstnaneckých pojišťoven také v ČR, kde cílem je především vyrovnání rozdílů v podílech pojištěnců, za něž je plátcem pojistného stát (zejména děti a důchodci). V současnosti probíhá přerozdělování všech vybraných finančních prostředků z pojistného podle věku a pohlaví pojištěnců. Tím je snížena motivace zdravotních pojišťoven pojišťovat přednostně příjmově silnější pojištěnce v aktivním věku.

²⁸ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 151-153.

1.5 Úhrada zdravotní péče

Zdravotní pojišťovna uhrazuje poskytnutou zdravotní péči buď přímo poskytovatelům této péče, nebo dodatečně proplatí pojištěnci vynaložené náklady,²⁹ jedná-li se o péči hrazenou ze zdravotního pojištění. Platba pojišťovnou zdravotnickému zařízení umožňuje pojišťovně lepší kontrolu nad výší úhrad, současně však znamená větší riziko, že si zdravotnické zařízení bude účtovat také péči, jíž ve skutečnosti neposkytlo. Naproti tomu hradí-li péči přímo pacient, dostává se do lepší pozice vůči zdravotnickému zařízení a výrazně se například omezuje nebezpečí pojistných podvodů ze strany zdravotnického zařízení.³⁰

Je-li v systému zavedena **spoluúčast**, hradí pojištěnec stanovenou částku ze svých finančních prostředků zpravidla přímo poskytovateli zdravotní péče a zdravotní pojišťovna pak o tuto částku sníží úhradu, kterou platí zdravotnickému zařízení.

Úhradový mechanismus musí být nastaven tak, aby motivoval k poskytování kvalitní zdravotní péče, nebo přinejmenším aby nevybízěl k poskytování péče nekvalitní. Měl by zahrnovat význam prevence, nebýt administrativně zatěžující a měl by vytvářet zábrany proti podvodným jednáním. Mechanismy úhrady zdravotní péče se skládají z různých složek. V ambulantní péči je nejpoužívanějším mechanismem **platba za jednotlivý výkon**. Ta v principu spočívá v tom, že poskytovaná zdravotní péče se rozloží na jednotlivé výkony a každý z těchto výkonů je zdravotnickému zařízení hrazen jednotlivě dle sazebníku výkonů. Sazebník je vydáván státem nebo dohodnut zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, může být také vytvořen volně poskytovateli na základě vztahu tržní nabídky a poptávky.³¹ V systémech povinného pojištění bývá sazebník stanoven pevnými částkami jako důsledek rozhodnutí státního orgánu nebo výsledek dohod uzavřených mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. V pevném sazebníku mohou být oceněním jednotlivých výkonů naznačovány priority v oblasti poskytování zdravotní péče.

²⁹ Tato varianta bývá označována jako tzv. *pokladenský systém*.

³⁰ Srov. Němec, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 94-95.

³¹ Vyrovnávání poptávky a nabídky při poskytování zdravotní péče je zjevně omezeno povahou této služby. Alternativou zcela volné cenotvorby může být stanovení rámce, v němž se mohou tyto ceny pohybovat.

Nevýhodou platby za jednotlivý výkon je hrozící nebezpečí, že poskytovatelé budou poskytovat více výkonů, než je nezbytné z lékařského hlediska, a tím vzniknou nadbytečné náklady pro zdravotní pojišťovny. Způsob, jak se tomuto nebezpečí vyhnout, je platba za jednotlivý výkon nastavená oceněním výkonů v tzv. bodech (tedy nikoli v penězích) dle stupňů náročnosti výkonů nebo určením pozitivních a negativních bonusů v závislosti na dosaženém (ne)žádoucím objemu poskytnutých výkonů za určité období. Hodnota bodu je pak určována dodatečně podle objemu dostupných finančních prostředků a dle vykázaného počtu bodů jednotlivými odvětvími poskytované zdravotní péče.³²

Platba za komplex výkonů je spojením několika výkonů do jediné jednotky pro úhradu nákladů. Tímto spojením mohou být různá hlediska, např. jeden případ léčení, jedna návštěva zdravotnického zařízení nebo jeden den pobytu v nemocnici.³³ **Kapitační platby** spočívají v pevném stanovení částky, kterou platí pojišťovna poskytovateli zdravotní péče za každého pojištěnce v dlouhodobé (obvykle primární) péči. Zdravotní pojišťovna tuto částku poskytovateli vyplácí bez ohledu na to, zda pojištěnec v daném období využil možnost čerpat zdravotní péči či nikoliv. Kapitační platba tedy nerespektuje skutečné náklady za poskytnutou zdravotní péči. Při úhradách pomocí kapitačních plateb navíc vzniká nebezpečí, že daný poskytovatel nebude poskytovat potřebnou zdravotní péči (například pokud praktický lékař bude pacienty posílat ke specialistům, kteří jsou placeni za výkony). Tato rizika lze vyrovnávat mimo jiné modifikací velikosti kapitační platby podle počtu pojištěnců registrovaných u určitého poskytovatele.³⁴ Mechanismus kapitační platby je výhodný tím, že zahrnutím principu dlouhodobé registrace podporuje kontinuitu a dostupnost poskytování zejména primární zdravotní péče. Navíc je tento mechanismus spojen s funkcí vstupu do systému poskytování zdravotní péče, kterou obvykle plní poskytovatelé primární péče tím, že teprve na základě jejich doporučení může pojištěnec navštívit poskytovatele sekundární (speciální) péče.³⁵ Výše kapitační platby za registrovaného pojištěnce je

³² Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 98-101.

³³ Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 101-103.

³⁴ V českém systému hranice kapitační platba praktickým lékařům postupně za každého nově registrovaného pojištěnce klesá po dosažení určité hranice registrovaných pojištěnců. Od určitého maxima zdravotní pojišťovna za další registrované pojištěnce dokonce neplatí vůbec. To je odůvodněno mimo jiné tím, že by lékař nemohl zajistit kvalitní poskytování péče pro nadměrný počet pojištěnců. Pro lékaře s malým počtem pojištěnců naopak pojišťovny poskytují určitou kompenzaci, je-li tento nízký počet vyvolán objektivní situací.

³⁵ Toto samozřejmě neplatí pro neodkladnou péči.

rozlišována podle míry, s jakou se u něj očekává potřeba čerpat zdravotní péči i s očekávanými náklady spojenými s péčí o pojištěnce.^{36 37} Další variantou úhradového mechanismu je **stanovení rozpočtu** (tzv. rozpočtování), které se používá zejména pro úhrady za péči poskytovanou ve veřejných zdravotnických zařízeních. Rozpočet je stanoven buď pevně, nebo v závislosti na skutečných nákladech či na skutečně poskytnutém objemu zdravotní péče. Jsou-li úhrady stanoveny rozpočtem, vzniká nebezpečí, že pojišťovny nebudou mít k dispozici dostatečné informace o činnostech poskytovatele, a že ten bude poskytovat menší objem péče, než by bylo žádoucí, sníží se její kvalita nebo se mohou neodůvodněně prodloužit čekací doby pro plánované operace.³⁸ V systémech, kde je zdravotnický pracovník zaměstnancem plátce zdravotní péče (tedy pojišťovny či národní zdravotní služby), je používána úhrada pomocí **mzdy**.^{39 40}

1.6 Úhrada za léky

V celkových výdajích na zdravotní péči tvoří výdaje za léky velmi významnou část. V systémech zákonného zdravotního pojištění je obvykle stanoven pozitivní seznam léků hrazených z prostředků pojištění. V některých zemích⁴¹ jsou stanoveny také negativní seznamy léků, které nejsou z pojištění hrazeny nikdy. Výjimečně existuje v rámci systému pouze seznam negativní.⁴² Pozitivní seznamy obvykle obsahují skupiny léků určené k léčbě závažných chronických onemocnění. Pro úhrady ostatních léků bývají stanovena procenta podílu, jimiž jsou léky hrazeny z prostředků pojištění, nebo je stanovena hranice, do níž je lék hrazen z pojištění. Může však být také stanoven určitý poplatek za recept nebo za balení léku, či stanoven horní limit úhrady pojištěncem, po jehož překročení je lék vždy hrazen z pojištění. Spoluúčast pacienta na úhradě léků slouží k úsporám na výdajích z pojištění, může také vést k omezení nadužívání léků a navíc působit na snižování cen léků. Zápornou stránkou se mohou stát horší zdravotní výsledky.

³⁶ V českém systému je pro kapitační platby praktickým lékařům zavedena diferenciacie na osmnáct věkových skupin (po pěti letech) a navíc rozdělení podle pohlaví. Viz vyhláška č. 421/2008 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

³⁷ Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 103-107.

³⁸ Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 107-109.

³⁹ V ČR je v tomto směru zákonem stanoven zákaz pro zdravotní pojišťovny, které nemohou zřizovat a provozovat zdravotnická zařízení (viz § 7 odst. 6 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a § 19 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách).

⁴⁰ Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strana 109.

⁴¹ Pozitivní a negativní seznamy léků současně jsou používány například v Německu, Polsku a Slovensku.

⁴² Pouze negativní seznam léků je stanoven například ve Velké Británii.

Pro stanovení úhrady léků je stanovena tzv. referenční cena, z níž se úhrada odvozuje. Systém referenčních cen je obvykle odvozen od obsahu účinné chemické látky v daném léku. Léky, které obsahují totéž množství účinné látky, mají z hlediska úhrady z pojištění stanovenou tutéž referenční cenu. Spoluúčast pacienta je odvozena z rozdílu stanovené referenční ceny a tržní ceny léku v lékárně. Tento systém motivuje dodavatele léků, aby se svou požadovanou cenou přiblížili ceně referenční, a tak snížili spoluúčast pojištěnců, čímž roste pravděpodobnost zvýšení prodejnosti daného léku.^{43 44}

1.7 Základní principy veřejného zdravotního pojištění v České republice⁴⁵

Právo na zdravotní pojištění je zakotveno na ústavní úrovni a v řadě mezinárodních dokumentů. Veřejné zdravotní pojištění je v ČR založeno na následujících principech. Zdravotní péče je poskytována jednotlivým osobám, které ji potřebují, z prostředků získaných od všech účastníků systému.⁴⁶ Solidaritu pojištění lze sledovat z několika hledisek. Jednak je to solidarita „*zdravých s nemocnými*“, jestliže zdraví pojištěnci z pojistných fondů nečerpají žádné nebo čerpají nižší částky, než nemocní pojištěnci, stejně jako když výše pojistného není odvozena od individuálního ocenění zdravotního rizika. Dále je to solidarita „*bohatých s chudými*“,⁴⁷ když pojištěnci s vyššími příjmy přispívají do systému vyšším pojistným, než pojištěnci s příjmy nižšími. Lze hovořit také o solidaritě ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními osobami, za něž je plátcem pojistného stát prostřednictvím státního rozpočtu.⁴⁸ Pojištění je individuální v tom směru, že neexistuje rodinné pojištění, každá osoba je pojištěna samostatně. Z aplikace principu rovnosti náleží pojištěncům nárok na věcné dávky zdravotního pojištění dle stejných pravidel. Pojištění je povinnost uložená zákonem,⁴⁹ kogentní zákonná úprava stanoví důvody vzniku a zániku pojištění a okruhu plátců pojistného, rozsah jejich práv a povinností,

⁴³ Konečná cena léku, za níž je nabízen v lékárně, obsahuje také marži pro distributora a provozovatele lékárny. Tyto přírůstky bývají regulovány státem.

⁴⁴ Srov. Němec, J., *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, strany 125-127.

⁴⁵ Srov. též Tröster, P. a kolektiv – *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vydání, C. H. Beck, Praha, 2002, strany 131-133.

⁴⁶ Jde o princip vzájemnosti.

⁴⁷ Označovaná také jako sociální solidarita.

⁴⁸ Tento aspekt solidarity má však výjimky, například osoby bez zdanitelných příjmů platí pojistné i v případě, že jsou dobrovolně nezaměstnané.

⁴⁹ Obligatornost pojištění.

stejně jako práv a povinností pojištěnců. Realizaci pojištění zaručuje stát.⁵⁰ Pokud jde o financování veřejného zdravotního pojištění, uplatňuje se průběžný princip financování,⁵¹ který vychází z toho, že se jedná svou povahou o pojištění krátkodobé. Je zavedena pluralita pojišťovacích institucí⁵² a platí zásada svobodné volby při výběru zdravotní pojišťovny. Veřejné zdravotní pojištění je dostupné pro všechny zákonem vyjmenované skupiny osob, kterým se na základě jednotné právní úpravy hradí poskytnutá zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem.⁵³ Sazba pojistného počítaného z vyměřovacího základu je pevná a je stejná pro všechny, stanovená zákonem.⁵⁴ Je však zaveden strop pro vyměřovací základ a nad ním se již pojistné neplatí.

⁵⁰ Lze ho označit za všeobecné státní pojištění. Viz Gregorová, Z. – Galvas, M., *Sociální zabezpečení*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Masarykova univerzita a nakladatelství Doplněk, Brno, 2000, strana 162.

⁵¹ Průběžné financování se jinak také označuje jako tzv. *princip pay-as-you-go*.

⁵² K 30. listopadu 2009 existuje v ČR 9 zdravotních pojišťoven.

⁵³ Tzv. univerzalita osobního rozsahu zdravotního pojištění. Srov. též Tröster, P. a kolektiv – *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vydání, C. H. Beck, Praha, 2002, strana 132.

⁵⁴ Jde o jeden z projevů solidarity s chudšími.

KAPITOLA II: VÝVOJ KOMUNITÁRNÍ PRÁVNÍ ÚPRAVY PŘESHraniční ZDRAVOTNÍ PÉČE

2.1 Smlouva o založení Evropského společenství

Pro oblast veřejného zdraví stanoví *Smlouva o založení Evropského společenství* (dále jen „SES“) důležité zásady v článku 152 SES (bývalý článek 129 SES). Při vymezení a provádění všech politik a činností Společenství je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví. Při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví je **plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče**. Společenství podněcuje spolupráci mezi členskými státy v oblastech uvedených v tomto článku a případně podporuje jejich činnost.

V rámci přijímání opatření k vytvoření vnitřního trhu v souladu s článkem 23 SES (volný pohyb zboží) a 49 SES (volný pohyb služeb) přijímá Rada podle článku 95 SES (ve spojení s článkem 14 SES) opatření ke sbližování právních a správních předpisů členských států, jejichž účelem je vytvoření a fungování společného trhu.

Články 42 a 308 SES jsou právním základem pro přijetí koordinačních nařízení v oblasti sociálního zabezpečení. Jejich cílem je provedení zásady volného pohybu pracovníků a jejich rodinných příslušníků, pokud jde o sčítání dob pojištění pro nabytí nebo udržení práva na dávky, vypočtení výše dávky a **poskytování** či výplaty dávek osobám bydlícím na území členských států.

Věcné dávky zdravotního pojištění spadají do oblasti sociálního zabezpečení, a jsou proto nedílnou součástí úpravy koordinačními nařízeními od jejich počátků. Jak se ale v další části této práce ukáže, Evropský soudní dvůr (dále jen „ESD“) vyložil, že skutečnost, že národní pravidla spadají do oblasti sociálního zabezpečení, nebrání použití článků 49 a 50 SES,⁵⁵ a dále to, že skutečnost, že dotčená národní pravidla spadají do oblasti sociálního

⁵⁵ Viz C-158/96 *Kohll*, odst. 21.

zabezpečení, nemůže vyloučit použití článku 28 SES⁵⁶ (tj. zákaz množstevních omezení dovozu). Z uvedeného vyplývá, že věcné dávky zdravotního pojištění jsou nyní předmětem úpravy existujících koordinačních nařízen⁵⁷, stejně jako v současnosti teprve připravované právní úpravy, jíž je *návrh směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči*.⁵⁸ Dokud nebude tato (nebo jiná) směrnice přijata, odvozují pojištěné osoby své nároky na čerpání a úhradu přeshraniční zdravotní péče přímo z příslušných ustanovení SES o volném pohybu zboží a služeb, a to v rámci pravidel popsanych v rozhodnutích ESD.

Ačkoliv přímý vliv komunitárního práva na národní zdravotní politiku může být omezen, neznamená to, že odvětví sociálního zabezpečení tvoří ostrov mimo dosah komunitárního práva a že tedy jako následek všechna národní pravidla vztahující se k sociálnímu zabezpečení spadají mimo jeho rozsah. To, že komunitární právo nemůže ovlivňovat pravomoci členských států organizovat vlastní systém sociálního zabezpečení, znamená pouze to, že komunitární právo nereguluje tuto oblast přímo a dokonce ani nečiní v této oblasti opatření v těch případech, kdy by jeho použití ohrozilo samotnou existenci systémů sociálního zabezpečení. Jinými slovy, členské státy jsou vázány povinností řídit se komunitárním právem i tehdy, když vykonávají své vyhrazené pravomoci v oblasti sociálního zabezpečení. To se týká zvláště pravidel vztahujících se na volný pohyb tam, kde základní zásady mají dopad na právo sociálního zabezpečení, není-li ve veřejném zájmu omezení takové svobody.⁵⁹

2.2 Nařízení Rady (EHS) 3/58

Nařízení 3 z roku 1958 bylo připraveno dříve, než vzniklo samotné Evropské hospodářské společenství, jelikož již před jeho vznikem byla připravena *Evropská úmluva o sociálním zabezpečení migrujících pracovníků* z 9. prosince 1957. Tato úmluva se vztahovala k článku 69 odst. 4 *Smlouvy o Evropském sdružení uhlí a oceli*. Poté, co bylo založeno Evropské hospodářské společenství, byl tento text použit pro návrh nařízení vyžadovaného podle

⁵⁶ Viz C-120/95 *Decker*, odst. 25.

⁵⁷ Tj. nařízení Rady (EHS) 1408/71 a 574/72, resp. nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 883/2004 a 987/2009.

⁵⁸ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

⁵⁹ Jorens, Y. – *Cross-border Health Care in the European Union: up to a free movement of patients?* Výňatek ze sborníku *Social Security for Frontier Workers in Europe*, s. 91. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, 2003.

článku 51 SES (nyní 42 SES). Budoucí koordinace v rámci Společenství byla tudíž řízena nařízením namísto úmluvou. Důvodem bylo to, že nařízení může být vydáno mnohem rychleji a není pro něj vyžadována ratifikace, přitom jsou úmluva i nařízení stejně závazné.⁶⁰

2.3 Nařízení Rady (EHS) 1408/71 a nařízení Rady (EHS) 574/72

Nařízení Rady (EHS) 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství (dále jen „nařízení 1408/71“) a k němu přijaté prováděcí *nařízení Rady (EHS) 574/72* jsou přímo závaznými, nad národní zákony postavenými právními předpisy (mají aplikační přednost). Jejich smyslem je koordinace⁶¹ (na rozdíl od harmonizace) již existujících systémů sociálního zabezpečení všech členských států Evropské unie, států Evropského hospodářského prostoru a Švýcarska tak, aby bylo v praxi usnadněno naplnění jedné ze čtyř základních svobod společného trhu, jíž je **volný pohyb osob**. Nařízení provádí několik klíčových zásad, jimiž je třeba se řídit při výkladu i aplikaci vnitrostátních právních předpisů. Stěžejní význam má **princip rovného zacházení**. Podle něho se občanu jednoho členského státu poskytnou na území druhého členského státu věcné dávky (tj. zdravotní péče) za stejných podmínek a ve stejných cenách jako účastníkům systému tohoto druhého státu. To se týká například také spoluúčasti, když cizinec k ní je povinen ve stejném rozsahu jako místní pojištěnci. Z **principu jednoho pojištění** pak vyplývá, že na osobu pojištěnou v jednom členském státě se v kteroukoliv dobu vztahují právní předpisy právě jednoho členského státu.⁶² Tento princip však není bezvýjimečný.

Podle článku 22 odst. 1 nařízení 1408/71 existují **tři případy**, kdy je péče poskytovaná na území jiného členského státu, než je stát pojištění, také hrazena příslušnou institucí státu pojištění. Tyto tři případy představují vyčerpávající výčet možností. První případ je situace, kdy během pobytu v jiném než příslušném státě vznikne vzhledem ke zdravotnímu stavu osoby

⁶⁰ Srov. Penings, F. - *Introduction to European Social Security Law*, Fourth Edition, Intersentia, 2003, s. 21 a 22.

⁶¹ Snad úplně nejdůležitějším obsahem nařízení 1408/71 je stanovení pravidel pro určení příslušnosti k právním předpisům.

⁶² Osoba je zejména pojištěna v zemi, kde vykonává výdělečnou činnost, a společně s ní jsou pojištěni její nezaopatření rodinní příslušníci.

a předpokládané délce jejího pobytu taková potřeba zdravotní péče, která vyžaduje nezbytné věcné dávky. To se nejčastěji týká turistů. Je však sporné, co všechno lze považovat za **lékařsky nezbytnou zdravotní péči**, a to zejména tehdy, je-li možné riziko čerpání zdravotní péče předpokládat. Příkladem je těhotná žena, která v osmém měsíci cestuje do jiného členského státu, kde se jí předčasně narodí dítě.⁶³ Další případ nastává, jestliže pojištěná osoba po získání nároku na věcné dávky obdrží od příslušné instituce (tj. například zdravotní pojišťovny) povolení k návratu na území toho členského státu, kde má bydliště (popřípadě do jiného členského státu). Ve třetím případě se jedná o **plánovanou** zdravotní péči, za níž pojištěná osoba na základě povolení (dále jen „předchozí souhlas“) příslušné instituce cestuje na území jiného členského státu. Předchozí souhlas nelze pojištěné osobě odmítnout, je-li léčení zahrnuto do dávek stanovených právními předpisy státu bydliště **a** současně takové léčení nemůže být osobě poskytnuto v době obvykle potřebné pro jeho získání na území státu pobytu (s ohledem na zdravotní stav osoby a pravděpodobný vývoj nemoci).

V souvislosti s výše uvedeným je důležité připomenout si historii článku 22 nařízení 1408/71. Původní znění tohoto bylo takové, že „povolení nelze odmítnout, pokud **příslušné léčení nemůže být poskytnuto dotyčné osobě na území členského státu, kde má bydliště.**“ V případě *Pierik*⁶⁴ ESD vyložil, že slova „*kteřá splňuje podmínky právních předpisů příslušného státu pro nárok na dávky*“⁶⁵ byla určena pouze k určení osob, které jsou v zásadě oprávněny k dávkám.⁶⁶ Neznamená to, že osobě, která pobývá v jiném členském státě, může být odepřena příležitost čerpat věcné dávky stanovené právními předpisy tohoto státu pro osoby, které v něm pobývají, jestliže byly přiznány také ve státě jejího bydliště.⁶⁷ Tudíž pracovník pojištěný v jednom členském státě byl oprávněn k plnému rozsahu věcných dávek stanovených právními předpisy členského státu, v němž pobýval. Jeho ošetření nebylo omezeno na věcné

⁶³ Aby se předešlo omezení pohybu těhotných žen, přijala v roce 2001 Správní Komise pro sociální zabezpečení migrujících pracovníků rozhodnutí č. 183, podle něhož byly věcné dávky v případě těhotenství a porodu považovány za lékařsky nezbytnou zdravotní péči, pokud byly tyto dávky poskytovány do 38. týdne. Rozhodnutím č. 195 z roku 2004 však bylo uznáno, že dávky, které se vztahují k těhotenství a porodu, které se stanou nezbytnými během dočasného pobytu v jiném členském státě, budou příslušnou institucí převzaty. Na tomto příkladě lze sledovat, jak jsou postupně odstraňovány překážky volného pohybu osob.

⁶⁴ C-117/17 *Pierik* ze dne 16. března 1978.

⁶⁵ Tato slova jsou součástí návěští prvního odstavce článku 19 nařízení 1408/71.

⁶⁶ C-117/17 *Pierik*, odst. 19.

⁶⁷ C-117/17 *Pierik*, odst. 17.

dávky poskytované v příslušném státě. ESD byl dále toho názoru, že věcné dávky, k nimž byl pojištěné osobě udělen předchozí souhlas podle ustanovení článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71, zahrnují veškeré ošetření zjištěné jako účinné pro nemoc nebo chorobu, jíž dotčená osoba trpí.⁶⁸ Za těchto okolností není důležité, zda věcná dávka, kterou pracovník vyžaduje, může být poskytnuta na území členského státu, kde bydlí, jelikož pouhá skutečnost, že věcná dávka odpovídá ošetření vhodnějšímu vzhledem ke zdravotnímu stavu dotčené osoby, je rozhodující pro účely vydání souhlasu.⁶⁹ Slova „*věcné dávky poskytované na účet příslušné instituce institucí místa pobytu nebo bydliště*“ se nevztahují pouze na věcné dávky poskytované v členském státě bydliště, ale také na dávky, které je příslušná instituce oprávněna poskytovat.⁷⁰ Povinnost vydat předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) stanovená v článku 22 odst. 2 nařízení 1408/71 zahrnuje oba případy, kdy péče poskytnutá v jiném členském státě je **účinnější** než ta, kterou by dotčená osoba mohla čerpat v členském státě, kde bydlí, a kdy předmětná péče **nemůže být poskytnuta** v členském státě, kde dotčená osoba bydlí.⁷¹ To byl tedy také případ, kdy dotčená zdravotní péče **nebyla úmyslně zahrnuta** v systému věcných dávek podle právních předpisů, jimiž se řídila příslušná instituce, například z lékařských, lékařsko-etických nebo finančních důvodů nebo proto, že hodnota dotčeného ošetření v příslušném členském státě není obecně považována za pozitivní nebo proto, že ošetření není považováno za zdravotní péči. Náklady za věcné dávky poskytované na účet příslušné instituce institucí místa pobytu nebo bydliště by byly plně uhrazeny. Rozhodující skutečností bylo, že dotčenému pracovníku dostane ošetření, které odpovídá jeho zdravotnímu stavu. **Osoby, na které se vztahovalo nařízení 1408/71 byly tedy oprávněny k nejlepšímu lékařskému ošetření, jaké jim mohlo v rámci Společenství být poskytnuto. V případě, že dotčené ošetření by bylo účinnější než to, které je dostupné v příslušném státě, příslušná instituce musela pracovníkovi vydat předchozí souhlas s čerpáním zdravotní péče v jiném členském státě.**⁷² Aby se zabránilo následkům judikátu *Pierik* vydaného ESD,

⁶⁸ C-117/17 *Pierik*, odst. 15.

⁶⁹ C-117/17 *Pierik*, odst. 16.

⁷⁰ C-117/17 *Pierik*, odst. 21.

⁷¹ C-117/17 *Pierik*, odst. 22.

⁷² Není přitom bez zajímavosti, že na tento již překonaný rozsudek se odvolává Bulharsko v žádosti o rozhodnutí o předběžné otázce ve věci *Elchinov* C-173/09, která byla ESD doručena 14. května 2009.

rozhodla Rada změnit znění nařízení 1408/71 a poskytnout členským státům větší diskreční pravomoc.⁷³

2.4 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 883/2004 a nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 987/2009

Obě výše zmíněná nařízení budou nahrazena modernější úpravou, a to již platným nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení (jehož účinnost byla odložena do doby nabytí platnosti prováděcího nařízení k němu; dále jen „nařízení 883/2004“) a nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) 987/2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení⁷⁴ (dále jen „nařízení 987/2009“). Podle úvodního ustanovení číslo 3 nařízení 883/2004 bylo nařízení 1408/71 vícekrát změněno a aktualizováno nejen s ohledem na vývoj na úrovni Společenství, včetně rozsudků ESD, ale také na změny vnitrostátních právních předpisů. Takové faktory přispěly k tomu, že pravidla Společenství pro koordinaci se stala složitými a rozsáhlými. Nahrazení a současná aktualizace a zjednodušení těchto pravidel má proto zásadní význam pro dosažení cíle volného pohybu osob. Podle úvodního ustanovení 44 nařízení 883/2004 je však třeba, aby za účelem zajištění právní jistoty zůstalo nařízení 1408/71 v platnosti a mělo nadále právní účinky vzhledem k některým aktům Společenství a dohodám, kterých je Společenství stranou.

Věcné dávky v případě nemoci a mateřství jsou upraveny v Hlavě III nařízení 883/2004. Článek 19 upravuje nárok pojištěné osoby a jejích rodinných příslušníků na čerpání věcných dávek, které se stanou nezbytnými ze zdravotních důvodů během jejich pobytu v jiném než příslušném členském státě, s přihlédnutím k povaze těchto dávek a k očekávané délce pobytu. Pro čerpání nezbytné zdravotní péče se tedy s přijetím nového nařízení 883/2004 nic nezmění.

⁷³ Jorens, Y. – *Cross-border Health Care in the European Union: up to a free movement of patients?* Výňatek ze sborníku *Social Security for Frontier Workers in Europe*, s. 100. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, 2003.

⁷⁴ Obě nová koordinací nařízení by měla vejít v účinnost k 1. květnu 2010.

Článek 20 stanoví pravidla pro čerpání plánované zdravotní péče v jiném členském státě, než je příslušný stát. Platí přitom, že „**nestanoví-li nařízení jinak, je pojištěná osoba povinna požádat příslušnou instituci o povolení s čerpáním těchto dávek.**“ Stejně jako dosud zůstává v platnosti stanovení podmínek, za jejichž splnění příslušná instituce předchozí souhlas **vydat musí**. Je to tehdy, pokud dotyčné léčení **patří mezi dávky** stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště a kde se jí nemůže dostat takového léčení **v lékařsky odůvodnitelné lhůtě**, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci. **Stanovení, že pojištěná osoba je povinna požádat příslušnou instituci o předchozí souhlas (vždy), není-li v nařízení stanoveno jinak, může znamenat, že pojištěná osoba bude vždy povinna požádat o předchozí souhlas podle nařízení a jiný mechanismus udělování předchozího souhlasu nebude možný.** To může vést k rozporům mezi tímto nařízením a budoucí *směrnicí o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči*,⁷⁵ podle níž plánovaná ambulantní zdravotní péče udělení předchozího souhlasu nevyžaduje, a přesto budou vynaložené náklady pojištěné osobě uhrazeny (alespoň) do výše, do jaké by byly uhrazeny v případě čerpání stejné zdravotní péče ve státě pojištění. Viz dále v části 4.1.

Obě nařízení 883/2004 a 987/2009 mají stejnou právní sílu a neexistuje mezi nimi hierarchie. Jsou založena na stejném právním základu a byla přijata stejným legislativním postupem spočívajícím na jednomyslném schválení Radou a spolurozhodováním mezi Radou a Evropským parlamentem. Nařízení 883/2004 bylo již změněno nařízením 988/2009⁷⁶, kterým se vložily do nařízení 883/2004 přílohy a provedly se změny řady ustanovení.

⁷⁵ Viz Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

⁷⁶ Plný název zní: Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 988/2009 ze dne 16. září 2009, *kterým se mění nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení a kterým se stanovuje obsah jeho příloh*. V současné době není k dispozici žádná oficiální konsolidovaná verze nařízení 883/2004, při čtení nařízení 883/2004 je proto třeba vzít v úvahu nejen související nařízení 987/2009, ale také nařízení 988/2009.

2.5 Vztah Smlouvy o založení Evropského společenství a článku 22 nařízení 1408/71, resp. článku 20 nařízení 883/2004

Věcné dávky jsou pojištěné osobě během jejího pobytu v jiném než příslušném členském státě poskytovány za zvláštních podmínek. V rozsudcích ve věcech *Kohl*⁷⁷ a *Decker*⁷⁸ rozhodl ESD o tom, že v některých případech je uvalení podmínky udělení předchozího souhlasu podle článku 22 nařízení 1408/71 v rozporu s ustanoveními SES, která se týkají volného pohybu služeb a zboží. V rozsudku *Vanbraekele*⁷⁹ bylo dále mimo jiné rozvedeno pravidlo, že náhrada nákladů je omezena do výše, která se uplatňuje v příslušném státě. V odůvodnění judikátu *Geraets-Smits a Peerbooms*⁸⁰ provedl ESD analýzu otázky udělování předchozího souhlasu. Při řešení předběžné otázky ve věci *Müller-Fauré a van Riet*⁸¹ se ESD zabýval smluvními vztahy poskytovatelů zdravotní péče a rozdílu mezi nemocničními a mimo-nemocničními zdravotními službami. V rozhodnutí ve věci *Inizan*⁸² se ESD zabýval mimo jiné platností článku 22 odst. 1 písm. c) bod i) nařízení 1408/71 a shledal, že není důvod pro jeho zpochybnění. V případě *Leichtle*⁸³ interpretoval ESD, že také lázeňská péče je zdravotní službou, na kterou se vztahuje zásada svobodného poskytování služeb. V rozhodnutí ve věci *Watts*⁸⁴ zodpověděl ESD celou řadu otázek, které se týkaly zejména výkladu přiměřené doby k poskytnutí dávky v příslušném státě, existence čekacích listin a souladu článku 49 SES a nařízení 1408/71 s článkem 152 odst. 5 SES. Rozhodnutím ve věci *Stamatelaki*⁸⁵ vyložil ESD, že článek 49 SES se vztahuje na zdravotní služby poskytované ve veřejném i soukromém zdravotnickém zařízení, jsou-li tyto služby poskytovány za odměnu.

2.5.1 Případ Kohl⁸⁶

Pan Kohl byl občanem Lucemburska, jehož nezletilá dcera se nechala ošetřit ortodontistou v Německu, aniž by k tomu měla předchozí souhlas své příslušné instituce. Žádost o jeho udělení byla odmítnuta na základě toho, že dotyčná

⁷⁷ C-158/96 z 28. dubna 1998.

⁷⁸ C-120/95 z 28. dubna 1998.

⁷⁹ C-368/98 z 12. července 2001.

⁸⁰ C-157/99 z 12. července 2001.

⁸¹ C-385/99 ze dne 13. května 2003.

⁸² C-56/01 z 23. října 2003.

⁸³ C-8/02 z 18. března 2004.

⁸⁴ C-372/04 z 16. května 2006.

⁸⁵ C-444/05 z 19. dubna 2007.

⁸⁶ C-158/96 z 28. dubna 1998.

zdravotní péče nebyla urgentní a bývala by byla mohla být poskytnuta v Lucembursku. Proti tomu se pan Kohll odvolal na základě argumentu, že příslušný orgán posuzoval pouze soulad národní legislativy s nařízením 1408/71, nikoliv však soulad národní legislativy s články 49 a 50 SES (dříve články 59 a 60 SES). Národní soud, který tento spor řešil, se obrátil na ESD s žádostí o rozhodnutí o předběžné otázce. První otázka se týkala toho, zda články 49 a 50 SES je třeba vykládat tak, že mají přednost před pravidly, podle nichž podléhá úhrada nákladů věcných dávek udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí v případě, kdy jsou tyto věcné dávky poskytovány v jiném členském státě, než kde má osoba bydliště. Druhá otázka se týkala toho, jaký vliv by na první otázku měla skutečnost, že mechanismus udělování předchozího souhlasu je zaveden s cílem udržet vyrovnané lékařské a nemocniční služby přístupné každému v určitém regionu.

Jak již ESD dříve judikoval v případě *Webb*⁸⁷, **zvláštní povaha některých služeb nevyjímá tyto služby z rámce základní zásady svobody pohybu.** Následkem toho skutečnost, že národní pravidla spadají do oblasti sociálního zabezpečení, nebrání použití článků 49 a 50 SES. ESD uvedl, že skutečnost, že národní opatření může být v souladu s ustanovením sekundární legislativy (v tomto případě s článkem 22 nařízení 1408/71) neznamená, že je toto opatření vyjmuté z rozsahu ustanovení SES. ESD dále zkoumal, zda národní pravidla v tomto konkrétním případě znamenají překážku volnému pohybu služeb, a pokud ano, zda mohou být objektivně ospravedlněna. ESD již dříve v rozsudku *Komise v Francie*⁸⁸ vyjasnil, že **článek 49 SES brání použití jakéhokoliv národního pravidla, v jehož důsledku je poskytování služeb mezi členskými státy složitější než poskytování služeb čistě uvnitř jediného členského státu.**

V tomto konkrétním případě národní pravidla nebránila osobě vyhledat poskytovatele služeb v jiném členském státě, ale stanovením podmínky udělení předchozího souhlasu s úhradou nákladů bylo zabráněno proplácení nákladů pojištěným osobám, kterým předchozí souhlas udělen nebyl. Naproti tomu

⁸⁷ C-279/80 ze 17. prosince 1981.

⁸⁸ C-381/93, odst. 17.

proplacení nákladů za zdravotní péči čerpanou ve státě pojištění udělení předchozího souhlasu nepodléhá. ESD přitom již v případě *Luisi and Carbone*⁸⁹ vyložil, že takováto pravidla brání pojištěné osobě, aby vyhledala poskytovatele lékařských služeb usazeného v jiném členském státě, a vytváří tak překážku svobody poskytovat služby jak pro poskytovatele zdravotních služeb, tak pro pojištěné osoby.

ESD dále zkoumal rozsah svobody poskytování služeb ve vztahu k ohrožení finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení, jehož cílem je zabezpečit vyrovnané lékařské a nemocniční služby všem pojištěným osobám. Takovéto ohrožení by totiž mohlo znamenat převažující důvod veřejného zájmu, který by mohl překážky svobodě volného poskytování služeb ospravedlnit. V této souvislosti připomněl ESD svůj dřívější rozsudek ve věci *SETTG v Ypourgos Ergasias*⁹⁰ v němž bylo uvedeno, že **cíle čistě ekonomické povahy nemohou ospravedlnit překážku základnímu principu svobody poskytování služeb.** Nyní však ESD připustil, že riziko vážného ohrožení finanční vyrovnanosti systému sociálního zabezpečení může vytvořit převažující důvod ve veřejném zájmu, který je schopný ospravedlnit překážku tohoto druhu.⁹¹ Současně však uvedl, že **v tomto konkrétním případě je zřejmé, že proplacení nákladů za dentální ošetření poskytnuté v jiném členském státě v souladu s tarify státu pojištění nemá zásadní dopad na financování systému sociálního zabezpečení.** Článek 55 SES ve spojení s článkem 46 SES umožňuje omezit svobodu poskytování služeb z důvodu veřejného zdraví. Jak ale vyplývá z odůvodnění rozsudku *Gül v Regierungspräsident Düsseldorf*,⁹² neumožňuje tento článek vyjmout sektor veřejného zdraví, jakožto sektor ekonomické aktivity a z hlediska svobody poskytování služeb, z aplikace základní zásady svobody pohybu.

ESD připomněl, že podmínky pro výkon profese lékaře nebo dentisty jsou předmětem několika koordinačních nebo harmonizačních směrnic, proto se

⁸⁹ Spojené případy C-286/82 a C-26/83, odst. 16.

⁹⁰ C-398/95, odst. 23.

⁹¹ C-158/96, odst. 41.

⁹² C-131/85 ze 7. května 1986, odst. 17.

nelze odvolávat na to, že v jiném členském státě může být zdravotní péče méně účinná nebo méně kvalitní.

ESD tedy konečně rozhodl, že **články 49 a 50 SES brání uplatnění národního pravidla, podle kterého podléhá úhrada nákladů do výše podle předpisů státu pojištění za dentální ošetření provedené ortodontistou usazeným v jiném členském státě udělení předchozího souhlasu institucí sociálního zabezpečení pojištěné osoby**. Současně však vyvodil, že článek 46 SES umožňuje členskému státu omezit svobodu poskytování lékařských a nemocničních služeb, jelikož zachování vybavení k ošetření nebo lékařské služby na národním území je nezbytné pro veřejné zdraví, ba dokonce pro přežití obyvatelstva.

2.5.2 Případ Decker⁹³

Pan Decker byl občan Lucemburska. Na základě lékařského předpisu vystaveného lékařem usazeným v Lucembursku zakoupil u očního lékaře usazeného v Belgii pár dioptrických brýlí. Lucemburská příslušná instituce pana Deckera informovala, že náklady, které za tyto brýle vynaložil, mu nebudou uhrazeny, neboť si brýle zakoupil v zahraničí, aniž by mu k tomu byl udělen předchozí souhlas. Pan Decker takové rozhodnutí napadl, neboť jej považoval za odporující SES v té části, která se týká volného pohybu zboží.

Příslušný lucemburský soudní orgán pak přerušil své řízení a položil ESD předběžnou otázku, v níž se dotazoval, zda ustanovení lucemburského zákona, podle něhož odmítá instituce sociálního zabezpečení v jednom členském státě uhradit pojištěné osobě náklady za dioptrické brýle, které předepsal lékař usazený v tomto prvním státě, ale zakoupeny byly u lékaře usazeného ve druhém členském státě, na základě toho, že jakákoliv lékařská péče v zahraničí musí být předem schválena institucí sociálního zabezpečení prvního státu, v souladu s články 28 a 30 SES, jestliže obecně trestá dovoz zdravotnických prostředků soukromými osobami.

⁹³ C-120/95 z 28. dubna 1998.

ESD se od počátku řídil výkladem, že **skutečnost, že dotčená národní pravidla spadají do oblasti sociálního zabezpečení, nemůže vyloučit použití článku 28 SES**. Článek 28 SES zakazuje množstevní omezení dovozu a veškerá opatření s rovnocenným účinkem. V odstavci 29 odůvodnění provedl ESD interpretaci článku 22 nařízení 1408/71. Podle ní účelem tohoto článku není upravovat a tudíž ani žádným způsobem nebrání úhradě nákladů za zdravotnické prostředky zakoupené v jiném členském státě ve výši tarifů platných v členském státě pojištění, a to i když nebyl předem udělen předchozí souhlas.

ESD vyložil, že články 28 a 30 SES brání uplatnění národních pravidel, podle kterých instituce sociálního zabezpečení odmítá uhradit na základě paušální částky pojištěné osobě náklady vynaložené na zakoupení dioptrických brýlí u očního lékaře usazeného v jiném členském státě na základě toho, že pro nákup jakéhokoliv zdravotnického prostředku v zahraničí je potřeba předchozího souhlasu.

2.5.3 Případ *Vanbraekel*⁹⁴

Pravidlo, že náhrada nákladů je omezena do výše, která se uplatňuje v příslušném státě je osvětleno v rozsudku *Vanbraekel*. V tomto případě se jednalo o situaci, v níž podle pravidel státu ošetření byly náklady na konkrétní zdravotní péči nižší, než ve státě pojištění.

Paní Deschamps⁹⁵ byla belgickou občankou s bydlištěm v Belgii. Požádala o předchozí souhlas s ortopedickou operací ve Francii. Ten byl zamítnut na základě toho, že žádost nebyla podpořena stanoviskem lékaře činného na národní univerzitě. Paní Deschamps přesto operaci ve Francii podstoupila a **poté** příslušnou instituci zažalovala o náhradu nákladů vynaložených za tuto operaci. Podle francouzských předpisů byly náklady operace ve výši ca. 38 tisíc Franků, zatímco podle belgických předpisů by se jednalo o částku ve výši ca. 50 tisíc Franků.

⁹⁴ C-368/98 z 12. července 2001.

⁹⁵ Paní Deschamps v průběhu řízení zemřela a v žalobě pokračoval její manžel, pan Vanbraekel, a jejich šest dětí. Odtud název případu.

Národní soud rozhodl, že příslušná instituce je povinna nahradit náklady spojené s operací paní Deschamps ve Francii v souladu s článkem 22 nařízení 1408/71 a články 49 a 50 SES. Nedokázal však sám posoudit otázku, v jaké výši je příslušná instituce povinna náklady převzít. Proto položil ESD žádost o posouzení předchozích otázek. Za prvé, zda musí být náklady nemocniční péče uhrazeny podle pravidel státu příslušné instituce, nebo v souladu s pravidly státu, na jehož území byla péče poskytnuta. Další otázka se týkala toho, zda je zakázáno uhradit částku podle pravidel státu příslušné instituce, s ohledem na článek 36 nařízení 1408/71, které odkazuje na plnou úhradu.

ESD vyložil, že jediným účelem článku 22 odst. 2 nařízení 1408/71 je určit podmínky, za nichž příslušná instituce nesmí odmítnout udělit předchozí souhlas na základě článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71. Toto ustanovení **neomezuje okolnosti, za nichž předchozí souhlas udělen být může**. Z toho vyplývá, že **stanoví-li národní pravidlo, že povolení s čerpáním nemocniční zdravotní péče v jiném členském státě bude uděleno, pokud nemocniční péče může být v zahraničí poskytnuta za lepších podmínek, takové povolení zakládá předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71.**⁹⁶

Pokud byla žádost o udělení předchozího souhlasu podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71 příslušnou institucí zamítnuta a později vyjde najevo, že toto zamítnutí bylo neodůvodněné, je pojištěná osoba oprávněna k náhradě nákladů přímo příslušnou institucí do stejné výše, jaká by bývala byla řádně uhrazena, kdyby předchozí souhlas býval byl správně udělen.

Článek 22 nařízení 1408/71 nebrání dalším úhradám, které jdou nad rámec toho, co vyplývá z použití systému toho členského státu, kde je zdravotní péče poskytnuta, v případech, kdy systém používaný v členském státě pojištění je pro pojištěnou osobu finančně výhodnější. Stejně tak ale tento článek další úhrady nevyžaduje. **ESD proto zkoumal, zda taková povinnost nemůže vyplývat z článku 49 SES.**

⁹⁶ Viz C-368/98, odst. 31.

ESD připomněl, že nemocniční i mimo-nemocniční služby spadají do rozsahu článku 50 SES a že zvláštní povaha těchto služeb je nevyjímá z rámce základní zásady svobody pohybu, tudíž skutečnost, že předmětná národní pravidla jsou z oblasti sociálního zabezpečení, nemůže vyloučit použití článků 49 a 50 SES. ESD ve svých úvahách vycházel z toho, že nemocniční služby spadají do rámce volného poskytování služeb, a proto vyvodil, že **skutečnost, že národní právní předpisy nezaručují pojištěné osobě**, které byl udělen předchozí souhlas s čerpáním nemocniční zdravotní péče v jiném členském státě podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71, **úroveň náhrady stejnou do té míry, do jaké by bývala byla oprávněna, pokud by nemocniční zdravotní péči čerpala v členském státě, kde je pojištěna, zakládá omezení svobody poskytovat služby** ve smyslu článku 49 SES. Skutečnost, že náhrada nákladů je osobě poskytnuta v nižší částce, pokud nemocniční zdravotní péči čerpá v jiném členském státě, než kde je pojištěna, může odstrašit nebo dokonce zabránit pojištěné osobě, aby žádala o poskytování služeb v jiném členském státě, a vytváří tak pro pojištěné osoby i pro poskytovatele zdravotních služeb překážku ve svobodě volného poskytování služeb.

ESD odvodil, že dodatečná náhrada, která pokryje rozdíl mezi systémem regulovaným právními předpisy členského státu pojištění a členského státu ošetření, je-li krytí podle prvního státu pro pojištěnou finančně výhodnější, nemůže ohrozit udržení vyrovnaných lékařských a nemocničních služeb přístupných všem, udržení ošetrovatelské kapacity nebo lékařských dovedností na národním území. ESD dále odvodil, že dodatečná náhrada neznamena pro systém sociálního zabezpečení žádné dodatečné finanční břemeno, proto není způsobilá mít zásadní dopad na financování systému sociálního zabezpečení.

ESD na základě uvedených argumentů dospěl k závěru, že článek 49 SES je třeba vykládat v tom smyslu, že pokud je náhrada nákladů vynaložených za nemocniční služby čerpané v jiném členském státě a vypočítaných podle právních předpisů tohoto státu nižší než částka, která by pojištěné osobě byla nahrazena, kdyby nemocniční péči čerpala ve státě pojištění, musí být pojištěné

osobě příslušnou institucí zaručena **dodatečná náhrada**, která pokryje tento rozdíl.

Ve stejném rozsudku se ESD věnoval také výkladu článku 36 nařízení 1408/71. Ten podle něho **nelze** vykládat tak, že by z něj vyplývalo, že pojištěná osoba, která požádala o předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71 a její žádost byla zamítnuta, je oprávněna k náhradě **všech** lékařských nákladů, které vynaložila v členském státě ošetření, pokud později vyjde najevo, že zamítnutí žádosti bylo neodůvodněné.

2.5.4 Případy Geraets-Smits a Peerbooms⁹⁷

Oba případy se týkaly úhrady nákladů za nemocniční péči poskytnutou nizozemským pojištěncům v Německu, resp. v Rakousku. V Nizozemsku tehdy existoval zákonný systém věcných dávek, podle kterého byla pojištěná osoba oprávněná čerpat volně zdravotní péči, nebyla však oprávněna k náhradě nákladů za zdravotní péči vynaložených.

Paní Geraets-Smits trpěla Parkinsonovou chorobou. Požádala příslušnou instituci o úhradu nákladů za zdravotní péči čerpanou v Německu. Jednalo se o multidisciplinární ošetření metodou, která zahrnovala mimo jiné vyšetření a ošetření k určení nejlepšího lékařského postupu, fyzioterapii, ergoterapii a socio-psychologickou podporu. Příslušná instituce její žádost zamítla s odůvodněním, že uspokojivá a odpovídající zdravotní péče byla dostupná v Nizozemsku a že zvláštní klinické ošetření poskytované na příslušné německé klinice neposkytuje žádnou dodatečnou výhodu, a tudíž zde nebyla nezbytnost, která by ospravedlnila ošetření na této klinice.

Pan Peerbooms upadl do kómatu po silniční nehodě. Byl přijat do nemocnice v Nizozemsku a poté převezen ve vegetativním stavu do univerzitní kliniky v Rakousku. Rakouská klinika poskytla panu Peerbooms zvláštní intenzivní terapii za použití neurostimulace. Tato technika se v Nizozemsku v té době používala pouze experimentálně ve dvou lékařských centrech a pacienti starší 25 let tuto terapii podstoupit nesměli. Pan Peerbooms byl starší 25 let, proto

⁹⁷ C-157/99 z 12. července 2001.

kdyby byl zůstal v Nizozemsku, nemohl by tuto léčbu podstoupit. Jeho neurolog požádal příslušnou nizozemskou instituci o úhradu nákladů za ošetření v Rakousku. Žádost však byla zamítnuta s odůvodněním, že odpovídající zdravotní péče by bývala byla mohla být poskytnuta v Nizozemsku smluvním poskytovatelem.

Národní soud se obrátil na ESD s žádostí o posouzení několika předchozích otázek. První se týkala toho, zda národní ustanovení, které stanoví, že pojištěná osoba musí mít předchozí souhlas příslušné instituce k tomu, aby mohla uplatnit svůj nárok na dávky od poskytovatele usídleného mimo Nizozemsko, je v rozporu s články 49 a 50 SES. Soud se dále dotazoval, jaký vliv na zodpovězení předchozí otázky má to, že žádost je odmítnuta nebo zamítnuta proto, že příslušné léčení v jiném členském státě není považováno za „běžné v odborných kruzích“, a tudíž ani nezakládá zákonnou dávku. Soud dále požádal o výklad toho, jaký vliv na posouzení první otázky má skutečnost, že příslušné léčení je hrazeno systémem sociálního zabezpečení podle právních předpisů členského státu ošetření. Soud se dále dožadoval výkladu toho, jaký vliv by na odpověď na první otázku měla skutečnost, že léčení v zahraničí by bylo považováno za normální a tudíž zakládalo dávku, žádost o předchozí souhlas by však byla zamítnuta z důvodu, že včasná a odpovídající zdravotní péče může být poskytnuta smluvním poskytovatelem Nizozemsku a ošetření v zahraničí tudíž není pro dotčenou osobu nezbytné.

ESD konstatoval, že skutečnost, že nemocniční ošetření je financováno přímo zdravotní pojišťovnou na základě smluv a předem stanovených tarifů poplatků, v žádném případě neznamená, že takové ošetření lze vyjmout z oblasti služeb podle článku 50 SES. ESD připomněl dřívější rozsudky,⁹⁸ podle nichž **článek 50 SES nevyžaduje, aby služba byla placena těmi, jimž je poskytována.** Článek 50 SES stanoví, že se vztahuje na služby, které jsou běžně poskytovány za odměnu, a bylo již dříve judikováno,⁹⁹ že pro účely tohoto ustanovení **je základním znakem odměny to, že zakládá protihodnotu za dotčené služby.**

⁹⁸ Viz C-352/85 *Bond van Adverteerders and Others*, odst. 16 a spojené případy C-51/96 a C-191/97 *Deliège*, odst. 56.

⁹⁹ Viz C-263/86 *Belgium v Humbel*, odst. 17.

ESD se zabýval kritérii, která mohou ospravedlnit překážky výkonu svobody poskytování služeb v oblasti nemocniční péče. Shrnul ta, která již dříve uvedl v rozsudku *Kohll*¹⁰⁰ a znovu připomněl stávající judikaturu,¹⁰¹ podle níž je třeba posuzovat, zda národní právní předpisy skutečně mohou být ospravedlněny ve světle převažujících důvodů veřejného zájmu, a je-li tomu tak, vždy je třeba se ujistit, že tyto důvody nepřekračují to, co je **objektivně nezbytné k dosažení stanoveného cíle, a že stejného výsledku není možné dosáhnout méně omezujícími pravidly**. Tyto podmínky přiměřenosti musí splnit také systém udělování předchozího souhlasu, který v zásadě nelze považovat za odporující komunitárnímu právu, pokud podmínky pro jeho udělení jsou ospravedlněny výše uvedenými převažujícími důvody veřejného zájmu.

K podmínce, že ošetření má být „normální“ ESD připomněl, že organizace systému sociálního zabezpečení a zvláště určení podmínek pro nárok na dávky je určeno právními předpisy každého členského státu. Není tudíž v rozporu s komunitárním právem, pokud členský stát stanoví omezující seznam, jenž vylučuje některé produkty z úhrady systémem sociálního zabezpečení.¹⁰² Stejná zásada se použije na lékařskou a nemocniční péči. **Komunitární právo nemůže mít za následek požadavek, aby členský stát rozšířil seznam zdravotních služeb hrazených jeho systémem sociálního zabezpečení.**

Ze stávající judikatury ESD rovněž vyplývá, že systém udělování předchozího souhlasu nemůže legitimovat svévolné rozhodování národních orgánů, které by negovalo účinky ustanovení komunitárního práva, zvláště pak ta, která se vztahují k základní zásadě svobody.¹⁰³ Aby bylo zavedení systému udělování předchozího souhlasu ospravedlnitelné, musí tento každopádně být **založen na objektivních nediskriminujících kritériích, která jsou známa dopředu, aby ohraničila výkon diskrece národních orgánů tak, aby se nestal svévolným**. Tento systém musí být dále **založen na procesním systému, který je snadno přístupný a způsobilý zajistit, že žádosti o udělení**

¹⁰⁰ Viz C-158/96, odst. 41, 50 a 51.

¹⁰¹ Viz C-205/84 *Commission v Germany*, odst. 27, C-180/89 *Commission v Italy*, odst. 17 a 18, C-106/91 *Ramrath*, odst. 30 a 31.

¹⁰² Viz C-238/82 *Duphar and Others v Netherlands*, odst. 17.

¹⁰³ Viz spojené případy C-358/93 a C-416/93 *Bordessa and Others*, odst. 25, C-163/94, C-165/94 a C-250/94 *Sanz de Lera and Others*, odst. 23 až 28, C-205/99 *Analir and Others*, odst. 37.

předchozího souhlasu budou vyřizovány objektivně a nestranně během přiměřené doby a odmítnutí udělit předchozí souhlas musí podléhat soudnímu nebo kvazi-soudnímu přezkumu. Z toho vyplývá, že zavedení systému udělování předchozího souhlasu znamená, že kritéria, kterými se příslušná instituce musí řídit při rozhodování o udělení předchozího souhlasu, musí být objektivní a nezávislá na tom, kde je usazen poskytovatel zdravotní péče.

K podmínce týkající se nezbytnosti čerpat zdravotní péči ESD konstatoval, že tato může být ospravedlněna podle článku 49 SES za předpokladu, že předchozí souhlas je zamítnut proto, že stejná nebo stejně účinná zdravotní péče může být bez **nepřiměřeného prodlení** (*undue delay*) poskytnuta zdravotnickým zařízením, které je ve smluvním vztahu k příslušné instituci. K určení toho, zda stejně účinná léčba může být poskytnuta bez nepřiměřeného prodlení smluvním zdravotnickým zařízením příslušné instituce pojištěné osoby, musí národní orgány brát ohled na všechny okolnosti každého zvláštního případu a řádně sledovat nejen pacientův zdravotní stav v době, kdy je podána žádost o udělení předchozího souhlasu, ale také jeho minulé záznamy. Pokud by se velké množství pojištěných osob rozhodlo vyhledat zdravotní péči v jiném členském státě i přes to, že smluvní zdravotnická zařízení nabízejí odpovídající stejné nebo rovnocenné ošetření, následný odliv pacientů by mohl vystavit riziku princip uzavírání smluv s nemocnicemi, a tak podkopat plánování a zhospodárnění vykonávané v tomto důležitém odvětví ve snaze zabránit přeplnění nemocnic, nerovnováze v poskytování nemocniční zdravotní péče a logistickému a finančnímu plýtvání.

ESD tak rozhodl, že články **49 a 50 SES nebrání uplatnění národních předpisů, podle kterých podléhá úhrada nákladů nemocniční péče poskytnuté v jiném členském státě udělení předchozího souhlasu** příslušnou institucí, a jeho udělení podléhá dvěma kumulativním podmínkám. Za prvé musí dotčené ošetření být považováno za „*normální v příslušném odborném odvětví*“ (toto kritérium se použije také na určení, zda příslušná nemocniční péče je dávkou systému sociálního zabezpečení). Za druhé zdravotní stav pojištěné osoby dotčené ošetření vyžaduje. Tento závěr se však

uplatní pouze tehdy, pokud požadavek, že ošetření je „normální“ je formulován tak, že předchozí souhlas nemůže být odmítnut, jestliže je zjevné, že příslušné ošetření je dostatečně vyzkoušené a testované mezinárodní lékařskou vědou, a současně předchozí souhlas může být odmítnut z důvodu nedostatku zdravotní potřeby pouze tehdy, pokud stejné nebo stejně účinné léčení může být poskytnuto bez nepřiměřeného prodlení ve zdravotnickém zařízení, které je ve smluvním vztahu k příslušné instituci pojištěné osoby.

2.5.5 Případy Müller-Fauré a van Riet¹⁰⁴

Paní Müller-Fauré byla nizozemská státní občanka. Během dovolené v Německu podstoupila ošetření ústní dutiny, které spočívalo v umístění šesti korunek a protézy horní čelisti. Po návratu se obrátila na příslušnou instituci s žádostí o úhradu nákladů, která však byla zamítnuta na základě stanoviska poradního zubního úředníka. Nadřízený orgán toto rozhodnutí příslušné instituce potvrdil s odůvodněním, že pojištěná osoba je oprávněna k čerpání zdravotní péče, nikoliv však k úhradě souvisejících nákladů, ledaže by šlo o výjimečný případ, kterým ovšem případ paní Müller-Fauré nebyl.

Paní van Riet trpěla bolestí pravého zápěstí, její ošetřující lékař požadoval po nizozemské příslušné instituci, aby jí byl udělen předchozí souhlas s artroskopií v Belgii, kde by vyšetření mohlo být provedeno mnohem dříve než v Nizozemsku. Příslušná instituce udělení předchozího souhlasu zamítla s odůvodněním, že stejné vyšetření může být provedeno v Nizozemsku.

Národní soud požádal ESD o zodpovězení předběžné otázky, protože příslušná ustanovení národních právních předpisů sice pojištěné nebrání v čerpání zdravotních služeb u poskytovatele usazeného v jiném členském státě, ale ukládají podmínku, která spočívá v tom, že zdravotní pojišťovna, u níž je osoba pojištěna, je s tímto poskytovatelem **ve smluvním vztahu**. Pokud pojišťovna s poskytovatelem zdravotní péče usazeným v jiném členském státě ve smluvním vztahu není, podléhá úhrada nákladů za zdravotní péči čerpanou v jiném členském státě předchozímu souhlasu, který však není udělen, pokud to není pro pojištěnou osobu nezbytné, a to je pouze v případě, kdy smluvní

¹⁰⁴ C-385/99 ze dne 13. května 2003.

poskytovatelé nemohou nabídnout přiměřenou péči všem. Povinnost získání předchozího souhlasu tak znamená výhodu pro smluvní poskytovatele, kteří jsou téměř výlučně usazeni v Nizozemsku. Současně ale národní soud poukázal na skutečnost, že správní pravomoc nizozemských orgánů se nevztahuje na poskytovatele usazené v jiném členském státě, kteří by mohli zabránit uzavření smlouvy mezi nizozemskou zdravotní pojišťovnou a těmito poskytovateli.

Národní soud se proto dotázal, zda nizozemské právní předpisy jsou v rozporu s články 49 a 50 SES, zda je možné chápat cíle nizozemského systému poskytování věcných dávek jako převažující důvody veřejného zájmu ospravedlňující omezení základní zásady svobody poskytování služeb. Národní soud se dále dotázal, zda skutečnost, že celé ošetření nebo jeho část bylo součástí nemocniční péče, může ovlivnit odpověď na předchozí otázku.¹⁰⁵

ESD znovu připomněl důvody, které mohou ospravedlnit překážky volnému pohybu. Nově uvedl, že je zřejmé, že převzetí nákladů ošetření v jiném členském státě, než je stát pojištění, nemůže v jednom izolovaném případě nikdy mít zásadní dopad na financování systému sociálního zabezpečení. Je tudíž nutné **přijmout obecný přístup k okolnostem svobody poskytování zdravotních služeb**. V tomto ohledu je složité rozlišovat nemocniční a mimo-nemocniční služby. Některé služby poskytované v nemocničním prostředí je totiž stejně tak možné poskytnout praktickým lékařem v jeho ordinaci nebo ve zdravotním centru, a s takovými službami by se proto mělo nakládat stejně jako s mimo-nemocničními službami.

V odůvodnění tohoto rozsudku se ESD podrobněji věnoval pojmu **nemocničních služeb**. Uznal, že **možnost plánování** musí být zachována zejména s ohledem na určení počtu nemocnic, jejich územní uspořádání, způsob, jakým jsou organizovány a vybavení, kterým disponují, stejně jako povaha lékařských služeb, které jsou schopny nabídnout. V tomto konkrétním

¹⁰⁵ V odůvodnění odpovědi na první předloženou otázku odkázal ESD na předchozí rozsudek ve věci *Smits a Peerbooms*.

případě bylo plánování založeno na systému uzavírání smluv mezi příslušnou institucí a poskytovateli zdravotní péče. Ten usiluje o zajištění dostatečného a stálého přístupu k vyrovnanému rozsahu vysoce kvalitní nemocniční péče. Stejně tak pomáhá kontrolovat náklady a snaží se zabránit plýtvání finančními, technickými a lidskými zdroji. Takové plýtvání by bylo mnohem škodlivější, neboť je všeobecně uznáno, že sektor nemocniční péče generuje značné náklady a musí uspokojit rostoucí potřeby, zatímco dostupné finanční zdroje nejsou neomezené, ať už se jedná o jakýkoliv druh financování. ESD proto usoudil, že **požadavek udělování předchozího souhlasu s převzetím nákladů nemocniční péče v jiném členském státě, než je stát pojištění, se jeví jako nezbytný a přiměřený**. Při určení toho, zda stejně účinné léčení může být pacientu poskytnuto bez nepřiměřeného prodloužení ve smluvním zdravotnickém zařízení příslušné instituce pojištěné osoby, musí národní orgány přihlížet ke všem skutečnostem každého zvláštního případu a brát řádný ohled nejen na pacientův zdravotní stav v době, kdy podá žádost o udělení předchozího souhlasu, a, je-li to přiměřené, také ke stupni bolesti nebo povaze pacientova postižení, které pro něj může například činit výjimečně obtížným vykonávat výtěžnou činnost, ale také k průběhu jeho nemoci.¹⁰⁶ Na druhou stranu, je-li předchozí souhlas založen nikoliv na obavách z plýtvání vyplývajících z nadbytku nemocnic, ale pouze na základě toho, že na národním území jsou pro dotčenou nemocniční péči zavedeny čekací seznamy, aniž by se braly v úvahu zvláštní okolnosti týkající se pacientova zdravotního stavu, nemůže tato skutečnost ospravedlnit překážku svobodě volného poskytování služeb. V konkrétním případě nemohl ESD vyvodit, zda argument čekací doby je nezbytný z jiných než čistě ekonomických důvodů, které samy o sobě nemohou ospravedlnit překážku základní zásady volného poskytování služeb pro účely ochrany veřejného zdraví. Ba naopak, příliš dlouhá nebo abnormální čekací doba by pravděpodobně sama omezovala přístup k vyrovnané a vysoce kvalitní nemocniční péči.

Při posuzování **mimo-nemocniční péče** ESD na jednu stranu uznal, že pokud by se zrušil systém smluvních zdravotnických zařízení v souvislosti se službami poskytovanými v jiném členském státě, znamenalo by to škodlivé dopady

¹⁰⁶ Viz C-157/99 *Geraets-Smits a Peerbooms*, odst. 104 ve spojení s C-385/99 *Müller-Fauré a van Riet*, odst. 90.

na způsob, jakým členský stát pojištění může kontrolovat výdaje na zdravotní péči. Současně však připomněl, že cestuje-li pojištěná osoba bez předchozího souhlasu čerpat zdravotní péči do jiného členského státu, může uplatnit nárok na náhradu nákladů ošetření **pouze do výše krytí poskytovaného příslušnou institucí ve státě pojištění**. ESD se dále v této souvislosti věnoval otázce toho, jak se mají národní systémy sociálního zabezpečení přizpůsobit, aby mohlo být dosaženo základních svobody zaručených SES. Na jednu stranu označil takové přizpůsobení jako nevyhnutelné, na druhou však ujistil, že to neznamená, že by byly podkopávány suverénní pravomoci členských států na poli zdravotní péče. Připomněl, že členské státy již určitá přizpůsobení provedly, aby splnily požadavky vyplývající z nařízení 1408/71. Lékařské služby nepřestávají být poskytováním služeb pouze z toho důvodu, že jsou placeny prostřednictvím národní zdravotní služby nebo systémem, který poskytuje věcné dávky. Není proto třeba dělat rozdíl mezi tím, zda pacient zaplatí vynaložené náklady a potom požádá o jejich náhradu, nebo je poskytovateli zaplaceno přímo prostřednictvím veřejných rozpočtů. Při použití nařízení 1408/71 musí členské státy, jejichž systém poskytuje věcné dávky nebo národní zdravotní službu, vytvořit mechanismus pro následnou úhradu zdravotní péče poskytnuté v jiném než příslušném státě. Podmínky, za nichž jsou dávky poskytovány, platí i v případech, kdy je zdravotní péče poskytována v jiném členském státě, než je stát pojištění, jestliže nejsou diskriminující ani nevytváří překážku volnému pohybu osob. To je zvláště případ, kdy je stanoven požadavek navštívit praktického lékaře dříve, než dojde ke konzultaci se specialistou. Nic nebrání příslušnému státu, jehož systém poskytuje věcné dávky, aby určil pevné částky úhrady, které může pacient požadovat při čerpání zdravotní péče v jiném členském státě, jestliže tyto pevné částky budou založeny na objektivních, nediskriminujících a transparentních kritériích.

V tomto případě tedy ESD judikoval, že články 49 a 50 SES nebrání uplatnění národních předpisů, které činí náhradu nákladu **nemocniční péče** poskytnuté v jiném členském státě, než je stát pojištění, poskytovatelem, který není ve smluvním vztahu, závislou na udělení předchozího souhlasu a současně jeho udělení podmiňují nezbytností pro zdravotní stav pojištěné osoby. Udělení předchozího souhlasu ovšem může být odmítnuto pouze tehdy, pokud stejné

nebo stejně účinné léčení může být poskytnuto bez nepřiměřeného prodlení ve smluvním zdravotnickém zařízení. Naproti tomu články 49 a 50 SES brání tomu, aby stejné národní předpisy podmiňovaly úhradu **mimo-nemocniční péče** poskytnuté v jiném členském státě, než je stát pojištění, nesmluvním poskytovatelem, udělením předchozího souhlasu. To platí i tehdy, pokud dotčená národní legislativa stanoví systém poskytování věcných dávek, podle něhož není pojištěná osoba oprávněna k úhradě nákladů zdravotní péče, ale k samotné zdravotní péči, jež se poskytuje zdarma.

2.5.6 Případ Inizan¹⁰⁷

Paní Inizan bydlela ve Francii, kde byla zdravotně pojištěna. Příslušná francouzská instituce zamítla její žádost o udělení předchozího souhlasu s úhradou multidisciplinární léčby (tj. nemocniční zdravotní péče), kterou chtěla podstoupit v Německu, a to na základě odůvodnění, že nebyly splněny podmínky článku 22 nařízení 1408/71. Národní soud měl pochybnost o tom, zda podmínky stanovené v článku 22 nařízení 1408/71 jsou v souladu s články 49 a 50 SES. A zda v návaznosti na to byla příslušná instituce oprávněna odmítnout udělit předchozí souhlas s úhradou nákladů za zdravotní péči poskytnutou v Německu, jestliže národní lékařský úředník podal zamítavé stanovisko.

ESD připomněl, že článek 22 odst. 2 nařízení 1408/71 neomezuje případy, za kterých může být vydán předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71. Členské státy tedy svobodně rozhodují, zda předchozí souhlas udělí v těch případech, kdy podmínky předvídané v článku 22 odst. 2 nařízení 1408/71 nejsou splněny.¹⁰⁸

ESD v tomto případě rozhodl, že není důvod pro zpochybnění platnosti článku 22 odst. 1 písm. c) bod i) nařízení 1408/71. Druhý pododstavec článku 22 odst. 2 nařízení 1408/71 stanoví, že předchozí souhlas nelze odmítnout, je-li zřejmé, že dotčená zdravotní péče je součástí dávek poskytovaných podle právních předpisů členského státu bydliště a současně dotčená péče stejná nebo stejně

¹⁰⁷ C-56/01 z 23. října 2003.

¹⁰⁸ C-56/01 *Inizan*, odst. 50.

účinná nemůže být na území tohoto členského státu poskytnuta bez nepřiměřeného prodlení (*undue delay*). **Články 49 a 50 SES nebrání uplatnění národních právních předpisů, které podmiňují úhradu nákladů za nemocniční zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě udělením předchozího souhlasu a které jeho udělení podmiňují skutečností, že pojištěná osoba nemůže zdravotní péči přiměřenou jejímu zdravotnímu stavu čerpat v členském státě pojištění. Předchozí souhlas ovšem může být odmítnut pouze tehdy, pokud stejná nebo stejně účinná léčba může být pojištěné osobě poskytnuta na území členského státu pojištění.**

2.5.7 Případ Leichtle¹⁰⁹

Pan Leichtle byl německý státní příslušník zaměstnaný jako úředník Spolkového úřadu práce. Tento úřad požádal o potvrzení, že na výdaje spojené s lázeňskou péčí, kterou zamýšlel podstoupit v Itálii, jsou je možné žádat o pomoc podle zákona, jenž upravuje poskytování pomoci státním úředníkům a spolkovým soudcům a vysloužilým spolkovým státním úředníkům v případech nemoci, lékařské péče, narození a smrti. Jeho žádost byla zamítnuta na základě toho, že nebyly splněny podmínky uvedeného zákona a dostupné lékařské informace nedovolovaly učinit závěr o tom, že lázeňská péče poskytnutá v Itálii nabízela větší šanci na úspěch než léčebná lázeňská péče dostupná v Německu. Pan Leichtle podal proti tomuto rozhodnutí žalobu a odcestoval do Itálie, kde podstoupil lázeňskou péči.

V odůvodnění své žaloby pan Leichtle namítal, že výše uvedený národní předpis je v rozporu s články 49 a 50 SES, jelikož jeho účinkem je prakticky nemožnost čerpat lázeňskou péči v jiném členském státě. Národní soud poukázal na to, že dosavadní judikatura ESD ještě nevyložila případ jako je tento, neboť předmětný národní předpis negarantuje poskytování věcných dávek úředníkům, ani neplánuje chránit svými ustanoveními krytí systému sociálního zabezpečení.

Národní soud proto položil ESD dvě předběžné otázky. První se týkala toho, zda články 49 a 50 SES brání uplatnění národních předpisů, podle nichž jsou

¹⁰⁹ C-8/02 z 18. března 2004.

náklady za lázeňskou zdravotní péči čerpanou v jiném členském státě uhraditelné pouze tehdy, je-li zcela nezbytné, aby příslušná péče byla čerpána mimo německé území, jelikož tak nabízí mnohem větší šanci na úspěch, a toto je uvedeno ve zprávě zdravotního úředníka nebo poradce a současně příslušné lázně jsou uvedeny na seznamu registrovaných lázní. Jde tedy o to, zda národní pravidla, podle nichž se hradí výdaje za nástup do lázní, na cestu, ubytování, lázeňské poplatky a vypracování konečné lékařské zprávy v souvislosti s lázeňskou péči čerpanou v jiném členském státě, za podmínky, že je předem uděleno uznání vhodnosti a lázně jsou uvedeny v příslušném registru, jsou v rozporu s články 49 a 50 SES.

Druhá otázka směřovala k tomu, zda články 49 a 50 SES brání uplatnění národních předpisů, podle nichž zálohovému uznání lázeňské péče brání skutečnost, že dotčená osoba nevyčká na závěr vyřízení žádosti nebo jakéhokoliv soudního řízení před tím, než započne lázeňskou péči, je-li jediným předmětem sporu to, zda tato pravidla jsou správná, jestliže neuznávají lázeňskou péči v jiném členském státě jako způsobilou pro pomoc.

ESD uznal, že výdaje spojené s nástupem do lázní a ubytováním mohou tvořit neoddělitelnou část samotné lázeňské péče. Stejně jako nemocniční péče může zahrnovat pobyt v nemocnici, může stejně tak lázeňská péče vedená pro terapeutické účely zahrnovat pobyt v lázeňském zařízení. Závěrečná lékařská zpráva přímo spadá do rozsahu lékařské činnosti. Ačkoliv cestovní náklady a lázeňské poplatky nejsou lékařského charakteru a zpravidla se neplatí poskytovatelům zdravotní péče, jsou nerozlučně spojeny se samotnou lázeňskou péčí, neboť pacient musí cestovat do lázní a pobývat v nich. Z toho vyplývá, že jakákoliv podmínka, která upravuje úhradu těchto různých výdajových položek na základě výše uvedeného zákona, může mít přímý vliv na výběr místa lázeňského pobytu a tudíž i na výběr lázeňského zařízení schopného poskytovat služby tohoto typu.

Ke druhé otázce ESD vyjádřil, že při nedostatku souhlasu, že soudní nález pro porušení článků 49 a 50 SES sporným rozhodnutím spolkového úřadu může zpětně ospravedlnit převzetí odpovědnosti za dotčené výdaje, skutečný

účinek těchto komunitárních ustanovení by byl ohrožen, neboť ve většině případů nemůže pacient vyčkat na rozhodnutí soudu před tím, než začne čerpat péči, jíž vyžaduje jeho zdravotní stav, a tudíž by opustil myšlenku nechat se ošetřit v jiném členském státě.

ESD o první otázce rozhodl tak, že články 49 a 50 SES brání uplatnění národních pravidel, podle nichž se hradí výdaje za nástup do lázní, na cestu, ubytování, lázeňské poplatky a za vypracování konečné lékařské zprávy v souvislosti s lázeňskou péčí čerpanou v jiném členském státě pouze za podmínky, že je předem uděleno uznání vhodnosti, které se uděluje pouze tehdy, je-li stanoveno ve zprávě zdravotního úředníka nebo poradce, že navržená lázeňská péče je zcela nezbytná a má mnohem větší šanci na úspěch v tomto jiném členském státě. ESD rozhodl, že podmínka, aby lázeňské zařízení spadalo do seznamu registrovaných lázní, sama o sobě článkům 49 a 50 SES neodporuje, a je na národním soudu, aby posoudil, zda podmínky registrace lázeňských zařízení jsou objektivní a neztěžují poskytování služeb mezi členskými státy. ESD dále rozhodl, že národní pravidla, která stanoví, že dotčená osoba nesmí nastoupit do lázeňské péče dříve, než skončí soudní řízení, v němž tato osoba napadla rozhodnutí odmítající uznat uvedené výdaje jako vhodné pro pomoc, jsou v rozporu s články 49 a 50 SES.

2.5.8 Případ Watts¹¹⁰

Paní Watts, osoba krytá britskými právními předpisy, trpěla artritidou kyčlí. Předchozí souhlas s operací ve Francii jí byl příslušnou institucí zamítnut na základě stanoviska odborného lékaře, který ji zařadil do kategorie „běžný případ“, což pro ni znamenalo dobu čekání přibližně jeden rok, než bude moci zákrok podstoupit v místní nemocnici. Paní Watts se i přes pozdější zkrácení čekací doby nechala operovat ve Francii. Národní soud, u něhož paní Watts usilovala o dodatečnou náhradu nákladů za operaci, předložil ESD řadu předběžných otázek.

Část předběžných otázek se týkala možného **odmítnutí předchozího souhlasu s čerpáním nemocniční zdravotní péče v jiném členském státě**,

¹¹⁰ C-372/04 z 16. května 2006.

a to s ohledem na skutečnosti, že povolení by mohlo narušit systém spočívající v řízení léčebných priorit prostřednictvím čekacích seznamů, že by navíc odčerpávalo prostředky na platby za méně naléhavou léčbu pacientů, kteří jsou ochotni cestovat do zahraničí, a poškodilo by tak ty, kteří nechtějí nebo nemohou cestovat do zahraničí, nebo by zvýšilo výdaje systému. ESD rozhodl, že článek 49 SES nebrání tomu, aby náhrada nákladů na nemocniční péči plánovanou v zařízení v jiném členském státě byla podmíněna získáním předběžného souhlasu. **Odmítnutí předchozího souhlasu nemůže být založeno pouze na existenci čekacích seznamů**, jejichž účelem je plánovat a řídit nabídku nemocniční péče podle předem obecně stanovených klinických priorit, aniž by došlo k objektivnímu lékařskému posouzení zdravotního stavu pacienta, předchozího a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho postižení při podání nebo opětovném podání žádosti o povolení. **Pokud se ukáže, že doba vyplývající z takových čekacích seznamů přesahuje dobu, která je přijatelná s ohledem na objektivní lékařské posouzení výše uvedených skutečností, příslušná instituce nemůže odmítnout požadované povolení** na základě důvodů vycházejících z existence těchto čekacích seznamů, údajného zásahu do obvyklého pořadí priorit souvisejícího s příslušnou naléhavostí případů, jež vyžadují léčbu, bezplatnosti nemocniční péče poskytované v rámci dotčeného vnitrostátního systému, povinnosti vyhradit zvláštní finanční prostředky pro účely náhrady nákladů léčení plánovaného v jiném členském státě nebo srovnání nákladů na toto léčení a nákladů na rovnocenné léčení v příslušném státě.

Národní soud se dále pro určení zdravotní péče, která může být poskytnuta „**bez nepřiměřeného prodlení**“ (*without undue delay*), dotazoval na výklad tohoto pojmu pro účely článku 49 SES. Otázka zněla, do jaké míry je nezbytné nebo dovolené brát při výkladu ohled na následující kritéria: čekací listiny, lékařskou prioritu přidělenou léčbě příslušným orgánem národní zdravotní služby, řízení poskytování nemocniční péče v souladu s prioritami cílenými na nejlepší možné využití omezených prostředků, skutečnost, že léčba je poskytována v místě poskytnutí bezplatně, individuální zdravotní stav pacienta, předchozí a pravděpodobný průběh nemoci. Pro účely správného výkladu článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71 požadoval dále národní soud vyložit

slova „**v obvyklé době nezbytné pro získání dotčeného léčení**“, a to tak, aby bylo zřejmé, zda kritéria posouzení budou stejná jako spojení „bez nepřiměřeného prodlení“ pro účely článku 49 SES. ESD vyložil, že aby příslušná instituce měla právo odmítnout udělit předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71 na základě důvodu existence čekací doby na nemocniční léčení, musí prokázat, že tato **doba nepřekračuje přijatelnou dobu vycházející z objektivního lékařského posouzení klinických potřeb dotčené osoby ve světle všech parametrů, které charakterizují její zdravotní stav v době podání, případně opětovného podání, žádosti o udělení předchozího souhlasu.**

Národní soud dále požadoval zodpovězení otázek ohledně rozsahu povinnosti převzít **náklady na nemocniční péči**, je-li tato péče poskytována bezplatně a neexistuje žádný vnitrostátní ceník pro náhrady výdajů na léčení pacientů. S tím souvisela i otázka, zda je tato povinnost omezena na skutečné náklady na poskytnutí stejného nebo stejně účinného léčení v příslušném státě, anebo zahrnuje i povinnost uhradit výdaje na cestu a ubytování. ESD odpověděl, že je-li nemocniční péče poskytována bezplatně na náklady národní zdravotní služby, musí být pacientovi, který s předchozím souhlasem čerpá nemocniční péči v jiném členském státě poskytnuta náhrada, která odpovídá případnému rozdílu mezi částkou objektivně vypočtených nákladů na rovnocenné léčení v zařízení spadajícím pod dotčenou službu (omezenou případně výší celkové částky účtované za léčení v členském státě ošetření) a částkou, do níž je instituce místa pobytu povinna provést na účet příslušné instituce plnění na základě článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71. Právo, které tento článek přiznává dotčenému pacientovi, se týká **výlučně výdajů souvisejících se zdravotní péčí**, která byla tomuto pacientovi poskytnuta v členském státě pobytu, tedy, pokud jde o nemocniční péči, nákladů na lékařské služby v pravém slova smyslu, jakož i výdajů s nimi neoddělitelně spojených, souvisejících s pobytem dotčené osoby v nemocničním zařízení. Pacient má však právo na náhradu vedlejších výdajů souvisejících s přesunem přes hranice za účelem léčení pouze za předpokladu, že právní předpisy příslušného členského státu ukládají vnitrostátnímu systému povinnost odpovídající náhrady v rámci léčení poskytnutého v místním zařízení spadajícím pod uvedený systém.

Konečně požadoval národní soud vyjasnění, zda článek 49 SES a článek 22 nařízení 1408/71 mají být chápány v tom smyslu, že ukládají členským státům povinnost financovat nemocniční péči v jiných členských státech bez ohledu na rozpočtová omezení a, pokud ano, zda jsou tyto požadavky slučitelné s odpovědností členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče podle článku **152 odst. 5 SES**. ESD vyložil, že povinnost příslušné instituce povolit pacientovi spadajícímu pod národní zdravotní službu podstoupit na její náklady nemocniční léčení v jiném členském státě, pokud čekací doba přesahuje dobu, která je přijatelná s ohledem na objektivní lékařské posouzení stavu a klinických potřeb dotyčného pacienta, článku 152 odst. 5 SES **neodporuje**.

2.5.9 Případ Stamatelaki¹¹¹

Pan Stamatelaki požádal příslušnou řeckou instituci o úhradu nákladů vynaložených na zdravotní péči, kterou čerpal v soukromé nemocnici ve Velké Británii. Jeho žádost byla zamítnuta na základě toho, že podle řeckých právních předpisů nejsou náklady za soukromou nemocniční péči čerpanou v zahraničí proplaceny, ledaže se jedná o dítě mladší 14 let.

Národní soud se obrátil na ESD s žádostí o zodpovězení několika předběžných otázek, které se týkaly vztahu národní legislativy a článku 49 SES (ESD tedy neuposuzoval vztah národní legislativy k nařízení 1408/71), pokud jde o úhradu nákladů lékařského ošetření provedeného v **soukromém** zařízení v zahraničí.

Podle ESD se **článek 49 SES uplatní na případ, kdy pacient čerpá v jiném členském státě lékařské služby v nemocničním prostředí, jsou-li tyto služby prováděny za odměnu, a je přitom nepodstatné, zda dotčené zařízení je veřejné nebo soukromé.**¹¹² Soukromé nemocnice umístěné v jiných členských státech podléhají kontrole kvality a lékaři usazení v těchto státech, kteří operují v těchto zařízeních poskytují profesní záruky rovnocenné těm, jaké poskytují lékaři v Řecku, a to zvláště od přijetí a implementace směrnice Rady 93/16/EHS z 5. dubna 1993 o usnadnění volného pohybu lékařů

¹¹¹ C-444/05 z 19. dubna 2007.

¹¹² C-444/05 *Stamatelaki*, odst. 22.

a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci.¹¹³ ESD proto rozhodl, že článek 49 SES brání uplatnění národních předpisů, které vylučují jakoukoliv úhradu vnitrostátní institucí sociálního zabezpečení nákladů vzniklých při ošetření pojištěné osoby v soukromé nemocnici v jiném členském státě, s výjimkou případů, kdy pojištěnou osobou je dítě mladší 14 let.

2.6 Návrh Směrnice o bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní zdravotní péči předložený Komisí¹¹⁴

Prvnímu návrhu *Směrnice o bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní zdravotní péči*, který předložila Komise 28. listopadu 2007, předcházela některá rozhodnutí ESD,¹¹⁵ v nichž byly vyjasněny podmínky, za jejichž splnění může být pojištěné osobě uhrazena zdravotní péče, kterou čerpá v jiném členském státě, než v němž je pojištěna. Vyvinul se konsensus, že na evropské úrovni by měl vzniknout právní rámec, který by usnadnil spolupráci a přispěl k rozvoji zdravotních systémů. To se odrazilo v závěrech Rady k mobilitě pacientů a rozvoji zdravotní péče v Evropské unii, které byly Radou přijaty v červnu 2002. Na tomto základě začala Komise zpracovávat stanoviska ministrů zdravotnictví, zástupců pacientů, zdravotnických pracovníků, poskytovatelů a nákupčích zdravotní péče a Evropského parlamentu. Výsledkem byla rozsáhlá zpráva, v níž Komise uvedla 19 zvláštních doporučení.¹¹⁶ Ve zprávě Komise uvedla, že ačkoliv organizace zdravotních systémů je odpovědností členských států a tato odpovědnost zůstává respektována, existuje v této oblasti velký potenciál pro spolupráci na evropské úrovni, která může být přínosná pro pacienty, zdravotnické pracovníky i pro ty, kdo mají odpovědnost za zdravotní systémy. Na tyto výzvy odpověděla Komise Sdělením k mobilitě pacientů a rozvoji zdravotní péče v Evropské unii z dubna 2004.¹¹⁷ Současně založila Komise mechanismus pro pokračování v práci předvídané tímto sdělením – Pracovní skupinu pro zdravotní služby a lékařskou péči na vysoké úrovni. Tato skupina složená z expertů členských států začala pracovat

¹¹³ C-444/05 *Stamatelaki*, odst. 37.

¹¹⁴ Tento návrh směrnice není publikován, neboť byl stažen.

¹¹⁵ Viz zejména C-158/96 *Kohll*, C-120/95 *Decker*, C-157/99 *Geraets-Smits a Peerbooms*, C-385/99, *Müller-Fauré a van Riet*, C-368/98 *Vanbraekel and Others*, C-8/02 *Leichtle* (viz výše).

¹¹⁶ Zpráva z 8. prosince 2003. Viz http://ec.europa.eu/health/ph_overview/keydocs_overview_en.htm.

¹¹⁷ Dokument COM (2004) 301 z 20. dubna 2004.

v červenci roku 2004. Ustanovení zakotvující principy vyložené ESD k volnému pohybu zdravotních služeb byla nejprve součástí návrhu *Směrnice o službách na vnitřním trhu* předloženého Komisí.¹¹⁸ Tento přístup však nebyl Radou ani Evropským parlamentem považován za přiměřený, proto společně vyzvali Komisi k předložení návrhu, který by upravoval tuto oblast zvláštním způsobem. Komise pak vydala koncem roku 2007 sdělení s názvem *Komunitární rámec pro bezpečnou, vysoce kvalitní a efektivní přeshraniční zdravotní péči*.¹¹⁹ V roce 2007 navíc představila Komise návrh *Směrnice o bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní přeshraniční zdravotní péči*, který však později vzala zpět.

Návrh *Směrnice o bezpečné, vysoce kvalitní a efektivní přeshraniční zdravotní péči* předložený Komisí byl postaven na těchto třech pilířích:

- zásady společné všem zdravotním systémům Evropské unie,
- zvláštní rámec pro přeshraniční zdravotní péči a
- evropská spolupráce v oblasti zdravotních služeb.

Návrh se skládal ze šesti kapitol a 23 článků. Kapitola II návrhu byla tvořena jediným článkem 5 a týkala se odpovědnosti orgánů členského státu ošetření. Tyto orgány měly mít rozsáhlé povinnosti týkající se standardů zdravotní péče (jejich stanovení, zajištění a dohled nad jejich dodržováním), poskytování informací pacientům, zajištění prostředků k podávání stížností a uplatňování náhrady škody, pojištění odpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče, zajištění práva na soukromí v souvislosti se zpracováním údajů a zajištění rovného nakládání.

V Kapitole III návrhu byla zdravotní péče rozdělena jednak na mimo-nemocniční a dále na nemocniční a specializovanou péči. U mimo-nemocniční péče poskytnuté pojištěné osobě v jiném členském státě, než je stát pojištění, bylo stanoveno, že její úhrada nesmí podléhat udělení předchozího souhlasu. Příslušná instituce měla být povinna uhradit náklady této péče do stejné výše, do jaké by je uhradila, kdyby zdravotní péče bývala byla poskytnuta ve státě pojištění. Nemocniční péče byla definována jako zdravotní péče, která vyžaduje

¹¹⁸ Dokument COM(2004) 2 z 13. ledna 2004.

¹¹⁹ Neoficiální dokument z 28. listopadu 2007.

ubytování pacienta přes alespoň jednu noc. Komise byla pověřena vypracovat seznam další zdravotní péče, která sice ubytování pacienta přes noc nevyžaduje, avšak pro účely úhrady se pro ni, stejně jako pro nemocniční péči, může zavést systém udělování předchozího souhlasu s jejím čerpáním. Článek 9 návrhu stanovil procesní záruky týkající se čerpání zdravotní péče v jiném členském státě. Bylo uvedeno, že členský stát při stanovení kritérií, která bude brát v úvahu při rozhodování o udělení předchozího souhlasu, bude posuzovat zvláštní zdravotní stav, stupeň bolesti pacienta, povahu pacientova postižení a pacientovu schopnost vykonávat výdělečnou činnost.

Článek 11 návrhu stanovil členským státům povinnost zřídit národní kontaktní místa pro přeshraniční zdravotní péči. Jejich povinnosti však stanovil nebyvale široce. Kontaktní místa měla zejména poskytovat informace, pomáhat pacientům chránit jejich práva a uplatňovat náhradu škody, urovnávat případné spory mimosoudní cestou a usnadnit rozvoj mezinárodního mimosoudního mechanismu pro urovnání sporů vyplývajících z přeshraniční zdravotní péče.

2.7 Návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči předložený Komisí¹²⁰

Návrh schválilo Kolegium komisařů dne 2. července 2008 v rámci tzv. sociálního balíčku.¹²¹ Na Pracovní skupině Rady pro veřejné zdraví proběhla již 8. července 2008 úvodní diskuse k dokumentu, čímž bylo zahájeno první čtení návrhu v rámci spolu-rozhodovací procedury Rady a Evropského parlamentu.¹²²

Francouzské předsednictví se zaměřilo na projednání prvních tří kapitol, diskuse však probíhaly velice komplikovaným způsobem a bez konkrétních výsledků, takže nebylo dosaženo shody. V listopadu roku 2008 předložilo Francouzské předsednictví svůj jediný kompromisní návrh¹²³, který obsahoval pozměňovací návrhy k několika úvodním ustanovením a k prvním devíti

¹²⁰ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

¹²¹ Návrh byl diskutován na neformální večeři ministrů zdravotnictví Francie, České republiky a Švédská (tzv. trojpředsednictví) a dále Dánska, Portugalska a Slovinska s komisařkou pro zdraví Androullou Vassiliou.

¹²² Ministři zdravotnictví hovořili o návrhu také na pracovním obědě během neformálního setkání ministrů zdravotnictví v Angers dne 9. září 2008. Uvedli sice k návrhu řadu výhrad, ale základní principy nebyly zpochybněny.

¹²³ Dokument 15655/08 SAN 261 SOC 687 MI 439 CODEC 1539.

článkům návrhu směrnice. Kompromisní návrh stále rozděloval péči na mimonemocniční, nemocniční a specializovanou. Francouzské předsednictví se pokusilo uvést dvě kritéria, kdy může úhrada zdravotní péče podléhat udělení předchozího souhlasu. Prvním bylo riziko, že volný pohyb služeb a zboží vážně naruší **finanční vyrovnanost** systému sociálního zabezpečení. Druhým kritériem bylo zajištění **plánování** za účelem úspor finančních, technických a lidských zdrojů, nebo udržení vyrovnaných lékařských a nemocničních služeb otevřených všem, nebo udržení kapacit a lékařské kompetence na národním území. Návrh se poprvé snažil vymezit vztah mezi koordinačním nařízením 1408/71, resp. 883/2004 a budoucí směrnicí, a to tak, že pro každou žádost o udělení předchozího souhlasu k čerpání zdravotní péče v jiném členském státě byl členský stát pojištění povinen nejprve zkontrolovat, zda nejsou splněny podmínky nařízení 1408/71, resp. 883/2004, a pokud by tomu tak bylo, byl by předchozí souhlas udělen podle tohoto nařízení. Postupu podle nařízení 1408/71, resp. 883/2004 tak byla v některých případech stanovena přednost, pojištěná osoba neměla právo výběru. Vzájemný vztah budoucí směrnice a nařízení 1408/71, resp. 883/2004 byl však popsán právě jen pro případ, kdy předchozí souhlas k čerpání zdravotní péče udělen být **musí**, zatímco případ, kdy souhlas být udělen může, zůstal nadále nejasný. Návrh vyjmenoval případy, kdy může být udělení předchozího souhlasu s čerpáním nemocniční péče odmítnuto vždy. Byla to situace, kdy náklady za dotčenou zdravotní péči nejsou převzaty ani na území státu pojištění (tj. nejedná se o dávku), anebo pokud dotčená zdravotní péče může být na území státu pojištění poskytnuta v lékařsky přiměřené časové době s ohledem na zdravotní stav pacienta a pravděpodobný průběh nemoci. Stát pojištění měl být povinen zveřejnit **seznam** nemocniční a specializované zdravotní péče a všechny relevantní informace o systému udělování předchozího souhlasu. Návrh nově zavedl stanovení maximálních časových lhůt, během nichž je třeba rozhodnout o žádosti o udělení předchozího souhlasu.

České předsednictví předložilo svůj první kompromisní návrh v Pracovní skupině Rady pro veřejné zdraví 13. března 2009.¹²⁴ Návrh znamenal rozsáhlé změny v úvodních ustanoveních i hlavním textu směrnice. Jednak se snažil

¹²⁴ Dokument 7379/09 SAN 49 SOC 173 MI 100 CODEC 329.

vypořádat s dlouhodobou péčí, neboť návrh Komise¹²⁵ se s jejím zahrnutím či vyloučením nevypořádal jednoznačně a francouzský návrh se tomuto tématu nevěnoval vůbec. Dlouhodobá péče v sobě zahrnuje zdravotní a sociální část, přičemž na zdravotní část by se měl vztahovat volný pohyb zboží a služeb. Úvodní ustanovení¹²⁶ se dále snažilo přesněji vymezit pojem přeshraniční zdravotní péče. Vymezení bylo založeno na třech pilířích. První se odkazoval na mobilitu pacientů a zahrnoval případy, kdy pacient fyzicky navštíví poskytovatele zdravotní péče v jiném členském státě, než kde je pojištěn. Druhý pilíř obsahoval služby zdravotní péče založené na informačních a komunikačních technologiích (telemedicína). Třetí pilíř se zakládal na nákupu zboží spojeného se zdravotní péčí, tedy zdravotnických prostředků a léčivých přípravků, a to za předpokladu, že k jejich nákupu dojde v jiném členském státě, než je stát pojištění, anebo v jiném členském státě, než kde byl vystaven příslušný lékařský předpis.

Návrh začal důsledně rozlišovat mezi pacientem a pojištěnou osobou. Pacientem je totiž každá fyzická osoba, která usiluje o čerpání nebo čerpá zdravotní péči v jiném členském státě. Naproti tomu pojištěnou osobou je ta, která má nárok na převzetí nákladů za zdravotní péči podle právních předpisů členského státu, kde je pojištěna. Vzhledem k rozdílnosti financování zdravotní péče v jednotlivých členských státech přistoupilo České předsednictví k přesnějšímu rozlišování mezi pojmy převzetí nákladů, náhrada nákladů a uhrazení. Byl zaveden jednotný pojem převzetí nákladů (*assumption of costs*) a v definicích¹²⁷ vysvětleno, že tento v sobě zahrnuje i obě další formy financování. Návrh opustil koncept rozlišování zdravotní péče na mimo-nemocniční, nemocniční a specializovanou péči. Namísto toho obecně používal pojem zdravotní péče a péče, která může podléhat předchozímu souhlasu.¹²⁸ Předchozímu souhlasu přitom mohla podléhat ta péče, která je poskytována v nemocničním prostředí, anebo vyžaduje použití vysoce specializované a nákladné zdravotnické infrastruktury nebo lékařského vybavení. Návrh

¹²⁵ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

¹²⁶ Úvodní ustanovení číslo 10.

¹²⁷ Článek 4 písm. h).

¹²⁸ Článek 9.

zdůraznil, že každou žádost o udělení předchozího souhlasu je třeba posuzovat individuálně.¹²⁹

Po diskusích na Pracovní skupině pro veřejné zdraví předložilo České předsednictví druhý kompromisní návrh 11. května 2009.¹³⁰ Tento návrh hned v úvodním ustanovení¹³¹ řešil problematiku vyloučení některých poskytovatelů zdravotní péče z rozsahu směrnice. Bylo uvedeno, že směrnice se vztahuje na poskytování zdravotní péče bez ohledu na to, zda poskytovatel je nebo není ve smluvním vztahu k systému sociálního zabezpečení. Pokud by však v individuálním případě vzniklo vážné nebezpečí veřejnému pořádku, veřejné bezpečnosti nebo veřejnému zdraví v důsledku toho, že poskytovatel není smluvně vázán na systém sociálního zabezpečení, takže by byla ohrožena kvalita nebo bezpečnost zdravotní péče, mohly by členské státy přijmout opatření podle článků 46 a 55 SES. K dlouhodobé péči bylo uvedeno, že směrnice se nevztahuje na její sociální část.¹³² V textu směrnice byl opuštěn pojem převzetí nákladů a nahrazen náhradou nákladů (*reimbursement of costs*). Bylo zdůrazněno, že směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči se bude týkat **plánované** přeshraniční zdravotní péče (tj. nikoliv lékařsky nezbytné zdravotní péče).¹³³ Zdravotní péče zůstala pro účely náhrady nákladů rozdělena na tu, která podléhá předchozímu souhlasu, a tu, která mu nepodléhá. Péče podléhající udělení předchozího souhlasu byla omezena na tu, která podléhá plánování (tj. zahrnuje ubytování pacienta přes alespoň jednu noc), vyžaduje vysoce specializovanou a nákladnou zdravotnickou infrastrukturu nebo lékařské vybavení, nebo zahrnuje ošetření, které představuje zvláštní riziko pro pacienta nebo populaci.¹³⁴ Vztah k nařízení 1408/71, resp. 883/2004 byl vymezen tak, že stát pojištění bude nejprve posuzovat, zda jsou splněny podmínky pro udělení předchozího souhlasu podle těchto nařízení, a bude-li tomu tak, bude předchozí souhlas udělen podle nařízení, nebude-li si pojištěná osoba přát jinak.¹³⁵ Bylo tak zvýrazněno právo pojištěné osoby vybrat si režim úhrady, ačkoliv lze

¹²⁹ Článek 10 odst. 1.

¹³⁰ Dokument 9674/09 SAN 111 SOC 317 MI198 CODEC 706.

¹³¹ Úvodní ustanovení číslo 10.

¹³² Úvodní ustanovení číslo 9b.

¹³³ Článek 8 odst. 1.

¹³⁴ Článek 9 odst. 1.

¹³⁵ Článek 10 odst. 3.

předpokládat, že pojištěná osoba bude usilovat spíše o souhlas udělený podle nařízení 1408/71, resp. 883/2004, neboť je to pro ni finančně výhodnější. Přesto by mohlo v praxi docházet k tomu, že příslušná instituce bude svolněji udělit předchozí souhlas podle směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, neboť tak nebude muset uhradit více, než kolik by za stejnou zdravotní péči uhradila při jejím čerpání ve státě pojištění. Návrh také zavedl další důvod, kdy může členský stát pojištění vždy odmítnout předchozí souhlas, a to existuje-li zvláštní klinické riziko pro pacienta nebo populaci, čerpá-li pacient přeshraniční zdravotní péči.¹³⁶

2.8 Pozměňovací návrhy Evropského parlamentu¹³⁷

Jelikož přijetí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči podléhá spolu-rozhodovací proceduře Evropského parlamentu a Rady podle článku 251 odst. 2 SES, probíhá projednávání textu směrnice také na půdě Evropského parlamentu. Výsledek prvního čtení návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči byl přijat na plenárním zasedání Evropského parlamentu dne 23. dubna 2009 s tím, že bylo přijato 122 pozměňovacích návrhů.¹³⁸ Ty se týkají nejen většiny úvodních ustanovení, ale také všech článků návrhu směrnice. Evropský parlament potvrdil právo evropských občanů cestovat za zdravotní péčí do jiného členského státu. Zdůraznil, že zakotvení právní jistoty v otázkách přeshraniční zdravotní péče má být práce pro politiky, nikoliv pro soudce ESD. Pacienti mají nárok na to znát cenu zdravotní péče, vědět, jaké standardy kvality a bezpečnosti mohou očekávat a jaká jsou jejich práva v případě, že dojde k pochybení při poskytování zdravotní péče. Pozměňovací návrhy přitom nediktují členským státům, jak mají organizovat jejich zdravotní systémy, stejně jako nestanoví standardy kvality zdravotní péče. Naopak pomáhají členským státům chránit jejich vlastní zdravotní systémy například tím, že v některých případech mohou zavést systém udělování předchozích souhlasů.

¹³⁶ Článek 10 odst. 4 písm. b).

¹³⁷ Dokument 8903/09 CODEC 585 SAN 79 SOC 263 MI 163.

¹³⁸ Zpravodajem byl John Bowis z EPP/ED – UK. Jeho zpráva obsahovala 115 pozměňovacích návrhů, celkem bylo pozměňovacích návrhů 165.

Evropský parlament se ve svých návrzích postavil na stranu pacientů a snažil se poskytnout jim větší rozsah práv, než všechny dosavadní návrhy. Pacienti se zdravotním stavem, který přímo ohrožuje jejich život, kteří jsou na čekací listině pro čerpání zdravotní péče ve státě pojištění a kteří urgentně potřebují péči, nesmí podléhat systému udělování předchozího souhlasu.¹³⁹ Stejně tak pacienti postižení vzácným onemocněním mají mít přístup k přeshraniční zdravotní péči i bez předchozího souhlasu,¹⁴⁰ a ta jim má být uhrazena dokonce i tehdy, pokud dotčená zdravotní péče nepatří mezi věcné dávky stanovené právními předpisy členského státu pojištění.¹⁴¹ V případě komplikací způsobených čerpáním zdravotní péče v jiném členském státě nebo v případě nezbytnosti následné péče, zajistí členský stát pojištění poskytnutí rovnocenné zdravotní péče, jaká je poskytována na jeho území.¹⁴² Žádá-li pacient o udělení předchozího souhlasu a ten je mu udělen, členský stát pojištění zajistí, že pacienti musí předem zaplatit pouze ty náklady zdravotní péče, které by takto museli zaplatit do zdravotního systému ve státě pojištění. Pro všechny ostatní náklady musí členské státy usilovat o zajištění úhrady přímo mezi příslušnou institucí a poskytovatelem zdravotní péče.¹⁴³ Členské státy mohou nabídnout pacientům dobrovolný systém předchozího oznámení, jímž by pacient obdržel písemné potvrzení o maximální částce, která bude zaplacená. Toto potvrzení pak může pacient předložit v nemocnici, kde bude ošetřen, a úhrada bude provedena přímo této nemocnici členským státem pojištění.¹⁴⁴ Komise vypracuje studii proveditelnosti založení clearingového místa k usnadnění úhrady nákladů podle této směrnice přes hranice, zdravotní systémy a měnové zóny během dvou let od data účinnosti směrnice a učiní legislativní návrh, bude-li to vhodné.¹⁴⁵ Komise vypracuje legislativní návrh k vytvoření instituce Evropského ombudsmana pro pacienty, a to během 18 měsíců po nabytí účinnosti této směrnice.¹⁴⁶

¹³⁹ Viz pozměňovací návrh 145, úvodní ustanovení 32b.

¹⁴⁰ Viz pozměňovací návrh 83, článek 8 odst. 5b.

¹⁴¹ Viz pozměňovací návrh 66, článek 6 odst. 1.

¹⁴² Viz pozměňovací návrh 60, článek 5 odst. 1b.

¹⁴³ Viz pozměňovací návrh 78, článek 8 odst. 4a.

¹⁴⁴ Viz pozměňovací návrh 91, článek 9a.

¹⁴⁵ Viz pozměňovací návrh 90, článek 5a.

¹⁴⁶ Viz pozměňovací návrh 92, článek 9b.

Pokud jde o věcný rozsah směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, návrhy Evropského parlamentu směřují k vyloučení dlouhodobé zdravotní péče¹⁴⁷ a k vyloučení transplantací orgánů,¹⁴⁸ které by měly být upraveny zvláštní směrníci.¹⁴⁹ Směrnice by se dále neměla vztahovat na lékařsky nezbytnou zdravotní péči, jejíž potřeba nastane během přechodného pobytu v jiném členském státě, stejně jako na případy, kdy podle koordinačních nařízení 1408/71, resp. 883/2004 musí být předchozí souhlas udělen (článek 22 nařízení 1408/71, resp. článek 20 odst. 2 nařízení 883/2004).¹⁵⁰

Členský stát pojištění musí zajistit možnost odvolání proti rozhodnutí o neudělení předchozího souhlasu.¹⁵¹ Při rozhodování o jeho udělení se nejprve ujistí, zda jsou splněny podmínky stanovené v nařízení 883/2004, a je-li tomu tak, udělí souhlas podle tohoto nařízení.¹⁵²

Členské státy si musí bezprostředně a aktivně vyměňovat informace o disciplinárních a soudních rozhodnutích týkajících se zdravotnických pracovníků, která mají dopad na jejich registraci nebo právo poskytovat služby.¹⁵³

Od směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči Evropský parlament očekává, že usnadněním svobodného pohybu pacientů bude rozvinuta soutěž mezi poskytovateli zdravotní péče, která přispěje ke zvýšení kvality zdravotní péče pro všechny a k vytvoření středisek vynikající kvality.¹⁵⁴

¹⁴⁷ Viz pozměňovací návrh 38, článek 2.

¹⁴⁸ Viz pozměňovací návrh 38, článek 2.

¹⁴⁹ Viz pozměňovací návrh 8, úvodní ustanovení 9a.

¹⁵⁰ Viz pozměňovací návrhy 117 a 128, článek 3 odst. 2.

¹⁵¹ Viz pozměňovací návrh 81, článek 8 odst. 5.

¹⁵² Viz pozměňovací návrh 82, článek 8 odst. 5a.

¹⁵³ Viz pozměňovací návrh 100, článek 13, odst. 2c.

¹⁵⁴ Viz pozměňovací návrh 36, úvodní ustanovení 46b.

2.9 První kompromisní návrh Švédského předsednictví¹⁵⁵

Švédské předsednictví představilo 31. července 2009 svůj první kompromisní návrh, který přímo navazoval na předchozí kompromisní návrh Českého předsednictví.¹⁵⁶ Ze všech pozměňovacích návrhů Švédského předsednictví je patrná souvislost s některými pozměňovacími návrhy Evropského parlamentu, která ukazuje na snahu dosáhnout co nejrychleji kompromisu. V návrhu se předsednictví poněkud předčasně rozhodlo vymezit právní základ směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči,¹⁵⁷ a to na články 47 odst. 2, 55 a 95 SES, tedy jako nástroj zlepšení fungování vnitřního trhu a svobodného pohybu zboží, služeb a osob. Pro články týkající se Evropských referenčních sítí a spolupráce v oblasti hodnocení zdravotních technologií však navrhlo jako právní základ článek 152 odst. 4 písm. c) SES, na jehož základě jsou přijímána stimulační opatření cílená na ochranu a zlepšení lidského zdraví, aniž by se jednalo o harmonizaci předpisů členských států.

V návrzích věcného rozsahu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je snaha nalézt shodu s návrhy Evropského parlamentu více než patrná. Návrh z věcného rozsahu vylučuje přístup a rozmístění orgánů pro účely transplantací, avšak potvrzuje, že samotné lékařské ošetření související s transplantací orgánů do věcného rozsahu směrnice uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči spadá. Vyloučeny jsou také služby v oblasti dlouhodobé péče, jejichž účelem je podpora osob, které potřebují pomoc při výkonu rutinních každodenních činností.¹⁵⁸

Švédské předsednictví se od počátku intenzivně věnovalo jedné z nejproblematictějších otázek směrnice, a sice možnému **vyloučení některých poskytovatelů** zdravotní péče z ustanovení návrhu směrnice uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči týkajících se proplácení nákladů za zdravotní péči. Ve svém prvním návrhu použilo předsednictví vágní pojem „*odůvodněných pochyb o bezpečnosti a kvalitě zdravotní péče*“,

¹⁵⁵ Dokument 12532/09 SAN 206 SOC 465 MI 292 CODEC 1025.

¹⁵⁶ Dokument 9674/09 SAN 111 SOC 317 MI198 CODEC 706.

¹⁵⁷ Viz úvodní ustanovení č. 2.

¹⁵⁸ Viz úvodní ustanovení č. 9c a článek 2.

na jejichž základě může členský stát pojištění odmítnout uhradit náklady za zdravotní péči, která byla poskytnuta v členském státě ošetření poskytovatelem, který nespadá do systému sociálního zabezpečení (na základě smlouvy, akreditace, nebo jinak). V článku 8 odst. 7 návrhu bylo specifikováno, že k takovému vyloučení může dojít, pokud dotyčný poskytovatel nepodléhá alespoň stejným nebo rovnocenným standardům a opatřením ohledně kvality a bezpečnosti, včetně dozoru, jakým podléhají poskytovatelé začlenění do systému sociálního zabezpečení členského státu ošetření, a rozhodnutí o vyloučení je založeno na odůvodněných obavách ohledně kvality a bezpečnosti poskytované zdravotní péče a nezakládá prostředek svévolné diskriminace. Z návrhu však bylo zcela nejasné, kdo bude o vylučování poskytovatelů v praxi rozhodovat – pokud sám členský stát, je to nepředstavitelné, v českých podmínkách by tak například Ministerstvo zdravotnictví rozhodovalo, které poskytovatele zdravotní péče v jiných členských státech vyloučí z úhrad zdravotní péče podle směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Těžko představitelné je, že by taková rozhodnutí činily samy příslušné instituce (v ČR zdravotní pojišťovny). Právní jistotě nesvědčila ani formulace, jejímž prostřednictvím se návrh snažil popsat vazbu na veřejný systém, protože uvedení „či jinak“ bylo naprosto nejasné. Návrh představoval řadu dalších nejasností. Zcela nejasné bylo, kdo je poskytovatel „*mimo systém sociálního zabezpečení*“, a dále, kdo bude posuzovat, zda daný poskytovatel je skutečně „*mimo*“. Jak se bude toto řešit v systémech, kde pro některé druhy zdravotní péče není třeba smluvní vztah k příslušné instituci.¹⁵⁹ Není jasné, zda by takové vylučování probíhalo individuálně, nebo skupinově, ani to, zda by poskytovatel byl vyloučen předem, anebo až poté, co u něj pacient čerpal zdravotní péči. Odkaz na „*relevantní ustanovení směrnice*“ byl velice problematický, protože takoví poskytovatelé by mohli být vyloučeni také z poskytování informací a podobně. Velká nejistota také vznikla ohledně „*odůvodněných pochyb*“, protože je možné pod ně subsumovat široké spektrum skutečností. Závěrem tedy lze konstatovat, že navrženou úpravou by pacient nezískal ani právní jistotu, ani informovanou volbu a že cíl směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní

¹⁵⁹ Příkladem v ČR může být poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče u nesmluvních poskytovatelů podle zákona o veřejném zdravotním pojištění.

péči by zůstal nenaplněn. Vylučování poskytovatelů je navíc v rozporu s principem volného pohybu, který vychází přímo ze SES.

Návrh se nově věnoval **cenám** zdravotní péče účtovaným poskytovateli pacientům z jiných členských států a zdůraznil, že tvorba ceny musí být objektivní a nediskriminační, podle předem známých kritérií. Soukromým poskytovatelům musí zůstat zachováno výsostné právo stanovit ceny svobodně, pokud nejsou diskriminační vůči pacientům z jiných členských států.¹⁶⁰ Návrh si zřejmě kladl za cíl upřesnit zásadu rovného zacházení stanovením povinnosti účtovat pacientům stejné ceny, stejně jako zachovat soukromým poskytovatelům zdravotní péče jejich volnost stanovit smluvní ceny za předpokladu, že jsou tyto ceny stejné pro domácí i zahraniční pacienty. Ustanovení bylo částečně problematické v tom, koho lze považovat za soukromého poskytovatele. Je-li tím rozuměno poskytovatele, který není nijak navázán na veřejný systém (tj. nesmluvní zdravotnické zařízení), pak je další problém v tom, že smluvní (tj. volné) ceny si právě tak mohou stanovit i veřejní poskytovatelé, jedná-li se o zdravotní péči, která není hrazena z veřejného systému (tedy například v ČR ze zdravotního pojištění).

Návrh zdůraznil, že směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči se týká **plánované** přeshraniční zdravotní péče a v této souvislosti zavedl i nepřiliš povedenou definici plánované zdravotní péče¹⁶¹, která odkazovala na článek 19 nařízení 883/2004 v tom smyslu, že plánovaná přeshraniční zdravotní péče je ta, která nespadá do rozsahu uvedeného článku nařízení.

Shodně s návrhem Evropského parlamentu se v úvodním ustanovení tohoto návrhu poprvé objevila myšlenka **dobrovolného systému předchozího oznámení**, jehož pomocí může být pacientovi uděleno písemné potvrzení, zda mu bude čerpání určitého ošetření, popřípadě v jaké výši, uhrazeno.¹⁶² Ustanovení také předpokládalo, že lze převzetí nákladů provádět jinými

¹⁶⁰ Viz článek 5 odst. 2 písm. ba).

¹⁶¹ Viz článek 4 písm. o).

¹⁶² Viz úvodní ustanovení č. 26a.

způsoby, než je následná náhrada nákladů, a to například ve formě platby předem anebo přímé platby mezi institucemi. Dále bylo uvedeno, že pojištěné osobě může být uhrazena vyšší částka, než kolik by za zdravotní péči příslušná instituce zaplatila poskytovateli zdravotní péče při čerpání zdravotní péče ve státě pojištění. V souvislosti s tímto ustanovením vznikly však dvě vážné obavy. Systém předchozího oznámení by se mohl dostat do rozporu se systémem záloh, který je již používán při aplikaci nařízení 1408/71 a 574/72. Výslovné stanovení možnosti členského státu proplácet přeshraniční zdravotní péči ve výši vyšší, než je povinné, je nejen zbytečné (i bez toho totiž nic nebrání členskému státu plnit své povinnosti nad stanovený rámec), ale také politicky nebezpečné, protože v případě, že tak stát neučiní, budou se pojištěné osoby zabývat otázkou, proč právě jejich stát toto nečiní.

2.10 Druhý kompromisní návrh Švédského předsednictví¹⁶³

23. října 2009 předložilo Švédské předsednictví svůj druhý kompromisní návrh, který představoval velké množství pozměňovacích návrhů. Předsednictví upustilo od předchozího rozšíření právního základu návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči o články 47 odst. 2 a 55 SES. Zmírnilo věcný rozsah návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, pokud jde o transplantace. Nadále bylo stanoveno, že rozmístění a přístup k orgánům pro účely transplantací **by měly** spadat mimo rozsah směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Věta o tom, že samotná transplantace do rozsahu této směrnice spadá, byla v neprospěch právní jistoty vypuštěna.¹⁶⁴ Návrhy se poprvé pečlivě věnovaly **osobnímu rozsahu směrnice** o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Byla zavedena nová definice pojištěné osoby, a to jednak v přímé návaznosti na články 1 písm. c) a 2 nařízení 883/2004, a dále na občany třetích států, na které se vztahuje nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) 859/2003, nebo splňují podmínky národních právních předpisů pro nárok na dávky.¹⁶⁵ V návaznosti na novou definici pojištěné osoby byla zavedena propracovanější definice členského státu pojištění, kterým byl jednak stát příslušný k udělení předchozího souhlasu podle nařízení 883/2004,

¹⁶³ Dokument 14926/09 SAN 278 SOC 620 MI 390 CODEC 1229.

¹⁶⁴ Viz článek 2.

¹⁶⁵ Viz článek 4 písm. b).

dále stát bydliště pojištěné osoby v případech, na které se vztahují články 20 odst. 4 a 27 odst. 5 nařízení 883/2004, a stát oprávněný udělit předchozí souhlas s vyžádanou zdravotní péčí v jiném členském státě podle nařízení 859/2003.¹⁶⁶ Pro případ, že žádný stát podle posledně uvedeného nařízení není příslušný, je státem pojištění ten členský stát, kde je osoba pojištěnou osobou nebo kde má nárok na dávky v nemoci podle právních předpisů tohoto státu.

2.11 Třetí¹⁶⁷ a čtvrtý¹⁶⁸ kompromisní návrh Švédského předsednictví

Na základě diskusí Komise stálých zástupců ze 4. listopadu 2009 předložilo 11. listopadu 2009 Švédské předsednictví svůj třetí kompromisní návrh, jehož cílem mělo být ukončení prvního čtení v pracovní skupině Rady. Nejdůležitější změnou byla otázka možného vyloučení některých poskytovatelů z rozsahu směrnice. Předsednictví **opustilo rozdělování na smluvní a nesmluvní poskytovatele a vylučování založilo na kvalitě a bezpečnosti** jimi poskytované zdravotní péče. Úvodní ustanovení¹⁶⁹ tak nově vysvětlilo, že členský stát pojištění se může rozhodnout omezit úhradu přeshraniční zdravotní péče z důvodů vztahujících se ke kvalitě a bezpečnosti poskytované zdravotní péče, je-li to odůvodněno převažujícími důvody obecného zájmu vztahujícími se k veřejnému zdraví. Změna byla navržena do článku 8 odst. 7 tak, že členský stát pojištění může omezit použití pravidel pro úhradu přeshraniční zdravotní péče podle tohoto článku na poskytovatele zdravotní péče, kteří splňují alespoň stejné nebo rovnocenné standardy a opatření ke kvalitě a bezpečnosti, včetně dozoru, jaké jsou stanoveny pro poskytovatele, kteří jsou součástí zákonného systému sociálního zabezpečení nebo národního zdravotního systému v členském státě ošetření, ať už jsou tyto standardy a opatření stanoveny právními předpisy anebo pomocí systému udělování akreditací nebo jiného systému s rovnocenným účinkem. Současně se omezení vztahuje na poskytovatele, kteří jsou pojištěni v systému pojištění profesní odpovědnosti nebo v podobném systému, jaký je zavedený v členském státě ošetření.

¹⁶⁶ Viz článek 4 písm. c).

¹⁶⁷ Dokument 15560/09.

¹⁶⁸ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

¹⁶⁹ Viz úvodní ustanovení č. 9.

Předsednictví částečně opustilo svou předchozí definici členského státu pojištění v té části, která stanovila, že při použití článků 20 odst. 4 a 27 odst. 5 nařízení 883/2004 se za členský stát pojištění považuje členský stát bydliště.¹⁷⁰

Komise stálých zástupců projednala třetí kompromisní návrh Švédského předsednictví a byly navrženy dílčí změny,¹⁷¹ které se týkaly vylučování poskytovatelů a definice členského státu pojištění.

K vylučování poskytovatelů bylo doplněno úvodní ustanovení č. 9, v němž byla připomenuta judikatura ESD týkající se důvodů veřejného zájmu, které mohou ospravedlnit překážky svobodě volného pohybu. Současně byl doplněn článek 8 odst. 7, v němž bylo stanoveno, že v případě, že se členské státy rozhodnou omezit úhradu péče podle SES na základě jiných důvodů, než jak jsou vymezeny v tomto odstavci pod písm. a) a b), musí o tom uvědomit Komisi. K definici členského státu pojištění bylo doplněno nové úvodní ustanovení¹⁷² toho smyslu, že je zapotřebí monitorovat dopad směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči na náklady na zdravotní péči u důchodců a rodinných příslušníků, kteří bydlí v jiném členském státě, jenž tyto úhrady řeší na základě paušálních částek. Konkrétně se tím má pak zabývat Správní komise pro sociální zabezpečení migrujících pracovníků ustavená na základě nařízení 1408/71.

I v rámci stávajícího řešení článku 8 odst. 7 však zbývá k dořešení řada praktických otázek například to, **kdo bude o vylučování poskytovatelů z úhrady přeshraniční zdravotní péče v reálně rozhodovat.** Pokud by to měl být sám členský stát pojištění, je to nepředstavitelné zejména z administrativního hlediska. Lze si totiž jen stěží představit, jak by takové rozhodování probíhalo, především odkud by úřad čerpal relevantní informace. V žádném případě by rozhodování nemohlo být pravomocí příslušné instituce. Ta k tomu jednak není vybavena personálně, technicky ani administrativně, navíc by si těžko mohla obstarat dostatečně přesně informace

¹⁷⁰ Viz článek 4 písm. c).

¹⁷¹ Tj. čtvrtý kompromisní návrh Švédského předsednictví, Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

¹⁷² Viz úvodní ustanovení 10ab.

o poskytovatelích zdravotní péče usazených ve všech ostatních členských státech.

Další problematické otázky jsou, zda by takové vylučování probíhalo individuálně nebo skupinově, zda by poskytovatel byl vyloučen předem, anebo až poté, co u něj pacient čerpal zdravotní péči. Lze přitom předpokládat, že ve velkém množství případů proběhne nejdříve samo ošetření v jiném členském státě a až následně se bude pojištěnec ve státě pojištění obracet na příslušnou instituci se žádostí o úhradu nákladů. Není ovšem jasné ani to, jak se budou řešit případy, kdy se následně ukáže, že poskytovatel byl z mechanismu úhrad vyloučen. Je možné, že pojištěné osoby se tak dostanou do ještě tíživější právní nejistoty, kdy si nikdy nebudou jisty, jestli jim bude přeshraniční zdravotní péče uhrazena. Další otázkou je, zda takoví poskytovatelé mají být vyloučeni také z poskytování informací a dalších povinností, neboť přímo ve čtvrtém kompromisním návrhu Švédského předsednictví¹⁷³ k návrhu textu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči se o vylučování některých poskytovatelů píše pouze na tomto místě, který se týká proplácení nákladů.¹⁷⁴

Výhrady, které lze k posledním návrhům dále vznést, se týkají věcného rozsahu a tzv. *gatekeepingu*. Pokud jde o věcný rozsah, směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči se vztahuje na poskytování přeshraniční zdravotní péče, bez ohledu na to, jak je organizována, poskytována a financována. Nevztahuje se na služby v oblasti **dlouhodobé péče**, jejichž cílem je podpora lidí, kteří potřebují pomoc při zajištění běžných, každodenních činností, na rozmístění a přístup k orgánům pro účely transplantací a s výjimkou Kapitoly IV na veřejné vakcinační programy proti infekčním nemocem, které jsou výhradně cílené na ochranu zdraví obyvatel na území členských států a které jsou předmětem specifických implementačních opatření a plánování. Při snaze zajistit obecné cíle je krajně nevhodné zavádět jakékoliv výjimky z rozsahu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, neboť ESD stanovil, že zdravotní služby obecně, tj. bez výjimek, jsou službami

¹⁷³ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

¹⁷⁴ Viz článek 8 odst. 7.

a je na ně třeba uplatnit zásady vnitřního trhu. ESD ve svých rozhodnutích vyložil, že zdravotní služby jsou služby jako takové, přičemž neuvádí, že by nějaká část zdravotních služeb byla z tohoto pravidla vyloučena.¹⁷⁵ Vzhledem k tomu, že cílem směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči má být zajištění právní jistoty pacientů, není jisté, zda je navrženou úpravou tento cíl naplněn. Pokud totiž bude určitá část zdravotních služeb z jejího rozsahu vyloučena, ačkoli se na ní principy dané judikaturou ESD vztahují, pak nastává tzv. **trojkolejná situace**, kdy na některé případy použijeme koordinační nařízení 1408/71, resp. 883/2004, na některé použijeme budoucí směrnici o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči a na některé se uplatní přímo SES vyložená judikaturou ESD. Zásadní problém je právě u **dlouhodobé péče**, kterou ESD jednoznačně ve svých rozhodnutích označil za dávku v nemoci, ať peněžitou nebo věcnou.¹⁷⁶ Vedle toho, že vyloučení dlouhodobé zdravotní péče z rozsahu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je v rozporu s konstantní judikaturou ESD, lze ve stávajícím návrhu¹⁷⁷ nalézt také řadu interpretačních nejasností, a to která péče naplňuje podmínky pro vyloučení, kdo o tom rozhodne, jak se pacient dozví, že právě na tuto péči se směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči neuplatní (tj. za situace, kdy si každý členský stát může sám určit, která péče naplní podmínky pro vyloučení a která nikoli). Určitou míru rozpornosti lze předvídat i u **veřejných vakcinačních programů**, kdy bude pro pacienty velmi komplikované zjistit, zda konkrétní očkování splňuje podmínky dané čl. 2 písm. c), nebo zda je možné nechat se očkovat v jiném členském státě a požádat o refundaci nákladů. Do jisté míry je přijatelné omezení **rozmístění orgánů**, protože alokace orgánů jako taková není ve své podstatě zdravotní službou, tou by byla až transplantace samotná, která vyloučena není.

Článek 8 odst. 5 upravuje tzv. *gatekeeping*, a to tak, že pokud národní právní předpisy vyžadují v případě čerpání specializované zdravotní péče v členském státě pojištění předchozí souhlas udělený registrujícím lékařem nebo lékařem

¹⁷⁵ Viz např. C-158/96 *Kohll*, odst. 20.

¹⁷⁶ Viz rozsudky C-160/96 *Molenaar*, C-215/99 *Jauch*, C-502/01 a C-31/02 *Silke Gaumain a Maria Barth*, C-266/03 *Hosse* a nejnověji C-208/07 *Petra von Chamier-Glisczinski*.

¹⁷⁷ Tj. ve znění čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví.

primární péče, pak musí být tato podmínka splněna i při čerpání péče v cizině (opět registrujícím lékařem nebo lékařem primární péče ve státě pojištění). Toto ustanovení lze obecně považovat za velice omezující volný pohyb služeb a je otázkou, zda by svým výkladem ESD možnost existence takového ustanovení potvrdil. Není jisté, zda je tímto dostatečně zajištěn požadavek na vyšší právní jistotu pojištěných osob. Je to ve své podstatě určitá forma dalšího udělování předchozího souhlasu, tentokrát i pro ambulantní péči.

Další výhrady lze mít ke stanovenému vztahu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ke koordinačním nařízením 1408/71, resp. 883/2004. Vztah k těmto nařízením je dán článkem 3 návrhu, podle něhož nejsou ustanovení nařízení 883/2004 a nařízení Evropského parlamentu a Rady 859/2003 touto směrnicí dotčena (nařízení 1408/71 uvedeno není).¹⁷⁸ Vztah těchto právních nástrojů je dále upraven v samotném textu (především v Kapitole III) a v příslušných úvodních ustanoveních. Obecným principem je, že **nařízení 883/2004 má před použitím směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči vždy přednost, pokud si pojištěná osoba nepřeje opak.** V návrhu textu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči i v úvodních ustanoveních je používáno někdy pouze označení nařízení č. 883/2004, někdy jsou používána obě nařízení 883/2004 i 1408/71, jindy je používáno nařízení 883/2004 a nařízení 859/2003. Z toho vyplývá, že uvádění odkazů na koordinační nařízení není jednotné. Jedná se spíše o technickou než věcnou záležitost, ale určitá míra konzistence a přesného vyjadřování by v této oblasti vedla k větší jasnosti textu. Lze doufat, že do konečného textu ještě zasáhnou právníci lingvisti. Pokud však text zůstane ve stávající podobě, lze se obávat určitých problémů při transpozici směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči do národní legislativy (ačkoli z hlediska ČR problém nebude až takový, jaký mohou mít některé jiné členské státy).¹⁷⁹

¹⁷⁸ Od května 2010 bude stávající platné nařízení Rady EHS č. 1408/71 a jeho prováděcí nařízení č. 574/72 nahrazeno novými nařízeními 883/2004 a 987/2009. Osobní rozsah nařízení 1408/71 a 574/72 byl dále rozšířen nařízením 859/2003 o ty státní příslušníky třetích států, kteří legálně pobývají na území jednoho členského státu a mají splněnu podmínku migrace mezi členskými státy. Ovšem jednání o nařízení, které by osobní rozsah také nových nařízeních 883/2004 a 987/2009 rozšířilo na příslušníky třetích států, nebylo zatím dokončeno, a proto se pro ně nadále použije nařízení 1408/71.

¹⁷⁹ Zde je nutno vyzdvihnout i pozici Finska, které je dlouhodobě proti kopírování nařízení do směrnice, neboť to znamená, že prostřednictvím směrnice budou členské státy muset do svých předpisů přepsat nařízení, s čímž nesouhlasí.

Jako příklad této nekonzistence a nepřesnosti lze uvést návrh **definice pojištěné osoby**,¹⁸⁰ který se Švédské předsednictví snažilo do maximální možné míry přizpůsobit definici pojištěné osoby, jak je uvedena v nařízení 883/2004. Dále zohlednilo, ačkoli do jisté míry nepřesně, příslušníky třetích států kryté nařízením 1408/71 i ty, kteří jsou kryti národními právními předpisy. Návrh však neřeší vztah ke Švýcarsku a státům Evropského hospodářského prostoru, které uplatňují nařízení 1408/71 a v budoucnu budou uplatňovat nařízení 883/2004. Občané těchto států splňují definici pojištěné osoby podle nařízení 883/2004, ale není jasné, jestli tyto státy budou směrnicí o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, od okamžiku nabytí účinnosti nařízení 883/04, používat či ne.

¹⁸⁰ Viz článek 4 písm. b).

KAPITOLA III: PLATNÁ PRÁVNÍ ÚPRAVA PŘESHraniČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ PROVÁDĚNÍ PŘÍSLUŠNÝMI INSTITUCEMI V ČESKÉ REPUBLICĚ

3.1 Prameny právní úpravy

3.1.1 Právní úprava na ústavní úrovni

Ústavním základem veřejného zdravotního pojištění v ČR je článek 31 *Listiny základních práv a svobod*¹⁸¹ (dále jen „Listina“). Článek stanoví právo každého na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Těchto práv se však lze domáhat pouze v mezích zákonů, které toto ustanovení provádějí.¹⁸² Občanům je tak zaručeno, že náklady za jejich zdravotní péči budou uhrazeny prostřednictvím systému veřejného zdravotního pojištění. Zákonem o veřejném zdravotním pojištění¹⁸³ je účast v tomto systému zakotvena jako právo i povinnost¹⁸⁴ současně. Ústavní právo na ochranu zdraví se vztahuje na každou fyzickou osobu. Jde o právo lidské, které souvisí s právem na život. Subjektem povinnosti, který je odpovědný za zajištění tohoto práva, je stát. Péče státu o veřejné zdraví je veřejným zájmem a patří mezi základní funkce moderního vyspělého státu. Druhá věta článku vyjadřuje, že subjektem práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky jsou pouze občané ČR. Výraz „bezplatnou“ je třeba z formulace „na základě veřejného pojištění“ chápat tak, že zdravotní péče a zdravotní pomůcky jsou věcnými dávkami tohoto pojištění. Pojištěnci neuhrazují přímo věcné dávky, přispívají však k financování veřejného pojištění tím, že na něj odvádí pojistné.

Samotný pojem „právo na zdraví“ je označován jako pouze deklaratorní, protože se nejedná o možnost uplatňovat nárok na zdraví ve smyslu dosažení dobrého zdravotního stavu konkrétního člověka. Z podstaty medicíny a lidské

¹⁸¹ Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 ze dne 16. prosince 1992 o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky.

¹⁸² Viz článek 41 Listiny.

¹⁸³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁸⁴ Především je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a pro cizince zaměstnané u zaměstnavatele s bydlištěm nebo sídlem na tomto území.

existence, ale i ekonomických omezení vyplývá, že takové splnění nároků není možné garantovat.¹⁸⁵

3.1.2 Mezinárodní právo¹⁸⁶

Předmětem mezinárodního práva není právní úprava přeshraniční zdravotní péče v rámci Evropské unie, přesto je na tomto místě pro úplnost zmíněna. Na mezinárodní úrovni je právo na zdraví upraveno v článku 12 *Paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech*,¹⁸⁷ který byl přijat v rámci **Organizace spojených národů** v roce 1966. Úmluvy **Mezinárodní organizace práce**, která je specializovanou organizací OSN, obsahují standardy, jejichž účelem je zajistit minimální normy, které má stát uplatňovat na stanovené skupiny osob ve svých vnitrostátních předpisech. Lze jmenovat zejména *Úmluvu o minimální normě sociálního zabezpečení*¹⁸⁸ z roku 1952, která obsahuje část II – Léčebné péče, a *Úmluvu o léčebně preventivní péči a dávkách v nemoci*.¹⁸⁹

V rámci **Rady Evropy** byla v roce 1961 přijata *Evropská sociální charta*,¹⁹⁰ která v článku 13 zakotvuje právo na sociální a lékařskou pomoc. Smluvní strany se v něm zavazují zajistit, že každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím, nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu, a zajistit, že osoby, kterým je poskytována takováto pomoc, nebudou z tohoto důvodu zkráceny na svých politických a sociálních právech. ČR dodržuje také ustanovení dalších dvou odstavců, které se týkají poradenství a osobní pomoci k zamezení potřebnosti jednotlivce a aplikuje princip rovného zacházení na příslušníky

¹⁸⁵ Srov. Mertl, J., *Úloha a postavení veřejných financí v české zdravotní politice*, příspěvek v rámci GA ČR Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech, GA 402/07/0165, 12 s.

¹⁸⁶ Cílem této rigorózní práce není podat výčet všech existujících norem mezinárodního práva, které se týkají financování a poskytování zdravotní péče. Uvedeny jsou proto pouze vybrané normy. Politické deklarace jako například „Světová deklarace zdraví“ a politika „Zdraví pro 21. Století“ přijaté v rámci Světové zdravotnické organizace zde nejsou uváděny, neboť z nich nevyplývají přímé a vymahatelné nároky pojištěným osobám.

¹⁸⁷ Vyhláška Ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o *Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech*.

¹⁸⁸ Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 102; vyhlášena pod č. 461/1991 Sb., pro ČSFR vstoupila v platnost dnem 11. ledna 1991.

¹⁸⁹ Úmluva Mezinárodní organizace práce č. 130; vyhlášena pod č. 537/1990 Sb.

¹⁹⁰ Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb. m. s.

ostatních smluvních států Charty, kteří se legálně nachází na jejím území.

Z *Evropského zákoníku sociálního zabezpečení*¹⁹¹ přijala ČR mimo jiné část II – Zdravotní péče. V ní je stanoven okruh chráněných osob a minimální rozsah dávek v nemoci a mateřství.

3.1.3 Evropské právo

Základem současného právního stavu, z něhož úprava přeshraniční zdravotní péče a principy její úhrady vycházejí, je *Smlouva o založení Evropského společenství*. Jedná se o tři ze základních svobod pohybu – osob, zboží a služeb. Uskutečňování svobodného pohybu **osob** provádějí koordinální nařízení 1408/71 a jeho prováděcí nařízení 574/72, od května roku 2010 budou tato nařízení nahrazena nařízeními 883/2004¹⁹² a jeho prováděcím nařízením 987/2009. Koordinální nařízení se vztahují na celou oblast sociálního zabezpečení a zahrnují tak i věcné dávky zdravotního pojištění. Nařízení 1408/71 v článku 22 odst. 1 stanoví tři výlučné případy, kdy příslušná instituce uhradí dávky osobě, která splňuje podmínky právních předpisů příslušného státu pro vznik nároku na dávky a pobývá mimo příslušný stát. Jedná se o úhradu nezbytných dávek, dále rozšíření nároku na dávky také do členského státu bydliště (tj. je-li příslušným jiný stát, než stát bydliště) a po udělení předchozího souhlasu příslušné instituce může konečně osoba získat nárok na úhradu nákladů plánované zdravotní péče čerpané v jiném členském státě. Článek 22 odst. 2 nařízení 1408/71 stanoví podmínky, při jejichž splnění nesmí příslušná instituce udělení předchozího souhlasu k čerpání a úhradě plánované zdravotní péče odmítnout. Pokud je předchozí souhlas přesto odmítnut, může osoba i tak za plánovanou zdravotní péčí vycestovat a příslušná instituce bude následně povinna náklady vynaložené za tuto zdravotní péči proplatit ve výši podle právních předpisů, kterými se řídí instituce místa pobytu, kde byla plánovaná zdravotní péče čerpána.

Pokud příslušná instituce a orgány členských států narazí na obtíže s interpretací ustanovení koordinálních nařízení, mohou se obrátit na Správní

¹⁹¹ Vyhlášen pod č. 90/2001 Sb. m. s.

¹⁹² Ve znění pozměněném nařízením Evropského parlamentu a Rady (ES) 988/2004.

komisi pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení s žádostí o poskytnutí návodu ve formě Rozhodnutí nebo Doporučení. Komise je oprávněna provést v koordinačních nařízeních nikoliv podstatné změny ve formě vlastního Nařízení, které podléhá souhlasu Rady, ne tedy celé spolu-rozhodovací proceduře. To se však týká pouze technických změn, které nezasahují do práv dotčených osob.

Počínaje judikaturou ve věcech *Kohll* a *Decker* vznikla vedle koordinačního nařízení druhá metoda pro regulaci přeshraniční zdravotní péče. ESD vyjasnil, že koordinační nařízení nestanoví vyčerpávající seznam prostředků, jak může pojištěná osoba čerpat zdravotní služby a zdravotnické prostředky v jiném členském státě. Skutečnost, že existují tyto dvě metody vedle sebe, může vést k otázce, zda má jedna z nich přednost před druhou. Článek 22 nařízení 1408/71 není v rozporu se SES, neboť nebrání částečné úhradě v případech, kdy předchozí souhlas příslušnou institucí nebyl udělen. Neexistuje ani potřeba měnit článek 22 a stanovit, že v případech, na které se vztahuje předchozí souhlas, by úhrada měla být provedena v souladu s tarify členského státu pojištění. Dokud budou zdravotní služby spadat do rozsahu ustanovení SES, která se vztahují na volný pohyb, použijí se principy vyslovené v judikátech *Kohll* a *Decker* přímo ze SES, ať už bude v koordinačním nařízení stanoveno cokoliv. Změny v koordinačním nařízení nepovedou nikdy k tomu, že principy volného pohybu zdravotních služeb a zboží se nebudou moci uplatnit. Koordinační nařízení nelze chápat jako *lex specialis*, protože mezi postupem podle SES vyložené ESD a koordinačním nařízením nedochází ke konfliktu.¹⁹³ K tomu však může dojít vzhledem ke znění nového článku 20 nařízení 883/2004. Více viz část 4.7.

¹⁹³ Jorens, Y. – *Cross-border Health Care in the European Union: up to a free movement of patients?* Výňatek ze sborníku *Social Security for Frontier Workers in Europe*, s. 120-121. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, 2003.

3.1.4 Dvoustranné mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení¹⁹⁴

Zákon o veřejném zdravotním pojištění¹⁹⁵ upravuje v § 14 náhradu nákladů nutné a neodkladné péče, které pojištěnec vynaložil v cizině. Právní úprava poskytování věcných dávek zdravotního pojištění zakotvená ve dvoustranných smlouvách o sociálním zabezpečení zavádí pro pojištěnce příznivější a finančně méně náročný režim. Tyto smlouvy jsou obvykle uzavírány zejména pro účely důchodového pojištění, přitom věcné dávky v nemoci a mateřství nejsou jejich pravidelným obsahem. V současnosti se jedná o smlouvy s Chorvatskem, Tureckem, Srbskem, Černou Horou a Makedonií. K jejich ratifikaci dává souhlas Parlament ČR a ratifikuje je Prezident ČR. Význam těchto smluv spočívá v zakotvení **rovnosti nakládání** s pojištěncem při poskytování dávek, na které vznikl nárok v jednom smluvním státě, ve vztahu k předpisům druhého smluvního státu. Smlouvy stanoví kolizní pravidla pro určování rozhodných právních předpisů. Podrobnosti provádění jednotlivých smluv jsou upraveny ve správních ujednáních, která se následně uzavírají na vládní nebo resortní úrovni. Podmínkou k uplatnění nároků ze smluv je předložení stanoveného dokladu o nároku.¹⁹⁶

3.1.5 Vládní mezistátní dohody o poskytování bezplatné zdravotní péče

V souvislosti s těmito dohodami nelze hovořit o právních pramenech veřejného zdravotního pojištění, přesto jsou zde uváděny pro úzkou souvislost s financováním zdravotní péče. Dohody byly uzavírány především s tzv. lidově demokratickými republikami a v současnosti už se tento typ dohod neuzavírá. Na jejich základě lze při přechodném pobytu v ČR nárokovat bezplatnou nutnou a neodkladnou zdravotní péči, která je následně uhrazena z prostředků Ministerstva zdravotnictví ČR. Jedná se o Afghánistán, Jemen, Kubu, Lybii, Maroko, Bosnu a Hercegovinu.

¹⁹⁴ Dvoustranné mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení nejsou prameny práva přeshraniční zdravotní péče v rámci Evropské unie, přesto jsou zde pro úplnost uváděny.

¹⁹⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁹⁶ Například výhodou ve vztahu k Chorvatsku je možnost použít průkaz EHIC (vedle osvědčení o nároku HR/CZ 111).

3.1.6 Zákonná a podzákonná právní úprava

Zákonnými prameny právní úpravy veřejného zdravotního pojištění jsou zejména následující zákony, všechny ve znění pozdějších právních předpisů:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění;
- zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky;
- zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách;
- zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění;
- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákony z oblasti veřejného zdravotního pojištění jsou prováděny množstvím vyhlášek a nařízení vlády. Většina z nich je průběžně novelizována. Právní úprava samotného poskytování zdravotní péče spadá do sféry soukromého práva. Pro poskytovatele je však třeba stanovit nezbytné personální, technické, hygienické a některé finanční podmínky, které zajistí přiměřenou ochranu pacienta. Právní vztah, který vzniká a existuje mezi zdravotnickým zařízením a pojištěncem, který v něm čerpá zdravotní péči, je ryze soukromoprávní a řídí se občanským zákoníkem.¹⁹⁷

Zákon o veřejném zdravotním pojištění v současném znění obsahuje v § 14 pravidlo pro stanovení úhrady za zdravotní péči, kterou pojištěnec čerpá v zahraničí, tedy v jakémkoliv státě, nejen v členských státech Evropské unie. Jedná se však pouze o úhradu nákladů vynaložených na **nutné a neodkladné léčení**. Pokud jde o přeshraniční plánovanou zdravotní péči, je možno odkázat na § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, na jehož základě hradí zdravotní pojišťovna ve výjimečných případech zdravotní péči, jinak zdravotní pojišťovnou nehrzenou, je-li její poskytnutí z hlediska zdravotního stavu pojištěnce **jedinou možností zdravotní péče**. S výjimkou případů, kdy hrozí nebezpečí z prodlení, je takové poskytnutí zdravotní péče vázáno na předchozí souhlas revizního lékaře. **Jiná plánovaná zdravotní péče v cizině není zákonnou úpravou nijak ošetřena.**

¹⁹⁷ Zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník, ve znění pozdějších právních předpisů.

3.2 Provádění úhrad přeshraniční zdravotní péče v České republice

Úhrady zdravotní péče poskytované v souladu s nařízeními 1408/71 a 574/72, respektive od 1. května 2010 s nařízeními 883/2004 a 987/2009 provádí styčné orgány členských států. V ČR je styčným orgánem pro oblast zdravotní péče Centrum mezistátních úhrad (dále jen „CMU“), které vzniklo z pověření Ministerstva zdravotnictví počátkem roku 2001. Jedná se o sdružení právnických osob – zdravotních pojišťoven, podle § 20 občanského zákoníku.¹⁹⁸ CMU je jediná instituce, která sdružuje všechny české zdravotní pojišťovny, které se také společně finančně podílejí na jeho činnosti. Za účelem větší právní jistoty by bylo vhodnější, kdyby existence CMU byla v budoucnu zakotvena přímo v zákoně, který by také současně vytvořil mechanismus, jenž by zajistil členství všech zdravotních pojišťoven, nejlépe tak, že jejich členství by bylo povinné.

O proplacení nákladů vynaložených za zdravotní péči, kterou pojištěnec veřejného zdravotního pojištění čerpal v jiném členském státě Evropské unie, může pojištěnec požádat příslušnou zdravotní pojišťovnu. Předpokladem je předložení transparentní faktury, na jejímž základě je příslušná zdravotní pojišťovna schopna vypočítat částku, kterou by za stejnou zdravotní péči uhradila smluvnímu zdravotnickému zařízení v České republice. Právě na takovou částku má pojištěnec nárok. Vzhledem k tomu, že toto právo pojištěnců není uvedeno v zákoně a zdravotní pojišťovny o něm aktivně neinformují, není v praxi časté, že by bylo využíváno. Pokud jde o rozsah zdravotní péče, která takto může být proplacena, v současné době není v ČR zaveden systém udělování předchozího souhlasu¹⁹⁹ pro čerpání přeshraniční zdravotní péče a její následnou úhradu do výše podle českých právních předpisů, proto má pojištěná osoba nárok na úhradu nejen ambulantní, ale také nemocniční a specializované zdravotní péče. Lze předpokládat, že bude-li přijata směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, zavede ČR v rámci její transpozice systém udělování předchozího souhlasu pro zdravotní péči, která může podléhat předchozímu souhlasu z důvodu převažujícího veřejného zájmu.

¹⁹⁸ Zákon 40/1964 Sb., *Občanský zákoník*, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁹⁹ Předchozí souhlas udělují zdravotní pojišťovny podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71, nebo podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb., *o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů*.

KAPITOLA IV: VYBRANÉ DÍLČÍ ASPEKTY PRÁVNÍ ÚPRAVY PŘESHraniČNÍHO ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

4.1 Právní základ a právní nástroj pro úpravu přeshraniční zdravotní péče

Stanovení právního základu musí být podle konstantní judikatury ESD odůvodněno cílem a obsahem opatření.²⁰⁰ Cílem připravované směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je i přes pozměňovací kompromisní návrhy jednotlivých předsednictví v Radě stanovení pravidel pro přístup k bezpečné a vysoce kvalitní přeshraniční zdravotní péči a stanovení mechanismů spolupráce členských států v oblasti zdravotní péče. Návrh směrnice vypracovaný Komisí²⁰¹ uvádí jako svůj právní základ článek **95 SES**. Článek 95 odst. 1 SES vytváří právní základ k dosažení cílů stanovených v článku 14 SES a umožňuje přijetí opatření ke sblížení ustanovení právních a správních předpisů členských států, jejichž účelem je vytvoření a fungování **vnitřního trhu**, není-li v SES stanoveno jinak. Jinými slovy, použití článku 95 SES je možné jen tam, kde se nepoužije jiný právní základ.²⁰² V diskusích vedených na Pracovní skupině Rady pro veřejné zdraví se objevily požadavky použít jako alternativní právní základ článek **152 odst. 4 písm. c) SES**. Ten opravňuje Společenství k přijetí stimulačních opatření, která mají za cíl ochranu a zlepšení lidského zdraví, s **vyloučením harmonizace** právních předpisů členských států. Jelikož však návrh směrnice vypracovaný Komisí²⁰³ obsahuje opatření k harmonizaci přeshraniční zdravotní péče, nelze článek 152 odst. 4 písm. c) SES použít jako jediný právní základ, ani jako právní základ, k němuž by byl článek 95 SES subsidiární. S ohledem na obsah pojmu zdravotní péče, kterým jsou nejen zdravotní služby, ale také zdravotnické prostředky a léčivé přípravky, je cílem Kapitol II a III návrhu směrnice vypracovaného Komisí kodifikace judikatury ESD, přičemž většina této judikatury se vztahuje ke zdravotním službám. Článek **47 odst. 2 SES ve spojení s článkem 55 SES** odkazuje na opatření, jejichž cílem je usnadnit

²⁰⁰ Viz například C-440/05 *Komise v Rada*, odst. 61, C-155/91 *Komise v Rada*, odst. 7, C-42/97 *Parlament v Rada*, odst. 36.

²⁰¹ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁰² Viz C-338/01 *Komise v Rada*, odst. 60.

²⁰³ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

přístup ke službám a k jejich výkonu. Jak potvrdil ESD,²⁰⁴ je cílem těchto opatření také udělit Společenství zvláštní pravomoc k přijetí opatření pro vylepšení fungování **vnitřního trhu**. Vzhledem k subsidiární povaze článku 95 SES by tedy právním základem směrnice mohl být právě článek 47 odst. 2 SES ve spojení s článkem 55 SES s tím, že článek 95 SES může být ponechán jako subsidiární právní základ.

Ještě před předložením návrhu směrnice Komisí²⁰⁵ se vedly diskuse o tom, zda by dotčená právní úprava úhrady přeshraniční zdravotní péče nemohla být zahrnuta do existujících koordinačních nařízeních. V podstatě by stačil jeden nový článek nařízení a směrnice jako taková by v budoucnu nemusela existovat. Koordinační nařízení jsou postavena na právním základu článků 42 a 308 SES. Jde tedy opatření v oblasti sociálního zabezpečení k zajištění **volného pohybu pracovníků** a opatření přijatá jednomyslně Radou k dosažení některého z cílů Společenství v rámci společného trhu, neposkytuje-li k tomu SES potřebné pravomoci. Z důvodu odlišného právního základu se nedomnívám, že by se právní úprava úhrady přeshraniční zdravotní péče, jejímž právním základem je volný pohyb zboží a služeb, měla provést v koordinačním nařízení.

4.2 Rozsah působnosti návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, který předložila Komise

Rozsah působnosti návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, který předložila Komise,²⁰⁶ je třeba posuzovat z hlediska věcného a osobního.

Komunitární právní předpisy dosud nezavedly žádnou **definici zdravotní péče**. Pro účely textu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je nezbytné definici vytvořit, aby se mohl přesně vymezit věcný rozsah její působnosti. Při jejím zvažování je nezbytné zkoumat článek 50 SES (tj. co se rozumí službami) a dosavadní judikaturu ESD, která se týká zdravotních služeb,

²⁰⁴ Viz C-376/98 *Německo v Evropský parlament a Rada*, odst. 87.

²⁰⁵ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁰⁶ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

na které se vztahuje svoboda poskytování služeb.²⁰⁷ Ačkoliv obecný rozsah směrnice je podle současných návrhů²⁰⁸ definován článkem 2, mají jednotlivé kapitoly návrhu směrnice různé účely. Kapitola III se vztahuje **k nárokům pojištěných osob**, které čerpají přeshraniční zdravotní péči, na převzetí nákladů příslušnou institucí. V této kapitole je tedy třeba za zdravotní péči považovat ty zdravotní služby, na které má pojištěná osoba nárok podle právních předpisů toho členského státu, kde je pojištěna. Pojem zdravotní péče v kapitolách I (obecná ustanovení), II (povinnosti členského státu ošetření a členského státu pojištění) a IV (spolupráce) je naproti tomu používán v jiných souvislostech, které se vztahují k **právům pacientů** v přeshraniční zdravotní péči. Rozdíl je v tom, že práva vyplývající z ustanovení těchto tří posledně jmenovaných kapitol budou zaručena všem pacientům, nikoliv jen pojištěným osobám.

Věcný rozsah vymezuje zdravotní péči, na niž se bude směrnice vztahovat. Článek 2 původního návrhu Komise²⁰⁹ stanovil, že směrnice se vztahuje na poskytování zdravotní péče bez ohledu na to, jak je organizována, poskytována a financována nebo zda je veřejná či soukromá. Postupně docházelo k jeho přesnějšímu vymezení. Podle druhého kompromisního návrhu Českého předsednictví²¹⁰ se již nerozlišuje mezi veřejnou a soukromou zdravotní péčí, neboť takové dělicí kritérium je zcela nejasné. Podle čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví²¹¹ je navíc výslovně vyloučena sociální část dlouhodobé péče a část zdravotní péče, která se týká rozmístění a přístupu k orgánům pro účely transplantací, a veřejné vakcinační programy proti infekčním onemocněním.

Současné návrhy neuvádějí výslovné **vyloučení lékařsky nezbytné péče**. Ta je sice zmíněna v úvodním ustanovení číslo 20 návrhu směrnice předloženého Komisí,²¹² úvodní ustanovení jakožto odůvodnění textu směrnice

²⁰⁷ Viz například C-372/04 *Watts*, odst. 86: „V tomto ohledu je třeba poznamenat, že v souladu se stávající judikaturou zdravotní služby poskytované za úplaty spadají do rozsahu ustanovení o svobodném poskytování služeb, aniž by bylo třeba rozlišovat mezi péčí poskytovanou v nemocničním prostředí a péčí poskytovanou mimo takové prostředí.“

²⁰⁸ Rozumí se návrhu předloženého Komisí, pozměňovací verze jednotlivých předsednictví i Evropského parlamentu.

²⁰⁹ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²¹⁰ Dokument 9674/09 SAN 111 SOC 317 MI198 CODEC 706.

²¹¹ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

²¹² Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD). „Tato směrnice nesměřuje k převzetí nákladů za zdravotní péči, která se stane lékařsky nezbytnou během dočasného pobytu pojištěné osoby v jiném členském státu. (...)“

plní však cíle interpretační a vysvětlující, nikoliv právně závazného textu. Z návrhu Komise²¹³ i ze čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví²¹⁴ lze usuzovat na to, že lékařsky nezbytná péče, která je již upravena v nařízení 1408/71, resp. v nařízení 883/2004, bude stejně tak předmětem budoucí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Z praktického hlediska však nelze mít za to, že pojištěné osoby dají v případě čerpání zdravotní péče v jiném členském státě přednost tomu, aby tuto zdravotní péči čerpali v režimu úhrad podle budoucí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, neboť v takovém případě by jim tato péče byla uhrazena jen do výše, za níž by jim byla uhrazena ve státě pojištění. Naproti tomu podle nařízení 1408/71, resp. nařízení 883/2004 je tato péče poskytnuta bezplatně (pomocí výpomocně zvolené instituce je skutečná částka přeúčtována příslušné instituci pojištěné osoby), popřípadě je pojištěné osobě proplacena ve výši, v jaké je tato péče hrazena pojištěným osobám ve státě ošetření. Lze si však představit situaci, kdy pojištěná při čerpání lékařsky nezbytné zdravotní péče v jiném členském státě nesplní podmínky pro to, aby jí tato péče mohla být poskytnuta za stejných podmínek jako místním pojištěncům, například pojištěná osoba nepředloží Evropský průkaz zdravotního pojištění, nebo čerpá zdravotní péči ve zdravotnickém zařízení, které není napojeno na místní veřejný systém. Taková osoba by pak měla mít možnost žádat o proplacení vzniklých nákladů u příslušné instituce do té výše, v jaké je stejná zdravotní péče hrazena podle právních předpisů členského státu pojištění, tedy v režimu úhrad podle budoucí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Podobná úprava již nyní existuje v českém zákoně o veřejném zdravotním pojištění²¹⁵, když podle § 14 tohoto zákona je nutná a neodkladná zdravotní péče čerpána v (jakémkoliv) jiném státě proplacena do stejné výše, kolik by se za stejnou zdravotní péči uhradilo podle českých právních předpisů.²¹⁶ Je však nutné v této souvislosti připomenout, že lékařsky nezbytná zdravotní péče podle

²¹³ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²¹⁴ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

²¹⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

²¹⁶ Tj. vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

koordinčních nařízení²¹⁷ je širším pojmem než české termíny nutné a neodkladné zdravotní péče. Lékařsky nezbytná zdravotní péče je taková péče, která je osobě poskytnuta v takovém rozsahu, aby se nemusela vrátit do příslušného státu dříve, než původně zamýšlela. Naproti tomu nutná a neodkladná zdravotní péče sice nejsou v českých právních předpisech definovány, ale rozumí se jimi urgentní, život zachraňující zdravotní péče.

Pokud jde o **osobní rozsah** směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, je třeba vycházet z toho, že zásady volného pohybu zboží a služeb platí bez ohledu na státní příslušnost pacienta. Proto také příslušníci třetích států, kteří jsou pojištěni v některém členském státě, mohou v zásadě těchto principů využívat. Mají tedy možnost cestovat a vstupovat na území jiných členských států a je třeba s nimi zacházet stejně jako s občany Evropské unie. Nemohou však využívat výhod koordinčních nařízení²¹⁸ v případech, kdy se na ně toto nařízení nevztahuje.²¹⁹ Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči se proto bude vztahovat na všechny pacienty, kteří čerpají zdravotní péči v jiném členském státě, než ve kterém jsou pojištěni (tj. jsou pojištěni alespoň v jednom členském státě), anebo jehož jsou občany (tj. jsou občany alespoň jednoho členského státu). Kapitola III, která se týká úhrad přeshraniční zdravotní péče, se však bude týkat pouze těch pacientů, kteří jsou pojištěni alespoň v jednom členském státě, bez ohledu na občanství.

4.3 Poskytovatelé zdravotní péče

Předmětem návrhu směrnice předloženého Komisí²²⁰ není úprava volného pohybu poskytovatelů zdravotních služeb. Přesto se tento návrh směrnice poskytovatelů zdravotních služeb týká ve dvou směrech. Jednak mají právo svobodně poskytovat zdravotní péči pacientům z jiných členských států, než kde jsou tito poskytovatelé usazeni, což rozvíjí jejich soutěž v poskytování kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Poskytovatelé zdravotní péče ovšem mají

²¹⁷ Tj, nařízení 1408/71, resp. nařízení 883/2004.

²¹⁸ Tj, nařízení 1408/71, resp. nařízení 883/2004.

²¹⁹ Nařízení Rady (ES) č. 859/2003 ze dne 14. května 2003, kterým se působnost nařízení (EHS) č. 1408/71 a nařízení (EHS) č. 574/72 rozšiřuje na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

²²⁰ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

vůči pacientům, kteří přicházejí z jiných členských států, povinnosti, zejména pokud jde o jejich informování o zdravotní péči, kterou poskytují, o její dostupnosti, ceně, standardech kvality a bezpečnosti, a jsou povinni s pacienty nakládat rovně. Návrhy směrnice²²¹ se snaží nezasahovat do jejich existujících povinností, které mají vůči pacientům podle právních předpisů členského státu, v němž jsou usazeni.

Zásada svobodného poskytování služeb podle SES se vztahuje na každého poskytovatele zdravotní péče, který zdravotní péči poskytuje za odměnu. Podle judikatury ESD přitom není podstatné, zda se jedná o zdravotní péči poskytovanou v nemocničním prostředí nebo mimo něj. Nejen pojištěná osoba, ale také poskytovatel musí být chráněn před překážkami bránícími uplatnění zásady svobodného poskytování služeb.²²² Ustanovení směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči jakožto právního nástroje proto musí chránit pacienty stejně jako poskytovatele zdravotní péče. To vede k závěru, že nelze bez dalšího omezovat rozsah této směrnice v závislosti na právním nebo ekonomickém charakteru poskytovatele. Konkrétní podmínky pro činnost poskytovatelů jsou dány národními právními předpisy členského státu ošetření a pro zasahování do těchto národních kompetencí nemá komunitární zákonodárce žádnou právní oporu. Pro účely směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči proto nemůže hrát žádnou roli to, zda poskytovatel zdravotní péče je v soukromém nebo veřejném vlastnictví, zda je či není ve smluvním vztahu s příslušnou institucí nebo jiným veřejným systémem, který nakupuje zdravotní péči pro pojištěné osoby. Stanovení podmínek, za nichž se poskytuje zdravotní péče, zejména jak, do jaké výše a podle jakých tarifů je hrazena, je předmětem národních právních předpisů. Z hlediska směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je důležité zajistit to, aby stejné podmínky, jaké se vztahují na občany členského státu ošetření, byly zajištěny pro pacienty, kteří přicházejí z ostatních členských států.

²²¹ Rozumí se návrhu předloženého Komisí, pozměňovací verze jednotlivých předsednictví i Evropského parlamentu.

²²² Viz C-372/04 *Watts*, odst. 98.

Podle původního návrhu článku 2 Komise²²³ se směrnice použije na poskytování zdravotní péče bez ohledu na to, jak je organizována, poskytována a financována, nebo zda je **veřejná či soukromá**. Rozlišování zdravotní péče na veřejnou a soukromou vyvolává nedorozumění ohledně toho, co je tím míněno. Zdravotní systémy napříč Evropskou unií jsou různé a způsoby, jakými je pro pacienty zajištěno poskytování zdravotní péče, se od sebe liší. Hlavní a společný rozdíl mezi poskytovateli zdravotní péče lze spatřovat v tom, zda jsou či nejsou ve smluvním vztahu nebo jinak napojeni na subjekt, který je zodpovědný za financování zdravotní péče (u nás zdravotní pojišťovny, jinde například národní zdravotní služba). Další chápání rozdílu mezi veřejnou a soukromou zdravotní péčí je možné zakládat na rozdílu z hlediska vlastnických vztahů, neboli kdo vlastní poskytovatele zdravotní péče. Toto druhé pojetí však zřejmě není tím, které měla Komise v úmyslu zmínit v článku 2.

Pokud jde o současnou českou zákonnou úpravu, podle § 11 odst. 1 písm. b) a c) zákona o veřejném zdravotním pojištění,²²⁴ má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení s výjimkou závodní zdravotní služby, kteří jsou **ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně** a dále na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Podle písmene d) má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Podle § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona, smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. **Smlouvy se nevyžadují při poskytování nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci**. Stávající česká zákonná úprava tedy nereflektuje ustanovení SES o volném pohybu služeb, to ale v žádném případě neznamena, že pojištěnci již za současného

²²³ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²²⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

právního stavu nemohou svých práv vyplývajících z volného pohybu služeb využívat přímo na základě SES. Po přijetí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči by pro ČR vyplynula povinnost implementovat její text do zákona, což by mimo jiné pozvedlo právní jistotu a zdůraznilo povinnost českých zdravotních pojišťoven proplácet zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě Evropské unie, k jejímuž čerpání není potřeba předchozího souhlasu příslušné instituce, ať už by byla poskytována u poskytovatele, který v tomto státě je či není ve smluvním vztahu k místnímu subjektu zodpovědnému za veřejné financování zdravotní péče (to vše samozřejmě jen do výše ceny, za jakou je taková zdravotní péče poskytována v ČR). **Došlo by tak k jistému rozporu, kdy účastník veřejného zdravotního pojištění čerpající zdravotní péči v ČR by byl povinen vybrat si smluvního lékaře své zdravotní pojišťovny, zatímco při čerpání téže zdravotní péče v jiném členském státě by jeho výběr takto omezen nebyl.**

Podmínka národní legislativy, která nutí pojištěnce k výběru mezi smluvními poskytovateli, je pro domácí poskytovatele diskriminační, jestliže pro poskytovatele usazené v jiném členském státě tato podmínka neplatí. Nejjednodušším řešením by bylo změnit národní právní předpisy tak, aby pojištěnec nebyl omezen k výběru pouze smluvního poskytovatele. Některé členské státy však opakovaně vystupují proti tomuto řešení, argumentují přitom ohrožením kvality a bezpečnosti zdravotní péče, kterou jsou jejich zdravotní systémy povinny pojištěncům zajistit, potřebou plánování uvnitř systému (alokace poskytovatelů) a článkem 152 odst. 5 SES, podle něhož je při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Komise se na jednáních pracovní skupiny pro veřejné zdraví opakovaně vyjádřila v tom smyslu, že i kdyby nesmluvní poskytovatelé („soukromá zdravotní péče“) byli vyňati z rozsahu působnosti směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, nic to nezmění na faktu, že zdravotní služby spadají do rozsahu volného pohybu služeb podle SES. Není možné, aby nesmluvní poskytovatelé byli z rozsahu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči vyloučeni paušálně, předem, aniž by existovalo skutečné a vážné riziko, že kvalita a bezpečnost jimi poskytované zdravotní

péče budou ohroženy. Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči by se proto měla použít na poskytování zdravotní péče bez ohledu na to, zda je poskytována poskytovatelem zdravotní péče, který je nebo není ve smluvním vztahu k systému sociálního zabezpečení. Pokud je ovšem v individuálním případě vážné nebezpečí veřejnému pořádku, veřejné bezpečnosti nebo veřejnému zdraví způsobené skutečností, že konkrétní poskytovatel zdravotní péče není vázán žádnou smlouvou k systému sociálního zabezpečení, takže je ohrožena kvalita nebo bezpečnost zdravotní péče, může členský stát přijmout opatření v souladu s články 46 a 55 SES.

Poskytovatelům zdravotní péče stanoví návrhy směrnice²²⁵ povinnosti, zejména pokud jde o **poskytování informací**. Návrh směrnice předložený Komisí²²⁶ stanovil poskytovatelům zdravotní péče v článku 5 odst. 1 písm. c) povinnost poskytovat všechny relevantní informace, které pacientům umožní učinit informovaný výběr, zejména o dostupnosti, cenách a výsledcích poskytované zdravotní péče a podrobnosti o jejich pojištění nebo o jiných prostředcích osobní či kolektivní ochrany s ohledem na profesní odpovědnost. Ve čtvrtém kompromisním návrhu Švédského předsednictví²²⁷ byla informační povinnost poskytovatelů zpřesněna tak, že poskytovatelé poskytují jednotlivým pacientům relevantní informace o dostupnosti, kvalitě a bezpečnosti zdravotní péče, kterou poskytují v členském státě ošetření, transparentní faktury a transparentní informace o cenách, stejně jako o registraci poskytovatele, jeho pojištění, nebo jiném prostředku osobní nebo kolektivní ochrany s ohledem na profesní odpovědnost. Podle úvodního ustanovení číslo 12 čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví²²⁸ však poskytovatelé zdravotní péče nejsou povinni poskytovat zahraničním pacientům informace ve větším rozsahu, než jak je již poskytují pacientům bydlícím ve státě ošetření.

²²⁵ Rozumí se návrhu předloženého Komisí, pozměňovací verze jednotlivých předsednictví i Evropského parlamentu.

²²⁶ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²²⁷ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 1328.

²²⁸ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 1328.

4.4 Povinnosti členského státu ošetření

Podle článku 5 odst. 1 návrhu směrnice předloženého Komisí²²⁹ členský stát ošetření zůstává odpovědným za organizaci a poskytování zdravotní péče. Členské státy podle tohoto návrhu měly být povinny stanovit jasné **standards kvality a bezpečnosti** vztahující se ke zdravotní péči poskytované na jejich území a současně zajistit, aby poskytovatelé zdravotní péče byli schopni takové standardy naplňovat. Členské státy dále měly plnění standardů pravidelně monitorovat a podnikat nápravné aktivity tam, kde by standardy plněny nebyly. Členské státy ošetření měly být povinny zajistit pacientům prostředky k dosažení nápravy pro případy, kdy došlo v důsledku poskytnuté zdravotní péče k újmě. Měly zajistit systémy pojištění profesní odpovědnosti nebo záruky či podobná opatření přiměřená povaze a rozsahu nebezpečí vyplývajících z poskytování zdravotní péče. Členský stát ošetření nese odpovědnost za to, že s pacienty z jiných členských států je **nakládáno za rovných podmínek** jako s občany členského státu ošetření, včetně ochrany proti diskriminaci.

Ve čtvrtém kompromisním návrhu Švédského předsednictví ze 17. listopadu 2009²³⁰ již bylo upuštěno od přemrštěné povinnosti členského státu vytvořit standardy kvality a bezpečnosti zdravotní péče poskytované na jeho území. Namísto toho bylo stanoveno, že přeshraniční zdravotní péče bude poskytována v souladu s právními předpisy členského státu ošetření a podle jím určených standardů a opatření k zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Na požádání obdrží pacient relevantní informace o standardech a opatřeních, včetně těch, které se týkají dohledu a hodnocení poskytovatelů zdravotní péče a informaci o tom, kteří poskytovatelé podléhají stanoveným standardům kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Oproti návrhu Komise²³¹ má mít pacient navíc nárok na zdravotnický záznam v písemné nebo elektronické podobě a přístup alespoň ke kopii tohoto záznamu v souladu a za podmínek stanovených národními právními předpisy, které implementují komunitární ustanovení o ochraně osobních údajů. Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči neovlivní národní právní předpisy o používání

²²⁹ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²³⁰ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 1328.

²³¹ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

jazyka ani neuloží členským státům povinnost poskytovat informace v jiném jazyce, než je úřední jazyk dotčeného státu.

4.5 Povinnosti členského státu pojištění

Podle návrhu směrnice předloženého Komisí²³² by byl členský stát pojištění povinen zajistit pacientům na jejich žádost poskytnutí informací o čerpání zdravotní péče v jiném členském státě a o souvisejících podmínkách. Takové informace by měly být snadno přístupné, včetně dálkového přístupu, a měly by zahrnovat informace o nárocích pacienta, o postupech pro uplatnění těchto nároků, a o systému odvolání a podání žádosti o náhradu škody v těch případech, kdy je pacientu v uplatnění jeho nároků bráněno. Pokud jde o úhradu přeshraniční zdravotní péče, členský stát pojištění nesmí bránit pojištěné osobě v čerpání přeshraniční zdravotní péče, pokud dotčená péče spadá do rozsahu nároků na dávky stanoveného právními předpisy členského státu pojištění, k nimž je pojištěná osoba oprávněna. Členský stát pojištění uhradí pojištěné osobě náklady, které by systém sociálního zabezpečení zaplatil, kdyby stejná nebo podobná zdravotní péče bývala byla poskytnuta na jeho území. V každém případě však pouze členský stát pojištění rozhoduje o tom, která zdravotní péče je jeho veřejným systémem hrazena. Náklady za přeshraniční zdravotní péči budou uhrazeny až do výše, do níž by stejná nebo podobná zdravotní péče byla uhrazena v členském státě pojištění, přitom ale nemá dojít k překročení skutečně vynaložených nákladů. **Pojištěná osoba by tedy neměla mít z cestování za zdravotní péčí finanční prospěch.** Členský stát pojištění může pojištěné osobě uložit stejné podmínky, kritéria a formality pro čerpání a úhradu nákladů zdravotní péče, jaké by uložil v případě, že by zdravotní péče byla čerpána na jeho území. Ty však nesmí být diskriminační, ani zakládat překážky volnému pohybu osob, zboží nebo služeb. Podle čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví²³³ to navíc může zahrnovat **posouzení** zdravotnickým profesionálem nebo zdravotnickým úředníkem, který poskytuje služby pro systém nebo národní zdravotní službu členského státu pojištění jako je praktický lékař, u něhož je pojištěná osoba zaregistrována, je-li toto opatření nezbytné pro určení individuálního nároku

²³² Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²³³ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 1328.

pojištěné osoby na zdravotní péči (tzv. *gatekeeping*). Členský stát pojištění musí vytvořit mechanismus pro výpočet nákladů za zdravotní péči čerpanou v jiném členském státě, které budou pojištěné osobě systémem sociálního zabezpečení uhrazeny.

4.6 Zdravotní péče, která může být podmíněna předchozím souhlasem příslušné instituce

ESD ve svých rozhodnutích vyložil, že zvláštní povaha některých služeb nevyjímá tyto služby z rozsahu ustanovení stanovících základní zásadu svobody pohybu.²³⁴ Ze SES vyplývá právo občana členského státu, v němž je pojištěn, obdržet náhradu nákladů vynaložených za zdravotní péči čerpanou v jiném členském státě až do výše, do jaké by mu stejná zdravotní péče byla uhrazena, kdyby ji čerpal v členském státě pojištění. ESD ovšem uznal, že existují důležité důvody, **kteřé odůvodňují omezení svobody poskytování služeb**. Takovým omezením je **stanovení podmínky udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí pojištěné osobě**, která se rozhodne zdravotní péči čerpat v jiném členském státě a požaduje úhradu nákladů až do té výše, do níž by byla oprávněna v členském státě pojištění. Podle článku 55 SES ve spojení s článkem 46 SES **je možné svobodu poskytování služeb omezit na základě veřejného pořádku, veřejné bezpečnosti nebo veřejného zdraví**.

ESD rozhodl, že cíle čistě ekonomické povahy nemohou ospravedlnit překážky základní svobodě volného poskytování služeb. Není ovšem vyloučeno, že nebezpečí vážného narušení finanční vyrovnanosti systému sociálního zabezpečení by mohlo vytvořit převažující důvod ve veřejném zájmu, jenž by překážku tohoto druhu ospravedlnil. Článek 46 SES umožňuje členským státům omezit svobodu poskytování lékařských a nemocničních služeb, jelikož udržení lékařského vybavení nebo lékařských služeb na národním území je základem pro veřejné zdraví nebo dokonce pro přežití obyvatelstva. Stejně tak může být převažujícím důvodem ve veřejném zájmu udržení vyrovnaných lékařských a nemocničních služeb přístupných všem, jestliže to přispívá k dosažení

²³⁴ Viz C-279/80 *Webb*, odst. 10.

vyššího stupně ochrany zdraví.²³⁵ Požadavek podmiňující úhradu nákladů systémem sociálního zabezpečení za nemocniční zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě, než je stát pojištění, udělením předchozího souhlasu se jeví jako nezbytný a přiměřený.²³⁶

Omezující kritéria je třeba rozlišit na případy podle toho, která péče může být podmíněna udělením předchozího souhlasu a na to, jaká tato kritéria mohou být.

4.7 Systém udělování předchozího souhlasu příslušnou institucí

Aby mohl být systém udělování předchozího souhlasu příslušnou institucí ospravedlněný, musí být založen na objektivních, nediskriminačních kritériích, která jsou známa dopředu, aby omezila diskreční pravomoci národních orgánů takovým způsobem, že nebudou vykonávány svévolně. Systém musí být založen na procesním systému, který je snadno přístupný a schopný zajistit, že s žádostí o udělení předchozího souhlasu bude nakládáno objektivně a nestranně, během přiměřených časových lhůt. Odmítnutí udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí musí podléhat soudnímu nebo kvazi-soudnímu přezkumu.²³⁷

Návrh směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči předložený Komisí²³⁸ stanoví v Kapitole III povinnost úhrady nákladů zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státě, než je stát pojištění. Návrh dále stanoví základní zásady pro zavedení systému udělování předchozích souhlasů příslušnými institucemi. Nařízení 1408/71 bylo přijato s cílem naplnit jinou ze svobod existujících v rámci Společenství, a sice svobodu volného pohybu osob.²³⁹ Článek 22 nařízení 1408/71 stanoví nároky osoby pojištěné podle právních předpisů jednoho členského státu během jejího přechodného pobytu v jiném členském státě. Tato osoba je jednak oprávněna k věcným dávkám, které se během tohoto přechodu stanou nezbytnými z lékařských důvodů s ohledem na povahu dávek a očekávanou délku pobytu. V dalším případě

²³⁵ Viz C-158/96 *Kohll*, odst. 39., 41., 50. a 51.

²³⁶ Viz C-385/99 *Müller-Fauré a van Riet*, odst. 81.

²³⁷ Viz C-157/99 *Geraets-Smits a Peerbooms*, odst. 90.;

²³⁸ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²³⁹ Viz Kapitola I, Díl III, Část III SES.

osoba může obdržet povolení k přemístění svého bydliště na území jiného členského státu, kde bude mít stejné nároky na věcné dávky, jakoby v tomto druhém státě byla pojištěna. Pojištěná osoba konečně také může požádat příslušnou instituci o udělení předchozího souhlasu k vycestování za plánovanou zdravotní péčí. Je-li souhlas příslušnou institucí udělen, je na jeho základě pojištěná osoba oprávněna k čerpání věcných dávek poskytovaných na účet příslušné instituce institucí místa pobytu podle právních předpisů, kterými se instituce místa pobytu řídí, jako by u ní byla dotyčná osoba pojištěna. Odstavec 2 článku 22 nařízení 1408/71 stanoví podmínky, za jejichž splnění nesmí být udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí odmítnuto. Na druhou stranu stejné ustanovení neomezuje okolnosti, za nichž předchozí souhlas udělen být může. **Je-li povolení uděleno podle pravidel národních právních předpisů, zakládá takové povolení předchozí souhlas podle článku 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71.**²⁴⁰ Z uvedeného vyplývá, že nařízení 1408/71 při provádění svobody volného pohybu osob umožňuje pojištěným osobám úhradu lékařsky nezbytné zdravotní péče, umožňuje čerpat věcné dávky v místě skutečného bydliště a **mimo rámec pravidel o volném pohybu osob stanoví právo požádat příslušnou instituci o udělení předchozího souhlasu s čerpáním a úhradou zdravotní péče v jiném členském státě.** Toto právo se stane vykonatelným nárokem, jsou-li splněny podmínky článku 22 odst. 2 nařízení 1408/71, jinak je pouze na zvážení příslušné instituce, zda předchozí souhlas udělí, přičemž **na jeho udělení neexistuje žádný právní nárok.** Příslušná instituce je pak omezena pouze zásadou nediskriminace a požadavky vyplývajícími z judikatury ESD, které se vztahují k postupu při rozhodování o žádosti o udělení předchozího souhlasu.

Někteří autoři²⁴¹ se domnívají, že článek 22 odst. 1 písm. c) nařízení 1408/71 je v rozporu se zásadou volného poskytování služeb. Čerpá-li totiž pojištěná osoba ambulantní zdravotní péči v jiném členském státě, než kde je pojištěna, bude jí po udělení předchozího souhlasu taková péče uhrazena podle právních předpisů členského státu, kde péči čerpá. Je-li podle právních předpisů

²⁴⁰ Viz C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 31.

²⁴¹ JORENS, Y., COCHEIR, M., VAN OVERMEIREN, F., *Bulletin luxembourgeois des questions sociales*, Volume 18, 2005, International conference April 8th 2005, *Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systeme*, Lucembursko, 2005, s. 15.

členského státu ošetření úhrada zdravotní péče nižší, než je v členském státě pojištění, může to omezit nebo dokonce zabránit pacientovi v tom, aby do jiného členského státu za zdravotní péčí cestoval. Navíc se jedná o ambulantní zdravotní péči, která by předchozímu souhlasu podléhat neměla. V tomto směru by tedy nařízení 1408/71 mohlo být v rozporu se SES, přičemž tento rozpor nelze vynahradiť tím, že příslušná instituce zaručí pojištěné osobě doplňkovou úhradu v rámci pravidel popsaných v odůvodnění rozsudku *Vanbraekel*.²⁴² Možné námitce, že dobře informovaný pacient se odvolá na příslušný článek nařízení 1408/71 jen v tom případě, že to pro něj bude výhodnější, lze argumentovat tím, že pokud se občan Evropské unie dovolává právního ustanovení sekundární komunitární legislativy, může shledat, že práva, která mu SES uděluje přímo, jsou porušena.²⁴³

Podle současného právního stavu (SES interpretovaná relevantní judikaturou ESD) tedy existuje nárok k čerpání zdravotní péče v jiném členském státě a k získání úhrady od příslušné instituce až do výše podle právních předpisů členského státu pojištění. Tento nárok je za některých výše uvedených okolností podmíněn udělením předchozího souhlasu příslušnou institucí. Navíc ale existuje právo požádat příslušnou instituci o předchozí souhlas a získat úhradu zdravotní péče v jiném členském státě v souladu s nařízením 1408/71. Toto právo se za stanovených podmínek stane vymahatelným nárokem. Proto bude-li v budoucnu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči přijata a bude tak potvrzena svoboda poskytování zdravotních služeb a možnost omezení této svobody z ospravedlnitelných důvodů, **na současném právním stavu se nezmění nic víc než to, že svoboda poskytování zdravotních služeb bude vymahatelná nejen z ustanovení SES, ale v zájmu právní jistoty také podle budoucí směrnice, nebo přesněji řečeno podle národních předpisů, do kterých bude tato směrnice transponována.**

²⁴² C-368/98 z 12. července 2001.

²⁴³ JORENS, Y., COCHEIR, M., VAN OVERMEIREN, F., Bulletin luxembourgeois des questions sociales, Volume 18, 2005, International conference April 8th 2005, *Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systeme*, Lucembursko, 2005, s. 105.

Ačkoliv má návrh směrnice předložený Komisí²⁴⁴ jiný právní základ než koordinální nařízení 1408/71, resp. 883/2004, dochází k tomu, že se předměty jejich regulace prolínají. Jde o situace, kdy pojištěná osoba žádá příslušnou instituci o udělení předchozího souhlasu. Vždy se jedná o **plánovanou** zdravotní péči, kterou pojištěná osoba zamýšlí čerpat v jiném členském státě. Pokud osoba usiluje o úhradu nákladů příslušnou institucí podle právních předpisů členského státu, kde bude zdravotní péči čerpat, musí mít předchozí souhlas podle nařízení 883/2004 **vždy**. Jedná-li se o zdravotní péči, která udělení předchozího souhlasu nepodléhá, může osoba vycestovat i bez souhlasu příslušné instituce a zdravotní péče jí bude proplacena podle právních předpisů členského státu pojištění, tj. podle směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, resp. podle ustanovení SES o volném pohybu služeb a zboží. Pojištěná osoba tedy volí mezi úhradou podle právních předpisů státu pojištění, nebo státu ošetření. V závislosti na tom, ve kterém členském státě zdravotní péči čerpá, může dojít k různým variantám toho, co je pro ni výhodnější. Pro příslušné instituce je nejvýhodnější předchozí souhlas neudělit vůbec, pokud ovšem nejsou splněny podmínky, kdy udělen být musí. Bude-li přece jen příslušná instituce souhlas udělovat, pak je pro ni výhodnější udělit ho podle pravidel stanovených ve směrnici o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, resp. těchto pravidel transponovaných do národních právních předpisů, neboť za příslušnou přeshraniční zdravotní péči vynaloží finanční prostředky ve stejné výši, jako by se jednalo o zdravotní péči čerpanou v členském státě pojištění. Nejméně výhodný režim fakultativního udělování předběžného souhlasu představuje pro příslušnou instituci ten, který je udělen podle koordinálních nařízení 1408/71, resp. 883/2004, neboť příslušná instituce vynaložené náklady uhradí ve výši podle právních předpisů členského státu ošetření. Ačkoliv nyní neexistují žádné předběžné analýzy toho, v jaké míře pravděpodobně budou pacienti mobilní,²⁴⁵ a ani nelze předpokládat, jak velké budou v následujících letech finanční prostředky příslušných institucí, lze si zjednodušeně představit, že příslušné instituce, pokud se rozhodnou v konkrétním případě předchozí souhlas udělit, budou dávat přednost tomu, aby úhrada proběhla právě podle pravidel

²⁴⁴ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁴⁵ Evropská komise uvádí, že se jedná přibližně o 1 % pacientů, zároveň ale přiznává, že se jedná o pouze o odhad.

stanovených směrnicí o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

Praktický postup bude zřejmě následující. Pojištěná osoba se bude informovat u příslušné instituce o úhradě přeshraniční zdravotní péče. Bude jí sděleno, že úhrada některé zdravotní péče podléhá udělení předchozího souhlasu. Bude-li se pojištěná osoba domnívat, že podmínění úhrady zdravotní péče v konkrétním případě není odůvodněné, bude se muset obrátit na národní soud, aby tuto otázku posoudil. Bude-li požadavek odůvodněný, pojištěná osoba si vybere, zda bude žádat o udělení předchozího souhlasu podle koordinálního nařízení 1408/71, resp. 883/2004, nebo podle směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, resp. národních předpisů, do nichž bude směrnice transponována. Je ovšem důležité si uvědomit, že stejná práva má pojištěná osoba již za současného právního stavu, tedy i bez existence příslušné směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

Není zcela jasné, zda nařízení 883/2004 ve svém článku 20 odst. 1, udělování předchozího souhlasu jinak, než podle tohoto nařízení, nevylučuje. Uvedené ustanovení totiž stanoví, že **není-li v tomto nařízení stanoveno jinak, pojištěná osoba cestující do jiného členského státu za účelem čerpat tam během pobytu věcné dávky žádá o souhlas příslušné instituce**. Jelikož v nařízení 883/2004 jinak stanoveno není, lze mít za to, že pojištěné osobě nezbude nic jiného, než požádat o udělení předchozího souhlasu podle tohoto nařízení vždy, když se rozhodne cestovat za zdravotní péčí do jiného členského státu. Příslušná ustanovení směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči budou transponována do zákona, přičemž nařízení má před zákonem aplikační přednost. Je zřejmé, že uvedené ustanovení nařízení 883/2004 je v rozporu se základním principem svobodného pohybu, neboť **namísto toho, aby podmíněnost udělování předchozího souhlasu byla opatřením výjimečným, ospravedlněným zvláštními důvody veřejného zájmu, stanoví příslušné ustanovení nařízení 883/2004 přesný opak**. Přesto však postup udělování předchozího souhlasu podle koordinálního nařízení 883/2004 nestanoví žádné další podrobnosti.

Je tak zcela nejednoznačné, zda v konečném důsledku má být systém udělování předchozího souhlasu jeden, nebo dva. Kritéria rozhodování podle nařízení 1408/71, resp. 883/2004 jsou zcela volná, závisí pouze na rozhodnutí příslušné instituce, zda předchozí souhlas udělí (nejedná-li se o případ, kdy předchozí souhlas udělen být musí). Naproti tomu kritéria uvedená ve směrnici o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, ač zatím pouze v návrhu vyplývají již nyní přímo ze SES a jsou závazná. Závěrem je, že dotčená **právní úprava plánované přeshraniční zdravotní péče by vůbec neměla být předmětem nařízení 1408/71, resp. 883/2004**. Příslušná instituce by byla oprávněna vydávat (fakultativní) předchozí souhlas i bez toho, že by k tomu bylo v nařízení 1408/71, resp. 883/2004 výslovně uvedeno, že to může dělat. Řešením uvedených rozporů by bylo odstranění příslušné úpravy z těchto nařízení. Bude však zřejmě záležet teprve na budoucích výkladech ESD, jak se bude řešení vyvíjet.

4.8 Úhrada přeshraniční zdravotní péče příslušnou institucí

Způsob, jakým příslušná instituce vypořádá vůči pojištěné osobě závazky, které pro ni vyplynou z přeshraničního čerpání zdravotní péče, je předmětem národních právních předpisů a bude záviset na tom, jak je nastaven zdravotní systém v členském státě pojištění.

Jde-li o systém založený na veřejném zdravotním pojištění, může příslušná instituce uhradit náklady za přeshraniční zdravotní péči přímo poskytovateli z jiného členského státu, a to buď na základě smlouvy s tímto poskytovatelem, anebo na základě smlouvy s institucí v místě ošetření, která náklady výpomocně převezme. Takový systém by byl pro pojištěnou osobu nejvýhodnější, protože by nepotřebovala disponovat hotovostí, kterou by musela za zdravotní péči vynaložit a která by jí teprve následně byla proplacena. Současně je to však způsob administrativně nejvíce náročný a lze předpokládat, že členské státy nebudou tomuto způsobu vypořádání nakloněny. Jinou variantou tedy je, že pojištěná osoba v jiném členském státě zdravotní péči sama přímo zaplatí a po návratu do státu pojištění požádá příslušnou instituci o následné proplacení nákladů.

V systémech založených na národní zdravotní službě si lze uzavírání smluv se zahraniční institucí představit ještě obtížněji a jako pravděpodobná se jeví spíše varianta následného proplacení nákladů. V těchto systémech však dochází k dalším obtížím způsobeným nastavením tohoto systému tak, že lékaři jsou v podstatě zaměstnanci státu a poskytují zdravotní péči v potřebném objemu, aniž by náklady vyúčtovali příslušné instituci. Obvykle tak v těchto systémech neexistují ceníky zdravotní péče, ani obdobné nástroje k určení ceny zdravotní péče. Bude-li pak muset příslušná instituce národní zdravotní služby uhradit náklady za zdravotní péči do té výše, do jaké by je uhradila, kdyby stejná zdravotní péče byla čerpána v příslušném státě, nemá příslušná instituce žádný nástroj, jakým by mohla tyto domácí ceny vypočítat. Stejný problém se vyskytuje při aplikaci koordinačních nařízení 1408/71 a 574/72 a doposud nebyl uspokojivě vyřešen, neboť to v dotčených členských státech vyvolává obavy, že komunitární právní předpisy stanovením této povinnosti zasahují do práva členských států nést odpovědnost za organizování svých zdravotních systémů.

Úhrada v penězích může znamenat, že si přeshraniční zdravotní péči budou moci dovolit jen finančně zajištění pacienti. Návrhy Evropského parlamentu dříve směřovaly k tomu, aby se pojištěným osobám poskytovaly poukazy, jimiž by pacienti mohli zdravotní péči hradit bezhotovostně (tj. jakési „stravenky na zdravotní péči“). Z těchto návrhů však prozatím sešlo, neboť jsou v praxi velice obtížně proveditelné, ne-li přímo nemožné.

4.9 Uznávání lékařských předpisů

Neoddělitelnou částí přeshraniční zdravotní péče je poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Uznávání lékařských předpisů vydaných v jiném členském státě se proto zákonitě musí týkat také poukazů na zdravotnické prostředky. Z ustanovení SES o volném pohybu zboží lze dovodit povinnost členských států zabezpečit, že lékařský předpis vydaný kvalifikovaným a zákonem k tomu oprávněným zdravotnickým pracovníkem pro pacienta v jednom členském státě musí být vykonatelný v jiném členském státě, jestliže autenticita a obsah předpisu jsou zřejmé. Jiný postup by znamenal překážku volného pohybu zboží. Má-li lékárník (nebo jiný zdravotnický pracovník podle návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů

v přeshraniční zdravotní péči)²⁴⁶ pochybnosti o obsahu lékařského předpisu, může odmítnout položku vydat, nebo se souhlasem pacienta mu může nabídnout generickou náhradu, nebo mu může doporučit navštívit místního lékaře, který by původní lékařský předpis mohl ověřit, anebo by mohl vydat předpis nový. Problematika nesrozumitelnosti lékařského předpisu se samozřejmě netýká jen těch s přeshraničním prvkem a stejně tak může dojít k pochybám o jeho obsahu při použití předpisu čistě na národním území.

Uznávání lékařských předpisů se vždy řídí národními právními předpisy toho členského státu, v němž má být položka lékařského předpisu vydána. To znamená, že lékárník (nebo jiný zdravotnický pracovník podle návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči)²⁴⁷ nikdy nevydá tu položku, která na území tohoto státu není dovoleným léčivým přípravkem nebo zdravotnickým prostředkem. Na druhou stranu se může stát, že zdravotnický pracovník předepíše lékařský předpis na výrobek, který není registrovaný v členském státě, kde je tento pracovník usazen, ale pacient přesto může tento výrobek získat na základě tohoto předpisu v jiném členském státě.

Určení toho, kdo je osobou kvalifikovanou a zákonem oprávněnou k předepisování lékařských předpisů, spadá do kompetence členských států.

Uznávání lékařských předpisů již nyní existuje, je však problematické. Členské státy se obávají zneužívání tohoto institutu. Obavy se týkají toho, že osoba oprávněná předepisovat léky v jednom státě k tomu nemusí být oprávněna ve státě, v němž pojištěná osoba tento předpis uplatňuje. Stejně tak hrozí riziko, že pojištěná osoba si nechá v jiném členském státě předepsat léky, které se na území státu, kde je pojištěna, neposkytují. Dnes je možné vyzvednout si lékařský předpis v jiném členském státě, v případě lékařsky nezbytné péče postačí předložení Evropského průkazu zdravotního pojištění. Jde-li však o plánovanou zdravotní péči, musí osoba předložit platné potvrzení na formuláři E 112, popřípadě po návratu do státu pojištění předloží příslušné instituci účet za léky, a pokud by na tytéž léky měla nárok i podle právních předpisů tohoto

²⁴⁶ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁴⁷ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

státu, proplatí jí příslušná instituce léčivo do výše podle právních předpisů, kterým podléhá, jinak si pojištěná osoba musí léčivo uhradit z vlastních prostředků.

4.10 Stanovení cen zdravotní péče pro zahraniční pacienty

Při zkoumání přístupu poskytovatelů zdravotní péče k pacientům, kteří jsou pojištěni ve veřejném systému jiného členského státu, pokud jde o náklady za poskytovanou zdravotní péči, je třeba vzít v úvahu ustanovení SES o volném pohybu služeb, judikaturu ESD týkající se charakteru zdravotních služeb a národní právní předpisy jednotlivých členských států. Jako první je třeba si uvědomit, že pouze služby poskytované za odměnu, na které se **vztahuje zásada volného pohybu osob**, mohou být považovány za služby, na které se podle SES vztahují ustanovení o volném pohybu služeb, které jsou skutečným právním základem návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.²⁴⁸ Dále je třeba zkoumat judikaturu ESD, která vyložila rozdíly mezi poskytováním zdravotních služeb podle zásady volného pohybu osob (provedené v nařízení 1408/71) a nároky, které vyplývají z příslušnosti k veřejnému systému příslušného státu (tj. zásada volného pohybu služeb). ESD opakovaně vyjádřil, že právní nástroje koordinace systémů sociálního zabezpečení poskytují více nároků než samotná SES. To se týká především **práva na rovné zacházení** s osobami pojištěnými u veřejné instituce členského státu ošetření. Toto právo podle výkladu ESD nemůže být pojištěným osobám zaručeno pouhými právními předpisy členského státu pojištění,²⁴⁹ což vlastně znamená při použití směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Z uvedeného vyplývá, že zdravotní služby poskytované v jednom členském státě osobě pojištěné v jiném členském státě, musí být na základě směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči v zásadě prováděny za odměnu. Stejný postup, který se použije v případě osob pojištěných ve státě ošetření, nemůže být *a priori* zaručen. Jinými slovy, **ačkoliv se použije stejný přístup jako v případě místních pojištěnců, neznamená to totéž jako rovné zacházení s osobami pojištěnými ve státě**

²⁴⁸ Viz článek 50 SES.

²⁴⁹ Viz C-56/01 *Inizan*, odst. 22: „Pojištěným osobám je tak zaručeno právo, které by jinak neměly, jelikož zahrnuje úhradu institucí místa pobytu podle právních předpisů, kterými se řídí, tato práva nemohou být těmto osobám *a priori* zaručena podle právních předpisů samotného příslušného státu.“

ošetření. Náklady za zdravotní péči vyúčtovanou pacientovi z jiného členského státu se mohou ve skutečnosti od nákladů vyúčtovaných v případě osob pojištěných ve státě ošetření lišit. Jediný právní nástroj, který může regulovat náklady za zdravotní péči, je národní právní předpis, jenž se použije na státní občany členského státu ošetření (které nemusí nutně být pojištěnými osobami). Takový národní předpis může rozlišovat mezi náklady vyúčtovanými veřejnému zdravotnímu systému a náklady, které mohou být vyúčtovány přímo pacientovi, který není tímto veřejným systémem pokryt. Existuje-li takový národní právní předpis, poskytovatelé zdravotní péče budou pravděpodobně volit cenu úhrady, která pro ně bude nejvýhodnější. Na druhou stranu toto nemůže směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ani jiný právní nástroj založený na právním základě volného poskytování služeb nijak ovlivnit. Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči nemůže zavést zvláštní stanovení cen pro poskytovatele zdravotní péče, které by se vztahovalo pouze na služby poskytované cizincům. Zdravotní péče poskytovaná v rámci směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je založena na soukromoprávním vztahu, na smlouvě mezi pacientem a poskytovatelem. Pokud by se komunitární zákonodárce pokusil pomocí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči přizpůsobit ceny za zdravotní péči cenám vyúčtovaným veřejnému systému, dostal by se mimo právní základ této směrnice, kterým je volné poskytování služeb. Pokud by se pokusil přizpůsobit ceny úrovni cen členského státu pojištění, nutil by poskytovatele zdravotní péče účtovat ceny veřejného systému jiného členského státu, takový přístup by odporoval všem současným pravidlům, byl by mimo rámec směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, existující judikatury ESD a dokonce mimo jakýkoliv právní základ. Na druhou stranu, ceny zdravotní péče zajisté mohou být dohodnuty smluvně mezi poskytovatelem zdravotní péče a jejím nákupčím. Tato možnost však není v návrzích textu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči výslovně zmíněna. Stejně tak může být cena smluvně dohodnuta mezi poskytovatelem a pacientem v rámci právních předpisů členského státu ošetření.

Pokud jde o případnou **spoluúčast pojištěné osoby**, není žádný právní důvod, aby směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči upravovala úroveň spoluúčasti ve státě pojištění nebo ve státě ošetření. Nároky na proplacení nákladů za přeshraniční zdravotní péči se řídí pouze právními předpisy členského státu pojištění a odpovídají ceně věcné dávky hrazené příslušnou institucí, jaká by byla, kdyby zdravotní péče byla poskytnuta v členském státě pojištění. Výpočet případné částky za spoluúčast by měl být v rukou příslušné instituce a může zahrnovat také platby, které by se staly příjmem systému, pokud by zdravotní péče byla poskytnuta v členském státě pojištění. Výpočet částky za spoluúčast musí být proveden podle právních předpisů a charakteristik veřejného systému členského státu pojištění.

4.11 Spolupráce členských států

Návrh směrnice předložený Komisí²⁵⁰, ve znění pozměňovacích návrhů Švédského předsednictví²⁵¹ zahrnuje oblast spolupráce členských států, která představuje třetí pilíř²⁵² navrhované právní úpravy přeshraniční zdravotní péče. Spolupráce se dotýká pěti různých okruhů. První se týká povinnosti členských států poskytovat si **vzájemnou pomoc**, jež bude nezbytná k implementaci směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, což zahrnuje výměnu informací o standardech a opatřeních týkajících se kvality a bezpečnosti, dohled a spolupráci směřující k vyjasnění obsahu faktur. Druhý okruh povinností spolupráce se vztahuje na uznávání lékařských předpisů (k tomu viz část 4.9).

Další okruh spolupráce se týká **Evropských referenčních sítí**, které vznikají mezi poskytovateli zdravotní péče a odbornými středisky v členských státech. Tyto sítě jsou schopny zlepšit přístup diagnózám a k poskytování vysoce kvalitní zdravotní péče všem pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje zvláštní soustředění expertních zdrojů. Stejně tak jsou místy, která rozvíjí vzdělávání, trénink, výzkum, hodnocení informací a jejich rozšiřování. Návrh směrnice

²⁵⁰ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁵¹ Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

²⁵² Prvním pilířem jsou zásady společné všem zdravotním systémům v rámci Evropské unie (tj. stanovení toho, který stát je odpovědný za zajištění společných zásad týkajících se zdravotní péče a co je obsahem těchto povinností), druhým pilířem je vyjasnění nároků pacientů, kteří čerpají přeshraniční zdravotní péči.

o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči²⁵³ v této části pouze stimuluje členské státy k tomu, aby byla usnadněna jejich spolupráce v dalším rozvoji těchto sítí. Evropské referenční sítě jsou založeny na dobrovolné účasti jejich členů. Komise je však zmocněna k tomu, aby vytvořila kritéria a podmínky, které musí sítě splnit, pokud budou usilovat o čerpání finanční podpory od Komise. Spolupráce členských států předpokládaná návrhy směrnice²⁵⁴ by měla probíhat na právním základě podle článku 152 odst. 4 písm. c) SES, neboť i zde se jedná o stimulační opatření určená k ochraně a zlepšení lidského zdraví, s vyloučením harmonizace právních předpisů členských států. Návrh Komise²⁵⁵ tento článek výslovně neuváděl.

Stejný právní základ jako pro Evropské referenční sítě, tj. článek 152 odst. 4 písm. c) SES, by měl být uveden pro další okruh spolupráce, kterým je **hodnocení zdravotních technologií**. Stálý vývoj lékařské vědy a zdravotních technologií představují příležitosti a výzvy zdravotním systémům členských států. Spolupráce na hodnocení nových zdravotních technologií může ekonomicky podpořit členské státy a zabránit zdvojování úsilí, stejně jako poskytnout lepší základ pro důkazy optimálního využívání nových technologií. Taková spolupráce staví na existujících pilotních projektech a vyžaduje udržitelné struktury zahrnující všechny relevantní orgány členských států. Uvedením tohoto typu spolupráce do právního nástroje, kterým je směrnice, umožní Společenství poskytovat spolupráci pokračující finanční podporu. Dosud existující pilotní projekty jsou totiž časově ohraničeny a mají vždy svůj rozpočet, po skončení projektu tedy spolupráce nemůže pokračovat.

Poslední oblastí spolupráce je **eHealth**, neboli elektronické zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že se jedná o finančně velice náročnou oblast, brání se členské státy tomu, aby se jednalo o spolupráci závaznou. Návrh směrnice²⁵⁶ proto stanoví pouze to, že za podpory Komise budou členské státy usilovat o interoperabilitu informačních a komunikačních systémů, a to zvláště tím, že

²⁵³ Tj. ve znění čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví, Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

²⁵⁴ Tj. ve znění čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví, Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

²⁵⁵ Dokument COM(2008) 414 2008/0412 (COD).

²⁵⁶ Tj. ve znění čtvrtého kompromisního návrhu Švédského předsednictví, Dokument 16132/09 SAN 329 SOC 712 MI 438 CODEC 3128.

budou specifikovat nezbytné standardy a terminologii pro interoperabilitu. V rámci Společenství jsou nyní používány široce rozdílné a nekompatibilní formáty a standardy pro přeshraniční poskytování zdravotní péče založené na využívání informačních a komunikačních technologií. To vytváří jednak překážky tomuto druhu poskytování přeshraniční zdravotní péče, jednak vzniká nebezpečí ochrany zdraví.

4.12 Důsledky případného přijetí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči pro české právní předpisy

Dosud není jisté, zda směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči bude nakonec přijata. Stane-li se tak, předpokládaná transpoziční lhůta je tři roky od nabytí účinnosti směrnice. V této lhůtě bude muset ČR změnit své právní předpisy tak, aby splnila svou povinnost podle článku 10 SES ve spojení s článkem 249 SES. V této souvislosti je ovšem potřeba si uvědomit, že **osoby účastné veřejného zdravotního pojištění mají nárok na úhradu přeshraniční zdravotní péče již nyní, a to přímo ze SES**, popřípadě za pomoci výkladů v příslušné judikatuře ESD. Změny ohledně úhrad přeshraniční zdravotní péče se pravděpodobně budou provádět v zákoně o veřejném zdravotním pojištění.²⁵⁷ Zřejmě bude muset vzniknout nové ustanovení v zákoně, které bude definovat pojem přeshraniční zdravotní péče. Nově se bude muset stanovit, která zdravotní péče bude podléhat udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí s čerpáním přeshraniční zdravotní péče. Je nepravděpodobné, že by se ČR vzhledem k omezeným finančním možnostem veřejného zdravotního pojištění a k existujícím sítím smluvních vztahů zdravotních pojišťoven se zdravotnickými zařízeními rozhodla uvolnit čerpání veškeré přeshraniční zdravotní péče. Pro udělování předchozího souhlasu s čerpáním přeshraniční zdravotní péče příslušnou institucí bude muset být zaveden správní postup, v jehož rámci bude určeno, jak a komu se žádost o udělení předchozího souhlasu podává, jaké jsou náležitosti žádosti, kdo může žádat, lhůty k vyřízení žádosti, opravné prostředky pro případ zamítnutí žádosti apod. Zákon bude muset zakotvit pravidlo pro úhradu přeshraniční zdravotní péče, tedy úhradu alespoň do výše podle českých

²⁵⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

právních předpisů. Veškerá tato právní úprava chybí již nyní, kdy ohledně nároků pojištěných osob na úhradu přeshraniční zdravotní péče panuje právní nejistota.

Právní úprava otázek týkajících se informací poskytovaných pacientům bude zřejmě řešena zavedením národního kontaktního místa či míst. Bude třeba rozhodnout o počtu a rozmístění těchto míst, o financování jejich provozu a o začlenění do soustavy správních orgánů. Kontaktním místem by mohlo být Ministerstvo zdravotnictví, nebo jeho přímo řízená organizace. Kontaktní místa by také mohla vznikat na ústředích či pobočkách jednotlivých zdravotních pojišťoven, popřípadě by mohlo dojít k rozšíření činnosti CMU.

ZÁVĚR

Právní úprava přeshraniční zdravotní péče vychází stále z příslušných ustanovení Smlouvy o založení Evropského společenství, která stanoví zásady volného pohybu zboží a služeb. V rámci provádění zásady volného pohybu osob je v koordinačních nařízeních 1408/71, resp. 883/2004 částečně řešena otázka nároku na zdravotní péči při pobytu v jiném členském státě. Ačkoliv od klíčových rozhodnutí Evropského soudního dvora ve věcech *Kohll* a *Decker* uplynulo téměř 12 let, stále nebyl přijat žádný nástroj sekundární komunitární legislativy, který by zavedl právní jistotu ohledně práv pacientů cestujících v rámci Evropské unie za zdravotní péčí a který by jasně stanovil pravidla pro úhradu této přeshraniční zdravotní péče.

Návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, který v létě 2008 předložila Komise, byl zkoumán na pracovní skupině Rady a s velkým množstvím pozměňovacích návrhů prošel prvním čtením Evropského parlamentu. Ukázalo se, že otázky poskytování a úhrady zdravotní péče jsou pro členské státy velice citlivými a že tyto státy sice mobilitě pacientů obecně deklarují podporu, avšak jejich obavy z možných negativních dopadů na národní zdravotní systémy nyní převažují. S nadsázkou tak nyní lze za jediného zákonodárce ohledně otázek úhrady přeshraniční zdravotní péče považovat pouze Evropský soudní dvůr.

Hlavní obavy členských států vznikají v souvislosti s tím, že podle Smlouvy o založení Evropského společenství nesou sice odpovědnost za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče členské státy, ale povinnost hradit náklady za přeshraniční zdravotní péči se může negativně projevit na finanční stabilitě jednotlivých systémů, stejně jako na snížené možnosti plánovat poskytování zdravotní péče na vlastním území. Méně opodstatněné jsou pochyby ohledně kvality a bezpečnosti zdravotní péče, která je poskytována v jiných členských státech, neboť komunitární legislativa již upravila otázky uznávání kvalifikací lékařských povolání.

Zásadní otázkou, která doposud nebyla uspokojivě vyřešena, je stanovení zdravotní péče, která může z důvodů veřejného zájmu podléhat udělení předchozího souhlasu příslušnou institucí. Nebylo přitom vyjasněno, jakým způsobem se tato péče bude určovat konkrétně. Evropský soudní dvůr ve své judikatuře vyložil, že předchozímu souhlasu může podléhat nemocniční péče, aniž by definoval, co se nemocniční péčí rozumí. Tento koncept byl však v novějších návrzích textu budoucí směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči opuštěn, neboť bylo uznáno, že v nemocničním prostředí se obvykle poskytuje také ambulantní péče. Další otázkou zůstává, jakým způsobem se bude předchozí souhlas udělovat. Zde se navíc návrhy směrnice dostaly do střetu s koordinačními nařízeními 1408/71, resp. 883/2004, podle nichž již příslušné instituce předchozí souhlas udělují fakultativně, nejsou-li splněny stanovené podmínky, za nichž předchozí souhlas být vydán musí.

Spornou oblastí, která se může pro návrh směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči stát v budoucnu osudnou, je vyloučení tzv. nesmluvních poskytovatelů z rozsahu této směrnice, zejména z úhrad přeshraniční zdravotní péče, kterou poskytují. Obavy z toho, že tito (soukromí) poskytovatelé neposkytují kvalitní a bezpečnou zdravotní péči, byly sice překonány, například v judikátu Evropského soudního dvora ve věci *Stamatelaki*, některé členské státy však trvají na tom, že nad nesmluvními poskytovateli nemají dostatečnou kontrolu a požadují, aby pojištěné osoby byly pro účely úhrady povinny čerpat přeshraniční zdravotní péči pouze u těch poskytovatelů, kteří jsou napojeni na místní systém sociálního zabezpečení, popřípadě alespoň jimi poskytovaná péče splňuje požadované standardy kvality a bezpečnosti.

Předpokládá se, že pacient raději čerpá zdravotní péči co nejbližší svému bydlišti, a mobilita pacientů je proto spíše výjimečným případem. To ale neplatí například v příhraničních oblastech, kde může být přeshraniční poskytovatel místně méně vzdálen, a možnost vycestovat za zdravotní péčí za hranice je pro pacienta může být vhodnější. V každém případě bude právní úprava zakotvující práva pacientů na úhradu přeshraniční zdravotní péče, na relevantní informace a na rovné zacházení, jaké požívají místní pacienti, znamenat nejen

tolik žádanou právní jistotu, ale také oživení trhu zdravotní péče. Poskytovatelé zdravotní péče budou více motivováni poskytovat kvalitnější zdravotní péči, aby je stávající pacienti neopouštěli a neodcházeli za lepší péčí do jiných členských států, současně budou poskytovatelé moci lákat zahraniční pacienty.

ABSTRACT

Legislation concerning free movement of patients within the European Union is based on free movement of goods, services and persons. Since the establishment of the European Economic Community, free movement of persons is facilitated *inter alia* by regulations on coordination of social security systems. The European Court of Justice (ECJ) has repeatedly held that healthcare falls within the ambit of the fundamental principle of freedom of movement. In July 2008, the European Commission presented a Proposal for a directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Its declared purpose was to ensure patients mobility in accordance with the principles established in the constant judicature of the ECJ by codifying the principles of reimbursement of cross-border healthcare, to enable patients to access to safe and high quality healthcare in the Community, including provision of relevant information on safety and quality standards as well as on which healthcare providers are subject to these standards. Third pillar of this proposal was to promote cooperation on healthcare between Member States. In November 2009, it is still not sure that the proposal will be approved by the Council of the European Union. The current legal state is established on regulations on social security coordination and on the European Community Treaty, in particular on the provisions concerning free movement of goods and services, as interpreted by the ECJ. In the sake of legal certainty, it is necessary to adopt new legal instrument and to provide rules for enabling and facilitating the access to cross-border healthcare.

This thesis is divided into four Chapters. The first Chapter introduce into the financing of healthcare. Chapter II is devoted to the development of legal instruments concerning cross-border healthcare, the most part being presented by the relevant judicature of the ECJ. Chapter III is intended to analyze the current legal state in the context of Czech legislation. The last Chapter describes in more detail some aspects of cross-border healthcare, particularly the legal base, chosen legal instrument, scope of the proposal, responsibilities of the Member States, healthcare that may be subject to prior authorization and the procedure of granting of prior authorization, recognition of medical prescriptions and price-settings.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- DUCHÁČKOVÁ, E. - *Principy pojištění a pojišťovnictví*. Ekopress, 1. vydání, Praha, 2003, 178 s.
- EUROPEAN PARLIAMENT'S COMMITTEE ON EMPLOYMENT AND SOCIAL AFFAIRS - *Health care financing in the context of social security*, (IP/A/EMPL/ST/2006-208), 2008, 163 s.
- GLADKIJ, I. - *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2000, 177 s.
- GLADKIJ, I. – STRNAD, L. - *Zdravotní politika a zdravotnictví*. 1. vydání, Univerzita Palackého v Olomouci, 2002, 112 s.
- GREGOROVÁ, Z. – GALVAS, M. - *Sociální zabezpečení*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Masarykova univerzita a nakladatelství Doplněk, Brno, 2000, 280 s.
- JORENS, Y., COCHEIR, M., VAN OVERMEIREN, F., Bulletin luxembourgeois des questions sociales, Volume 18, 2005, International conference April 8th 2005 - *Access to Health Care in an Internal Market: Impact for Statutory and Complementary Systeme*, Lucembursko, 2005, 268 s.
- KUTZIN, J. - *Health financing policy: a guide for decision-makers*. World Health Organisation, 2008, 29 s.
- MERTL, J. - *Úloha a postavení veřejných financí v české zdravotní politice*, příspěvek v rámci GA ČR Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech, GA 402/07/0165, 12 s.
- NĚMEC, J. - *Principy zdravotního pojištění*. 1. vydání, Grada Publishing, Praha, 2008, 240 s.
- PENINGS, F. - *Introduction to European Social Security Law*, Fourth Edition; Intersentia, 2003, 393 s.
- *Social Security for Frontier Workers, Conference 21. – 25. 11. 2001 Aachen, Germany*. Akademische Verlagsgesellschaft Aka GmbH, 2003, 221 s.
- Tröster, P. a kolektiv – *Právo sociálního zabezpečení*. 2. vydání, C. H. Beck, Praha, 2002, 359 s.

