Univerzita Karlova v Praze

Právnická fakulta

Volný pohyb pacientů v rámci Evropské unie

12/2014 **Petra Müllerová**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 15. 12. 2014 . . . . . .

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu profesorovi JUDr. PhDr. Michalu Tomáškovi, DrSc., že se ujal mé diplomové práce a byl mi nápomocen.

Dále paní profesorce Nathalie De Grove-Valdeyron, která mě motivovala k výběru tématu a pomohla nalézt zdroje.

V neposlední řadě si dovolím poděkovat své rodině, která mi celou dobu studia pomáhala a svým přátelům, kteří mi byli oporou.

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Monsieur JUDr. PhDr. Michal Tomášek, DrSc., qui a accepté d'être le directeur de mon mémoire, j'ai pu apprécier son dynamisme et sa faculté à toujours m'apporter son aide.

Madame Nathalie De Grove-Valdeyron, qui m´a motivé grâce à ses cours de choisir ce sujet et qui m´a beaucoup aidé à trouver des sources pour mon mémoire.

Ma famille et mes amis qui m'ont apporté du soutien durant toutes les années de mes études.

Obsah

Úvod ... 5
1. Vývoj společné zdravotní politiky ... 7
1.1. Úprava zdravotní politiky v primárním právu ... 8
2. Zdravotní politika v návaznosti na vnitřní trh ... 12
2.1. Pacient v rámci volného pohybu a pobytu osob ... 13
2.1.1. Volný pohyb občanů Evropské unie ... 14
2.1.2. Právo pobytu v jiném členském státě EU ... 16
2.1.3. Omezení volného pohybu osob ... 18
2.2. Vztah zdravotní péče a volného pohybu služeb ... 20
2.2.1. Zákaz omezovaní svobody pohybu služeb ... 22
2.2.2. Výjimky ze zákazu volného poskytování služeb ... 25
2.3. Pacient jako spotřebitel ... 29
2.4. Vztah zdravotní péče a volného pohybu zboží ... 30
3. Legislativní úprava volného pohybu pacientů v rámci EU ... 33
4. Právní úprava a judikatura SDEU vztahující se na neplánované a plánované ošetření ... 37
4.1. Neplánované ošetření ... 38
4.2. Plánované ošetření ... 39
4.2.1. Povolení k podstoupení léčby ... 40
4.2.2. Proplácení nákladů ... 46
5. Směrnice 2011/24 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ... 48
5.1. Důvody přijetí nové úpravy ... 49
5.2. Zásady náhrady nákladů ... 50
5.3. Zdravotní péče, která může být podmíněná předběžným povolením ... 51
Závěr ... 54
Resumé ... 56
Seznam zkratek ... 58
Seznam literatury (včetně elektronických zdrojů) ... 59

Úvod

Česká republika je již víc než deset let součástí Evropské unie. Členství v ní poskytuje českým občanům mnohé výhody. Jednou z nich je i využívání volného trhu. Cestování téměř po celé Evropě bez cestovních pasů, studium v zahraničí bez zbytečných povolení a víz, nové zaměstnání v jiném členském státě, to vše se stalo běžnou součástí života zejména mladé generace. Mobilita pracovníků, studentů, ale také pouhý turismus mezi jednotlivými členskými státy díky volnému trhu poslední desetiletí narůstá geometrickou řadou.

I když často nepozorovaně, s mobilitou obyvatel se vždy pojí i mobilita pacientů. Kam jde pracovník, turista či student, nese si s sebou svoji zdravotní diagnózu. Nejsou ojedinělá nezbytná ošetření úrazů i nemocí, které se projeví během dovolené v jiném členském státě. Nemluvě o případech, kdy se státní příslušníci zdržují delší dobu v rámci zaměstnání či studia v jiném členském státě. Přeshraniční ošetření a mobilita pacientů je běžnou součástí volného trhu.

Nebylo tomu tak vždy. Potřeba úpravy sociálních a zdravotních práv občanů se začala objevovat až s rozvojem volného trhu. Do té doby bylo toto téma pro Společenství nezajímavé a nebyl spatřován důvod k jakýmkoliv zásahům do této oblasti. V dnešní době je víc než jasné, že mobilita pacientů se stala denní realitou EU a její rozvoj bude pokračovat.

Důvodem mého zájmu o tuto oblast je velký potenciál, který přináší. Domnívám se, že tato sféra ještě dlouho nebude dostatečně upravena, také kvůli velkým odlišnostem sociálních a zdravotních systémů jednotlivých států.

Při bližším studiu této problematiky jsem narazila na nejasnosti, které tuto právní úpravu dlouhou dobou provázely. Ani jako studentce práv mi nebylo hned jasné, jakými zásadami se tato oblast řídí a která úprava je pro pacienta výhodnější.

Byla jsem překvapená velkým nedostatkem českých právních zdrojů v oblasti volného pohybu pacientů. Neexistence kompletních obsáhlejších publikací byla pro mě překvapivá vzhledem k pozornosti, která je tomuto tématu věnovaná například ve Francii.

Cílem mé diplomové práce je pochopení systému mobility pacienta, přiblížení jednotlivých pojmů a základních principů. Zaměřím se zejména na postavení pacienta a

jemu poskytované lékařské péče v rámci volného trhu. Důležitou součást také bude tvořit judikatura, která je rozsáhlou a často jedinou úpravou této oblasti. V neposlední řadě se zaměřím na nejnovější úpravu, kterou poskytuje směrnice přijatá v roce 2011.

Vzhledem k chybějícím publikacím v českém jazyce se bude moje diplomová práce odvíjet zejména od zdrojů zahraničních, a to hlavně francouzských. Věřím, že i moje diplomová práce může přispět ke zviditelnění této problematiky. Otázka mobility je podle mně nejen současným tématem, které je potřeba řešit, ale i dále se rozvíjejícím tématem budoucnosti.

1. Vývoj společné zdravotní politiky

Veřejné zdraví či zdravotní politika nebyla přímým cílem Evropského hospodářského sdružení. V zakládajících smlouvách EHS bychom tedy definici zdraví hledali marně.
Proto i v tomto případě se vychází ze zřejmě nejznámější definice zdraví, kterou uvádí WHO: *„Zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, který nespočívá pouze v nepřítomnosti nemoci, nebo postižení."*[1]

Tato definice se svou obecností dotýká velkého množství tematických okruhů, čímž zasahuje i oblasti, které byly cílem vlivu, harmonizace či regulace EHS. Nepřímo tím vznikla potřeba upravit ochranu zdraví a zavést zdravotní politiku.

Tato potřeba však hned v počátku naráží na dva významné problémy. V první řadě je to míra suverenity státu v oblasti zdravotní politiky. Ochrana zdraví, její organizace a zejména systémy zdravotní péče tvoří obzvlášť citlivou oblast suverenity státu, čímž vzniká potenciální třecí plocha mezi pravomocemi Evropské unie a jednotlivých členských států.

Druhý problém se odvíjí od rozlišnosti zdravotních politik členských států. Vzhledem k rozdílným politikám se značně různí také zdravotní systémy, nemocniční pojištění a celkové nastavení a financování sociálních systémů v jednotlivých státech. Existuje velká rozmanitost zdravotních systémů a nemocenského pojištění, které spolu koexistují v Evropské unii. Některé jsou zcela veřejné, mluvíme o státním zdravotním pojištění, kde je péče poskytovaná zdarma jako například v Anglii, jiné jsou hybridní jako systém v Nizozemí, další jsou čistě soukromé zdravotní systémy, nebo je péče hrazená pacientem a následně proplácená zdravotní pojišťovnou.[2]

Samozřejmě není pochyb, že panuje shoda členských států na potřebě ochrany lidského zdraví, jak to stanoví článek 9 SFEU, který je dále upřesněn článkem 168 SFEU. Konkrétně zdůrazňuje nutnost zabývat se zlepšováním veřejného zdraví, předcházet lidským nemocem, bojovat proti nejzávažnějším chorobám, neopomíjí ani výzkum a informovanost a rovněž zdůrazňuje potřebu věnovat se palčivým problémům, jako jsou drogy.

---

[1] Preambule zakládající smlouvy Světové zdravotnické organizace přijaté v roce 1946

[2] DE GROVE- VALDEYRON, Nathalie. La mobilité du patient communautaire sous l´angle de la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés européennes: Avancées et incertitudes. *ETUDES DE DROIT COMMUNAUTAIRE DE LA SANTE ET DU MEDICAMENT*. 2009, s. 147

Způsob regulace na úrovni EU však zůstává problematický. Z obecného pohledu zde vyvstává otázka, kde v oblasti sociální politiky končí komunitární kompetence a začínají kompetence státu. Členské státy se nechtějí vzdávat svých pravomocí, a tak je nemožné, aby se tato oblast stala výlučnou pravomocí EU. Značně k tomu přispívá i rozličnost zdravotních systému, které není možné sjednotit vzhledem k dlouholeté zavedené praxi a k návaznosti na další suverénní pravomoci členských států. Proto se v oblasti zdravotní politiky na úrovni EU nejedná o harmonizaci či dokonce unifikaci právní úpravy. Tato oblast se zařazuje podle článku 6 písmeno a) SFEU mezi tzv. "neodevzdané[3] pravomoci, z čehož vyplývá právo EU provádět činnosti, kterými tuto oblast koordinuje.

Suverenita členských státu v oblasti zdravotnictví byla zakotvena do smluv, a to ve formě obecné, jako suverenita v oblasti sociální politiky, v článku 152 SFEU, kde EU uznává rozdílnost systémů a podporuje roli partnerů. Zejména však v článku 168 odstavec 7 SFEU, kde je přímo deklarovaná odpovědnost státu za fungování celé této politiky na úrovni členských států[4]

Koordinační činnost EU, jak je upravena ve SFEU, tedy směřuje k podpoře spolupráce a k zásahům, které mají za cíl zabránit, aby národní politiky narušovaly základní svobody zakotvené ve smlouvě, jako je svoboda pohybu osob, zboží či služeb.

1.1. Úprava zdravotní politiky v primárním právu

Při zakládání EHS se zdravotní politika rozhodně neřadila mezi jeho cíle. Proto ani zakládající smlouvy nepočítaly s její úpravou. V tzv. Římské smlouvě je o ní jediná zmínka, a to v článku 118, která se netýká ochrany zdraví obecně, ale je zde konkretizována jako "ochrana zdraví při práci". Ochrana zdraví byla dlouho upravována nejen v právu primárním, ale také v sekundárním pouze ve spojitosti se zaměstnanci. Bylo to dáno základními cíli EHS, které mělo sloužit jako ekonomicko- obchodní unie, avšak později se jeho kompetence začaly zvyšovat.

V článku 118 byla Komisi přiznána pravomoc podporovat spolupráci a provádět výzkumy v této oblasti. Tato pravomoc je podmíněna úzkou spoluprací s členskými

[3] V originálním znění "*la compétence coordonnée"*

[4] Při činnosti Unie je uznávána odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Odpovědnost členských států zahrnuje řízení zdravotnictví a zdravotní péče, jakož i rozdělování na ně vyčleněných zdrojů.

státy, což naznačuje, že Komise nejen nemá velké pravomoci, ale také je značně podřízená členským státům, protože zasahuje do citlivé národní problematiky.

Jinak tomu bylo u zakládající smlouvy Euratomu, která obsahovala kapitolu nazvanou "Ochrana zdraví a bezpečnosti". Ta obsahovala opatření zaměřená na ochranu zdraví v návaznosti na svoji Preambuli, kde je naznačeno, že členské státy mají mít "starost o zabezpečení bezpečnostních podmínek, které vylučují nebezpečí pro život a zdraví populace".[5] Tato opatření však byla zaměřena pouze na ochranu obyvatelstva a pracovníků před radiací. Úspěchem bylo, že se nezabývala pouze ochranou zaměstnanců, ale také obyvatel. Na druhou stranu nebezpečná povaha radiace nutí připravit preventivní i krizový plán v případě jejího úniku či jakékoliv havárie. Můžeme tedy konstatovat, že v rámci této smlouvy bylo povinností až přímo nutností věnovat se také zdraví obyvatelstva.

Vztah ekonomického rozměru a zdravotnictví byl posílen až přijetím Jednotného evropského aktu. Zde se článkem 21 doplnila Smlouva o založení EHS o článek 118 a), který se věnuje sociální politice a upravuje postup, jakým se EHS má zasazovat mimo jiné i o ochranu zdraví a bezpečnosti pracujících.

Tendence zakotvení ochrany zdraví začaly sílit ve Smlouvě o Evropské unii nebo tzv. Maastrichtské smlouvě. Do smlouvy byl vložen článek 129 zaměřený na veřejné zdraví. Úvodní věta deklaruje: *"Společenství přispívá k zajišťování vysoké úrovně ochrany lidského zdraví podporou spolupráce mezi členskými státy a v případě potřeby podporou jejich činnosti"*[6]. Toto ustanovení, i když v obměnách, zůstalo zakotveno ve všech pozměňujících smlouvách jako základní oprávnění k ochraně veřejného zdraví.

V tzv. Amsterodamské smlouvě z roku 1998 byl článek 129 převtělen do článku 152, kde došlo k jeho rozšíření. Na rozdíl od předchozí úpravy, která připouštěla pouze dosti široce definované pravomoci Komise, se tato úprava věnuje také Radě, které upřesňuje nejen procesní podstatu jejích pravomocí, ale také jasně definuje tři okruhy, v rámci nichž má Rada přijímat opatření. Jsou jimi: zachování bezpečnosti pro lidské orgány včetně krve a krevních derivátů, opatření veterinární ochrany a ochrany rostlin a stimulační opatření pro zlepšení lidského zdraví. To vše v rámci dosažení cíle, tedy vysokého stupně ochrany zdraví obyvatelstva. Toto opatření bylo mimo jiné reakcí na

[5] BLANC, Didier. *La planification des services de santé et le droit de l´Union européenne. Vers la reconnaisance d´une "exceptions sanitaire" ou l´intégration de la santé au marché?*.
[6] Smlouva o Evropské unii. In: *Úřední věstník C191 ze dne 29. 7. 1992.* Maastricht, 1992.

skandál s kontaminovanou krví a s "nemocí šílených krav" se kterými se Evropa potýkala. Zajímavý je také dovětek, který říká, že v žádném případě se nesmí jednat o harmonizaci zákonů, což znamená, že stát může přijímat opatření, která jsou přísnější než normy Společenství.

Důležité bylo upřesnění uvozovací věty, že vysoká úroveň ochrany se musí odrážet ve všech činnostech a politikách Společenství, čímž problematika ochrany zdraví začala zasahovat do všech politik realizovaných Společenstvím, co předznamenalo, že se jí nejen v rámci primárního práva musí dostávat větší pozornosti a tudíž i legislativní úpravy.

Přidán byl také odstavec 5 článku 152, který jasně určil, že Společenství plně respektuje odpovědnost států za vedení politiky veřejného zdraví a zdravotnické služby a tudíž hlas Společenství je jenom podpůrný. Tato věta zůstala zachována i v aktuální Lisabonské smlouvě a je to jakási pojistka členských států, že jim nebude zasahováno do oblasti jejich suverenity. Toto ustanovení však často, jak rozeberu v dalších kapitolách, vytváří záminku pro členské státy, které nejsou příliš nakloněny přeshraniční zdravotní péči, aby tato oblast nebyla EU natolik regulována.

Již v tzv. Niceské smlouvě došlo k zásadní úpravě, když byly zdravotnické služby spolu se sociálními službami zařazeny mezi sdílené pravomoci Společenství a členských států. Co znamenalo, že pro přijetí dohody v této oblasti bylo, kromě rozhodnutí Společenství, vyžadována také dohoda členských států.

V Lisabonské smlouvě došlo k finální úpravě pravomocí mezi členskými státy a EU. Článek 6 písmeno a) stanovuje pravomoc EU pouze podporovat a koordinovat svojí činností ochranu a zlepšování lidského zdraví. Avšak v článku 168, odstavec 4 najdeme výjimku z tohoto pravidla. Ve třech oblastech, ze kterých dvě jsou převzaté z Amsterodamské smlouvy, a to bezpečnost pro lidské orgány, krev a krevní deriváty a opatření veterinární a rostlinolékařské oblasti, zůstávají kompetence sdílené. Třetí, nově přidanou oblastí, jsou opatření ohledně kvality a bezpečnosti léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

Je také potřebné zdůraznit, že zdravotní politika v EU získala na důležitosti a její potřeba se promítla i do Listiny základních práv Evropské unie. Nejen, že je zde zakotveno právo na přístup každého ke zdravotní péči, ale je zde též deklarován základní princip ve zdravotnické politice na úrovni EU převzatý z článku 9 SFEU, a to

nutnost zajištění vysokého stupně ochrany lidského zdraví v rámci všech politik a činností EU.

2. Zdravotní politika v návaznosti na vnitřní trh

Vnitřní trh je souborem jednotlivých národních trhů členských států EU. Lisabonská smlouva ho charakterizuje jako: *"Prostor bez vnitřních hranic, v němž je zajištěn volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu v souladu s ustanoveními Smluv".*[7] Patří mezi nejdůležitější a největší světové trhy. Jeho základní předností je už zmíněný volný pohyb čtyř základních svobod, jak bývají označovány. A to volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu. Vznik vnitřního trhu nebyl nárazovou akcí, ale dlouhodobý pozvolný proces. Proces sjednocení národních trhů a vytvoření jednoho společného trhu byl zahájen Římskou smlouvou v roce 1957.

Vytvoření jednotného trhu vyžadovalo odstranění všech bariér a překážek. Taktéž bylo nutné vytvořit celní unii. Postupně byly zavedeny nejdříve volný pohyb zboží a kapitálu, následoval volný pohyb služeb a na závěr i volný pohyb osob. V dnešní době čtyři základní svobody v rámci vnitřního trhu patří mezi základní práva občanů EU.

Mohlo by se zdát, že vnitřní trh se zdravotnictvím nijak nesouvisí a že se ho tyto čtyři svobody vůbec nedotýkají. Avšak vzhledem k tomu, že byla zdravotní politika svěřena do odpovědnosti jednotlivým členským státům, vyvstává zde nutnost respektovat právo EU. Je nutné pamatovat na princip přednosti a přímé aplikovatelnosti primárního práva. Není tedy možné, aby bylo národní právo v rozporu s evropským právem. Členské státy na to musí pamatovat i v této oblasti.

Pokud tedy národní právo není v rozporu s evropskou úpravou jednotlivých svobod pohybu, může se zdát, že k jejich uplatňování v této sféře nedochází. Může však nastat případ, kdy do hry vstoupí přeshraniční prvek. Tehdy se stává z národní otázky otázka evropská vzhledem k tomu, že se odehrává mezi více členskými státy.

Přeshraničním prvkem může být zejména sám pacient, který je příjemcem služby v jiném členském státě. Dále to může být poskytnutí samotné zdravotnické služby v jiném členském státě, samozřejmě také zdravotnické zboží a v neposlední řadě možnost usazování v jiném členském státě. Lze tedy konstatovat, že je přeshraniční zdravotní politika spojena s volným pohybem osob, zboží i služeb.

[7] Lisabonská smlouva. In: *Úřední věstník C 340*. Lisabon, 2007.

2.1.Pacient v rámci volného pohybu a pobytu osob

Právní úprava volného pohybu osob byla dlouhou dobu zaměřena velice úzce. Ze začátku se věnovala pouze mobilitě pracujících osob, kterým umožňovala pracovat na území jiného členského státu. Pracovník byl jedním z hybných faktorů ekonomiky, a tak bylo výhodné podporovat jejich pohyb bez zbytečných překážek. Právní úprava se vztahovala nejen na zaměstnance, ale také na osoby samostatně výdělečně činné, samozřejmě v obou případech se muselo jednat o státního příslušníka některého z členských států.

Pracující občan potřeboval zabezpečovat svoji rodinu, kterou si většinou bral s sebou do členského státu, kde pracoval. Proto bylo jasné, že kromě právní úpravy ekonomicky aktivního člena rodiny, je nutno upravit také postavení jeho rodinných příslušníků.

Vývoj volného pohybu osob trval desítky let a během takto dlouhého časového úseku se začalo měnit Společenství v Evropskou unii a na čistě ekonomické cíle se začalo pohlížet také optikou politickou. Volný pohyb osob byl rozšířen na všechny státní příslušníky členských zemí, bez ohledu na jejich ekonomickou aktivitu.

Přijetím Smlouvy o Evropské unii bylo článkem 18[8] zavedeno občanství Unie, jehož charakteristickým rysem je také volný pohyb a pobyt občanů v rámci EU. Do dnešních dní se podařilo EU změnit ve velký komplex bez vnitřních hranic s volným pohybem všech obyvatel a s jasně danou bezpečnostní politikou chránící vnější hranice.

V této kapitole se budu věnovat volnému pohybu osob, neboť pacient, jehož domovský stát[9] je jedním z členských států, je poživatelem práv spojených s volným pohybem osob. Tudíž se jeho léčení v jiném členském státě bude řídit také právy i povinnostmi, které plynou ze svobody pohybu a pobytu občana Unie. V kapitole se budu také věnovat přípustným omezením těchto svobod, které by se mohly dotknout i pacienta, a na jejichž základě by nemohl v daném státě podstoupit léčení.

[8] Každý občan Unie má právo svobodně se pohybovat a pobývat na území členských států s výhradou omezení a podmínek stanovených ve Smlouvách a v opatřeních přijatých k jejich provedení.
[9] V originálním znění "*état d´ affiliation".* Vyjadřuje vztah pacienta k státu, kde je pojištěncem.

2.1.1. Volný pohyb občanů Evropské unie

V této podkapitole se budu věnovat pouze právní úpravě, která je aktuální, tudíž může ovlivňovat volný pohyb pacientů mezi jednotlivými členskými státy. Právo na volný pohyb mezi členskými státy je pro pacienta, který se chce léčit v jiném členském státě, než je jeho domovský stát, nezbytností. V této kapitole se také rozšíří okruh pacientů, kteří mohou profitovat z přeshraniční péče, a to o rodinné příslušníky občana Unie, kteří nemusí být státními příslušníky členského státu, pokud splňují podmínky dané právní úpravou, aby mohli požívat právo na vstup a také opuštění členského státu, které jsou náplní svobody volného pohybu.

Svoboda volného pohybu se aktuálně řídí směrnicí 2004/38 a nařízením 562/2006 z 15. března 2006.

Směrnice přesně uvádí osoby, které na jejím základě můžou uplatňovat základní práva volného pohybu v rámci EU. Jsou jimi osoby, které mají státní příslušnost členského státu a tedy i občanství Unie, ale také jejich rodinní příslušníci.

Mezi rodinné příslušníky, kteří můžou požívat těchto výhod, směrnice zařazuje:

a. manžela/manželku ale také partnera/partnerku, se kterým uzavřel občan Unie registrované partnerství na základě právní úpravy členského státu, zachází-li právní řád hostitelského členského státu s registrovaným partnerstvím jako s manželstvím,
b. potomky v přímé linii, kteří jsou mladší než 21 let, nebo jsou vyživovanými osobami a sem patří také potomci v přímé linii manžela/manželky či partnera/partnerky,
c. předky v linii přímé, kteří jsou vyživovanými osobami a také předky manžela/manželky, partnera/partnerky[10].

Směrnice také předvídá postoj hostitelského státu vůči jiným rodinným příslušníkům. Hostitelský stát by měl v souladu se svojí legislativou usnadňovat vstup i pobyt těmto osobám. Článek 3 odst. 2 směrnice dále upřesňuje, že se však jedná pouze o rodinné příslušníky, kteří jsou osobami vyživovanými, nebo jsou členem domácnosti občana Unie, popřípadě jejich zdravotní stav vyžaduje péči tohoto občana Unie. A dále sem spadá také partner, kde je však kladen důraz na to, že jejich vztah musí být trvalý a také doložený. V případě homosexuálních partnerství můžou páry požívat svobody

[10] Článek 2 odst. 2, 2004/38

volného pohybu a pobytu v 13 členských státech, kde jsou registrovaní partneři občana Unie pojímáni jako rodinný příslušníci.

Je rovněž nutné zmínit, že SDEU se věnoval upřesnění pojmu „usnadnit vstup a pobyt“.[11] V tomto nálezu judikuje, že není povinností hostitelského členského státu udělit právo vstupu či pobytu rodinným příslušníkům občana Unie, i když splňují podmínky dané článkem 3 odst. 2 směrnice. Ale povinností tohoto členského státu zůstává určení kritérií, která budou schopni žadatelé splnit, a také zohlednění jejich osobních poměrů k žádosti. Je nutné, aby bylo odmítnutí dobře zváženo a také odůvodněno. Toto je podpořeno příslušným ustanovením ve směrnici.

Volný pohyb osob obsahuje dvě základní práva, a tím je právo na vstup a právo na opuštění území.

Každý občan Unie má právo opustit území členského státu a odebrat se do jiného členského státu. Občan Unie musí disponovat pouze platným průkazem totožnosti, nebo pasem. Nesmí být po něm vyžadována víza či jiná zvláštní povolení. Toto právo náleží také rodinným příslušníkům občana Unie, pokud nejsou státními příslušníky jednoho z členských států. U těchto osob je však vyžadováno, aby vlastnili platný cestovní pas.

V článku 5 směrnice dále najdeme právo na vstup na území jiného členského státu opět za předpokladu prokázání se platným průkazem totožnosti či cestovním pasem a bez možnosti členského státu vyžadovat pro vstup na území víza. Trochu odlišná situace ohledně víz nastává u rodinných příslušníků, kteří pocházejí z třetích zemí. Ti můžou být podrobeni požadavku předložit při vstupu vízum v souladu s nařízením 539/01 z 15. března 2001. Toto nařízení obsahuje seznam třetích zemí, jejichž státní příslušníci jsou povinni předložit vízum pro vstup, který může trvat maximálně 3 měsíce. Toto vízum nemusí být předloženo u rodinných příslušníků občana Unie, pokud disponují průkazem o povolení na pobyt. Také jim do pasu nebude uděleno vstupní, ani výstupní razítko a není v pravomoci členského státu ukládat další podmínky pro vstup, nebo zjišťovat účel vstupu do země.

Na druhou stranu má členský stát právo vyžadovat, aby daná osoba ohlásila svůj pobyt na území členského státu, ale musí jí být poskytnuta přiměřená lhůta a opatření nesmí být diskriminační. Tato povinnost byla zavedena ve všech členských státech

[11] Rozsudek SDEU 83/11 ze dne 5. září 2012; Rahman

kromě Irska. V České republice, na Slovensku a ve Spojeném království je tato povinnost fakultativní.

Na tuto povinnost se může také vázat sankce za její nesplnění. Směrnice stanoví, že sankce nesmí být diskriminační a musí být přiměřená. Z rozhodování SDEU plyne, že např. trest odnětí svobody je sankcí nepřiměřenou.

Dále je tato oblast upravena nařízením 562/2006 ze dne 15. března 2006, kterým se stanoví kodex Společenství o pravidlech upravujících přeshraniční pohyb osob, tzv. Schengenský hraniční kodex. Dohoda ze Schengenu vstoupila v platnost 26. března 1995. Podle této dohody je Schengenský prostor prezentován jako prostor se svobodou pohybu ve smyslu neexistence kontrol na vnitřních hranicích členských státu, které může občan svobodně překročit. V rámci EU přikročilo ke zrušení pozemních hraničních kontrol již 22 členských států. To však nevylučuje možnost kontrol v daném členském státě a také obnovu kontrol na vnitřních hranicích v případě ohrožení veřejného pořádku, bezpečnosti či zdraví.

2.1.2. Právo pobytu v jiném členském státě EU

Právo pobytu je pro pacienta nezbytnou součástí v případě, že se chystá podstoupit léčbu v jiném členském státě. Jak už bylo zmíněno, toto právo je značně spjaté s právem vstupu pacienta na území členského státu. Ve spojitosti tato dvě práva poskytují základní možnost pacientovi se vůbec k ošetření dostat. Avšak právo pobytu je upravováno přísněji než pouhé právo vstupu. Proto je pro pacienta nutné znát podmínky, za kterých může na území jiného členského státu pobývat.

Právo pobytu vyplývá přímo z článku 20 SFEU, a tak není podmíněno dalšími administrativními procesy, avšak je zde možnost omezení a podmínek, které jsou stanoveny v zakládajících smlouvách či opatřeních, které je provádějí.[12] Podrobněji je právo pobytu upraveno v již zmíněné směrnici 2004/38.

Směrnice rozlišuje tři typy pobytu: pobyt do 3 měsíců, pobyt nad 3 měsíce a trvalý pobyt.

Pobyt v jiném členském státě je ve směrnici upraven v článku 6. Tento druh pobytu nevyžaduje žádné administrativní úkony, povolení či jiné potvrzení. Je limitován pouze

[12] Čl. 21 odst. 1 Smlouvy o fungování Evropské unie

podmínkami práva vstupu na území jiného členského státu. Vyžaduje se tedy pouze průkaz totožnosti případně platný cestovní doklad, a pokud tak stanoví předpis daného členského státu, je nutné svůj pobyt v něm ohlásit na příslušném místě. Co se týče rodinných příslušníků, kteří mají státní občanství třetího státu, vztahují se na ně stejná pravidla jako pro vstup do členského státu.

Pro pobyt, který trvá déle než 3 měsíce, jsou stanovena mnohem přísnější pravidla. I když je k tomuto pobytu oprávněn každý občan Unie, pokud nesplňuje podmínky stanovené v článku 7 směrnice, není možné, aby tento druh pobyt v jiném členském státě absolvoval.

Aby mohl občan Unie pobývat v hostitelském státě déle než 3 měsíce, musí:

a) být v hostitelském státě zaměstnán, nebo osobou samostatně výdělečně činnou,
b) mít pro sebe a své rodinné příslušníky dostatečné finanční zdroje, aby se nestali přítěží sociálního systému hostitelského státu a zároveň byli pojištěnci zdravotního systému, který pokrývá všechna rizika,
c) být zapsáni u veřejného či soukromého subjektu za účelem studia včetně odborné přípravy a opět musí mít zdravotní pojištění a také musí prohlásit, že mají dostatek finančních zdrojů, aby nezatěžovali sociální systém hostitelského státu,
d) být rodinnými příslušníky občana Unie, který musí splňovat aspoň jednu z předchozích podmínek.[13]

Tyto podmínky mají jasný ekonomický kontext. Mají odstranit obavu členských států o vysilování sociální pomoci, kterou stát poskytuje v případě nouze občanům, kteří nejsou ani státními příslušníky daného státu, ani na jeho území nemají trvalý pobyt.

V rámci mobility pacientů je dost možné, že bude nutné ošetření, které přesáhne dobu 3 měsíců. Proto je pro nás důležitou podmínkou, která je zde kladena, nikoli pouze dostatečné finanční zdroje pro zabezpečení kvality života, ale také nutnost zdravotního pojištění, které občan musí mít, aby zdravotní systém hostitelského státu nebyl ztrátový právě jak v důsledku plánované mobility pacientů, tak v případě onemocnění či úrazu občana, který se zde pohybuje, aniž by vykonával ekonomickou aktivitu. Tím může být nejčastěji student, důchodce, případně rodinný příslušník občana Unie.

[13] Podmínky pobytu delšího než 3 měsíce jsou určeny v čl. 7 odst. 1, 2004/38

Dále může členský stát vyžadovat, aby se občan Unie zaregistroval na příslušném úřadě. Avšak lhůta, kterou k provedení tohoto úkonu má, nemůže být kratší než 3 měsíce.

U občanů Unie, byla zrušena povinnost vlastnit pobytové karty, ale co se týče rodinných příslušníků pocházejících z třetích zemí, ti musí požádat v lhůtě ne kratší než tří měsíce od jejich vstupu na území členského státu o vydání pobytové karty rodinného příslušníka občana Unie.

Pobytová karta musí být vydána do 6 měsíců od podání žádosti v případě předložení všech vyžadovaných dokumentů, které jsou uvedeny v směrnici. Jeden z nejdůležitějších a zároveň většinou nejhůř prokazatelných je právě příbuzenský vztah k občanu Unie. Jedním z předkládaných dokumentů, který značně zjednoduší získání této karty, je předložení pobytové karty získané v jiném členském státě, kde osoba doprovázela občana Unie. Problém zde často nastává kvůli nedůslednosti členských států v překladech evropské legislativy. Některé státy totiž pobytovou kartu označují jiným pojmenováním, a tak není jasné, jestli se opravdu jedná o daný dokument, co může přivést osobu do situace, kdy nebude posuzována podle směrnice, ale podle vnitrostátní úpravy pobytu cizinců, která bývá mnohem přísnější.

Třetí typ pobytu, tedy trvalý pobyt, se přeshraničních pacientů netýká. V případě změny trvalého pobytu do jiné země se pacient stává pojištěncem daného zdravotnického systému, a tudíž zde začne chybět tzv. unijní aspekt, tj. přeshraniční přesah, který se týká aspoň dvou členských států.

2.1.3. Omezení volného pohybu osob

I když je systém v dnešní době nakloněn bezproblémovému cestování a relativně jednoduchému získání pobytu v jiném členském státě, i tato práva mají své limity. Ty mohou pacientovi zabránit vstupu do jiného členského státu nebo pobytu na jeho území a tím mu neumožnit léčbu.

Protože se EU snaží zabezpečit a zaručit tyto základní svobody svým občanům, jejich limity jsou jasně stanovené a týkají se jen naléhavých případů, které v zájmu obyvatel daného členského státu nelze řešit jinak, než odepřením vstupu či pobytu.

Legislativní úprava[14] stanoví, že není možné využít tyto dané důvody, pokud jsou tímto rozhodnutím sledovány pouze hospodářské cíle. Toto ustanovení spíš než na pacienty míří na pracovníky, kterým může být bráněno pod záminkou limitu volného pohybu osob, aby zaplavili pracovní trh jiného členského státu a tím obsadili pracovní místa obyvatelům daného státu. Jak uvádí směrnice, takové opatření je nepřípustné. U pacientů se jedná spíše o problém, který můžou způsobit sociálnímu systému hostitelského členského státu. Této otázce se budu věnovat v rámci kapitoly číslo 2.2 o volném pohybu služeb s odkazem na řešení této problematiky Soudním dvorem EU.[15]

Tato omezení jsou uvedena v článku 27 směrnice 38/2004 a není možné, aby členský stát svévolně k těmto důvodům připojil nějaké další. Důvodem může být veřejný pořádek, veřejná bezpečnost a veřejné zdraví.

V oblasti veřejného pořádku a veřejné bezpečnosti směrnice převzala úpravu dřívější směrnice 64/221 a integrovala do ní předchozí judikaturu ve snaze posílit právo volného pohybu osob. Definici veřejného pořádku evropské předpisy neupravují, tudíž je na každém členském státě, aby tuto záležitost upravil vlastní legislativou. Tato otázka je však natolik závažná, že SDEU judikoval potřebu kontroly ze strany institucí Unie.[16]

Směrnice dále upřesňuje, podle jakých kritérií se členské státy musí rozhodovat před vyhoštěním osoby z důvodu veřejného pořádku a také kdy toto opatření není vůbec použitelné nebo pouze za zpřísněných podmínek. Opět se apeluje na základní zásady, jako je zásada proporcionality rozhodnutí či zákaz diskriminace. Rovněž je důležité, aby rozhodnutí bylo založeno pouze na osobním chování osoby[17], a pouhé předchozí odsouzení za trestný čin nemůže být příčinou vyhoštění.[18]

Směrnice stanoví ještě další podmínky: *„Osobní jednaní dotyčného jedince musí představovat skutečné, aktuální a dostatečně závažné ohrožení některého ze základních zájmů společnosti.”*[19]

Posledním důvodem, který se pacientů bytostně dotýká, je ohrožení veřejného zdraví. Pacientovi může být na základě nemoci, kterou trpí, zakázán vstup či pobyt na

[14] Článek 27 odst. 1, 2004/38
[15] Rozsudek SDEU C-120/95 a C-158/96 ze dne 28. dubna 1998; Kohll a Decker
[16] Rozsudek SDEU 41/74 ze dne 4. prosince 1974; Van Duyn
[17] V tomto ohledu došlo například ke sporu mezi Francií a Komisí, kdy Francie systematicky v měsících červenec a srpen 2010 vyhostila Romské občany a tím porušila jak zákaz diskriminace, tak individuální posuzování osoby.
[18] V tomto případě bylo odsouzeno Nizozemí v rozsudku ze 7. června 2007
[19] Článek 27 odst. 2, 3. věta, 2004/38

území jiného členského státu. Toto pravidlo se však týká všech osob nikoli pouze pacientů, kteří mají v úmyslu nechat se v daném členském státě léčit. Pouze některé nemoci mohou opravňovat stát k těmto restriktivním omezením. Musí v první řadě představovat ohrožení veřejného zdraví v daném státě. Směrnice udává, že mezi takové nemoci patří: nemoci s epidemickým potenciálem[20], jiné nakažlivé nemoci a parazitické nemoci[21], pokud se na ně vztahují ochranná opatření používaná vůči občanům daného členského státu[22]. Pokud je ovšem nemoc u osoby zjištěna až po 3 měsících jejího pobytu v hostitelském státě, nemůže státu tuto osobu vyhostit a musí se o ni postarat. Na druhou stranu pokud je podezření z ohrožení zdraví obyvatel, je možné osobu, zdržující se na území hostitelského státu méně než 3 měsíce, podrobit bezplatným zdravotním testům[23]. Toto opatření však nemůže být běžnou praxí.

2.2.Vztah zdravotní péče a volného pohybu služeb

Volný pohyb služeb jako jedna ze základních svobod je upravena v primárním právu Unie. Její provázanost se zdravotnictvím se ukazuje zejména v posledních desetiletích vzhledem k zvyšující mobilitě obyvatelstva v rámci Unie, ale také kvůli rostoucí plánované léčbě pacientů v jiném členském státě.

V první řadě je potřeba zjistit, zda lékařské služby poskytované v rámci zdravotní péče splňují znaky služby definované právem Unie, a tedy bude se na ně vztahovat nejen legislativní úprava, ale samozřejmě i judikatura, která tuto oblast upravuje. Pojem služby je definovaný v článku 57 SFEU takto: *„Za služby se podle Smluv pokládají výkony poskytované zpravidla za úplatu, pokud nejsou upraveny ustanovením o volném pohybu zboží, kapitálu a osob."* Druhá polovina věty je negativní definicí služby a taxativně vyjmenovává ostatní svobody v rámci volného pohybu na vnitřním trhu. Naopak první část je definicí pozitivní a stanoví základní znak služby. Tím je poskytnutí daného výkonu za úplatu. V rámci úpravy obchodních činností společnosti

[20] Za takové nemoci se považují epidemické nemoci, které jsou takto charakterizované v aktech Světové zdravotnické organizace (např. SARS či virus ebola).
[21] Patří mezi ně například tuberkulóza nebo syfilis.
[22] Článek 29 odst. 1, 2004/38
[23] Takové opatření zavedly některé členské státy (včetně České republiky) jako prevenci před šířícím se virem ebola v roce 2014.

bývá komplikované rozlišit, kdy se jedná o volný pohyb služeb a kdy o volný pohyb zboží, případně kapitálu.

Když se vrátíme ke službám poskytovaným ve zdravotnictví pacientovi, lze usoudit, že tento výkon rozhodně nespadá pod úpravu volného pohybu osob, zboží nebo dokonce kapitálu. Ačkoli se to nezdá, problematickou se stala úvodní část definice, a to konkrétně daný pojmový znak, kterým je úplata. Mnoho zdravotních systémů členských státu funguje na bázi veřejných systémů, které plně, nebo z velké části financuje stát. V tomto případě se může zdát, že lékařská služba nemůže být považována za službu ve smyslu znění článku 57 SFEU, protože pacient neposkytl za daný výkon úplatu. Tato otázka se dostala až před SDEU v rámci sporu Geraets-Smiths a Peerbooms[24] a Müller-Fauré versus Nizozemí[25]. Podstatou sporu bylo zubní ambulantní ošetření, které paní Müller-Fauré podstoupila bez předchozího souhlasu pojišťovny v Německu. Po návratu žádala po své pojišťovně proplacení nákladů vynaložených na toto ošetření. Podstatou následného sporu byla zejména námitka, že si paní Müller-Fauré nevyžádala předběžný souhlas k tomuto ošetření. Co však bylo podstatné v souvislosti s úplatou za ošetření, byla námitka, kterou prezentoval Generální advokát. Ten namítal, že je nutná určitá odměna nebo poplatek za provedenou službu, aby vůbec mohla být takto posuzována. Soud ale na jeho námitku reagoval tak, že usoudil, že článek 50 neříká, že služba musí být zaplacena přímo tím, kdo jí využije a tak předpokládá, že zaplacení pojišťovnou je dostatečné ekonomické protiplnění k poskytnuté péči. Rozhodnutí Soud potvrdil ještě dalšími rozsudky, a to ve věcech Watts[26] i Stamatelaki[27].

Definice služby v článku 57 SFEU dále pokračuje seznamem činností, které jsou nejčastěji zahrnované pod pojem služeb[28]. Zde je na místě zařadit lékařskou profesi pod činnost v oblasti svobodných povolání, kam je výkon její praxe všeobecně zařazován.
Můžeme tedy konstatovat, že výkon lékařské činnosti se považuje za službu, a to specifickému typu zákazníka, kterým je pacient. V případě přeshraniční zdravotní péče o pacienta tedy dochází k volnému pohybu služeb.

[24] Rozsudek SDEU C-157/99 ze dne 12. června 2001;Geraets-Smiths a Peerbooms
[25] Rozsudek SDEU C-385/99 ze dne 13. května 2003; Müller-Fauré
[26] Rozsudek EDS C-371/04 ze dne 16. května 2004; Watts
[27] Rozsudek EDS C-444/05 ze dne 19. dubna 2005; Stamatelaki
[28] čl. 57 SFEU: „Služby zahrnují zejména: a) činnosti průmyslové povahy, b) činnosti obchodní povahy, c) řemeslné činnosti, d) činnosti v oblasti svobodných povolání

2.2.1. Zákaz omezovaní svobody pohybu služeb

Všeobecné ustanovení, které zakazuje omezení svobody pohybu služeb, najdeme v článku 56 SFEU. Podle znění tohoto článku není možné omezovat svobodu pohybu služeb uvnitř Unie vůči státním příslušníkům členských států usazených v jiném členském státě. Dokonce druhá věta uvádí i možnost stejné úpravy pro státní příslušníky třetích zemí usazených v Unii. Toto ustanovení má značně podpořit svobodu pohybu služeb a odstranit všechny překážky, které by jí ze strany členských států mohly bránit. Nelze pochybovat o tom, že se Unie snaží co nejvíce podporovat volný vnitřní trh.

V tomto případě byl použit přímý zákaz jakéhokoliv omezení. Dikce tohoto článku se může zdát až velice přísná, nehledě na to, že je tato úprava obsažena v primárním právu, které má aplikační přednost před národní úpravou. Je však třeba podotknout, že i z tohoto článku existuje výjimka uvedená v článku 52 SFEU, která se týká krajních případů, kdy členský stát je nucen hájit bezpečnost svého obyvatelstva. V úvahu připadají tři důvody, a to: veřejný pořádek, veřejná bezpečnost a veřejné zdraví. Jedná se podle SFEU o jedinou přípustnou výjimku.

Poskytování služeb pacientovi v rámci zdravotní péče je dosti specifické v porovnání se všeobecnou úpravou poskytování služeb. Proto v této oblasti začalo docházet ke střetům národních úprav jednotlivých členských států a základních ustanovení o volném pohybu služeb. Do této situace výrazně zasáhl SDEU rozhodnutím ve věci **Kohll**[29]**.**

V této věci se Raymond Kohll, lucemburský státní příslušník a zároveň pojištěnec Unie zdravotních pojišťoven v Lucembursku, soudil se zdravotní pojišťovnou kvůli zamítnutí proplacení ošetření jeho nezletilé dcery u ortodontisty v Německu.

Na začátku případu pan Kohll požádal pojišťovnu o udělení souhlasu k tomuto ošetření tak, jak to bylo nutné podle lucemburské národní úpravy. Pojišťovna však jeho žádost zamítla s odůvodněním, že se nejedná o naléhavé ošetření. Pan Kohll se dále dovolával svého přesvědčení, a tak využil všechny možnosti odvolání k vyšším orgánům. Jeho odvolání bylo zamítnuto i nejvyšším orgánem, Vrchní radou sociálního pojištění, která poukázala na kompatibilitu lucemburské úpravy s nařízením 1408/71 o aplikaci systémů sociálního pojištění na zaměstnance. Dále potvrdila, že podle národní úpravy - s výjimkou naléhavých případů péče poskytnuté v souvislosti s onemocněním

[29] Rozsudek SDEU C-120/95 ze dne 28. dubna 1998, Kohll

a nehodou v zahraničí - může pojištěnec vyhledat léčení nebo lékařskou péči poskytovanou v cizině pouze po předchozím souhlasu příslušné instituce sociálního pojištění[30]. Tento souhlas nebyl udělen vzhledem k tomu, že stejnou léčbu mohla dcera pana Kholla podstoupit v Lucembursku.

Následně se Kholl obrátil na lucemburský soud s argumentem, že pojišťovna se vůbec nezabývá úpravou v primárním právu, konkrétně v tehdejším článku 59 a 60 SES[31], a argumentuje pouze dodržením nařízení 1408/71. Lucemburský soud řízení přerušil a předložil ESD předběžnou otázku. Tato otázka se věnovala problému, jestli je potřeba národní úpravy, které podmiňují proplacení nákladů léčby na území jiného členského státu předběžným povolením, interpretovat podle článků 59 a 60 SES jako zakázané.

Ze závěrů SDEU v první řadě vyplývá, že vzhledem k tomu, že oblast sociální ochrany a zdravotní péče není harmonizovaná na úrovni Společenství, je nutné postupovat podle rozsudku ve věci **Cassis de Dijon**[32]. V tomto rozsudku Soudní dvůr stanovil, že pokud nedošlo k harmonizaci dané oblasti, je na členských státech, aby stanovily standardy pro danou oblast samy. Je to nejen jejich právo, ale také jejich povinnost. Pro oblast sociálních a zdravotních systémů je toto ustanovení ještě podpořeno článkem 168 odstavec 7 SFEU, který přiznává odpovědnost členských států za stanovení této politiky a také za poskytování zdravotní péče. Stát musí mimo jiné určovat podmínky pro získání dávek zdravotního pojištění.

Jak uvedl Generální advokát ve své zprávě, členské státy musí respektovat zásady vnitřního trhu EU při výkonu svých pravomocí. Zvláštní povaha určitých služeb, mezi něž nepochybně patří i služby lékařské, nemůže vyloučit takové služby z principu volného poskytování služeb[33]. Porušování práva Společenství v této oblasti je nepřípustné. Z článku 59 SES vyplývá, že jsou zakázána opatření členských států, která by omezovala volný pohyb služeb mezi jednotlivými státy v porovnání s poskytováním služeb v daném členském státě. I proto závěry SDEU vedly k tomu, že nutnost udělení předběžného souhlasu pojišťovny k lékařskému ošetření v jiném členském státě v

[30] Háva P.: http://www.izpe.cz/files/vysledky/84.pdf
[31] čl. 59 a 60 SES odpovídají v dnešní době čl. 56 a 57 SFEU
[32] Rozsudek SDEU C-120/78 ze dne 20. února 1979, Rewe-Zentral AG proti Bundesmonopolverwaltung für Branntwein
[33] TOMÁŠEK, Michal. Osnova vstupů evropského práva do oblasti zdravotnictví. *Právník*. 2006, č. 2, s. 171.

případě žádosti o kompenzaci vynaložených nákladů je minimálně ztěžování přístupu k této službě, a tím vytváří překážku ve volném poskytování služeb. Právě proto je nutné podle SDEU interpretovat v rámci čl. 59 a 60 SES tato ustanovení jako zakázaná.

Toto rozhodnutí mělo významný dopad na další úpravu a směřování zdravotní politiky jednotlivých států a také na systémy hrazení péče. SDEU dal jasně najevo, že je nutné, aby členské státy více podporovaly vnitřní trh v této oblasti, přestaly se ztěžováním přístupu svých pacientů k zahraničním službám, ale také ztěžováním přístupu zahraničních služeb do členského státu. Všichni poskytovatelé služeb musejí mít zabezpečené stejné podmínky, a to dokonce i v případech, kdy pojišťovny rezervují výkon zdravotní péče svým smluvním poskytovatelům. Stanovisko Soudu zasáhlo zejména do problematiky ošetření v příhraničních oblastech, kde je často pro pacienta výhodnější ať už časově, finančně nebo kvalitativně nechat se ošetřit na území jiného členského státu, a též samozřejmě do oblasti turistické, kdy nemusí být zdravotní ošetření v jiném státě často nezbytné, ale v rámci prevence či vyloučení ohrožení zdraví pacienta je žádané.

Na tento rozsudek členské státy reagovaly různě. Lucembursko, kterého se případ týkal, a Belgie změnily své národní předpisy podle rozhodnutí SDEU a tím zpřístupnily přeshraniční ošetření svým pacientům bez předchozího souhlasu. Naopak Francie, která má podobný zdravotní systém jako jmenované státy, odmítla změny v systému na základě rozhodnutí Soudního dvora[34]. Jiné státy neměly s rozhodnutím problémy, protože již samy aktivně v dřívější době zavedly možnost obrátit se na lékaře v zahraničí bez předchozího souhlasu[35].

Většina států přijala rozsudek s obavou, že může ztratit kontrolu nad vlastním systémem sociální ochrany a zdravotní péče, že tím bude zapříčiněn velký odliv pacientů do zahraničí, anebo naopak zvýšený příliv pacientů, čímž klesne kvalita a dostupnost ošetření. S těmito argumenty se SDEU vyrovnával následující roky v dalších judikátech.

Podle odhadů Komise z roku 2008 se nejhorší obavy o enormním nárůstu zdravotní turistiky nenaplnily. Komise uvádí, že přeshraniční zdravotní péči korespondují výdaje

[34] informoval o tom Willy Palm z bruselského sekretariátu AIM (Association Internationale de la Mutualité) na konferenci pořádané v roku 2001

[35] Příkladem je Rakousko, které už v té době svým pacientům proplácelo 80% nákladů vynaložených na ošetření u lékaře v zahraničí.

o výši několik 10 miliard eur v celé Unii. I když se číslo může zdát značně vysoké v porovnání s veřejnými rozpočty členských států věnovaných na zdravotní péči, tvoří tato částka jejich pouhé 1%.

2.2.2. Výjimky ze zákazu volného poskytování služeb

V rámci volného pohybu služeb je nutné počítat se situací, kdy členské státy potřebují omezit tuto svobodu, a to nikoli z důvodů ekonomických, aby zvýhodnily služby domácích poskytovatelů, ale z důvodů ohrožení zájmů obyvatel členského státu. Ne každý zájem státu ho k takovému kroku opravňuje, dokonce ani všechny zájmy chráněné primárním právem Unie. Článek 62 SFEU stanoví, že na oblast volného pohybu služeb se uplatní některé články, které upravují právo usazování. Mimo jiné sem patří článek 52 SFEU, který jasně specifikuje, že volný pohyb služeb vůči jiným státním příslušníkům může být členskými státy omezen pouze tehdy, pokud je ohrožen veřejný pořádek, veřejná bezpečnost či ochrana zdraví.

Toto ustanovení umožňuje členskému státu klást překážky v případě vážného ohrožení státu. Když se ale podíváme konkrétně na situaci zdravotní politiky a funkčnost sociálních a zdravotních systémů členských států, tak už v době rozhodování případu Kohll vyvstávaly otázky ohledně krize systémů, která může být způsobeny přeshraničním ošetřením pacientů. Tuto otázku neřeší článek 52 SFEU ani jiná legislativní ustanovení, proto bylo nutné, aby se na vyřešení této otázky podílel SDEU.

Již druhá předběžná otázka v případu Kohll[36] byla namířena na udržení funkčnosti zdravotního systému v členských státech. Soud zajímalo, jestli by odpověď na první předběžnou otázku soudu[37] ovlivnil fakt, že dané opatření bylo zavedeno v důsledku zabezpečení vyvážené lékařské a nemocniční péče, která má být dostupná všem v daném regionu. I když SDEU dal jasnou odpověď na první předběžnou otázku a zdůraznil, že není možné omezovat národním předpisem volný pohyb služeb, věnoval se také druhé otázce, kde připustil částečnou výjimku. I zde judikoval, že je nepřijatelné, aby překážka měla čistě ekonomické důvody, a je tedy nutné, aby byl ohrožen veřejný zájem státu. V tomto případě členský stát namítal, že odstranění této

[36] Rozsudek SDEU C-120/95 ze dne 28. dubna 1998, Kohll

[37] Mají být články 59 a 60 SES interpretovány tak, že zakazují národní předpisy, podle nichž je náhrada vynaložených nákladů podmíněna povolením vydaným pojištěnci příslušnou institucí, pokud je plnění poskytnuto v jiném členském státě, než ve kterém má tato osoba trvalý pobyt?

překážky může ohrozit stabilitu systémů zdravotního pojištění a tím znepřístupnit stejně kvalitní péči všem obyvatelům v rámci každého region. Soudní dvůr uznal, že je možné, aby z takto vážných důvodů členský stát vytvořil překážku omezující volný pohyb služeb, ale jen za předpokladu splnění podmínek, které stanovil. Překážka musí být podle Soudního dvora oprávněná, dopředu známá, nesmí porušit zákaz diskriminace a musí splnit test proporcionality, co znamená, že může být zavedena pouze v té nejnutnější míře. Zároveň však Soudní dvůr dodal, že v tomto konkrétním případě nemůže proplacení ošetření, které pan Kohll žádá, ohrozit stabilitu systému zdravotního pojištění vzhledem k tomu, že k proplacení si nárokoval sumu, která je za takovýto úkon hrazená v rámci zdravotní péče v Lucembursku.

Tato úprava soudu byla značně obecná a nepřesná, proto vyvolala další otázky ohledně možností limitace volného pohybu služeb. Bylo tedy nezbytné, aby se SDEU vypořádal s nejasnostmi v dalších judikátech.

Významný posun SDEU učinil zejména v judikátech **Geraets Smits proti Stichting Ziekenfonds VGZ**[38] a **H. T. M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen**[39].

Dva nizozemští státní příslušníci, paní Smits a pan Peerbooms, podali společně žalobu z důvodu odmítnutí proplacení nákladů, které vynaložili na svoji léčbu v jiném členském státě.

Paní Smits se léčila s Parkinsonovou chorobou na německé klinice. Následně žádala svoji pojišťovnu v Nizozemí, aby jí byla léčba proplacena. Pan Peerbooms upadl do kómatu po těžké nehodě. Byl transportován na rakouskou kliniku, kde podstoupil speciální neurostimulační terapii. Ani jemu léčba nebyla uhrazena, neboť tato terapie je v Nizozemí pokládána za experimentální léčbu. Podstoupení této léčby je umožněno pacientům pouze za splnění určitých podmínek. Vzhledem k tomu, že pan Peerbooms nesplňoval věkový limit, bylo mu proplacení léčby odmítnuto.

V rámci nizozemského zdravotního systému mají pojištěnci nárok na bezplatnou péči ve všech smluvních zařízeních. Pokud se chtějí nechat léčit v jiném zařízení, je nutné, aby dostali předběžný souhlas k podstoupení léčby v takovém zařízení. Důležité byly (a jsou) také podmínky, na jejichž základě je tento souhlas udělován. Podle nizozemských

[38] Rozsudek EDS C-157/99 ze dne 12. června 2001; Geraets Smits a Peerbooms
[39] Rozsudek EDS C-157/99 ze dne 12. června 2001; Geraets Smits a Peerbooms

předpisů musí zákrok splňovat potřebu "nutnosti", tedy existující nezbytnost provedení, a zároveň musí být označen jako "standardní" nebo "obvyklý" v odborných lékařských kruzích.

Nizozemský soud se SDEU v první předběžné otázce dotazoval, jestli je toto omezení udělovat předběžný souhlas v souladu s ustanoveními pro volný pohyb služeb. V druhé otázce se zajímal, zda může být udělení souhlasu podmíněno splněním kritérií, která udávají nizozemské předpisy.

SDEU potvrdil i v tomto případě, že udělování souhlasu k ošetření je překážkou v rámci volného pohybu služeb, proto i nemocniční ošetření spadá pod režim volného poskytování služeb a je regulováno článkem 49 SES. Soudní dvůr však nevyloučil přípustnost požadavku předběžného souhlasu. V rámci zachování stability sociálního a zdravotního systému a rovněž zabezpečení poskytování lékařské péče pro všechny ve všech regionech označil soud toto opatření za rozumné, ba až nezbytné, avšak jen v případě nemocniční péče. Udělování souhlasu musí být transparentní, nesmí nikoho diskriminovat a zejména musí být spravedlivé.

Při druhé předběžné otázce Soudní dvůr uznal právo, nebo spíše povinnost státu určit kritéria, na základě kterých bude souhlas udělen. Neztotožnil se ovšem s definicí "obvyklosti" lékařského zákroku. Obvyklost v tomto případě byla posuzována na základě vnímání předmětné léčby v rámci nizozemského zdravotnictví. Tento druh léčby zde byl považován za experimentální, a proto nesplňoval předpoklad "obvyklosti". Soudní dvůr poukázal, že je potřeba toto kritérium měřit podle poznatků mezinárodní lékařské vědy. Pokud tato definuje léčbu za dostatečně vyzkoušenou a uznávanou, je potřeba vnímat ji jako "obvyklou", i když v daném státě dosud není zařazena mezi standardní typy léčby. Dotkl se také kritéria "nutnosti" léčby, kdy jasně stanovil, že souhlas je možné odmítnout pouze v případě, že pacient může podstoupit stejnou léčbu bez nepřiměřeného prodlení ve státě pojištění.

Důležité je upozornit, že tato kritéria jsou aplikovatelná na nemocniční péči. S úpravou mimonemocniční péče se musel SDEU vypořádat v rozhodnutí případů paní **Müller-Fauré** a **Van Riet**[40]. Jednalo se o spojené řízení, ve kterém nizozemský soud podal předběžnou otázku. V případě paní Müller-Fauré šlo o nizozemskou státní občanku, která si během svého pobytu v zahraničí, konkrétně v Německu, nechala

[40] Rozsudek EDS C-385/99 ze dne 13. května 2003; Müller- Fauré a Van Riet

udělat zubní korunky, podstoupila tedy ošetření u zubního lékaře. Ve druhém případě paní Van Riet požádala o možnost podstoupit ošetření zápěstí v Belgii. Její žádost byla odmítnuta s argumentem, že stejnou léčbu může podstoupit v Nizozemsku. I přes neudělení souhlasu paní Van Riet podstoupila léčbu v Belgii. Po návratu podaly obě žádost o proplacení nákladů léčení. Obě žádosti byly zamítnuty, a tak se věc dostala před národní soud. Nizozemský soud položil SDEU předběžné otázky. První byla opět zaměřená na to, zda jsou tato pravidla hrazení zdravotní péče v rozporu s primární úpravou volného pohybu svobod. Na tuto otázku odpověděl Soudní dvůr kladně a odkázal nizozemský soud na své předchozí rozhodnutí.

Druhá otázka přinesla upřesnění vnímání nutnosti použít opatření, která chrání stabilitu a dostupnost lékařské péče a celého zdravotního systému státu. Národní soud se dotazoval, jestli je toto opatření[41] omluvitelnou překážkou, která chrání veřejný zájem, jak tomu bylo v nálezu Geraets Smits a Peerbooms[42]. Soudní dvůr zde odlišně od předchozího rozhodnutí judikoval, že toto opatření není přiměřené, pokud se jedná o ambulantní lékařské ošetření. Tudíž třetí otázka, směřující právě na rozdíly pojetí opatření vůči ambulantní a nemocniční péči, byla již zodpovězena.

V tomto rozhodnutí Soudní dvůr potvrdil své předchozí závěry a stanovil, že jak u ambulantní, tak u nemocniční péče opatření udělení souhlasu vytváří překážku v rámci úpravy primárního práva článku 49 SES, který zakazuje omezení volného pohybu služeb. Zatímco u nemocniční péče může být při splnění podmínek tato překážka akceptována z důvodu ochrany stability systému zdravotního pojištění, u ambulantní péče tomu tak není a je nutné toto opatření odstranit.

Závěrem této kapitoly můžu shrnout, že SDEU značně zasáhl do oblasti volného poskytování služeb z pohledu zdravotní politiky jednotlivých členských států. Svými rozhodnutími zařadil jak ambulantní, tak nemocniční péči mezi služby a tím je podřadil pod dnešní ustanovení článku 56 SFEU, který zakazuje omezení volného pohybu služeb. Opatření, která omezují volný pohyb služeb (konkrétně šlo o udělování souhlasů) jsou podle Soudního dvora akceptovatelná v případě veřejného zájmu na stabilitě systému sociální ochrany a zdravotní péče a zajištění lékařské péče pro všechny. Avšak je nutné, aby splnily podmínky proporcionality, transparentnosti,

[41] Tímto se myslí souhlas k ambulantnímu ošetření poskytnutý pojišťovnou pacientovi.
[42] Rozsudek EDS C-157/99 ze dne 12. června 2001; Geraets Smits a Peerbooms

spravedlnosti a zákazu diskriminace. Tato výjimka se vztahuje pouze na nemocniční léčení, nikoli na ambulantní. V těchto judikátech Soudní dvůr také deklaroval další nová pravidla, která podrobně rozepíši v dalších kapitolách.

2.3.Pacient jako spotřebitel

Vzhledem k tomu, že v předchozích kapitolách bylo poskytování zdravotní péče nadefinováno a také SDEU potvrzeno jako služba, můžeme o pacientovi mluvit jako o klientovi či zákazníkovi, který tuto službu přijímá, a o zařízení, které ji vykonává, jako o poskytovateli služby.

Z pohledu poskytování služeb je však důležité zjistit, jestli pacienta můžeme považovat také za spotřebitele. Pozice spotřebitele by mu umožňovala získat ochranu, kterou spotřebitel požívá nejen v rámci národních úprav, ale také úpravy evropské. Nabýval by tím práva, která by řešení některých situací mohla značně ovlivnit v jeho prospěch.

Nejprve je nutné definovat pojem spotřebitel, abychom mohli posoudit, jestli pacient splňuje charakteristické znaky spotřebitele. Ačkoli je pojem spotřebitel často uváděn v primárním právu, jeho definici bychom tam hledali marně, i když na něj zakládající smlouvy často odkazují. Poprvé se tento pojem pokusil definovat program Komise z roku 1975, který kladl důraz zejména na hospodářskou stránku kontraktu, kterého se spotřebitel zúčastňoval. Nejdůležitějším problémem se stala zranitelnost spotřebitele, čímž vznikl argument slabší strany jako základní charakteristiky. Druhý program Komise z roku 1981 se již zaměřil na spotřebitele jako fyzické a právnické osoby, které mají větší či menší peněžní sílu a které si k splnění mimopodnikatelských cílů opatřují zboží a služby[43]. Evropský parlament si ve svém návrhu definice spotřebitele vybral úplně jinou cestou, když spotřebitele označil za fyzickou osobu, která v rámci příslušné transakce nejedná z titulu živnostenské nebo profesní činnosti anebo nevyvolává dojem, že by tak jednala[44].

Vyvstala tudíž otázka, jestli může být i právnická osoba spotřebitelem. V našem případě se tato otázka může zdát nepodstatná, avšak dovolím si poukázat, že je nutné na to upozornit, abychom dospěli k poznání rozdílu mezi spotřebitelem a pouhou smluvní

[43] TICHÝ, Luboš. *Pojem spotřebitele jako smluvní strany v evropském a českém právu*. CEFRES, 2010.
[44] Úřední věstník 1993, C 63/92

stranou. SDEU se k této otázce vyjádřil dosti striktně, když v rozsudku Idealservice[45] jasně stanovil, že spotřebitelem může být pouze fyzická osoba. Toto upřesnění bylo potřebné nejen pro nejasnost definic v primárním právu, ale také vzhledem k tomu, že v pozitivním právu se vycházelo z definic, které nevěnovaly velkou pozornost subjektu jako takovému, ale spíše záměru, se kterým činnost vykonal. V užším smyslu byl tedy spotřebitel vnímán jako ten, kdo není profesionálem, a proto ve své podstatě obstarává či získává věci, zboží anebo přijímá služby ke své osobní, konečné spotřebě. Činí tak i taková osoba, která je jinak v odlišných oblastech podnikatel a profesionál. Pouze ty smlouvy, které soukromá osoba uzavírá za účelem své vlastní spotřeby, patří do působnosti předpisů sloužících na ochranu spotřebitele jako účastníka, který je posuzován jako hospodářsky slabší smluvní strana[46].

Naopak v širším smyslu byl vnímán spíše jako druhá smluvní strana. Toto širší pojetí nám dovoluje pod pojem spotřebitel subsumovat také subjekty, u nichž se nepředpokládá určitá bezbrannost či pozice slabší strany. Tím v tomto ohledu nenaplňují znak zranitelnosti spotřebitele, v čemž je spatřován základní rozdíl mezi smluvní stranou a spotřebitelem. Je však nutno poznamenat, že i smluvní strana, která nemá postavení slabší strany, je chráněna před specifickými praktikami druhé smluvní strany, a to například Směrnicí č. 93/13 o nekalých smluvních ustanoveních.

Lze proto konstatovat, že pacient je vždy osobou fyzickou, která přijímá službu, tudíž je smluvní stranou a rozhodně může být považován za stranu slabší. Pacient tedy z definice je spotřebitelem sui generis.

2.4.Vztah zdravotní péče a volného pohybu zboží

Volný pohyb zboží je jednou ze základních svobod vnitřního trhu Unie. Jeho úpravu obsahuje primární právo. Vytvořením celní unie byly nuceny všechny členské státy podle článku 28 SFEU zrušit cla či jiné poplatky uvalené na dovoz či vývoz zboží, čímž se měla zajistit svoboda pohybu zboží v rámci Unie. Jakákoli množstevní či jiná opatření s obdobným účinkem byla zakázána článkem 34 SFEU. Jeho ustanovení se samozřejmě týkají i zdravotnického zboží.

[45] Rozsudek EDS C-541/99 ze dne 22. listopadu 2001; Cape Snc.
[46] TICHÝ, Luboš. *Pojem spotřebitele jako smluvní strany v evropském a českém právu*. CEFRES, 2010.

Konflikt mezi volným pohybem zboží a poskytováním zdravotní péče však nenastal u exportu či importu zdravotnických potřeb. Kamenem úrazu se stalo proplácení nákladů za zakoupené zdravotní pomůcky v jiném členském státě.

Vzhledem ke specifičnosti zdravotnické oblasti bylo nutné, aby v tomto odvětví zasáhl SDEU a upřesnil, jaký je požadovaný postup členských států. Zásadní rozhodnutí SDEU padlo v případu **Decker**[47]. Pan Decker, státní občan Lucemburska, si zakoupil lékařem předepsané brýle, avšak v Německu. Následně požádal svoji pojišťovnu o proplacení výdajů za pořízené brýle. Pojišťovna odmítla tento výdaj vyplatit z důvodu chybějícího povolení k zakoupení takové pomůcky v jiném státě, protože předpisy umožňovaly její zakoupení pouze v Lucembursku.

Národní soud požádal SDEU o vyřešení předběžné otázky, kde se tázal, jestli toto opatření není v rozporu s primárním právem, a to přesněji články 30 a 36 SES. SDEU postupoval stejně, jak již bylo zmíněno v rozsudku Kohll[48]. Uznal, že úprava oblasti sociální a zdravotní politiky vzhledem k tomu, že není harmonizovaná, spadá do pravomocí členských států, což upřesňuje také článek 168 odstavec 7 SFEU. Ale ani tato úprava nedovoluje členským státům porušovat pravidla vnitřního trhu Unie, která jsou stanovena primárním právem. Tímto Soudní dvůr uznal, že vyžadováním souhlasu pojišťovny k možnosti nákupu brýlí v zahraničí, je proti článkům 30 a 36 SES a vytváří tím překážku volného pohybu zboží. Toto opatření není omluvitelné ani z důvodu ohrožení sociálního a zdravotního systému členského státu. Tímto Soudní dvůr ustanovil, že občané mají právo na úhradu nákladů zdravotního zboží nakoupeného v jiném členském státě i bez souhlasu pojišťovny, ale proplacení se bude řídit předpisy domovského státu. Judikatura tím stanovuje, že v tomto případě není možné řídit se podle ustanovení nařízení 1408/71, které tvrdí, že všechny náhrady se řídí předpisy hostitelského státu. Z toho plyne, že pokud se pacient i přes neudělený souhlas rozhodne zakoupit zboží z jiného státu, musí počítat s tím, že mu bude uhrazena taková část nákladů, která se hradí v jeho domovském státě, a nemůže se ustanovením článku 22 nařízení 1408/71 domáhat úhrady podle předpisů hostitelského státu.

[47] Rozsudek EDS C-120/95 ze dne 28. dubna 1998; Nicolas Decker

[48] Oba rozsudky týkající se podobné věci, pouze zaměřené na jinou svobodu vnitřního trhu, byly rozsouzeny stejně v ten samý den.

Své stanovisko Soudní dvůr odůvodnil tím, že autorizovaný souhlas odrazuje pacienta od koupě zboží jiného členského státu a tím značně ztěžuje volný pohyb pacientů.

3. Legislativní úprava volného pohybu pacientů v rámci EU

Vytvoření společného trhu, které bylo záměrem tzv. Římské smlouvy z roku 1957, s sebou přineslo čtyři základní svobody pohybu. Díky svobodě pohybu osob se začal ve větší míře rozvíjet pohyb pracovníků (ale nejen jich) mezi členskými státy Společenství.

S rozvojem mobility obyvatel vznikla i potřeba úpravy sociálního a zdravotního zabezpečení, zpočátku zejména migrujících pracovníků. Historický vývoj a regionální tradice jednotlivých členských států určovaly spoluúčast a systém financování zdravotní péče v jednotlivých státech. Harmonizace této oblasti nepřipadala v úvahu vzhledem k rozdílným systémům sociálního a zdravotního zabezpečení.

Na druhou stranu je třeba uvědomit si, a to je hlavní důvod, proč je jakkoli nepřímý zásah Evropské unie v této oblasti nutný. Totiž pohybující se unijní občan, ať už ekonomicky činný či nikoli, se pohybuje i se svou zdravotní diagnózou a bylo by na překážku unijním volným pohybům, pokud by pro tyto situace neexistovala příhodná právní úprava.[49]

Právní regulace nastalé situace byla nutností zejména z důvodu hrozby nezastřešení sociálních práv migrujících obyvatel a kvůli obavám členských států z možnosti narůstající migrace obyvatel motivované pouze ziskem vyšších sociálních dávek či z důvodu zdravotní turistiky. Je potřeba mít na paměti, že v první řadě je každý členský stát odpovědný za osoby, které jsou jeho občany, nebo se trvale zdržují na jeho území. Těmto osobám musí poskytnout zdravotní péči a sociální ochranu, která bude všem dostupná a tudíž je nutné, aby ji stát dokázal finančně zabezpečit. Právní úprava má za úkol chránit sociální a zdravotní systémy členských států, regulovat počty zahraničních pacientů a upřesňovat podmínky požívání práv ze systému jiného členského státu.

První legislativní počin, který upravil alespoň rámcově sociální oblast, bylo nařízení číslo 1612/68. Toto nařízení se ovšem věnovalo pouze pracovníkům a jejich rodinným příslušníkům, ostatní skupiny obyvatel neupravilo. Co se týče pacienta a volného pohybu, tuto oblast nespecifikovalo, věnovalo se pouze všeobecnému zabezpečení sociálních práv.

[49] LYČKA, Martin. Elčinov: Právo pacienta na podstoupení operace v jiném členském státě EU a její proplacení. *Jurisprudence*. 2011, č. 1, s. 40.

První právní úpravou, která koordinovala postup v oblasti mobility pacientů, bylo nařízení 1408/71, o aplikaci systémů sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, ze 14. června 1971. Dále bylo přijato nařízení číslo 574/72, které upravovalo postup při provádění nařízení 1408/71. Nařízení mělo zejména zabezpečit stejné postavení migrujících pracovníků a členů jejich rodiny jako měli pracující v daném státě. Mělo podpořit volný pohyb osob tím, že jim zaručí základní sociální práva. Cílem nařízení nebyla unifikace sociálních systému, ale pouze jejich koordinace, která měla právě zabezpečit, aby migrující osoby nebyly zkráceny na svých sociálních právech. Proto také stanovilo zrušení národních ustanovení, která vyžadují, aby oprávněná osoba měla pobyt na území daného členského státu. Na druhou stranu zde byla snaha předcházet čerpání dvojitých dávek, to znamená snaha o zamezení překryvu dávek z více členských států.

Nařízení se na rozdíl od předchozího nevztahuje pouze na pracovníky, tedy zaměstnance a osoby samostatně výdělečně činné, případně jejich rodinné příslušníky. Osobní rozsah nařízení je větší, vztahuje se také na studenty, kteří však musejí být buď státními občany jednoho z členských států, nebo být bez státní příslušnosti, ale musejí podléhat určitému členskému státu. Dále sem patří také uprchlíci, u nichž je podmínkou bydliště na území jednoho z členských států. K rodinným příslušníkům, kteří můžou požívat stejná práva jako osoby uvedené výše, přibyli také pozůstalí po těchto oprávněných.

Co se týče věcného rozsahu, to je upraveno v článku 4 nařízení, který vyjmenovává jednotlivé sociální dávky přiznatelné a přiznávané oprávněným osobám

Patří sem:

a) dávky v nemoci a mateřství;

b) dávky v invaliditě, včetně těch, jež jsou určeny k udržení nebo zlepšení výdělečné schopnosti;

c) dávky ve stáří;

d) dávky pozůstalým;

e) dávky při pracovních úrazech a nemocech z povolání;

f) pohřebné;

g) dávky v nezaměstnanosti;

h) rodinné dávky.[50]

Je tedy zřejmé, že se toto nařízení vztahovalo také na lékařskou péči, která měla být poskytnuta oprávněným osobám. Výjimkou byla lékařská péče poskytovaná obětem války, která byla z této oblasti vyňata rozsudkem Soudního dvora[51]. Nařízení upravovalo v článku 22 možnosti získání lékařské péče pro oprávněné osoby v jiném členském státě.

V článku 22 odstavec 1 písmeno a) upravovalo poskytování neplánované lékařské péče v případě nezbytné potřeby. Tato péče nebyla předvídatelná, ale byla pracovníky nejčastěji využívaná v případě nemoci či úrazu v členském státě, kde vykonávali svoji pracovní činnost, aby nemuseli být nuceni k návratu do domovského státu kvůli ošetření (v některých případech, například úrazy, to byla a je nemyslitelné).

Článek 22 odstavec 1 písmeno b) upravoval plánovanou mobilitu, která však byla podmíněna předběžným souhlasem vydaným pojišťovnou v domovském státě.

Článek 22 tak tvořil základ mobility pacientů. Brzy se ukázalo, že úprava, a to zejména úprava plánovaného ošetření, není dostatečná. Nařízení jen zběžně pokrývalo tuto oblast, a tak po dobu jeho platnosti došlo k několika desítkám novelizací. Velkou roli při tom sehrál Soudní dvůr, který se svými rozsudky značně odchýlil od nařízení 1408/71 a prosazoval názor, že (nařízení) je v rozporu s primárním právem EU. Nařízení tak nemohlo obstát, muselo být novelizováno, ale ani to nestačilo. Vznikla potřeba nové právní úpravy, která by se věnovala podrobněji například otázce mobility pacientů a zapracovala judikaturu Soudního dvora.

Nařízení 1408/71 začalo značně zaostávat po přijetí nového Akčního plánu ke zlepšení volného pohybu pracovních sil v roce 1992. Bylo jasné, že nová úprava je nezbytná, přesto bylo nové nařízení přijato až v roce 2004. V roce 2003 byli do přípravy nařízení přizváni dokonce i zástupci pojišťoven, kteří jednali s ministry o podobě nového nařízení.

Prvotní návrhy nařízení 883/2004 předpovídaly značnou změnu v podobě zapracování rozsudků Soudního dvora. Bohužel práva pacientů v rámci přeshraniční péče nebyla hlavním předmětem úpravy. Byla to promarněná příležitost k vyjasnění rozporů, které přineslo rozhodování Soudního dvora během období třiceti let, kdy

[50] Čl. 4 odst. 1 nařízení 1408/71
[51] Rozsudek EDS C-207/78; Even

nebyla přijata nová úprava. Nařízení 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, bylo přijato 29. dubna 2004. Členské státy byly povinny jej aplikovat od 1. května 2010, prováděcí zákon číslo 987/2009 byl totiž přijat až v roce 2009.

Oblast osobní působnosti se značně rozšířila. Nařízení upravuje sociální práva všech osob, které jsou státními příslušníky některého z členských států EU. Tím byly do nařízení zahrnuty i osoby ekonomicky neaktivní, které nejsou studenti. Do této skupiny patří zejména důchodci či nezaměstnaní. Osobní působnost se i nadále vztahuje na osoby bez státní příslušnosti či uprchlíky, rodinné příslušníky nebo pozůstalé, kteří splňují podmínky dané nařízením.

Co se týče věcné působnosti, došlo v tomto nařízení o rozšíření výčtu o předdůchodové dávky.

Pozitivní úpravou z hlediska mobility pacientů byl článek 20, který se věnoval lékařské péči poskytnuté pacientovi v jiném členském státě. I když zákonodárce nezapracoval všechna rozhodnutí Soudního dvora, v článku 20 odstavec 2 došlo k podstatné úpravě, která změnila pohled na lékařsky odůvodnitelnou lhůtu, během které musí být pacientovi dostupné ošetření v domovském státě. Pokud tato lhůta nesplňovala podmínku včasnosti vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, bylo nutné udělit pacientovi povolení k léčbě v zahraničí. Na základě rozhodnutí Soudního dvora v nařízení 883/2004 přibyla k podmínce zdravotního stavu také podmínka prognózy vývoje onemocnění.

Na konec lze shrnout, že nařízení 883/2004 přineslo zjednodušení a lepší přehled v oblasti koordinace sociálních systémů a tím rozhodně zjednodušilo spolupráci mezi členskými státy. Z pohledu mobility pacientů však přineslo značné zklamání z nepatrných změn, které nastaly. Největší problémy, kterými bylo proplácení náhrad nákladů a zejména udělování předběžných souhlasů, nebyly vyřešeny. Chybějící úpravou zůstala pro pacienty otevřená druhá cesta uplatňování práva na lékařskou péči v jiném státě. Cesta je to sice komplikovanější a zdlouhavější, ale pořád častěji využívaná, a to vymáhání svého práva pomocí rozhodnutí Soudního dvora.

4. Právní úprava a judikatura SDEU vztahující se na neplánované a plánované ošetření

Nařízení 1408/71 ve svém článku 22 zakotvilo, jakým režimem se má řídit ošetření pacienta v případě, že se jedná o neplánované ošetření během pobytu v jiném členském státě Společenství, ale také ošetření plánované, kdy je pobyt pacienta v jiném členském státě přímo motivován podstoupením ošetření v tomto státě.

V této kapitole se budu věnovat právní úpravě obou druhů ošetření, judikatuře a také rozporům mezi právní úpravou a judikaturou SDEU, které jsou v této oblasti opravdu početné (zejména co se týče plánovaného ošetření).

Nařízení 1408/71 neupravilo dostatečně přesně všechny eventuality v rámci problematiky mobility pacientů, a proto SDEU svojí rozsáhlou judikaturou značně zasáhl do právní úpravy. Základní problém, který vyvstal, byl rozpor mezi primárním právem, které SDEU upřednostnil, nebo spíš chránil, před sekundární úpravou této oblasti. Soudní dvůr skoro až nahradil zákonodárce, když začal rozhodovat zásadní věci a lze tvrdit, že rozhodl dost liberálně, když přisoudil přímou použitelnost pravidel vnitřního trhu pro oblast volného pohybu pacientů, čímž vytvořil paralelní úpravu této problematiky. Soudní dvůr neváhal charakterizovat poskytování zdravotní péče jako poskytování služeb nehledě na typ organizace zdravotního pojištění členských států nebo na případy, kdy je zdravotní péče poskytována zdarma.[52] Otevřel tím druhou cestu, jak můžou pacienti uplatňovat svoje práva. Je však třeba zdůraznit, že soudní rozhodnutí nemůže nahradit legislativu, která upravuje daný problém. Proto bylo nutné, aby bylo přijato nové nařízení[53], které částečně implementovalo rozhodnutí judikatury.

Nutno také podotknout, že i když mají členské státy povinnost následovat rozhodnutí Soudního dvora, v této oblasti státy a tedy ani jejich pojišťovny příliš judikaturu nerespektovaly. I když je možné za to státy sankcionovat, vyžaduje to aktivitu na straně pacienta, což je podmíněno značným množstvím času, a tudíž se státy obvykle spoléhají, že tato cesta pacienta odradí a ony zůstanou nepotrestány.

[52] DE GROVE- VALDEYRON, Nathalie. La directive sur les droits des patients en matiere de soins de santé transfrontaliers: Véritable statut juridique européen du patient ou simple clarification d´un régime de mobilité. 2011, s. 302.
[53] Nařízení č. 883/2004

4.1.Neplánované ošetření

Tento druh ošetření je zmíněn již v nařízení 1408/71, kde je v článku 22 odst. 1 a) označeno jako stav, který: *„vyžaduje věcné dávky, které se stanou nezbytnými ze zdravotních důvodů během jejího pobytu*[54] *na území jiného členského státu, s ohledem na povahu dávek a předpokládanou délku pobytu."* K tomuto ošetření tedy dochází v případě, že se osoba, která je občanem členského státu, nebo má stálý pobyt v jiném členském státě EU, vyskytuje na území jiného členského státu a vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebuje zdravotní péči. Tento druh ošetření není předem plánovaný a tudíž ani schválený organizací, u které je osoba pojištěna ve svém domovském státě.

Aby mohl pacient využít zdravotní péče, musí se prokázat Evropským průkazem zdravotního pojištění (dále jen průkaz). Tento průkaz bývá běžně označován zkratkou EHIC.[55] Používání průkazu bylo zavedeno na základě rozhodnutí Komise, které přineslo na základě novelizace nařízení 1408/71 přesné podmínky uplatnění a zavádění průkazu. Došlo ke zjednodušení požívání zdravotní péče, které do té doby zabezpečovaly formuláře E111 a E111B. K jejich nahrazení průkazem došlo nařízením Komise číslo 189 z 18. června 2003. Průkaz se začal používat od 1. června 2004. Bezplatně ho vydávají pojišťovny členských států.

Pacient má právo na ošetření, kde je nutno zohlednit kromě samotného onemocnění a potřeby jej léčit, také délku pobytu pacienta v tomto členském státě tak, aby nebyl zbytečně nucen opustit hostitelský stát před zamýšleným ukončením pobytu. Podle nařízení 1408/71 je však nutné, aby se poskytovaná péče řídila předpisy hostitelského státu. S pacientem je zacházeno, jakoby byl pojištěncem hostitelského státu. Proto může dojít k vyžadované spoluúčasti pacienta na hrazení nákladů i v případech, kdy jsou náklady v jeho domovském státě plně hrazeny pojišťovnou. V tomto případě nemá pacient právo žádat proplacení nákladů od své pojišťovny. Naopak má nárok na proplacení vyšší míry nákladů, než hradí pojišťovna domovského státu v případě, že to stanoví předpisy hostitelského státu.

Problematickou se stala původní verze nařízení, které vyžadovalo, aby věcné dávky byly „okamžitě nezbytné".[56] Tuto naléhavost, která byla vyžadována, řešil Soudní dvůr

[54] Rozumí se pobytu osoby.

[55] Z anglického názvu **"European Health Insurance Card"**

[56] Z francouzského originálu **"immédiatement nécessaires"**

v nálezu Ioannidis.[57] Ioannidis byl řecký důchodce, který byl v Německu hospitalizován kvůli kardiologickým problémům, které byly projevem chronické nemoci, jíž trpěl. Řecká pojišťovna zamítla následné proplacení faktury německé pojišťovny, které bylo založeno na formuláři E111. Z odůvodnění pojišťovny plyne, že šlo o chronickou nemoc, a tudíž ošetření postrádá prvek naléhavosti. Soudní dvůr dovodil, že pojem naléhavost pokrývá chronické onemocnění a tedy, že proplacení nemůže být podmíněno ani povolením ani naléhavostí a zdravotní péči není možné odepřít, i kdyby mohla být oddálená až po návratu pacienta do domovského státu.

Na základě rozhodnutí soudu byl článek 22 pozměněn[58] nařízením 631/2004 z 31. března 2004 tak, aby již nebylo nutné splňovat podmínku okamžité náležitosti a v textu nařízení zůstala pouze dikce: *"nezbytné ze zdravotních důvodů"*.

Neplánované ošetření je ten jednodušší případ, který může nastat, případ, kde Soudní dvůr svojí judikaturou, kromě případu Ioannidas, výrazně do právní úpravy nezasáhl. Díky Evropskému průkazu zdravotního pojištění se dostane nezbytného ošetření každému pojištěnci členského státu EU. V tomto případě není možné, aby pojišťovna vyžadovala jakékoli předběžné souhlasy či oprávnění z toho důvodu, že žádost o ošetření vzniká akutně během pobytu v jiném členském státě.

4.2. Plánované ošetření

I když definici plánovaného ošetření bychom v nařízení 1408/71 hledali marně, s jeho úpravou se již v tomto nařízení setkáváme. Nutnost úpravy léčení podstoupeného v jiném členském státě, než je domovský stát pojištěnce, si vyžádala úpravu, kterou najdeme zejména v článku 22. Ten se zabýval zejména dávkami, které musejí být poskytnuty ze strany hostitelského státu, vůči kterým osobám, a také za jakých podmínek.

Vzhledem k tomu, že právní úprava nebyla obsáhlá, začaly se objevovat případy, pro které neexistovalo v nařízení jasné ustanovení, podle kterého by se dalo postupovat. V tomto případě musel do legislativy zasáhnout Soudní dvůr, který dost výrazně změnil pojetí plánovaného ošetření podle nařízení. Nedošlo pouze k upřesnění nařízení.

[57] Rozsudek SDEU C-326/00 ze dne 25. února 2003; Ioannidis

[58] Změněný článek 22 nařízení 631/2004: *"jejíž stav vyžaduje věcné dávky, které se stanou nezbytnými ze zdravotních důvodů během jejího pobytu na území jiného členského státu, s ohledem na povahu dávek a předpokládanou délku pobytu, nebo"*

Některé zásahy soudu byly považovány určitými členskými státy za natolik liberální, že by mohly značně zasáhnout do financování jejich zdravotnických systémů. Bývalý německý ministr financí se nechal slyšet: „Riskujeme explozi…. zlo je potřeba vymýtit již v zárodku.“[59]

Soudní dvůr řešil otázky zejména v oblasti podmínek, které umožňují vyžadovat po pacientovi povolení příslušné pojišťovací instituce v domovském státě k podstoupení léčby, dále výši, nárok a legislativní úpravu, kterou se řídí proplácení nákladů vynaložených k léčbě pacienta a také důležitou otázku nezbytnosti a naléhavosti léčby mimo území domovského státu.

Nové nařízení 883/2004 částečně zapracovalo judikaturu Soudního dvora. Plánovanému ošetření se věnovalo detailněji než původní nařízení, a to hlavně v článku 20, který je nazvaný: „*Vycestování za účelem obdržení věcných dávek - povolení k obdržení vhodného léčení mimo členský stát bydliště“.*

V této podkapitole se budu věnovat zejména udílení povolení k podstoupení léčby a proplácení nákladů léčení a to v ohledech, kde došlo k rozporu právní úpravy nařízení a judikatury Soudního dvora.

4.2.1. Povolení k podstoupení léčby

Povolení nezbytné k léčení v jiném členském státě, než je domovský stát pacienta, bylo zakotveno v článku 22 odstavec 1 písmeno c) nařízení 1408/71.[60] Z nařízení plynou dvě podmínky, které povolení upravují. První podmínka stanovuje, že požadovaný zákrok musí být uveden na seznamu zákroků, které jsou v daném členském státě hrazeny z prostředků zdravotního pojištění[61]. V této podmínce se projevuje respekt EU k jednotlivým odlišnostem zdravotnických systémů. Sestavení seznamu lékařských zákroků, které jsou hrazeny zdravotním pojištěním, je plně v kompetenci členských států. Vzhledem k tomu, že EU má pravomoc pouze koordinační, členské státy si svoje sociální a zdravotnické systémy spravují samy. Podmínka veřejně známého seznamu

[59] BLANQUET, Marc. *Les soins de santé transfrontaliers en Europe : de la difficulté de codifier une jurisprudence libérale…*. Toulouse: Presses de l’Université des sciences sociales de Toulouse, 2009, s. 216. ISBN 978-2-915699-84-5.

[60] Čl. 22 odst. 1 c) *„který má povolení příslušné instituce k odjezdu na území jiného členského státu za účelem léčení přiměřeného jeho stavu, má nárok“*

[61] LYČKA, Martin. Elčinov: Právo pacienta na podstoupení operace v jiném členském státě EU a její proplacení. *Jurisprudence*. 2011, č. 1, s. 40.

zákroků zabezpečí přístup pacientů k informacím, transparentnost podmínek k získání povolení a také zamezí diskriminaci, která by mohla vzniknout.

Druhá podmínka je uveřejněna v článku 22 odstavci 1 větě druhé[62] Ustanovení upravuje nemožnost odmítnutí povolení v případě, že je daný zákrok nebo léčení nedostupný na území domovského státu pojištěnce. S tím je spojená podmínka nezbytnosti zdravotního ošetření v cizině, tedy pokud je možné, aby pacient podstoupil stejnou či obdobnou léčbu ve svém domovském státě, není důvod udělit povolení k ošetření v cizím členském státě.

Získat předběžné povolení bylo v některých státech obtížnější, protože pojišťovnám se nechtělo proplácet zákroky, které mohly být v zahraničí dražší, nebo jejich participace na uhrazení nákladů vyšší, než v domovském státě. Někteří pacienti měli pocit, že toto jednání je zásadně proti primárnímu právu. Proto se začali obracet na soudy jednotlivých členských států, které předložily předběžné otázky SDEU. V této podkapitole se věnuji největším zásahům, které Soudní dvůr prosadil vůči existující právní úpravě. Týká se to zejména výkladů určitých pojmů, rozšiřování kritérií, která určují, zda může být povolení odmítnuto, a také sjednocování postupů institucí při udílení povolení.

Od prvního významného rozhodnutí ve věci Kohll a Decker[63] Soudní dvůr zaujal značně odlišný postoj k udělování povolení, než samotnému nařízení. Zatímco nařízení zběžně povolení upravovalo a bylo chápané jako záchytná brzda před nekontrolovatelnou zdravotní turistikou, Soudní dvůr upozornil na zásadní rozpor, který vznikl ustanoveními nařízení mezi primárním a sekundárním právem. Soudní dvůr posoudil vyžadování předběžného souhlasu k podstoupení léčby v jiném členském státě jako překážku ve volném pohybu služeb, který je zaručen článkem 56 SFEU. I když Soudní dvůr uznal, že není v pravomoci EU zasahovat do oblasti sociálních věcí, které jsou svěřeny do správy jednotlivých členských států, je nutné, aby členské státy respektovaly legislativu EU, a tudíž aplikovaly i články vztahující se na volný pohyb služeb, které jsou zde v rozporu s udělováním předběžného povolení. Tento názor soud později opět potvrdil v rozhodnutí Müller-Fauré a Van Riet.[64] K důležitému zlomu

[62] Čl. 22 odst. 1 druhá věta: *„Povolení požadované podle odst. 1 písm. c) nelze odmítnout, pokud příslušné léčení nemůže být poskytnuto dotyčné osobě na území členského státu, kde má bydliště.“*
[63] Rozsudek SDEU C-120/95 a C-158/96 ze dne 28. dubna 1998; Kohll a Decker
[64] Rozsudek EDS C-385/99 ze dne 13. května 2003; Müller- Fauré a Van Riet

došlo v rozhodnutí Geraets-Smiths a Peerbooms[65], kdy Soudní dvůr uznal, že existuje možnost, kdy je výjimečně povoleno vyžadovat předběžné povolení, ačkoli jinak tvoří překážku volného trhu. Tato situace musí být závažným ohrožením sociálního a zdravotnického systému členského státu. Vzhledem k tomu, že stát je zodpovědný zejména za osoby trvale žijící na svém území, musí dbát o zajištění jejich potřeb. Proto nesmí připustit ohrožení dostupnosti zdravotnického systému, zabezpečení celé škály ošetření pro všechny obyvatele. Samozřejmě je nutné držet se pravidla, že není možné omezovat svobody volného trhu jenom z důvodů ekonomických. Na druhou stranu členský stát nesmí dopustit finanční zkolabování, nebo jen pouhé ohrožení svého zdravotnického a sociálního systému vzhledem k odpovědnosti vůči svým obyvatelům. V takové situaci, jak poznamenal Soudní dvůr, je nejen rozumné, ale dokonce nezbytné uplatnit tuto regulaci předběžným souhlasem.

V případě, že je stát oprávněn použít předběžné povolení, je nutné, aby dodržel podmínky stanovené Soudním dvorem pro uplatnění výjimky. Tyto požadavky byly Soudním dvorem prezentovány již v rozsudku Kohll. Je nutné dodržovat podmínku proporcionality, která udává, že je možné používat omezení jen v nezbytné míře a pouze v případech, kdy neexistuje jiná, mírnější omezení. Dále je nutné dodržovat zákaz diskriminace a posuzovat tedy všechny obdobné případy stejně. S touto podmínkou se pojí podmínka transparentnosti, aby byly podmínky a omezení všeobecně známé a dohledatelné. Tyto podmínky se nepřímo uplatňují v seznamu lékařských zákroků, které vytvářejí jednotlivé členské státy samy. Tím dávají pacientům všechny informace, jak budou úřady postupovat a také zabezpečují stejný postup v obdobných případech.

Dalším otazníkem, který právní úprava nařízení vyvolala, byla „nezbytnost" ošetření a „obvyklá doba".[66] Tyto nejasné pojmy, jejichž definice v nařízení schází, se staly důvodem odmítání udělení povolení pacientovi k ošetření v jiném členském státě. K výkladu byl národními soudy dožádán SDEU, aby upřesnil a vyložil tyto pojmy.

První náznaky se objevily již v judikátu **Peerbooms**, kde se Soudní dvůr vyjádřil ohledně nezbytnosti, když dovolil zamítnout povolení z důvodu nezbytnosti v případě, že je možné, aby pacient podstoupil stejné, nebo obdobné léčení přímo ve svém domovském státě. V této situaci byla léčba v jiném státě pokládána za mrhání veřejnými

[65] Rozsudek EDS C-157/99 ze dne 12. června 2001; Geraets Smits a Peerbooms
[66] Čl. 22 nařízení 1408/71

finančními prostředky. Tento verdikt však podmínil zákazem, který je v článku 22 odstavec 2 nařízení 1408/71. Léčba musela proběhnout v obvyklé době, což znamená bez „nepřiměřeného prodlení". Prozatím tato doba zůstala blíže nespecifikována, Soud se k ní však musel vrátit v dalších rozhodnutích. Ale již v tomto rozhodnutí přidal ke kritériu posouzení zdravotního stavu pacienta ohledně určení obvyklé doby nezbytné pro získání daného léčení také kritérium možného průběhu nemoci, ke kterému je nutno přihlížet.

Problém nejasného pojmu „obvyklá doba nezbytná pro získání léčení" doplněná Soudem o "nepřiměřené prodlení" způsobila rozpor v případě paní **Müller- Fauré** a paní **Van Riet**. V obou případech se ženy odjely léčit do zahraničí bez předchozího povolení. Následně jim odmítly pojišťovny proplatit náklady na léčbu v cizině. Předchozí povolení bylo zamítnuto právě z důvodu nesplnění podmínky „nepřiměřeného prodlení". Soudní dvůr v tomto případě zasáhl již do nového nařízení číslo 883/2004, konkrétně do ustanovení o zákazu odmítnutí povolení a o výjimce, která je možná. A to v případě, že dochází k nepřiměřenému prodlení a nemůže být poskytnuta léčba v obvyklé době v daném členském státě. Posuzování této situace doplnil o nová kritéria. Uznal, že kritéria posouzení pouze podle zdravotního stavu pacienta a možného vývoje nemoci nezobrazují dostatečně podstatu zdravotního problému pacienta. Tímto rozsudkem zavedl povinnost úřadů zabývat se také otázkou bolestí, kterými pacient trpí a dále jeho předchozím životem (před onemocněním) a zásahem zdravotních problémů do možnosti výkonu jeho pracovní činnosti. Rozhodnutí soud později potvrdil i v dalším rozsudku Inizan.[67]

Nejnovějším rozhodnutím, kterým se Soudní dvůr pokusil vyřešit nejasné pojmy a tím ustálit pravidla, kterými je nutné se řídit při udělení povolení z pohledu čekacích dob a prodlení, je rozsudek ve věci **Watts**.[68] Paní Watts, britská občanka, která trpěla artritidou kyčlí, potřebovala podstoupit jejich operaci. Byla zařazena do seznamu čekatelů s předpokladem čekací doby jeden rok. Trpěla ovšem velkými bolestmi, proto byla přesunuta mezi urgentnější případy. Pořád však byla nucena několik měsíců čekat. Proto se rozhodla požádat o předběžné povolení a podstoupit tuto operaci v zahraničí. Povolení jí však nebylo uděleno. Zamítnutí povolení bylo odůvodněno tím, že

[67] Rozsudek EDS C-56/01 ze dne 23. října 2003; Inizan
[68] Rozsudek EDS C-372/04 ze dne 16. května 2006; Watts

pojišťovna nespatřuje naplnění podmínek pro nezbytnost léčení v jiném státě. Zákrok je dostupný v jejím domovském státě a čekací doba splňuje obvyklou dobu stanovenou britskou vládou. Paní Watts nakonec podstoupila léčbu v zahraničí. Protože jí pojišťovna odmítla nahradit náklady, dostal se tento spor až k národnímu soudu. Ten vznesl několik předběžných otázek a dvě z nich se týkaly právě čekací doby a podmínek, které je nutno zohlednit.

Předběžná otázka číslo čtyři mířila na to, zda při posuzování dostupnosti léčby v přiměřené době je nutné a v jaké míře zohledňovat čekací dobu, klinickou prioritu přidělenou léčbě, skutečnost, že je léčba poskytována bezplatně a zejména individuální stav pacienta a možný vývoj jeho onemocnění.

V předběžné otázce číslo pět byl vznesen dotaz na přesný výklad ustanovení *„v obvyklé době nezbytné pro získání dotyčného léčení‘*. Soudní dvůr potvrdil úvahu generálního advokáta v bodě 101, který dovodil, že chtěl Soudní dvůr označit, že výklad pojmu „v obvyklé době nezbytné pro získání dotyčného léčení‘ je shodný s výkladem „v přiměřené době“, který poskytl v rozsudcích Smits a Peerbooms[69], jakož i Müller-Fauré a van Riet.[70]

Soudní dvůr také dovodil, že odmítnutí povolení nemůže být založeno pouze na existenci čekacích seznamů. Je možné vzít v úvahu čekací doby i klinické priority přidělené danému ošetření, ale jen v případě, že se vztahují na zdravotní stav konkrétního pacienta, kdy je jeho stav posuzován individuálně také z pohledu bolestivosti, průběhu dané nemoci a prognóz vývoje onemocnění.

Daná instituce tedy musí prokázat, že čekací doba je přiměřená k onemocnění konkrétního pacienta, a tudíž posuzovat stav pacientů individuálně. Tento rozsudek přinesl objasnění v této oblasti a poskytl dostatek podkladů institucím rozhodujícím o udělení povolení, aby nedocházelo k odmítnutím oprávněných žádostí.

Dalším pojmem, který bylo nutno vyložit, byla klasifikace léčby, která je brána jako „obvyklá léčba v odborných kruzích” a naproti ní stojící experimentální léčba. Významnou změnu týkající se výkladu pojmu, co je považováno za „obvyklou léčbu v odborných kruzích”, přinesl Soudní dvůr v rozhodnutí **Peerbooms** a **Geraets Smits.** V těchto případech nizozemských občanů bylo povolení k léčbě zamítnuto, protože léčba

[69] body 103 a 104
[70] body 89 a 90

nebyla považována za „normální" neboli „obvyklou". Problematické z pohledu Soudního dvora bylo posuzování léčby pouze z pohledu daného státu. To, že léčba není posuzována za obvyklou z pohledu odborných lékařských kruhů v daném státě, který povolení uděluje (v tomto případě Nizozemí), neznamená, že obvyklou není a tedy je možné povolení udělit. Soudní dvůr vyvodil závěr, že plně postačuje, pokud je léčba ověřená a pokládaná za obvyklou mezinárodní lékařskou vědou. V takovém případě není relevantní, jestli v daném státě je posuzována za experimentální, nebo není vůbec vykonávána. Soudní dvůr tím chrání právo pacienta zvolit si modernější druh léčby, který se nemusí vyskytovat na seznamu vykonávaných zákroků v jeho domovském státě. Tím je pacientovi umožněno podrobit se léčbě, která může mít příznivější následky, než léčba praktikovaná v jeho domovském státě a není kvůli pojištění nucen podstoupit jedinou dostupnou léčbu v jeho domovském státě.

Na závěr je potřebné dodat, že v této oblasti Soudní dvůr dost zásadně zasáhl do ustanovení nařízení a tím poskytl pacientům možnost absolvovat léčbu jak s povolením, jehož podmínky udělování dost změkčil, tak obcházením sekundárního práva a aplikací přímo primárního práva, a tedy podstupováni léčby bez souhlasu. Nutno ovšem podotknout, že v některých případech i Soudní dvůr uznal, že pacient nemůže absolvovat léčbu bez povolení, aby nedošlo k ohrožení celého systému.

Speciální postavení vůči udělování předběžného povolení má tzv. ambulantní nebo jinak nazývané mimonemocniční ošetření. Ambulantní ošetření je přímo zmíněno již ve věci Kohll. V tomto případě šlo o ambulantní ošetření, i když tento rozsudek jeho definici neposkytuje. Soudní dvůr již v tomto judikátu konstatuje, že zubní ošetření, kterému byla dcera pana Kohlla podrobena, nenaplňuje znaky případu, který může destabilizovat sociální a zdravotní systém daného členského státu, a tudíž k němu není potřebný předběžný souhlas. Proto je možné dovodit, že lékařská péče podobné závažnosti jako v tomto případě nebude muset být podmíněná předběžným souhlasem. Soudní dvůr tyto nepřímé předpoklady potvrdil ve věci Gareats-Smiths a Peerbooms, kdy stanovil, že předběžné potvrzení je potřebné v případě nemocniční léčby, protože tato jediná může ohrozit stabilitu, kvalitu či dostupnost lékařské péče na území státu. Definitivní a přímé potvrzení vynesl Soudní dvůr ve věci Müller-Fauré a Van Riet. Soudní dvůr oddělil nemocniční léčbu. Pokusil se i definovat ambulantní léčbu. Nápomocné pro určení ambulantní léčby má být kritérium způsobilosti, které mluví o

tom, že se jedná o zákroky prováděné v nemocnicích, které jsou však způsobilé k tomu, aby byly prováděny i v pouhé ambulanci. Tato definice nebyla Soudním dvorem příliš šťastně zvolená, protože ponechává velký prostor k diskuzi, co ještě za ambulantní zákrok můžeme považovat a co už musí být zákrokem nemocničním. Význam tohoto judikátu spočívá nejen v definici, ale také v konstatování Soudního dvora, že ambulantní ošetření opravdu není způsobilé zapříčinit porušení stability systému. Z toho plyne, že používání předběžného povolení pro ambulantní ošetření musí být považováno jako překážka volného trhu. Díky rozhodnutí Soudního dvora tak ambulantní péče získala specifické postavení v oblasti udělování předběžného povolení.

4.2.2. Proplácení nákladů

Společně s úpravou udělování povolení k ošetření v jiném členském státě, bylo nutné vyřešit i nároky pacientů na proplacení nákladů, které museli vynaložit na ošetření v zahraničí.

Nároky se liší podle dvou kritérií. V první řadě podle toho, jestli se jedná o ošetření neplánované, nebo o ošetření plánované. V druhé řadě je důležité, zda bylo pacientovi uděleno povolení k ošetření v jiném členském státě.

V případě neplánovaného ošetření podle nařízení 883/2004 pacient požívá práva jako pojištěnec hostitelského státu a podle toho se na něj vztahují také náklady, které musí vynaložit na své ošetření. Pojišťovna pacienta v jeho domovském státě je povinna mu tyto náklady nahradit podle tarifů hostitelského státu.

U plánovaného ošetření je situace komplikovanější. V případě, že pacient obdržel povolení k ošetření v jiném státě a jeho léčba se uskuteční u poskytovatele zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění (nemusí se vztahovat na soukromé poskytovatele), proběhne většinou úhrada nákladu za léčení přímo mezi poskytovatelem a pojišťovnou pacienta, tudíž pacient nemusí nic hradit, ale také mu nevzniká nárok na náhradu.

Vzhledem k rozdílnosti financování zdravotnických systémů jednotlivých států je možné, že bude vyžadována spoluúčast pacienta na hrazení nákladů léčby. V tomto případě má pacient nárok na náhradu nákladů ve stejné výši jako pojištěnec hostitelského státu.

Soudní dvůr rozsudkem ve věci **Vanbraekel**[71] řešil situaci, kdy spoluúčast pacienta na hrazení nákladů podle tarifů hostitelského státu převyšovala výši v domovském státě. V tomto případě soud dovodil, že pacient má nárok na vyrovnání, které mu poskytne pojišťovna, jejímž je pojištěncem. Toto opatření má zabezpečit, že zahraniční ošetření nebude vyloučené jen z důvodu vyšší spoluúčasti pacienta. Tento princip se nevztahuje na neplánované ošetření.

V případech, kdy pacient nezíská povolení od pojišťovny k ošetření v jiném státě a přesto toto ošetření podstoupí, jeho jedinou nadějí k proplacení je následovat judikaturu, kde Soudní dvůr ustanovil, že pacient má právo na náhradu nákladů, ale pouze ve výši tarifů poskytovaných pojišťovnou svého domovského státu.

Nevyřešenou otázkou ohledně hrazení nákladů zůstávaly soukromá nemocniční zařízení. Neexistovala právní úprava, která by tato zařízení vyloučila, nebo naopak začlenila do existujícího systému. S touto otázkou se musel vypořádat Soudní dvůr ve věci **Stamatelaki**. Řecký občan, pan Stamatelaki, byl hospitalizován a léčen v soukromém zdravotnickém zařízení ve Velké Británii. Řecká pojišťovna odmítla toto léčení proplatit z toho důvodu, že poskytovatelem bylo soukromé zařízení, i když zdravotní péči poskytovanou v Řecku soukromými poskytovateli hradila. Soudní dvůr rozhodl, že neproplácení nákladů vůči soukromým poskytovatelům v zahraničí je omezování volného trhu v rámci poskytování služeb a tato překážka není odůvodněná. Proto je podle něj nepřijatelné, aby nebyly propláceny náklady vůči soukromým poskytovatelům. Tímto rozhodnutím se Soudní dvůr vypořádal s touto otázkou ve prospěch poskytovatelů i pacientů.

Proplácení nákladů bylo zjednodušeno a přehledněji upraveno až směrnicí číslo 2011/24 (viz kapitola 5.2.).

[71] Rozsudek EDS C-368/98 ze dne 12. července 2001; Vanbraekel

5. Směrnice 2011/24 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Vzhledem k rozhodování Soudního dvora v otázkách mobility pacientů vznikla nejistá situace jak pro členské státy, tak pro pacienty samotné. Soudní dvůr vytvořil nový způsob uplatňování práv pacienta, který obcházel nařízení upravující tuto oblast. Bylo jasné, že takový rozpor mezi judikaturou a sekundárním právem bude nutné vyřešit. Zprvu se očekávalo, že řešení přinese nové nařízení číslo 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, vydané 29. dubna 2004. Ačkoli nařízení zapracovalo částečně rozhodnutí Soudního dvora, úprava byla nedostatečná a nevyřešila daný rozpor. Následně Soudní dvůr vynesl několik významných rozhodnutí, např. ve věci Watts[72], která odhalila mezery v nové úpravě nařízením 883/2004.

Potřeba nové právní úpravy byla evidentní. Nejen kvůli upřesnění práv a povinností států i pacientů, ale evropský zákonodárce si od toho také sliboval větší kontrolu nad rozhodováním Soudního dvora tím, že dojde ke zlepšení pozice pacientů na základě udělených práv a tato úprava bude pacienty využívána více než práva založená na svobodě volného pohybu.

V roce 2008 představila Komise návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, který tvořil součást tzv. sociálního balíčku.[73] Překvapivý byl počin Komise, která oblast týkající se poskytování služeb[74] vyňala ze směrnice o poskytování služeb a včlenila ji do sociálního balíčku. Spekuluje se, že Komise chtěla předejít negativním postojům států vůči návrhu, a tak se snažila jasně odlišit/oddělit nový návrh od poskytování služeb. Návrh Komise byl v prvním čtení 1. prosince 2009 zamítnut Radou Evropské unie. Státy, které zablokovaly přijetí směrnice, se seskupily kolem Španělska. To bylo podporováno Portugalskem, Polskem, Rumunskem, Litvou, Slovenskem a Řeckem. Důvodem bylo riziko, které může směrnice představovat pro kvalitu poskytované péče a také dodatečné náklady ve výši kolem 2 miliard korun ročně, které přinese aplikace směrnice pro národní zdravotní systémy.[75] Španělské

[72] Rozsudek EDS C-372/04 ze dne 16. května 2006; Watts

[73] Návrh směrnice o mobilitě pacientů v Evropské unii. *Holubova.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-12-30]. Dostupné z:http://www.holubova.cz/

[74] Zdravotní péče je posuzována jako poskytování služby.

[75] DE GROVE-VALDEYRON, Nathalie. La directive sur les droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers : véritable statut juridique européen du patient ou simple clarification d'un régime de mobilité ?. In: *RTD eur avril-juin*. 2O11, s. 299.

předsednictvo dosáhlo v této oblasti kompromisu a směrnice byla dokončena pod vedením belgického předsednictví 15. prosince 2010.

Přijata byla 9. března 2011, 4. dubna 2011 byla uveřejněna v Úředním věstníku EU[76] a 24. dubna téhož roku nabyla účinnosti ve všech 27 členských státech.

Protože se jedná o směrnici, není přímo vykonatelná, a tak musí být do 25. října 2013 zapracovaná do národních úprav.

5.1.Důvody přijetí nové úpravy

Jak již bylo zmíněno v úvodu, oblast přeshraniční zdravotní péče v EU po vynětí z oblasti poskytování služeb nutně potřebovala novou úpravu, která by zastřešila celou problematiku a zapracovala rozsáhlou judikaturu Soudního dvora.

Evropská komisařka pro zdraví Androully Vassiliou vyjádřila hlavní důvod nové právní úpravy této oblasti takto: *„(Smyslem nové právní úpravy je) objasnit, jak mohou pacienti uplatňovat svá práva na přeshraniční zdravotní péči a zároveň poskytnout právní jistotu členským státům a poskytovatelům zdravotní péče. Nová úprava zajišťuje, aby byla zaručena kvalita a bezpečnost zdravotní péče v celé Unii a podporuje spolupráci mezi systémy zdravotnictví s cílem poskytovat lepší přístup ke specializované péči.“*

Dá se říci, že hlavní důvody přijetí byly tři. Prvním důvodem bylo zakotvení pravidel, která zjednoduší přístup pacientů ke zdravotní péči a která zabezpečí její kvalitu poskytování v celé EU. Ustanovit pravidla, která budou jasně stanovovat podmínky přeshraniční péče. Cílem umožnit tuto péči všem pacientům a nikoli pouze malé skupině dobře informovaných nebo ještě méně početné skupině, v jejíž prospěch rozhodl Soudní dvůr.

Druhým důvodem byla garance mobility pacientů, která bude v souladu s principy, které byly ustálené judikaturou Soudního dvora. Zákonodárce se měl pokusit začlenit závěry Soudního dvora do právní úpravy a tím získat větší kontrolu nad jeho rozhodováním a naopak pacientům garantovat práva, která jim Soudní dvůr již uznal.
Posledním důvodem byla podpora spolupráce ve věcech poskytování zdravotní péče mezi členskými státy a tím poskytovat lepší specializovanou zdravotní péči.

[76] část L88

Tyto důvody je nutné následovat, ale je potřeba respektovat odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče, která je zakotvena v článku 168 odstavec 7 SFEU.

5.2.Zásady náhrady nákladů

Zřejmě největším problémem, který v této oblasti musel Soudní dvůr řešit, bylo proplácení nákladů spojených s léčbou v zahraničí. Směrnice upravuje tuto otázku v článku 7. Důležité je poznamenat, že tento článek stejně jako celá směrnice respektuje článek 168 odstavec 7 SFEU, a to i v případě náhrady nákladů. Znamená to, že členské státy mají zachované své pravomoci pro určování pravidel, která jsou aplikována na proplácení nákladů, což znamená, že i nadále mají právo určovat seznam nemocí, jejichž léčba v zahraničí bude proplacena. Ten nemusí být nutně určen na celostátní úrovni, pravomoc k jeho určení může být svěřena kompetentním autoritám na regionální úrovni. Na druhé straně členské státy mohou i nadále určovat pravidla pro řízení poskytování zdravotní péče. Příkladem může být pravidlo uplatněné ve Francii, kde pacient, chce-li navštívit specialistu, musí nejdříve absolvovat prohlídku u všeobecného lékaře, který ho dále může poslat ke specialistovi.

Náhrady nákladů jsou upraveny zejména čtyřmi základními pravidly, která plynou z článku 7 směrnice.

Podle článku 7 odstavce 4 se řídí úprava výše poskytované náhrady nákladů. Pacient je oprávněn podstoupit léčbu v jiném členském státě a žádat, aby stát, ve kterém je pojištěn, buď přímo uhradil, nebo mu nahradil náklady léčení. Výše náhrady se rovná výši nákladů, které pojišťovna hradí v případě stejného ošetření poskytnutého na území domovského státu. Nutno však upozornit, že pouze do výše skutečných nákladů. Není možné, aby pacient na zdravotní péči vydělal. Toto ustanovení nevylučuje možnost členského státu přijmout odpovědnost i za vyšší náklady. Členský stát se tedy v případě, že náklady léčby v jiném státě překročily hrazené náklady, může rozhodnout uhradit je ve výši, kterou požaduje stát, který léčbu poskytl. S tím je spojená možnost uhradit pacientovi také řádně doložené další náklady, kterými jsou například ubytovací náklady nebo cestovní výdaje.

Druhým zásadním již zmíněným bodem je odstavec 3 článku 7, který potvrzuje, že zdravotní péči i výši uhrazených nákladů stanovuje domovský stát a vůbec nezáleží na tom, ve kterém státě bylo ošetření vykonáno.

Třetí zásada stanoví, že pravidla ohledně náhrady nákladů, administrativních požadavků a přípustnosti léčby se použijí úplně stejně na pacienta, který podstoupil léčbu v jiném členském státě, jako kdyby tuto léčbu podstoupil na území státu pojištění.

Ve čtvrtém principu zákonodárce zohlednil rozhodnutí Soudního dvora a zakázal, v odstavci 8 článku 7, státům vyžadovat předběžné povolení v případě léčby v zahraničí kromě výjimek, které jsou uvedeny v článku 8.

Zásady dané článkem 7 mohou být v případě nutnosti omezeny, a to podle odstavce 9, pokud se jedná o naléhavý důvod obecného zájmu. Toto omezení ve svém předchozím rozsudku potvrdil i Soudní dvůr stejně tak, jako určil pravidla, která zůstala zachována i ve směrnici. Proto se odstavec 11 věnuje podmínkám, které omezení doprovázejí, zvláště zákaz diskriminace, přiměřenost opatření a zákaz překážek volnému pohybu osob, zboží a služeb.

Závěrem je dobré poznamenat, že v této oblasti směrnice nastavila jasná pravidla, do jejichž velké části anektovala rozhodnutí Soudního dvora a tím posílila právní jistotu v oblasti náhrady nákladů.

5.3. Zdravotní péče, která může být podmíněná předběžným povolením

I když článek 7 zakázal používání předběžného povolení, nezapomíná zákonodárce na situace, kdy je vyžadování povolení posuzováno nikoli jako překážka, ale jako opatření, které je nejenom rozumné vzhledem k bezpečnosti celého systému, ale dokonce žádoucí.

Článek 8 odstavec 2 přímo charakterizuje zdravotní péči, která může být podrobena souhlasu. Péče musí být: „Předmětem požadavků na plánování v souvislosti se zajištěním dostatečného a trvalého přístupu k vyvážené nabídce vysoce kvalitní péče v dotčeném členském státě nebo v souvislosti se snahou kontrolovat náklady a co nejvíce zabránit veškerému plýtvání finančními, technickými a lidskými zdroji.“[77] Dále musí

[77] Čl 8 odst. 2 směrnice 2011/24

splňovat buď podmínku nemocniční péče[78], nebo musí být pro její výkon použita vysoce nákladná speciální léčba, nebo zdravotnické zařízení.

V prvním případě jde o nemocniční ošetření, které může být podmíněné souhlasem z důvodu nutnosti plánování stejného přístupu a zabezpečení péče na celém území státu. Sama směrnice dodává, že toto omezení může být aplikováno jen v nezbytné míře a v případě dodržení zákazu diskriminace. Z tohoto ustanovení můžeme také dovodit, že se nevztahuje na ambulantní ošetření. To znamená, že ho nemůže stát podmiňovat udělením předběžného souhlasu.

V druhém případě se jedná o ustanovení, které vychází ze sporu mezi Komisí a Francií.[79] Jednalo se zde o využití tzv. těžkého zdravotnického materiálu.[80] Francie poukázala na to, že na jednu stranu je toto vybavení finančně náročné a jeho používání s sebou nese vysoké náklady, proto je nutné, aby bylo také opodstatněné. Na druhou stranu toto vybavení je rozmístěno ve zdravotnických zařízeních tak, aby pokrývalo celé území státu a každý obyvatel měl možnost podstoupit toto vyšetření, pokud to bude potřeba. V případě velkého přílivu pacientů, využívajících mobilitu, na určité území jiného státu může dojít k destabilizaci tohoto systému a stát nebude schopen zajistit toto zdravotnické vybavení na celém svém území. Proto z důvodu, který byl uznán i Soudním dvorem, se zákonodárci rozhodli nechat toto ošetření podmíněné předběžným souhlasem, bude-li ho potřeba.

Článek 8 upravuje ještě dva další typy léčby, která může být podmíněna. Je jimi léčba, která představuje zvláštní riziko pro pacienta nebo obyvatelstvo[81], a to z důvodu ochrany jak samotného pacienta, tak ostatních obyvatel. Druhým typem je zdravotní péče poskytovaná poskytovatelem, u níž mohou v jednotlivých případech vyvstat vážné a konkrétní obavy ohledně kvality nebo bezpečnosti péče, s výjimkou zdravotní péče, která podléhá právním předpisům Unie, jež zajišťují minimální úroveň bezpečnosti a kvality v celé Unii.[82] V tomto případě jde o ustanovení, které se objevilo v pozměňujícím návrhu jako odpověď Rady Evropské unie znepokojeným členským státům, které zamítly návrh v prosinci 2009.

[78] Zahrnuje pobyt dotčeného pacienta v nemocnici alespoň na jednu noc.
[79] Rozsudek EDS C-512/08 ze dne 5. října 2010; Komise proti Francii
[80] V originálním znění " *équipement matériels lourds"*
[81] Čl. 8 odst. 2 písmeno b)
[82] Čl. 8 odst. 2 písmeno c)

Odstavec 5 článku 8 udává důvody nemožnosti poskytnutí předběžného povolení. Částečně přebírá ustanovení nařízení 883/2004, když vyžaduje udělení povolení v situaci, pokud nemůže být zdravotní péče poskytnuta na území členského státu ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná. Následně však přidává podmínky, které musejí být v této lhůtě zohledněny, a kromě nařízení 883/2004 zde vychází také z rozsáhlé judikatury Soudního dvora, jenž přinesl nejnovější závěry ve věci Watts.

Tuto problematiku doplňuje odstavec 6 článku 8, který na rozdíl od předchozího uvádí případy, kdy stát může odmítnout udělení povolení. Jedná se zejména o případy, kdy by byl pacient vystaven závažnému nebezpečí, případně by mělo dojít k ohrožení většího množství obyvatel nebo dokonce veřejného zdraví. Odmítnout udělit povolení lze i v případě nehodnověrného poskytovatele zdravotní péče, jestliže vzniká pravděpodobnost rizika ohrožení pacienta, a v případě, že nesplňuje podmínky odstavce 5 a je možné, aby léčbu v přiměřené době podstoupil na území domovského státu.

Na závěr lze zhodnotit, že směrnice zatím nejlépe ze všech legislativních úprav zapracovala rozhodnutí Soudního dvora. Ve svých ustanoveních zhodnotila potřeby členských států a zároveň poskytla garanci již používaných a Soudním dvorem nabytých práv pacientů. Věnovala se těm nejpalčivějším problémům jako je předběžný souhlas nebo náhrada nákladů. Lze konstatovat, že, i když ne úplně, ve většině otázek nastolila pravidla, kterých se můžou jak členské státy, tak pacienti držet.

Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na pacienty, kteří se v rámci Evropské unie rozhodli léčit v jiném členském státě, než je jejich domovský stát. Mojí hlavní myšlenkou bylo přiblížit a dostatečně objasnit, na základě jakých pravidel tato mobilita pacientů probíhá. Toto téma nebylo možné jednoduše uchopit vzhledem k tomu, že jednotná harmonizace této oblasti na evropské úrovni neexistuje, evropská legislativa ji pouze koordinuje. Proto bylo nutné věnovat pozornost různým zdrojům, které tuto oblast upravují.

V zakládajících smlouvách Společenství neupravovalo zdravotní politiku. Nepředpokládalo se, že to bude potřebné vzhledem k účelu Společenství. Nutnou změnu v chápání této otázky přinesla koncepce vnitřního trhu. Základní svobody pohybu osob přinesly možnost mobility pacientů.

V úvodní kapitole jsem se zaměřila na úpravu jak celkové zdravotní politiky, kterou nabízí primární právo. Úprava se zabývá zejména sociálním a zdravotním systémem jako celkem a mobilitě pacienta pozornost nevěnuje. Nejdůležitějším ustanovení se stal odstavec 7 článku 168 SFEU, který přiznal členským státům pravomoc řídit své sociální systémy, a tím odmítl možnost harmonizace této oblasti.

V druhé kapitole jsem se zabývala vlivem volného trhu na mobilitu pacientů. Díky volnému pohybu osob se pacienti mohou přesouvat do jiných členských států bez překážek a omezení. Lékařská péče byla definována SDEU jako poskytování služeb. A tedy úprava volného pohybu služeb se vztahuje i na poskytování lékařské péče. Právo na ošetření v jiném členském státě se začalo řídit rozhodnutími SDEU podle primárního práva, které upravuje volný trh. Proto jsem se v této kapitole zaměřila na detailní úpravu volného pohybu osob, zboží a zejména služeb.

Vzhledem k migraci obyvatelstva v rámci Společenství bylo jasné, že sféra sociálního a zdravotního systému musí být koordinovaná sekundárním právem. Ve třetí kapitole jsem věnovala prostor nařízením, která upravila základní otázky mobility pacientů.

Právní úprava se ukázala jako nedostatečná a značné mezery v jejím obsahu musel řešit SDEU. Jeho rozsudky vedly často k liberálnějším závěrům v rozporu se zájmy členských států a značně omezily jejich možnosti bránit ošetření pacienta v jiném členském státě. SDEU upravil podmínky omezení volného pohybu a také proplácení

nákladů. Těmito rozsudky se dostal do sporu s nařízením 1408/71 a později i nařízením 883/2004. Ve čtvrté kapitole jsem se věnovala základním rozporům mezi rozhodnutími judikatury a přijatou legislativou.

Poslední kapitola prezentuje novou úpravu v podání směrnice číslo 2011/24. Tato směrnice měla definitivně vyřešit sporné otázky. Snaha byla některými členskými státy zmařena, a tak můžeme konstatovat, že ani poslední úprava nepřinesla komplexní řešení problematiky mobility pacientů.

Cílem mé práce bylo objasnit složitost úpravy volného pohybu pacientů, a také poukázat na potřebu dalšího vývoje právních úprav v této oblasti. Domnívám se, že tato otázka se bude i nadále vyvíjet. I když se některé členské státy brání zásahům do zdravotnické oblasti, bude nutné, aby Evropská unie vybrala jednu z možných cest a zastřešila ji úpravou na evropské úrovni.

Uvědomuji si, že toto téma je široké a není možné ho celé pokrýt v mé diplomové práci. Věřím, že jsem nastínila nejdůležitější problémy a jejich prozatímní řešení.

Resumé

Mon mémoire s´oriente vers des patients qui ont décidé de se faire soigner dans différents états membres de l´Union européenne que leur état d´affiliation. La pensée principale, c´est le rapprochement et la clarification de la base des règles qui régissent la mobilité des patients. Ce sujet est compliqué à cause de l'inexistence l´harmonisation européenne. La législation de l´Union européenne peut seulement coordonner ce domaine, il faut donc apporter de l'attention aux différentes sources de la réglementation.

Les Traités de droit primaire de la Communauté européenne du Charbon et de l'Acier (CEA) n´ont pas réglé la politique de santé alors que les fondateurs n'ont pas supposé que cela soit nécessaire. Le but de CEA est complétement différent de celui de la politique de santé. La nécessité de la réglementation de la mobilité des patients est rendue visible grâce à l´idée du marché unique. La libre circulation des personnes a permis la liberté de circulation des patients.

Dans le premier chapitre, je me suis entièrement concentrée sur la réglementation de la politique de santé incluse dans le droit primaire alors que ce dernier est occupé par le système social et médical. La mobilité des patients ne fait pas partie de ces prescriptions juridiques. L´article 168 alinea 7 de Traité de fonctionnement de l´Union européenne est devenu la plus importante prescription de cette réglementation parce qu'il a confirmé la compétence des états membres de gérer leurs systèmes sociaux et médicaux sans l´harmonisation européenne.

Dans le deuxième chapitre, j´ai réfléchi sur l'influence du marché unique sur la mobilité des patients, ces derniers peuvent se déplacer sans limites et sans rencontrer des obstacles grâce à la libre circulation des personnes. La Cour de justice a proclamé que les soins médicaux sont considérés comme une prestation des services alors dans ce cas il faut appliquer les principes de la libre prestation des services. La Cour de justice a décidé que la prestation des soins médicaux des patients dans l´autre état membre va respecter les articles de droit primaire qui règlent le marché unique. Ce chapitre est consacré à la réglementation de la libre circulation des personnes, à des marchandises mais aussi à la prestation des services.

À cause de la migration des travailleurs, il est nécessaire de coordonner ce sujet avec le règlement. Le troisième chapitre est consacré aux règlements qui coordonnent la mobilité des patients.

La législature européenne contient des lacunes qui ont été remplacées par des décisions de la Cour de justice. Ces décisions sont considérées comme libérales par quelques états membres parce qu´ils limitent des possibilités de la protection des systèmes nationaux contre la mobilité des patients.

Le dernière chapitre contient les principes basiques de la nouvelle directive 2011/24, malgré des propositions courageuses, la directive ne trouve pas des solutions pour toutes les problématiques liées aux règlements avancés.

Le but de ce mémoire est de clarifier la réglementation qui est assez complexe et aussi de montrer la nécessite du développement de la législation concernant ce sujet. En effet, je suis rend compte que la mobilité des patients est un sujet vaste alors que je n'ai pas pu le traiter entièrement dans mon mémoire, toutefois j'ai réussi à aborder les problèmes les plus graves.

Seznam zkratek

EHS	Evropské hospodářské společenství
EU	Evropská unie
Euratom	Evropské společenství pro atomovou energii
Komise	Evropská komise
Rada	Rada Evropské unie
SDEU	Soudní dvůr Evropské unie
SES	Smlouva o založení Evropského hospodářského společenství
SFEU	Smlouva o fungování Evropské unie
Soud dvůr	viz SDEU
Společenství	viz EHS
Unie	viz EU
WHO	World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

Seznam literatury (včetně elektronických zdrojů)

Knižní literatura

- BLANQUET, Marc. *Les soins de santé transfrontaliers en Europe : de la difficulté de codifier une jurisprudence libérale…*. Toulouse: Presses de l'Université des sciences sociales de Toulouse, 2009, s. 216. ISBN 978-2-915699-84-5.

- DE GROVE- VALDEYRON, Nathalie. La directive sur les droits des patients en matiere de soins de santé transfrontaliers: Véritable statut juridique européen du patient ou simple clarification d´un régime de mobilité. 2011, s. 302.

- KŘEPELKA, Filip. Evropské zdravotnické právo. Praha: LexisNexis CZ 2004. ISBN: 80-861-9989-4

  DUBOIS, Louis. Droit matériel de l´Union européenne. Montchrestien, 2009. ISBN:978-2-7076-1598-5

Odborné časopisy

- DE GROVE-VALDEYRON, Nathalie. Véritable statut juridique europeén du patient ou simple clarification d'un régime de mobilité? *Revue trimestrielle de droit europeén*. roč. 2011, duben – červen.

- DE GROVE-VALDEYRON. La mobilité du patient communautaire sous l'angle de la jurisprudence de la Cour de Justice des Communautés europeénnes : avancées et incertitudes. *Revue timestrielle de droit europeén*. roč. 2007, červenec – září.

- DE GROVE-VALDEYRON. *Accés aux soins et approche communautaire*. Etudes de l'IRDEIC. roč. 2009, č. IX.

- ŠVEC, Ladislav. Plánované vycestování za zdravotní péčí. *Národní pojištění*. 2011, 8-9, s. 37.

- BARTÁK, Miroslav. Zdravotní politika a vnitřní trh Evropské unie. *Zdravotnické fórum*. 2012, č. 9, s. 8.

- WHELANOVÁ, Markéta. Poskytování zdravotní péče na území jiného členského státu Evropské unie. *EMP*. 2014, č. 6, s. 26.

- BLANQUET, Marc. Etudes de droit communautaire de la santé et du médicament. Etudes de l'IRDEIC. roč. 2009, č. V.

- LYČKA, Martin. Elčinov: Právo pacienta na podstoupení operace v jiném členském státě EU a její proplacení. *Jurisprudence*. 2011, č. 1, s. 40.

- TOMÁŠEK, Michal. Osnova vstupů evropského práva do oblasti zdravotnictví. *Právník*. 2006, č. 2, s. 171.

Mezinárodní dokumenty

- Smlouva o založení Evropského hospodářského společenství
- Smlouva o fungování Evropské unie
- Smlouva o Evropské unii
- Charta základních práv Evropské unie
- Zakládací smlouva Světové zdravotnické organizace
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech

Právní předpisy

- **Směrnice č. 2004/38** o právu občanů Unie a jejich rodinných příslušníků svobodně se pohybovat a pobývat na území členských států
- **Nařízení č. 1612/68** o volném pohybu pracovníků uvnitř Společenství
- Směrnice č. 68/360
- Směrnice č. 73/148
- **Směrnice 2006/123** o službách na vnitřním trhu
- Směrnice 96/71
- **Nařízení 2006/2004** o spolupráci v oblasti ochrany spotřebitele
- Směrnice 261/2004
- **Nařízení 1408/71** o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství
- Nařízení 574/72
- Nařízení 859/2003
- **Nařízení 883/2004** o koordinaci systémů sociálního zabezpečení
- Nařízení 987/2009
- Nařízení 631/2004
- **Směrnice 2011/24** o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Pozn.: Tučným písmem jsou zvýrazněny významné dokumenty užité v této práci

Judikatura

- Rozsudek SDEU 83/11 ze dne 5. září 2012; Rahman
- Rozsudek EDS C-120/95 ze dne 28. dubna 1998; Nicolas Decker
- Rozsudek SDEU C-120/95 ze dne 28. dubna 1998, Kohll
- Rozsudek SDEU 41/74 ze dne 4. prosince 1974; Van Duyn
- Rozsudek SDEU C-157/99 ze dne 12. června 2001;Geraets-Smiths a Peerbooms
- Rozsudek SDEU C-385/99 ze dne 13. května 2003; Müller-Fauré
- Rozsudek EDS C-371/04 ze dne 16. května 2004; Watts
- Rozsudek EDS C-444/05 ze dne 19. dubna 2005; Stamatelaki
- Rozsudek SDEU C-120/78 ze dne 20. února 1979, Rewe-Zentral AG proti Bundesmonopolverwaltung für Branntwein
- Rozsudek EDS C-541/99 ze dne 22. listopadu 2001; Cape Snc.
- Rozsudek EDS C-207/78; Even
- Rozsudek SDEU C-326/00 ze dne 25. února 2003; Ioannidis
- Rozsudek EDS C-56/01 ze dne 23. října 2003; Inizan
- Rozsudek EDS C-368/98 ze dne 12. července 2001; Vanbraekel
- Rozsudek EDS C-512/08 ze dne 5. října 2010; Komise proti Francii

Internetové zdroje

- Návrh směrnice o mobilitě pacientů v Evropské unii. *Holubova.cz* [online]. 2010 [cit. 2015-12-30]. Dostupné z: http://www.holubova.cz/
- Archiv. TARANT, Martin. *Zdravotnictví + Medicína* [online]. 16.2.2001. [cit. 2014-12-14]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/
- Přeshraniční péče. *Veřejné zdraví* [online]. [cit. 2015-12-05]. Dostupné z: • http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_cs.htm
- Případ Kohll a Decker - evropský precedens?. *Zdravotnictví + Medicína* [online]. [cit. 2015-12-30]. Dostupné z:http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pripad-kohll-a-decker-evropsky-precedens-133368
- Lékařské ošetření v Evropě. *Zdraví gesundheit* [online]. [cit. 2015-12-09]. Dostupné z: http://www.zdravi-gesundheit.eu/fileadmin/root_zdravi/zdravi_gesundheit/downloads/8pages_CZ.pdf
- 93681. EVROPSKÝ PRŮKAZ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ. *Epravo.cz* [online]. [cit. 2015-12-09]. Dostupné z:http://www.epravo.cz/top/clanky/evropsky-prukaz-zdravotniho-pojisteni-93681.html
- Sociální právo ES. *Poradna pro občanství, občanská a lidská práva* [online]. [cit. 2015-11-25]. Dostupné z:http://www.poradna-prava.cz/folder03/socialni_pravo.pdf
- Plánované vycestování za zdravotní péčí. *ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ* [online]. [cit. 2015-11-14]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/exeres/6EC2B28A-5EBF-426C-88BF-4B52428A5184,frameless.htm?NRMODE=Published

- Plánovaná lékařská péče: výdaje a jejich proplácení. *Vaše evropa* [online]. [cit. 2015-11-30]. Dostupné z:http://europa.eu/youreurope/citizens/health/planned-healthcare/expenses-reimbursements/index_cs.htm

Název práce v anglickém jazyce:

Patient Mobility in the European Union

Klíčová slova:

mobilita pacientů

přeshraniční zdravotní péče v EU

volný pohyb zdravotnických služeb

Key words:

patient mobility

cross-border healthcare in EU

healthcare in EU