

Složité a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii

Autor: Doc. JUDr. Filip Křepelka, Ph.D.

Pracoviště: Masarykova univerzita – Právnická fakulta, Brno

Abstract: Organization and public financing of health care is task and competence of the member states. However, economic integration cannot spare it entirely. Financing of urgent treatment of tourists is based on coordination of reimbursement among competent institutions. The Court of Justice established right of patients for public reimbursement of treatment intentionally found in other member states with domestic rates with broad interpretation of basic economic freedoms, albeit measures for cost-containment justify restrictions. The Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare brings clarification. The Czech Republic has implemented the directive benevolently within short delay. There is no fear of outflow of public money to other member states due to economic, social and linguistic reasons and for absent litigation of patients as clients of public health insurance funds. Opportunity to require prior authorization with reimbursement was thus not used. Increasing complexity of public financing of Czech healthcare is revealed. It is unclear whether rates of reimbursement are fair and regulated prices are feasible. Recognition of pharmaceutical prescriptions and reimbursement of cross-border purchase of pharmaceuticals is also required.

Key words: reimbursement of treatment , The Court of Justice, Directive on the application of patients' rights in cross-border healthcare

ÚVOD

Marné uplynutí lhůty pro provedení Směrnice 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen Směrnice) do českého právního řádu ke dni 25. října 2013 a náprava provedená „euronovelou“ č. 60/2014 Sb. zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen Zákon), začátkem roku 2014 byly zmíněny v novinách a v televizi. Krátce pozornost tématu věnovali též odborníci. Není to ale jindy obvyklá ledabylost. Využívání práv plynoucích ze směrnice českými pacienty-pojištěnci a domácím zdravotnictvím zůstává zanedbatelné.

V internetovém časopise pro zájemce o právní a etické souvislosti zdravotnictví je však při této příležitosti tuto rovinu integrace v Evropské unii vhodné přiblížit, pochopitelně včetně souvislostí politických, sociálních, ekonomických a dalších.¹

V 90. letech 20. století založená Evropská unie doplnila a se zde nepodstatnou výjimkou pak nahradila v 50. letech založená Evropská společenství. V tomto tématu jejich rozlišování důležité není, tak se bude zmiňovat jen Evropská unie. Je nicméně třeba mít na paměti, že klíčové rysy dnešní Evropská unie „zdědila“ po Evropských společenstvích. Na integraci se navíc podílejí též jiné vyspělé evropské státy v rámci Evropského hospodářského prostoru.

První kapitola tohoto článku čtenářům, již soustavně evropskou integraci nesledují, připomene podobu a rysy Evropské unie a jejího práva. Přitom se zmíní mezinárodní standard základních práv pro zdravotnictví a celosvětové poměry. Druhá nastíní vývoj právního rámce ošetřování pacientů od zajištění přistěhovalců a turistů, od kooperace při urgentní péči, liberalizační judikaturu a nakonec evropskou a národní legislativu. Třetí osvětlí instituty Směrnice a jejich souvislosti s právem členských států, zejména vymezení okruhu proplácené péče, výši proplácení, účtování cen, uznávání a proplácení lékových receptů. Dopady na Česko se uvedou průběžně, zmíní se naše provedení a doprovodu směrnice, připomenutí související právní úpravy a možnosti stejně

¹ Mezi podrobná zpracování tématu v anglicky a německy psané literatuře patří HERVEY, T. K. *Health Law and the European Union*. Cambridge University Press, 2004; MOSSIALOS, E. – PERMANAND, G. – BAETEN, R. (eds.). *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy*. Cambridge University Press, 2010; SZYSZCZAK, E. – NEERGAARD, U. (eds.). *Health Care and EU Law (Legal Issues of Services of General Interest)*. T. M. C. Asser Press, 2011; SOYTÜRK, A. *Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Lichte der EuGH-Rechtsprechung und der Patientenrichtlinie*. Kovac: Dr. Verlag; 2012; WALLRABENSTEIN, A. (ed.). *Braucht das Gesundheitswesen ein eigenes Regulierungsrecht?: Beiträge zum Symposium des Instituts für europäische Gesundheitspolitik und Sozialrecht*. Peter Lang International Academic Publishers, 2012; PÜTZ, C. *Die grenzüberschreitende Patientenmobilität im Binnenmarkt: unter Berücksichtigung der Richtlinie 2011/24/EU*. Optimus Mostafa Verlag, 2014. Podstatně skromnější tuzemskou reflexi představuje KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. LexisNexis, 2004, která je však překonána pozdějšími časopiseckými články a zejména na internetu dostupnými diplomovými a rigorózními pracemi, na Právnické fakultě Masarykovy univerzity, dostupné z: <<http://www.is.muni.cz>>, např. KOLOROSOVÁ, A. *Hrazení zdravotní péče vyhledané za hranicemi*. 2012; KRAJČOVÁ, M. *Práva pacientů na poskytování za hranicemi vyhledané zdravotní péče dle návrhu odvětvové směrnice*; ŽÁKOVÁ, T. *Aktuální otázky přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii*. 2014; či VRŠKOVÁ, I. *Zdravotnické služby z pohledu fungování vnitřního trhu v judikatuře Soudního dvora EU a právu EU*. 2012. Stručným představením české implementace světu je PRUDIL, L. *Implementation of the Directive 2011/24/EU in the Czech Republic*. *European Journal of Health Law*. 2014, č. 1, s. 15–22.

jako úskalí pro české pojištěnce a české zdravotnictví. Čtvrtá kapitola pak zmíní některé aspekty přeshraniční péče, jež právo Evropské unie (dosud) neupravuje.

Evropská unie je mnohojazyčná. Úředním jazykem je od roku 2004 též čeština. Vzniká tak euro-česká terminologie, jež ne vždy ladí s terminologií českého práva,² která se ohledně zdravotnictví ostatně nedávno dosti změnila.³ Terminologická soudržnost není snadná rovněž kvůli různému významu slov v předpisech a běžné řeči.⁴ Potýkání právních řádů znamená také podřazování jevů práva členských států pod obecněji společným právem vymezené jevy.⁵

1. PŘIPOMENUTÍ RYSŮ EVROPSKÉ INTEGRACE A ZDRAVOTNICTVÍ

1.1. Povaha integrace v EU a možnosti integrace zdravotnictví

Evropská unie spojuje nyní osmadvacet členských států majících půl miliardy obyvatel. Šíře a hloubka hlavně hospodářské integrace nemá ve světě obdoby.

Základem zmíněné hospodářské integrace jsou volný pohyb zboží, jednotlivců (pracovníků a osob samostatně výdělečně činných, rodin a posléze dalších občanů členských států), svoboda usazování právnických osob (obchodních společností), služeb a kapitálu. Vnitřní hranice mezi členskými státy tak smějí překračovat veškeré produkty (zboží a služby) a faktory této produkce (pracovní síla, kapitál a jeho organizace).⁶ Uvolnit se pochopitelně musely související platby. Pro zajištění těchto svobod se sblížily technické, hygienické, organizační či kvalifikační nároky.

Tyto svobody si vyžádaly společné politiky v dalších souvisejících oblastech, třeba zemědělskou, regionální, soutěžní či ochrany životního prostředí. Řada členských států zavedla euro jako společnou měnu, jejíž užívání si žádá sladění a sledování hospodářských politik těchto států. Hospodářská integrace si vyžádala další spolupráci, rozvíjí se tak společná zahraniční a bezpečnostní politika a spolupráce ve věcech soudních a vnitřních.

Zdravotnictví je odvětvím hospodářství.⁷ Integrace jej tak nemůže minout. Postupně se ustavil společný trh léčivými přípravky a dalším zdravotnickým materiálem. Nepřehlédnutelná je též

² Např. české právo zná „pojištěnce“, česká verze práva Evropské unie „pojištěné osoby“.

³ Přeznačení zdravotnického zařízení z provozu na prostory, zavedení výrazu „poskytovatel zdravotní péče“, podrobné rozlišování zdravotní péče jako hlavní z vícera zdravotních služeb zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

⁴ V textu zmiňuji „proplacení“, byť jak česká verze Směrnice, tak Zákon používá mnohovýznamnou „náhradu“, neboť jej mám za vhodnější období *Kostenerstattung*, *reimbursement* či *rembursement*.

⁵ Níže zmiňovaná dlouhodobě uplatňovaná koordinace sociálního zabezpečení včetně zdravotní péče – nyní nařízení 883/2004 – předpokládá „příslušnou instituci“. Jí je v Česku příslušná veřejná zdravotní pojišťovna. Směrnici však takové příslušné instituce splývají se státem. České provedení však pochopitelně musí úkoly rozdělit.

⁶ Čl. 26–66 Smlouvy o fungování Evropské unie (ve znění Lisabonské smlouvy od roku 2009).

⁷ Statistiky podílu zdravotnictví na HDP jednotlivých států světa v databance Světové banky (IBRD, IDA), dostupné z: <<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS/>>.

profesní migrace zdravotníků. To si vyžádalo harmonizaci technických a hygienických,⁸ respektive kvalifikačních standardů členských států.⁹ Původně zakládající smlouvy zdravotnictví přitom nezmiňovaly vůbec; též nyní je role Evropské unie pouze doplňková.¹⁰

1.2. Meze integrace v Evropské unii a její projevy vůči zdravotnictví

Evropská unie záběrem a způsoby integrace rostoucího počtu států překonala jiné mezinárodní organizace. Vezmeme-li v potaz též její uspořádání a právo, ospravedlní se přívlastek „nadrárodní“. Na druhé straně má stále daleko k federaci, jakou jsou v mnohém srovnatelné Spojené státy americké.

Evropská unie nepřevzala od členských států zahraniční politiku a obranu. Nemá orgány pro každodenní výkon moci vůči jednotlivcům. Postrádá vlastní armádu a policii. Při výkonu svého práva a svých politik tak závisí na členských státech. Evropská unie má omezený rozpočet. Nevypisuje ani nevybírání daně. Při zkoumání její role ve zdravotnictví je ale zásadní absence sociální politiky. Evropská unie je svazek sociálních států, nikoli sociální unie.¹¹

Historickou příčinou těchto mezí integrace je státnost členských států. Členství ve vyvíjejícím spolku zůstává doplňkové. Evropská unie nespojuje členské státy a jejich národy dostatečně ani společensky. Neexistuje žádný evropský národ. Za hlavní překážku jeho vzniku lze považovat mnohojazyčnost. Chybí spojovací jazyk, angličtina se jím asi stává, zatím ale jím není. Politická debata se nadále vede hlavně uvnitř států. Platí to též pro v mírových dobách zásadní debatu ohledně míry a zaměření sociálního angažmá státu a jeho financování. Mnohojazyčnost je ale překážkou integrace prakticky čehokoli, zdravotnictví nevyjímaje.

Dostupné zdravotnictví je zásadním pilířem sociálního angažmá každého státu. Jeho organizace a financování se vyvíjelo během 20. století různě. Značné hospodářské, politické a sociální rozdíly mezi členskými státy se též nemohou neprojevit na evropské úrovni. Opatrné propojování podporou záměrného pohybu pacientů zakotvením nároku na veřejnou úhradu je tak zvláště náročné, a proto zdlouhavé.

Ve Spojených státech amerických je působení federální moci ve zdravotnictví daleko silnější a její příspěvek na ně řádově důležitější. Programy financování zdravotní péče jsou federální, byť je státy doplňují a provádějí. Podobně federální regulace výrazně ovlivnila soukromé zdravotní pojištění jako hlavní zdroj peněz pro americké zdravotnictví.

⁸ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES ze dne 6. 11. 2001 o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků.

⁹ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. 7. 2005 o uznávání odborných kvalifikací, čl. 24–47 a související přílohy.

¹⁰ Nyní čl. 168 SFEU zmiňuje sledování vysokého stupně ochrany zdraví v působení EU, podporu spolupráce s mezinárodními organizacemi, standardy pro zdravotnický materiál a epidemiologickou ochranu.

¹¹ Podrobně např. THRELFAL, M. European Social Integration: Harmonization, Convergence and Single Social Areas. *Journal of European Social Policy*. 2003, 13: 121, dostupné z: <<http://esp.sagepub.com/content/13/2/121.full.pdf>>.

1.3. Připomenutí modelů financování zdravotnictví

Každý vyspělý stát světa má soustavu či soustavy veřejného financování svého zdravotnictví. Ty se odrážejí na jeho organizaci. Vesměs se rozlišuje národní zdravotní služba (britský model zvaný podle ministra *Beveridge*), veřejné zdravotní pojištění (německý model označovaný podle kancléře *Bismarcka*), soukromé zdravotní pojištění, jež ale bývá veřejně podpořené a upravené (zaměstnanci ve Spojených státech amerických). Opomíjet nelze ani soukromé hrazení zdravotní péče.

V Evropě však převládá veřejné financování zdravotnictví. Evropská veřejnost považuje za důležitou dostupnost zdravotní péče též chudým a dlouhodobě či vážně nemocným. Soukromé financování je pomocné, ať jde o spoluúcast, připojištění, přičemž soukromá alternativa se připouští opatrně. Liší se ovšem organizace financování. Pro další zkoumání lze přiřadit evropské státy některému ze čtyř modelů.¹²

Prvním je národní zdravotní služba. Stát poskytuje péči pomocí svých nemocnic a klinik. Hradí ji daněmi, přičemž zabezpečené je veškeré obyvatelstvo. Uspořádání může být centralizované či decentralizované. Ikonickou je *National Health Service* (NHS) Velké Británie, dále ji mají Dánsko, Švédsko, Finsko či Norsko a dílem Španělsko a Itálie.

Druhým modelem je národní či regionální fond financování zdravotní péče, jež nasmlouvá péči u celostátních, regionálních a komunálních, církevních, družstevních a komerčních poskytovatelů. Evropskými státy s jedním celostátním fondem či vícero regionálními fondy jsou Polsko, některé oblasti Španělska a Itálie a další evropské státy.

Třetí model konkurujících si fondů provozují Německo, Rakousko, Nizozemsko či Švýcarsko. Zde mají obyvatelé možnost vybrat si mezi fondy, jež jim budou obstarávat péči. Ty nabízejí balíčky zdravotní péče. Stát nicméně pochopitelně stanovuje základní požadavky.

Čtvrtý model představují fondy (pokladny) proplácající pojištěnými pacienty vyhledanou zdravotní péči ve veřejných a soukromých nemocnicích, klinikách a ambulancích. Dává obecně pacientovi-pojištěnci největší prostor pro výběr nemocnice, kliniky či ambulance. Rovněž zde však stát určuje hlavní parametry. Tento model se vyvinul ve Francii, Belgii či Lucembursku. Nově tento model připustilo jako alternativu Německo.

Druhý až čtvrtý model se označuje jako veřejné zdravotní pojištění. Financování bývá smíšené, spojují se zvláštní odvody (pojistné) a státní dotace. Přes úsilí o široké pokrytí obvykle nejsou všichni obyvatelé pojištěnci.

Pro účely výkladu ovšem je žádoucí zdůraznit rozlišení dle méně vnímaného hlediska postavení pacienta na soustavy, v nichž pacient péči objednává, za péči platí a přitom či potom dostává peníze na její úhradu na straně jedné (čtvrtý model), a soustavy, kde pacientům péči

¹² V odborné literatuře a v internetových materiálech se uvádí řada rozlišení. Ohledně modelů evropských států a jejich vývoje viz texty European Observatory on Health Systems and Policies WHO, dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> či BUSSE, R. a kol. *European Union and Health Services, European Healthcare Management Association*. 2002 a na internetu dostupné prezentace autora.

poskytují dotování či nasmlouvaní poskytovatelé zdarma či za zlomek ceny na straně druhé (ostatní modely).¹³

Lze připustit, že toto rozlišení ztěžují způsoby placení. Rovněž v pokladenském modelu se omezilo přímé placení, tedy že pacient zaplatí sám a následně je mu výdaj proplácen (nyní obojí vesměs bezhotovostně). Pokud dodavatelé zákazníkům věří, poskytují zboží a služby na fakturu se lhůtou splatnosti. Hradit pak může přímo pokladna poskytovateli péče. Toto a řada dalších opatření týkajících se cen třeba ve Francii tak dává zapomenout, že jednotlivec má dva odlišné vztahy, jeden jako pacient s poskytovatelem péče a druhý jako pojištěnec se svou pokladnou.¹⁴

Česko a Slovensko zavedly po roce 1989 třetí model. V obou zemích však postupně degeneroval. Veřejné zdravotní pojišťovny si mezi sebou přerozdělují veškeré výnosy. Stát jim ukládá hradit poskytovatelům stejnou zdravotní péči. Pro pojištěnce příslušnost k určité pojišťovně do značné míry ztratila význam. Ospravedlnit více pojišťoven tak lze hlavně jejich soutěží při rozdělování prostředků. Oba státy mají dominantní všeobecnou zdravotní pojišťovnu. Současná podoba je výsledkem střetu protikladných zájmů a postojů. Na jedné straně se komercializovaly, ba privatizovaly ambulance, kliniky a mnohé nemocnice, přičemž byla snaha komercializovat též zdravotní pojišťovny, na druhé straně si obyvatelstvo žádá dostupnou péči.

Podíl zdravotnictví na hrubém domácím produktu dlouhodobě roste, neboť jej nelze automatizovat jako jiná odvětví. Úsilí zajistit dostupnou zdravotní péči znamená růst veřejných výdajů. Potřeby rostou též kvůli stárnutí obyvatel. Očekávání obyvatelstva se zvyšují. Povolání lékařů, zdravotních sester a dalších zdravotníků jsou náročná, tito se víceméně důvodně leckde cítí nedocenění. Všechny vyspělé státy se snaží brzdit růst výdajů. Reformy jsou permanentní. Zdravotnictví je tak politicky zvláště citlivým resortem.

1.4. Právní aspekty a jejich projevy v oblasti regulace pohybu pacientů

Smíšený, nadnárodní ráz Evropské unie se projevuje na jejím právu. Zřizovací smlouvy jsou svou povahou mezinárodní smlouvy. Na jejich základě vytvářena nařízení, směrnice a rozhodnutí jsou však už předpisy (normativní právní akty) samostatného nadnárodního právního řádu Evropské unie.

Jiné je též uplatnění obou právních řádů. Mezinárodní smlouvy a obyčejně zavazují státy a jimi zřízené mezinárodní organizace. Dopad mezinárodního práva na jednotlivce je sice značný, avšak zpravidla zprostředkovaný. Oprávnění a povinnosti jednotlivci přímo zakládá jen zlomek mezinárodního práva. V Evropské unii se naopak prosadil široký přímý účinek jejího práva na

¹³ Při koordinaci sociálního zabezpečení EU, resp. ES a EHS v oblasti zabezpečení zdravotní péče, pojednané níže, se rozlišovaly věcné a peněžité dávky. Rovněž německé rozlišování *Sachleistung(sprinzip)* a *Kostenerstattung(sprinzip)* po reformě v roce 2004 lze považovat za uvědomění si rozdílu.

¹⁴ Přehled francouzského právního rámce vztahu pacienta s poskytovatelem zdravotní péče a se zdravotními pokladnami například HARICHAUX, M. – MONROCHE, A. *Droit de la Santé – Dictionnaire commenté*, Masson. 2003, zejména kapitoly *Contract professionnels* (s. 15), *Médecine et assurance maladie* (s. 105 nn.) a *Rémuneration des médecins* (s. 199 nn.).

jednotlivce. Při střetu s právem členského státu se má její nadnárodní právo upřednostnit.¹⁵ Soudní dvůr Evropské unie řeší řadu sporů a poskytuje výklad práva soudům členských států. Jeho judikatura má zásadní význam a těší se tak důvodně pozornosti.¹⁶

Na druhé straně právo Evropské unie zůstává ve srovnání s typickým federálním právem slabé. Základem jsou zřizovací smlouvy vytvářené členskými státy, nikoli ústava.¹⁷ Leckterá nařízení, směrnice a rozhodnutí se nemohou přijmout bez shody členských států v Radě Evropské unie. Slabost Evropské unie se projevuje v nesamozřejmosti přednosti a přímého účinku jejího práva. Právo Evropské unie se často přehlíží. Občas se proti němu vlády a parlamenty bouří. Dokonce soudy, jež se obecně staly nástrojem jeho prosazování, občas vyjadřují pochybnosti ohledně jeho výsadního postavení, jakkoli vzpoury jsou zcela ojedinělé. Právo Evropské unie potřebuje právo členských států. Nejedná se jen o provádění směrnic, ale také doprovodu nařízení a zohlednění zřizovacích smluv.

Takto shrnuté rysy Evropské unie a jejího práva se projevují též při snaze ulehčit pohyb pacientů založením jejich práva na úhradu vyhledané přeshraniční péče. Na jedné straně sehrála zásadní roli judikatura. Na druhé straně se Směrnice jako legislativní upřesnění provádí obtížně a zdlouhavě, zvláště když chybí zájem obyvatel a poskytovatelů.

Nynější reforma financování zdravotnictví ve Spojených státech amerických usilující o větší dostupnost zdravotní péče („*Obama-care*“)¹⁸ je odlišná ve své podstatě. Určuje totiž základní standard zdravotní péče, zvyšuje dostupnost soukromého pojištění a navyšuje federální výdaje. Zavádí ji nesporně nad státy nadřazené federální právo, jež prosazují federální orgány. Reforma přitom čelí tvrdé opozici a její budoucnost je nejistá.

1.5. Připomenutí lidskoprávního rozměru zdravotní péče

Zdravotnictví chrání zdraví a život. Nutně zde vyvstává řada etických otázek. Sporné jsou zákroky týkající se začátku a konce života a jeho postižení (interrupce, asistovaná reprodukce, eutanazie, genetická diagnostika a terapie), ale také donucování doprovázející psychiatrii, karantény či vakcinace, dále ochrana soukromí pacienta či jednání s ním a blízkými. Pro promýšlení těchto otázek se ustavila bioetika jako vědní a vzdělávací obor.

Tyto a další záležitosti se nutně stávají předmětem právní úpravy, jejíž objem s ohledem na rozvoj medicínských metod roste. Zákonodárce se však dnes zdaleka nemůže rozhodnout pro jakékoli řešení. Ve druhé polovině 20. století se totiž etablovala základní práva („lidská práva“). Vyžádaly si je krutosti předchozích desetiletí. Mnoho států vytvořilo jejich ústavní katalogy, po roce 1945 se ale

¹⁵ Rozsudky 26–62 *Van Gend en Loos*, 6–64 *Costa v. ENEL* a 11–70 *Internationale Handelsgesellschaft*.

¹⁶ Podrobná vysvětlení uvedených a dalších rysů tohoto svébytného právního řádu podává kterákoli učebnice práva Evropské unie, z nejnovějších českých např. TOMÁŠEK, M. – TÝČ, V. a kol. *Právo Evropské unie*. Leges, 2013.

¹⁷ Po spojení Evropské unie s Evropským společenstvím Lisabonskou smlouvou v roce 2009 Smlouva o Evropské unii a Smlouva o fungování Evropské unie, dříve Smlouva o Evropské unii a zejména Smlouva o založení Evropského společenství. Záměr nahradit zřizovací smlouvy Smlouvou o Ústavě pro Evropu ztroskotal.

¹⁸ *The Patient Protection and Affordable Care Act* ze dne 23. 3. 2010 (124 Stat 119-1025).

sjednaly také mezinárodní smlouvy o základních právech. Nejvyšší, ústavní a mezinárodní soudy jen používají jako korektiv praxe i legislativy států.

Základní práva nemohla minout zdravotnictví. Právě jej se dotýká jeden z nejproslulejších rozsudků 20. století *Roe versus Wade*,¹⁹ jimž Nejvyšší soud Spojených států amerických dovedl federální právo ženy ukončit těhotenství.

Pro evropské státy je nicméně pochopitelně klíčový evropský standard základních práv. Rada Evropy bývá vnímána – už symbolikou – jako sesterská organizace Evropské unie. Toto je ale zjednodušení. Sdružuje sedmačtyřicet států. Postrádá však leckteré nadnárodní rysy. Jejím právem jsou mezinárodní smlouvy sjednané členskými státy dle jejich vůle.

Členské státy Rady Evropy především přijaly a rozvinuly Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod.²⁰ Evropský soud pro lidská práva řeší stížnosti jednotlivců proti jednotlivým členským státům. Ve vztahu ke zdravotnictví upřesnil opakovaně zejména standardy pro nucenou psychiatrickou léčbu.²¹ Rovněž v jiných zdravotnických souvislostech zdůraznil osobní svobodu, ochranu soukromí či rodinného života.²²

Část členských států Rady Evropy v roce 1997 navíc sjednala Úmluvu na ochranu lidských práv a lidské důstojnosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně jako upřesnění základních práv pro zdravotnictví).²³

Názorové rozdíly mezi evropskými státy ohledně řady eticko-právních otázek ve zdravotnictví však přetrvávají. Evropský soud pro lidská práva tak rozumně státům ponechává značný prostor (tzv. *margin of appreciation*) pro úpravu interrupcí, eutanazie či asistované reprodukce. Neshody ohledně úpravy se odrazily rovněž na odstupu od zmíněného upřesnění základních práv pro zdravotnictví. Úmluvu o lidských právech a biomedicíně mnohé důležité evropské státy nepřijaly.

Listina (Charta) základních práv Evropské unie, jež se s Lisabonskou smlouvou stala závazným katalogem základních práv pro působení jí samotné, dosud zásadnější účinky nemá, takže ji je třeba zmínit hlavně pro odlišení. Kvůli rozšiřování působnosti Evropské unie se na ni jistě bude odkazovat. Pro účely uvolnění přeshraničního pohybu pacientů jako pojištěnců lze uvést základní práva na ochranu zdraví.²⁴

¹⁹ Rozsudek ze dne 22. 1. 1973, 410 US 113.

²⁰ Č. 005 CETS ze dne 4. 11. 1950 ve znění měnících protokolů a doplněná dodatkovými protokoly, český úřední překlad 209/1992 Sb., ve znění pozdějších změn a doplnění.

²¹ Podrobně např. NIVEAU, G. – MATERI J. Psychiatric Commitment: over 50 years of case-law of the European Court for Human Rights. *European Psychiatry* [online]. 2007, 22, s. 59–67, dostupné z: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/33124-41808-1-PB.pdf>>.

²² Podrobně např. TOEBES, B. – HARTLEV, M. – HENDRIKS A. – HERMANN, J. R. (eds.). *Health and Human Rights in Europe*. Intersentia, 2012.

²³ Č. 164 CETS ze dne 4. 4. 1997 (Oviedo), český úřední překlad 96/2001 Sb. m. s.

²⁴ Dokument 2007/C 303/01, čl. 35 „Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi“.

Sporné jsou snahy části unijní politické scény a byrokracie zasahovat jménem boje proti diskriminaci žen do otázek reprodukce a sexuality. Legislativní kompetence však Evropská unie postrádá. Soudní dvůr určitě vnímá napětí mezi členskými státy v těchto otázkách, jeho aktivismus tak snad nehrozí.

1.6. Celosvětová liberalizace ekonomiky včetně dopadů na zdravotnictví

V celosvětovém měřítku se dosáhlo značného uvolnění obchodu zboží ve Světové obchodní organizaci (WTO) na základě Všeobecné dohody o clech a obchodu (GATT).²⁵ Celosvětově se pomocí smíšených mezinárodních struktur typu Mezinárodní konference pro harmonizaci (ICH) sblížily standardy pro léčiva.²⁶ Opomíjet nelze ani sblížení úpravy patentů na vynálezy, jimiž jsou léčivé přípravky a zdravotnické prostředky či způsoby jejich výroby.

Dílčí uvolnění se pomocí srovnatelně prosazované Všeobecné dohody o obchodu službami (GATS) podařilo též ohledně mezinárodního podnikání a přeshraničního poskytování služeb. Uvolněné jsou mezinárodní investice, jež řada zemí láká smlouvami o ochraně investic (BIT) a pobídkami. Naopak uvolněn nebyl, není a hned tak nebude pohyb pracovní síly.

Zdravotnictví je však v mnohém zvláštní. Zdravotničtí pracovníci mají dveře do mnoha zemí otevřené v míře u jiných profesí nebývalé. Na druhé straně jsou státy zdrženlivé, když jde o otevření podnikání ve zdravotnictví.²⁷

Přehlížet nelze celosvětovou výměnu poznatků moderní medicíny, nyní především prostřednictvím anglicky psaných impaktovaných časopisů dostupných na internetu.

Pro účely dalšího vysvětlování je třeba zdůraznit, že ve světě není veřejné financování zdravotnictví samozřejmostí. Miliardy lidí dostávají jen péči špatné úrovně. Leckde se platí za vše. Toto je třeba brát v potaz při sledování mezinárodní integrace. Cesty schopný bohatší pacient, jemuž se doma nic zdarma neposkytne, může mít větší vůli hledat péči v cizině než pacient těšící se veřejně hrazené péči, přestože jej úplně neuspokojuje.

Medicínská turistika soukromě placících pacientů se však nerozvinula jen kvůli tomu. Za hranicemi může být zdravotní péče lepší či levnější. Některé sporné zákroky se vyhledávají v cizině, protože doma jsou zakázané. Leckteré státy medicínské turisty lákají, protože jejich peníze představují pro jejich zdravotnictví zajímavý přivýdělek.

²⁵ V roce 1947 prozatímně, po roce 1995 jako přílohy Dohody o založení WTO (viz 191/1995 Sb.).

²⁶ *International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use*, viz dokumenty dostupné z: <<http://www.ich.org>>.

²⁷ ADLUNG, R. Chapter Fourteen: Health and social services. In: WTO Secretariat (eds.). *Guide to the GATS – An Overview of Issues for Further Liberalization of Trade in Services*. Haag: Kluwer Law International – World Trade Organization, 2001, s. 369 nn.

Nesamozřejmost veřejného hrazení pochopitelně dopadá na turisty. Mnozí turisté se zabezpečují cestovním zdravotním pojištěním. Komerčně pojistitelná však pochopitelně není očekávaná péče a některá rizika.

2. ZDRAVOTNÍ PÉČE PRO POHYBUJÍCÍ SE PACIENTY V EVROPSKÉ UNII

2.1. Uvolněná soukromě hrazená zdravotní péče

Před zkoumáním propojení veřejného financování v Evropské unii je třeba zmínit soukromě hrazenou zdravotní péči. Může jít o péči vyhledanou, tedy již zmíněnou medicínskou turistiku. Zdravotní péči v cizině však mohou potřebovat též turisté při úrazu či náhlém onemocnění.

V rámci Evropské unie pohyb záměrných a bezděčných medicínských turistů pochopitelně usnadnilo široké potlačení hraničních kontrol. Přehlédnout nelze ani možnost převodu či převozu částek na úhradu vyhledané zdravotní péče, jak Soudní dvůr zdůraznil ohledně tehdy přípustných italských omezení vývozu deviz svým rozsudkem k případům *Luisi a Carbone*.²⁸

Členské státy nyní ztratily možnost zabránit občanům/obyvatelům podstoupit zdravotnický zákrok v jiném členském státě. Pokusy Irska zakázat vycestování těhotných za interrupcí do Velké Británie se ukázaly být neúnosné.²⁹ Omezit vyhledávání zakázaných metod asistované reprodukce, kosmetické chirurgie a dalších sporných zákroků je zcela nemožné.

Tvrdit, že až nyní se zavádí volný pohyb pacientů, je tak vlastně zavádějící. Existuje ve skutečnosti už dlouho. Nyní se zavádí volný pohyb veřejných úhrad za zdravotní péči vyhledanou v jiném členském státě. Lze však připustit, že pohyb pacientů mezi členskými státy může tato snaha zvýšit. Zdravotní péči vyhledají v jiných členských státech též ti, kteří by ji nevyhledávali, kdyby si ji museli zaplatit, když se jim sice nikoli třeba zcela uspokojivé, avšak ve své podstatě srovnatelné péče dostane v jejich státě zadarmo či jen se spoluúčastí.

2.2. Zdravotní zabezpečení přistěhovalců a turistů uvnitř Evropské unie

Přistěhovalci z jiných členských států mezi členskými státy přecházejí do soustavy veřejného sociálního zabezpečení cílového státu. To se týká rovněž veřejně hrazené zdravotní péče.³⁰

Toto řešení je obecně vhodné jak pro hospodářsky činné přistěhovalce a jejich doprovázející příbuzné, tak pro hostitelské státy. Přistěhovalci vesměs potřebují péči v novém domově. Stejně daně či odvody nenarušují hospodářskou soutěž.

²⁸ Rozsudek o předběžné otázce *Tribunale civile e penale di Genova* (Itálie) k trestním případům *G. Luisi a G. Carbone* ze dne 31. 1. 1984, 286/82 a 26/83, 00377.

²⁹ Čl. 40.3.3 *Constitution of Ireland* zaručuje právo na život nenarozeného dítěte, 13th Amendment v roce 1992 nicméně zdůraznil, že toto právo nemůže omezit právo na cestování do zahraničí.

³⁰ Čl. 11 Nařízení Evropského parlamentu a Rady 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

Takové řešení se neomezuje na pohyb mezi členskými státy Evropské unie. Předpokládají je některé dvoustranné smlouvy o sociálním zabezpečení.³¹ Srovnatelně zařazují své obyvatele běžně státy též jednostranně.

Nadnárodní právo Evropské unie postupně přidalo mezistátní úhradu potřebné zdravotní péče pro krátkodobé migranty z řad občanů/obyvatel členských států. Jimi jsou zejména turisté z jiných členských států.³² Domovský stát či jeho příslušná instituce hradí pomocí styčných struktur poskytovateli. V Česku jím je Centrum mezistátních úhrad.³³

Turisté jsou zabezpečeni při náhlé potřebě podobně jako obyvatelé hostitelského státu nejen ze svého pohledu, ale také pohledem poskytovatele a jeho lékařů.

Zrovnoprávnění ohledně veřejného financování se však pochopitelně omezuje na potřebnou péči. Dříve se požadovalo poskytnutí péče neodkladné, kvůli nejasnostem se rozšířilo na péči nezbytnou po dobu předpokládaného pobytu.³⁴ Samozřejmě též zde mohou nastat spory ohledně míry naléhavosti ošetření při náhlém zhoršení chronického onemocnění. Soudní dvůr rozsudkem *Ioannidis*³⁵ nepřekvapivě vyložil nároky na povolení úhrady široce.

Obyvatelům členských států zhmotnil tuto možnost „Evropský průkaz zdravotního pojištění“ (EHIC).³⁶ Plastová kartička bývá zároveň vnitrostátní příslušností k národní, oblastní či skupinové soustavě veřejného hrazení zdravotní péče (zdravotní pojišťovně).

Cestovní pojištění zdravotních výloh lze přesto doporučit též pro cestování v Evropské unii. Veřejně hrazená péče může být obtížně dostupná či je na nízké úrovni, leckde je vysoká spoluúčast a repatriace těžce nemocného či zraněného může být nákladná a opomenout nelze ani organizační asistenci pojišťovny dostupné nyní pomocí telefonu a e-mailu při úrazu či náhlém onemocnění. Vyloučit nelze ani protiprávní odmítání uznání EHIC.³⁷

Veřejného financování během pobytu potřebné zdravotní péče nepředstavuje finanční zátěž pro bohatší členské státy. Urgentní péče poskytnutá v chudších státech je pro ně vlastně levnější než doma. Nezatěžuje přespříliš však ani chudší členské státy. Úhrady jsou omezené, jakkoli jednotlivě

³¹ Včetně smluv, které mají členské státy Evropské unie uzavřené s nečlenskými státy. Přehled těchto smluv a jejich uplatnění na veřejné zdravotní pojištění či jiné veřejné financování zdravotní péče lze nalézt na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/1275>>.

³² Čl. 19 nařízení 883/2004 zakládá nárok „na věcné dávky (tedy zdravotní péči), které se stanou nezbytnými ze zdravotních důvodů během jejich pobytu, s přihlédnutím k povaze těchto dávek a k očekávané délce pobytu.

³³ Vytvořené v roce 2009 jako sdružení veřejných zdravotních pojišťoven jako právnických osob a pověřené jimi původně bez zákonného zmocnění s ohledem na oddělenou právní subjektivitu českých veřejných zdravotních pojišťoven. Podrobné informace o činnosti viz dokumenty dostupné z: <<http://www.cmu.cz>>.

³⁴ Čl. 22 nařízení č. 1408/71 jako předchůdce nařízení 883/2004 před a po novele 631/2004.

³⁵ Rozsudek o předběžné otázce *Diokitiko Protodikeio Thessalonikis* ke sporu *Idryma Koinonikon Asfaliseon proti V. Ioannidis* ze dne 25. 2. 2003, C-326/00, I-1703.

³⁶ Dle Rozhodnutí č. 189 a Rozhodnutí č. 190 Správní komise působící dle tehdejších koordinačních nařízení 1407/71 a 574/72 ze dne 18. 6. 2003 (zveřejněno jako rozhodnutí 2003/752/ES) se EHIC nahradily dosavadní formuláře E101 pro turisty a některé další.

³⁷ Dle Tiskové zprávy PI-13-474 ze dne 30. 5. 2013 Komise vyzvala Španělsko k objasnění.

mohou být značné (úrazy).³⁸ Koordinace úhrady urgentní péče je dlouhodobě zvládnutá a pro všechny zúčastněné únosná. Rády se na ní podílejí též další evropské státy.³⁹

Připomenout je zde vhodné miliony obyvatel některého členského státu, kteří nemají občanství některého ze členských států a zůstávají občany některého nečlenského státu. Členské státy stále jednotlivě určují, odkud, kolik a kteří přistěhovalci ze třetích států přicházejí, přičemž běžně bývají otevřenější vůči přistěhovalcům z bývalých kolonií, sousedních či jinak blízkých států. Tito mohou být snáz vyhoštěni než občané členských států. Mnozí však již pobývají v Evropě ve druhé a třetí generaci a jejich návrat je politicky a společensky obtížně představitelný. Přistěhovalci a jejich rodiny ze světa se podílejí na hospodářském a sociálním životě hostitelského státu. Pracují a podnikají za stejných podmínek jako občané, platí daně, jejich děti chodí do škol a těší se sociálnímu zabezpečení včetně veřejně financované zdravotní péče. Původně na občany členských států omezená koordinace byla nedávno vztažena též na ně.⁴⁰

Česko dosud vymezuje okruh cizinců mimo občany Evropské unie zařazený do jinak povinného veřejného zdravotního pojištění úzce. Zařazení jsou jen cizinci s trvalým pobytem, nikoli ti s pobytem dlouhodobým, nejsou-li zaměstnání.⁴¹ Jim se ukládá komerční pojištění,⁴² jež však nepokrývá všechna rizika. To je dlouhodobě předmětem kritiky nevládních organizací a hrozí být neslučitelné rovněž se začínající harmonizací postavení přistěhovalců Evropskou unií.⁴³

2.3. Původní rámec obstarávání zdravotní péče v jiných členských státech

Členské státy pochopitelně se již dávno před níže připomenutou judikaturou a posléze přijatou a nyní prováděnou legislativou mohly rozhodnout pro veřejnou úhradu neurgentní péče vyhledané v jiném členském státě (či v dalším státě).

³⁸ Dle Statistické ročenky CMU za rok 2013 [online], dostupné z: (<<http://www.cmu.cz>>), tabulky č. 10 výdaje na nutnou péči o české pojištěnce přechodně pobývajících v zahraničí, tedy zejména turisty, představovaly 380 milionů Kč, což představuje méně než 0,2 % výdajů veřejných zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o české pojištěnce.

³⁹ Zapojené jsou Island, Lichtenštejnsko a Norsko jako členové Evropského hospodářského prostoru za Evropské sdružení volného obchodu, jakož také Švýcarsko, které se jinak na tomto spojení s Evropskou unií nepodílí a vztahy upravuje dvoustrannými smlouvami.

⁴⁰ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010 ze dne 24. listopadu 2010, kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č. 987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti.

⁴¹ § 2 odst. 1 a 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

⁴² § 180j zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území ČR, v současném znění.

⁴³ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/98/EU o jednotném vyřizování žádostí o jednotné povolení k pobytu a práci na území členského státu pro státní příslušníky třetích zemí a o společném souboru práv pracovníků ze třetích zemí oprávněně pobývajících v některém členském státě stanoví čl. 12 odst. 1 písm. e zrovnoprávnění přistěhovalců v oblasti sociálního zabezpečení pokrytého nařízením 883/2004, nicméně zakládá možnost pro široké výluky právě u osob samostatně výdělečně činných.

Dělo a děje se tak vesměs tehdy, když doma péče dostupná není, zároveň je však ochota ji pacientovi zajistit. Jedná se často o péči zvláštní a výjimečnou, a doma pro ni chybějí zdravotnická zařízení. Státy touto cestou také mírní důsledek nedostatečné kapacity v některých oborech. Jindy se obyvatelům zajišťuje péče za hranicemi, neboť je tam blíže.

Členským státům rovněž nic nebránilo a nebrání dohodnout se na provozu společných zařízení či přispívat na jejich náklady. Spolupracují při rychlé zdravotní pomoci v příhraničí.

Členské státy zde však jsou opatrné. Veřejné peníze odplynouší do zahraničí totiž chybějí domácímu zdravotnictví. Přeshraniční vysílání pacientů není snadné. Pro některé pacienty představuje naději na lepší či vůbec jakoukoli péči. Pro jiné však znamená obtíže. Jazykové a kulturní překážky mnozí pociťují úkorně. Mnozí by proto upřednostnili péči doma. Složité jsou též správní rámce a odpovědnostní režimy.

Koordinace sociálního zabezpečení Evropské unie přesto již má pro vyslání pacienta právní rámec srovnatelný s financováním péče nezbytné při krátkodobém pobytu. Členský stát či instituce veřejného financování zdravotnictví pochopitelně smějí podmínit hrazení takové péče předchozím souhlasem.⁴⁴ Tento souhlas však nesmějí odepřít, pokud veřejně hrazenou péči nelze doma zajistit bez nepřiměřených čekacích dob.

Zdravotní péče se má v případech plánované péče poskytnout způsobem a uhradit v míře, v níž by se poskytovala a hradila péče potřebná. Vycestovavší pacient má tedy dostat stejnou péči a připlácet si stejně jako domácí pojištěnec.

Takové uspořádání není jediné možné. Připouštějí se odchýlná ujednání.⁴⁵ Státům a jejich institucím veřejného financování zdravotnictví se pochopitelně nebrání hradit víc, než se hradí ve státě poskytnutí zdravotní péče.

Popsaný režim mezistátní úhrady vyhledané zdravotní péče zůstává zachován vedle zaváděného proplácení pacientem vyhledané a zaplacené péče.⁴⁶

2.4. Judikatura založená na základních hospodářských svobodách

Podnětem pro zde popisované spojování veřejně hrazeného zdravotnictví členských států se stala judikatura Soudního dvora.

Nejdříve Soudní dvůr odůvodnil právo na veřejné uhrazení za hranicemi vyhledané neurgentní péče ve stejném rozsahu jako v domovském státě volným pohybem služeb rozsudkem *Kohll*⁴⁷ a volným pohybem zboží rozsudkem *Decker*.⁴⁸ Soudní dvůr podával výklad k žalobám proti

⁴⁴ Čl. 20 odst. 2 nařízení 883/2004.

⁴⁵ Čl. 35 nařízení 883/2004.

⁴⁶ Čl. 2 písm. m a čl. 7 Směrnice.

⁴⁷ Rozsudek o předběžné otázce *Cour de cassation* (Lucembursko) ke sporu *R. Kohll proti Union des caisses de maladie* ze dne 28. 4. 1998, C-158/96, I-01931.

lucemburským pokladnám odpírajícím proplacení za hranicemi vyhledané péče poskytnuté bez předchozího souhlasu. Skutečnost, že výrobu rovnátek pro spolupojištěnou dceru vyhodnotil Soudní dvůr jako službu na straně jedné a dioptrické brýle soudícího se advokáta jako zboží na straně druhé, odhaluje také nezřetelnost hranice mezi statky pokrytými oběma svobodami.

V následných řízeních členské státy v rekordních počtech vznášely námitky jako vedlejší účastníci. Ministerstva zdravotnictví zjevně pociťovala v uvažování Soudního dvora hrozbu.

Soudní dvůr rozsudkem *Peerbooms a Geraets-Smits*⁴⁹ zdůraznil, že požadavek proplácení v jiném členském státě vyhledané péče se týká též nizozemských fondů, které oproti lucemburským či belgickým objednávají péči od vybraných nemocnic, klinik a ambulancí na základě s nimi uzavřených smluv. Rozsudkem *Watts*⁵⁰ Soudní dvůr srovnatelné proplácení uložil rovněž Velké Británii provozující národní zdravotní službu.

Spory se rovněž vedly o okruh proplacitelné péče. Ve zmíněné věci *Peerbooms a Geraets-Smits* šlo o nákladnou pourazovou péči zahrnující novátorské postupy. Nizozemské právo a politika příslušného fondu vymezovaly ovšem rozsah hrazené péče obecně jako péče standardní. Soudní dvůr zde uvedl, že se pro toto určení užijí mezinárodní standardy.

Členské státy odmítaly dovození nároku na proplacení v jiném členském státě vyhledané zdravotní péče také poukazem na ohrožení finanční stability domácího zdravotnictví. Soudní dvůr tyto námitky například uznal již uvedeným rozsudkem *Peerbooms a Geraets-Smits*. Připustil, aby státy u nákladné zdravotní péče zahrnující hospitalizaci podmínily proplácení předchozím souhlasem orgánu či instituce veřejného financování zdravotní péče, pokud si to žádá plánování zabezpečení péče.

Soudní dvůr se posléze věnoval též výši proplácení. Rozsudkem *Vanbraekel*⁵¹ uložil belgické pokladně proplácet stejnou úhradu, jakou stát proplácí za příslušnou zdravotní péči doma, a nikoli částku, kterou proplácí stát, kde byla zdravotní péče vyhledána. Přitom zdůraznil nutnost udělit souhlas při včas nedostupné obecně hrazené péči.

Rozsudek k žalobám nizozemských pojištěnců *Müller-Fauré a van Riet*⁵² upřesnil již dříve naznačenou nemocniční výjimku. Členský stát či jeho příslušná instituce může odepřít proplacení

⁴⁸ Rozsudek o předběžné otázce *Conseil arbitral des assurances sociales* (Lucembursko) ke sporu *N. Decker proti Caisse de maladie des employés privés* ze dne 28. 4. 1998, C-120/95, I-01831.

⁴⁹ Rozsudek o předběžné otázce *Arrondissementsrechtbank te Roermond* ke sporu *B. S. M. Geraets-Smits proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H. T. M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* ze dne 18. 5. 2000, C-157/99, I-05473.

⁵⁰ Rozsudek o předběžné otázce *Court of Appeal* (England & Wales), *Y. Watts proti Bedford Primary Care Trust a Secretary of State for Health* ze dne 16. 5. 2006, C-372/04, I-04325.

⁵¹ Rozsudek o předběžné otázce *Cour de Travail de Mons* ke sporu *A. Vanbraekel a další proti Aliance nationale des Mutualités Chrétiennes* ze dne 12. 7. 2001, C-368/98, I-05363.

⁵² Rozsudek o předběžné otázce *Centrale Raad van Beroep* ke sporu *V. G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA a E. E. M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen* ze dne 13. 5. 2003, C-385/99, I-04509.

vyhledané hospitalizace, jestliže péči lze poskytnout u nasmlouvaného poskytovatele v přiměřené době. Pro ambulantní péči nárok na proplacení platí.

Soudní dvůr se rovněž zabíral různými zvláštními situacemi při veřejném financování v jiných členských státech vyhledané zdravotní péče též v dalších rozsudcích.

Rozsudkem k bulharskému sporu *Elčinov*⁵³ Soudní dvůr uložil proplacení v Německu vyhledané špičkové onkologické léčby, jestliže její poskytnutí předpokládá místní právo, nemocnice ji ale neposkytují.

Generální advokát podávající takzvaná závěrečná stanoviska před rozhodnutím samotného soudního dvora naznačoval ve vztahu k případu *Petru* možnost státu odepřít souhlas s vyhledáním kardiologického zákroku hrazeného v rámci soustavy veřejného financování, pokud není dostupný kvůli obecnému nedostatku peněz, léčiv a vybavení v chudém Rumunsku. Soudní dvůr nakonec zdůraznil nárok na souhlas s proplacením v cizině vyhledané péče, pokud je nelze poskytnout v jiných domácích nemocnicích.⁵⁴

Během patnácti let tak vznikla linie judikatury, jež řeší různé aspekty a situace, ve kterých se přes hranice se pohybující pacienti mající zájem o ošetření v jiném členském (ba zprostředkovaně dokonce v nečlenském státě) ocitají.

Touto judikaturou Soudní dvůr odpovídal na dotazy soudů členských států řešících zpravidla spory mezi oprávněným pacientem-pojištěncem a příslušným veřejným fondem, pojišťovnou, pokladnou či jinou institucí veřejného financování zdravotnictví.

Judikatura se představovala odborné veřejnosti mnohých členských států v časopiseckých přehledech. Pouze úzké kroužky odborníků však její účinky domýšlely v celoevropské diskusi. Judikaturu rovněž znají vrcholní ministerští úředníci a odborníci zdravotních fondů a pokladen. Povědomí mezi manažery nemocnic a lékaři nicméně chybí. Judikaturu znají též učitelé práva Evropské unie, často však bez pochopení zvláštností zdravotnictví.

Teprve následně navázala na judikaturu Evropská komise žalováním členských států pro nesplnění povinnosti, jež své veřejné financování zdravotnictví nepřizpůsobily judikatuře. Výsledky byly různé.⁵⁵

⁵³ Rozsudek Soudního dvora ze dne 5. 10. 2010 ke sporu *G. I. Elčinov proti Nacionalna zdravnoosiguritelna kasa před Administrativen sad Sofia-grad*, C-173/09, I-08889.

⁵⁴ Stanovisko generálního advokáta *P. Cruz-Villaróna* dne 19. 6. 2014 k řízení C-268/13 k případu *E. Petru proti Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu a Casa Națională de Asigurări de Sănătate* před *Tribunalul Sibiu* a rozsudek ze dne 9. 10. 2014.

⁵⁵ Soudní dvůr odsoudil na základě žalob Komise dne 27. 10. 2011 Portugalsko rozsudkem C-255/09 za všeobecné neprovedení možností proplacení vyhledané zdravotní péče v jiných členských státech ve vládním nařízení věnovaném výslovně úhradě péče v zahraničí, dne 15. 6. 2011 Španělsko rozsudkem C-211/08 za vyloučení udržování výluky proplacení rozdílu navržené rozsudkem *Vanbraekel*, či Lucembursko dne 27. 1. 2011 rozsudkem C-490/09 za neumožnění proplacení biochemické medicínské analýzy provedené v zahraničí bez přímé smlouvy s poskytovatelem. Naopak rozsudkem C-512/08 nevyhověl 5. 10. 2010 žalobě Komise proti Francii, která legislativně vztahovala požadavek předchozího souhlasu na zákroky využívající vyjmenované složité přístroje, přestože se používají též mimo rámec hospitalizace.

2.5. Upevnění nároku na proplácení vyhledané zdravotní péče Směrnicí

Evropská unie ve stejné době, kdy padly první uvedené rozsudky, již připravovala legislativu, jejímž cílem bylo skutečné odstranění překážek volného obchodu službami mezi členskými státy. Převládlo mínění, že ani léta judikatury Soudního dvora uplatňující volný pohyb služeb nepřimělo členské státy odstranit překážky jejich přeshraničního poskytování a přijímání.

Při vyjednávání se však ukázalo, že členské státy se obávají uplatnění na zdravotnictví. Jejich obavy jistě posílila shrnutá judikatura. Zdravotnictví tak bylo vyloučeno z působnosti v roce 2006 dokončené Směrnice o službách na vnitřním trhu, i když v původním návrhu Evropské komise se s její působností počítalo.⁵⁶

Nárok na veřejnou úhradu zdravotní péče vyhledané v zahraničí však už judikatura zakotvovala dostatečně zřetelně na to, aby ji členské státy mohly přehlížet.

Evropská komise začala v propojování dosud stranou integrace zanechaného odvětví spatřovat impuls pro právě ohrožený hospodářský růst.⁵⁷ Přímo volený Evropský parlament se stal zastáncem jakékoli liberalizace a centralizace. Po vyjednávání ve výborech a se zástupci politických skupin se pro dosažení podpory klíčových politických táborů postupně vhodně smísila rétorika tržní imponující dokonce euroskeptické pravici a nároková levici.

Oproti očekávání se návrh prosadil rovněž v Radě Evropské unie. Většina členských států zde zastoupených ministry zdravotnictví Směrnicí nakonec podpořila.⁵⁸ Snad naznaly, že uvolnění zavedená judikaturou působí tak jako tak. Legislativní rámec je tak lepší než nutně fragmentární judikatura. Snad očekávaly příchod cizích pojištěnců do svého zdravotnictví. Snad nechtěly popřít očekávání vlastních obyvatel. Snad naznaly, že omezená přeshraniční soutěž může prospět. Přitom patrně považovaly přirozené překážky pohybu pacientů za natolik zásadní, že se odlivu veřejných peněz ani přehnaného přílivu pacientů neobávaly.

Proplácení (náhrada) zůstává jádrem Směrnice. Dalšími pravidly jsou rovné účtování pacientům z jiných států, kteří přicházejí se zájmem o zdravotní péči. Také je snaha dotáhnout volný obchod léčivých přípravků a zdravotnických prostředků až k jednotlivci „volným pohybem receptů“ a nárokem na následné proplácení ceny. Uznává se, že většina pacientů-pojištěnců nadále upřednostní péči ve svém státě. Vyhledávání a využívání zdravotní péče jinde se ale má usnadnit. Členskými státy se hlavně proto ukládá zřízení kontaktních míst.

⁵⁶ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne, čl. 2 odst. 1 písm. f. Směrnice. Podrobné vysvětlení viz SCHLACHTER, M. – OHLER, C. a kol. *Europäische Dienstleistungsrichtlinie – Handkommentar*. Nomos, 2008, s. 105–108.

⁵⁷ Návrh směrnice Evropského Parlamentu a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ze dne 2. 7. 2008 {SEK(2008) 2163} {SEK(2008) 2164} {SEK(2008) 2183}.

⁵⁸ Rakousko, Polsko, Portugalsko a Rumunsko hlasovaly proti a Slovensko se zdrželo.

Směrnice využívá nejen ve svém názvu rétoriku „práv pacientů“. Ta je matoucí. Právy pacientů totiž veřejnost rozumí hlavně úpravu vztahu pacientů a jejich blízkých na straně jedné a poskytovatele, lékařů a dalších zdravotníků na straně druhé. Směrnice upravuje postavení pojištěnců soustav veřejného financování zdravotní péče členských států, jestliže chtějí čerpat přeshraniční zdravotní péči.⁵⁹

2.6. Vyhodnocení popsané judikatury a legislativy

Soudní dvůr uplatnil na zmíněné případy zdravotní péče volný pohyb služeb a zboží, neboť se za tato plnění údajně obvykle platí. Toto má příčinu, jíž je žádoucí připomenout. Sídlní města orgánů Evropské unie: Brusel, Lucemburk a Štrasburk jsou ve státech se zdravotními pokladnami proplácejícími péči. Lidé jsou zde zvyklí za péči platit a pokladny jim ji proplácejí. Sami činitelé a zaměstnanci Evropské unie jsou pochopitelně zabezpečeni tak, aby mohli využívat péče místního zdravotnictví. Evropská unie má tak vlastní zdravotní pokladnu proplácející péči.

Naskytá se otázka, zda by Soudní dvůr rozhodoval stejně, pokud by převládala národní zdravotní služba, jež by obyvatelům poskytovala péči zdarma či jen za drobný poplatek. Soudní dvůr požadoval u jiných dotovaných služeb stejné zacházení se zájemci o služby přicházejícími z jiných členských států, když v něm spatřoval přímou či skrytou diskriminaci občanů jiných členských států. Zákaz vyššího vstupného do muzeí pro turisty ve srovnání s obyvateli dotujícími jejich provoz daněmi nemá pochopitelně větší dopady. Vynucení stejného zacházení s příchozími studenty jako s domácími, tedy studium zadarmo či jen se symbolickým školným, na náklady hostitelského státu se pak z různých důvodů zatím společensky přijímá, jakkoli některé členské státy příliv zatěžuje. Snad by naznal, že veřejné hrazení zdravotní péče je tak náročné angažmá, že musí zůstat jenom obyvatelům.⁶⁰

Přes opakované uznávání pravomoci členských států při organizaci a veřejném financování zdravotnictví⁶¹ znamená vlastně unijní judikatura a následná legislativa zavedení čtvrtého pokladenského modelu ve všech členských státech pro péči vyhledanou na území ostatních členských států.

Okruh poskytovatelů překračuje okruh zvolený příslušným státem. Jak Soudní dvůr potvrdil rozsudkem *Stamatelaki*,⁶² zahraničními poskytovateli proplatitelné péče mohou být soukromé

⁵⁹ Čl. 3 písm. b Směrnice vymezuje „pojištěné osoby“ odkazem na nařízení 883/2004 a nařízení 1231/2010.

⁶⁰ Obecně o různém pojetí integrace Evropské unie v jednotlivých oblastech sociálního angažmá členských států viz i KŘEPELKA, F. Dopady práva Evropského společenství na sociální zabezpečení a služby poskytované členskými státy. *Právník*. 2006, roč. 145, č. 6, s. 647–671. Ze zahraničních rozborů střetu integrace a teritoriality sociálního zabezpečení lze doporučit např. SINDBJERG-MARTINSEN, D. Social security regulation in the EU: the de-territorialization of welfare?. In: BÚRCA, G. D. (ed.). *EU law and the welfare state – in search of solidarity*. Oxford University Press, 2005, s. 89–111.

⁶¹ Čl. 1 odst. 4 Směrnice.

⁶² Rozsudek o předběžné otázce *Dioikitiko Protodikeio Athinon* ke sporu *A. Stamatelaki proti NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton* ze dne 19. 4. 2007, C-444/05, I-03185.

nemocnice, kliniky a ambulance netěšící se veřejnému financování, byť období domácí poskytovatelé bývají vyloučeni. Tato takzvaná obrácená diskriminace je sice přípustná, politicky je nicméně problematická.

Soudní dvůr potřeboval desetiletí, než si začal uvědomovat odlišnou hospodářskou a sociální úroveň členských států. Pokyn z rozsudku *Peerbooms a Geraets-Smits* vymezovat standardní péči dle mezinárodně uznávaných hledisek je pomýlený. Žádná neexistují. Možnosti zdravotnictví členských států se liší. Ještě rozsudek *Elčinov* tlačí Bulharsko do proplacení péče, již obyvatelstvu nedokáže poskytnout, byť třeba vyjadřuje snahu. Až vyjádření generálního advokáta ohledně rumunské pacientky *Petru* naznačuje chápání této skutečnosti.

Soudní dvůr tak příliš vyhrotil nárokové pojetí. Nákladná, složitá či vyvíjená péče se ale vždy nejdříve dostane jen hrstce pacientů, již mají štěstí, že se dostali na pracoviště angažovaných a talentovaných lékařů s dělnými spolupracovníky v nemocnici nepřetížené a přehnaně nešetřící. Judikaturou vyvolaný tlak na přesné vymezení nároků by neměl hatit veřejné financování takové péče.

Přesto lze shrnutou judikaturu považovat za očekávatelnou. Zdravotnictví jako odvětví služeb je přes všechny zvláštnosti součástí hospodářství. Judikatura bere ohledy na snahy státu zajistit svým obyvatelům zdravotnictví dostupné věcně, místně, stejně jako výdajově. Především nežádá pro toto odvětví solidaritu mezi obyvateli členských států. Lze ji prohlásit za aktivistickou nanejvýš proto, že původně se takové pojetí základních svobod neočekávalo.

Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči je mimořádně dlouhá a nepřehledný právní dokument. Základní pravidla by jistě bylo možné vyjádřit stručněji. Délka textu je výsledkem dlouhého vyjednávání, ve kterém se zohledňovaly nejrůznější požadavky členských států stejně jako orgánů Evropské unie.

Podstatné nicméně je, že Směrnice věnuje pozornost řadě otázek, které vyvstaly při uplatňování judikatury ve členských státech s nejrůznějšími poměry ve zdravotnictví a jejich veřejném financování. Odůvodnění jednotlivých rozsudků se pochopitelně zakládalo na hodnocení příslušných případů. Širší dopady se pochopitelně nedaly vždy domyslet.

2.7. Provedení Směrnice členskými státy

Jak jsem již uvedl, členské státy mají směrnice provádět ve stanovených lhůtách, které směrnice stanoví. Někdy je právo členského státu už souladné. Většinou nutné přizpůsobení přenosem pravidel do vnitrostátního práva není však nic samozřejmého. Je-li provedení organizačně náročné či požadavky politicky citlivé, bývají členské státy běžně opožděné celé roky.

Pro Směrnici platí vrchovatě obojí. Nejde o jednotlivý technický či hygienický standard. Pravidla integrace se mají uplatnit na odvětví, jehož organizace a financování byla a je v kompetenci členských států. Navíc, jak již bylo uvedeno, zdravotnictví a jeho veřejné financování je všude politicky citlivé.

Samotné Česko provedlo směrnici s půlročním zpožděním. Nezpůsobil je ale její obsah. V červnu 2013 podala vláda České republiky demisi a květnový návrh novely tím padl. Předčasné volby do Poslanecké sněmovny se uskutečnily symbolicky ve stejný den, ve kterém uplynula lhůta provedení. Až v listopadu 2013 si přechodná vláda osvojila víceméně shodný návrh.⁶³ Poslanecká sněmovna a Senát návrh projednávaly od ledna do března 2014. Narychlo se zvažovaly důsledky. Patrně veřejné zdravotní pojišťovny usilovaly pomocí v Česku tak častých poslaneckých pozměňovacích návrhů rozšířit možnost podmínění proplacení předchozím souhlasem.⁶⁴ Ministerstvo zdravotnictví to ale patrně pod vlivem poradců pro kompatibilitu s právem Evropské unie vnímalo jako překročení možností daných Směrnicí. „Euronovela“ se začala uplatňovat patnáct dní po zveřejnění ve Sbírce zákonů 7. dubna 2014. Tato za jiných okolností problematicky krátká legisvakance díky malému uplatňování nároků založených vlastně již judikaturou Soudního dvora nevádí.

Zakládající státy Evropských společenství, které dodnes tvoří jádro Evropské unie, jsou v integraci zdravotnictví nejdále. Právě jejich pojištěnci se domáhali proplacení před soudy, které se pak obracely na Soudní dvůr. Jeho judikatura začala být vnímána jako významná právě v těchto státech. Možnosti a úskalí pohybu pacientů-pojištěnců se v nich začaly debatovat. Směrnice tak pro tyto země představuje přirozené legislativní zarámování již tak se rozvíjícího jevu. Belgičané, Lucemburčané a Francouzi jsou nadto už tak zvyklí platit a pak žádat proplacení. Možností se rovněž naučili využívat Nizozemci a Němci.

Menší dopad dotčená judikatura měla a nová legislativa se tedy nyní prosazuje obtížněji ve státech, které mají národní zdravotní službu, přičemž jsou zeměpisně poněkud vzdálené západoevropskému jádru Evropské unie. Jako příklad lze uvést Dánsko. Dobré zdravotnictví zabezpečující rovnostářskou společnost, nezvyk péči vyhledávat a platit za ni a větší vzdálenosti do dalších zemí činí zájem o možnosti řádově menší.

Podobné se to zdá být na Jihu. Rovněž pro zdejší obyvatele poměrně dobrá péče, větší vzdálenosti, nezvyk na proplácení a jazyková neznalost představují překážky pohybu za zdravotní péčí, která by na Severu byla dražší. Španělsko ovšem údajně ve Směrnici spatřuje příležitost pro vlastní nemocnice. Miliony běžných turistů snad doplní tisíce medicínských.

Na dodnes chudším Východě Evropské unie bylo dříve státní zdravotnictví poskytující péči zdarma. Zde je zájem pacientů-pojištěnců vesměs slabý. Dokáží si totiž jistě uvědomit, že by za lepší péči hodně dopláceli. Nové členské státy mají spoustu jiných problémů se členstvím v Evropské unii, takže jejich pozornost této úpravě je nízká. Ani nemocnice a kliniky si mnoho neslibují od příchodu pacientů-pojištěnců jiných členských států, jimž jejich členské státy vyhledanou péči proplatí. Konkurovat cenou totiž mohou jenom tehdy, pokud veřejná úhrada či proplácení v domovském státě nestačí a pacient si tak musí připlatit. Vyšší kvalitu zpravidla nabídnout nedokážou.

Zvýšenou pozornost si zaslouží naši sousedé. Důvodem není jen možnost léčby českých pojištěnců, ale hlavně příležitosti pro české zdravotnictví.

⁶³ Tisk 10/0 ze dne 27. 11. 2013.

⁶⁴ Pozměňovací návrh Výboru pro zdravotnictví ze dne 7. 2. 2014, tisk 10/4.

Německo přizpůsobilo své pomoci mnoha zdravotních pokladen zajišťované veřejné zdravotní pojištění (*gesetzliche Krankenversicherung* – GKV) již judikatuře zavedením alternativního proplácení (*Kostenerstattung*)⁶⁵ vedle péče nasmlouvaných poskytovatelů (*Sachleistungsprinzip*). Robustní německá právní věda a efektivní politika a byrokracie zkoumala tuto judikaturu s typicky německou pečlivostí. Směrnice samotná tak nepředstavovala zásadní změnu. Přesto, či snad právě proto se jeví být přenesené do německého práva víceméně všechny požadavky. Sporné nicméně může být všeobecné odmítnutí proplácení nemocniční péče.⁶⁶ Část provedení směrnice kvůli roli spolkových zemí ve zdravotnictví obstarává zemské právo. Na jejich úrovni je též patrná snaha mobilitu pacientů podpořit. Pozoruhodná je na Česko orientovaná saská iniciativa JuSani.⁶⁷

Rakousko má jedno z nejlepších zdravotnictví na světě. Rakouští odborníci tlumočili obavy z přílivu pacientů z jiných členských států. Poukazovalo se na nízké ceny za jednotlivé zákroky neodrážející náklady též paušálně financovaných nemocnic. Rakousko provedlo Směrnice se zpožděním, jež zjevně zapříčinila složitost změn řady spolkových zákonů.⁶⁸

Slovensko Směrnici provedlo propracovanou novelou zákonů se značným předstihem.⁶⁹ Možnosti pro slovenské pojištěnce jsou ale omezené. Široce se vymezil okruh péče, jejíž proplácení podmiňuje předchozím souhlasem.⁷⁰ Odborná pozornost stejně jako zájem veřejnosti zůstávají nepatrné.

Polsko se stavělo proti Směrnici od počátku. Polské vlády se podle všeho důvodně obávají odlivu veřejných peněz do ciziny. Nespokojenost se zdravotnictvím je značná. Mnoho Poláků má přitom zkušenost s prací v cizině, což zvyšuje schopnost vyhledat zde též zdravotní péči. *Dyrektywa Transgraniczna* je známá veřejnosti více než jinde. Svazy pacientů a internetové portály zdůrazňují politickou odpovědnost za její neprovedení. Specializovaní advokáti jsou si vědomi možností

⁶⁵ § 13 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung od roku 2004.

⁶⁶ § 13 odst. 5 ve vazbě na § 39 výše uvedeného zákoníku.

⁶⁷ S podporou zemské vlády a dotací z kohezních fondů Evropské unie, dostupné z: <<http://jusani.de>>.

⁶⁸ Což naznačuje již název zákona 32/2014: Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH, das Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Apothekengesetz, das Medizinproduktegesetz, das Ärztegesetz 1998, das Musiktherapiegesetz, das Psychotherapiegesetz, das EWR-Psychologengesetz, das EWR-Psychotherapiegesetz, das Psychologengesetz 2013, das Kardiotechnikergesetz, das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz, das Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz, das Sanitätergesetz, das Zahnärztegesetz und das Familienlastenausgleichsgesetz 1967 geändert werden, označovaný pochopitelně též zkráceně jako *EU-Patientenmobilitätsgesetz*.

⁶⁹ Zákon č. 220/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 580/2004 Z. z. o zdravotnom poistení, a ktorým sa menia dopĺňajú niektoré ďalšie zákony.

⁷⁰ Vyhláška Ministerstva zdravotníctva č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu súhlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia.

domáhání se nároků ze Směrnice před polskými soudy. Soudy podle ní již řeší první spory.⁷¹ Vláda a ministerstvo již připravily návrhy legislativy, jejich projednání a schválení se ale vleče.⁷² Zamýšlené omezení výdajů na obyvatele v jiných členských státech vyhledanou péči do výše rozpočtového stropu, dle něž má hospodařit *Narodowy fundusz zdrowia (NFZ)*, nicméně Směrnicí patrně porušuje.

Dostupný přehled zákonů a dalších předpisů členských států oznámených jako provedení směrnice v případě Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči viditelně nepředstavuje celý obraz současných poměrů.⁷³

Evropská komise má nicméně ohledně provádění Směrnice stejně jako překážkách jejího dokončení základní přehled díky soustavným jednáním se zástupci členských států. Již veřejně vyzvala některé členské státy, aby sdělily či upřesnily provedení Směrnice. Podrobné vyhodnocení souladu si jistě s ohledem na složitost věci vyžádá nějaký čas. Lze se jen dohadovat, kdy Komise zahájí oficiální vyšetřování. Se žalobami jistě bude váhat, neboť záležitost je politicky citlivá. Nelze však očekávat, že od těchto kroků Evropská komise upustí, protože jsou jejím úkolem jejím posláním a také zdrojem vlivu. Evropská unie přitom určitě začne vnímat závažnost a složitost těchto změn, jakož také odlišné poměry jednotlivých členských států.

2.8. Míra pozornosti odrážející se na zájmu o integrační opatření

Již bylo zdůrazněno, že členské státy mají různé hospodářské, politické, společenské poměry. Mají zákonodárství, správu a soudnictví různé úrovně. Jsou v nich různé předpoklady pro využití možností daných Směrnicí pacienty-pojištěnci. To vše se odráží v pozornosti různým složkám mezinárodní integrace a jejich právním rámcům. Je dobré se nad těmito okolnostmi zamyslet též při propojování zdravotnictví.

Odlišné modely veřejného financování působí patrně různý zájem o proplácení péče. Nejvíce soudních sporů se vedlo ve státech, kde se zdravotní péče proplácí (čtvrtý model). Většina připomínaných judikátů Soudního dvora odpovídala na otázky soudů těchto států. Následovaly sousední Nizozemsko⁷⁴ a Německo, kde jsou ovšem nasmlouvaní poskytovatelé. Malý zájem se zdá být ve státech s národní zdravotní službou.⁷⁵ Ostatně z Velké Británie přišla jediná otázka, ze Skandinávie žádná.

⁷¹ PACHOCKI, J. *Zwrot kosztów za opiekę transgraniczną możliwy bez ustawy* [online]. Zveřejněno 22. 8. 2014. Dostupné z: <<http://blog.dzp.pl>>. Dle blogového příspěvku již Okresní soud v Krakově přiznal první náhradu pacientovi za dva roky nedostupnou operaci šedého zákalu podstoupenou a zaplacenou v Česku (!).

⁷² Tisk Sejmu č. 2293 ze dne 1. 4. 2014 projekt Ustawy – o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (2004) oraz niektórych innych ustaw.

⁷³ V systému EUR-Lex nyní chybí v případě ČR klíčový zákon 60/2014 Sb., naopak uvedeny jsou zákony jiné.

⁷⁴ Nizozemské přijetí judikatury a postoje ke směrnici se podrobně popisují ve VOLLAARD, H. *Political territoriality in the European Union: the changing boundaries of security and healthcare*. Disertační práce. 2009, kapitoly 8 (s. 307 nn.) a 9 (s. 347 nn.). Dostupné z: <<https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/13883>>.

⁷⁵ Dosah a meze zapojení Dánska do procesu integrace zdravotnictví v rámci judikatury a Směrnice popisuje SINDBJERG-MARTINSEN, D. – VRANGBAEK, K. *The Europeanization of Healthcare Governance: Implementing*

Rovněž postsocialistické členské státy střední a východní Evropy vykazují menší zájem. Zde je patrně příčinou nižší hospodářská a sociální úroveň, která znamená nižší výdaje, a tedy nižší proplácení. Pacienti hledající lepší zdravotní péči by museli hodně dopláct. Pozornost si nicméně zaslouží skutečnost, že předběžné otázky Soudnímu dvoru položily pouze soudy teprve v roce 2007 přijatého Bulharska a Rumunska, nikoli soudy států přijatých v roce 2004.

Sledovat je třeba důvody značného či nízkého cestování za péči s očekáváním následného proplacení či jejich očekávání. Důležitá je časová dostupnost péče stejně jako místní dostupnost speciální péče, dále její cena s ohledem na výši doplácení z vlastních zdrojů, a konečně také náročnost porozumění.

Zvažovat vedle odchodu vlastních pojištěnců a souvisejícího odlivu peněz je dobré ale také zájem zahraničních pacientů. Pro řadu zemí byla a je rozvíjející se medicínská turistika zajímavým přivýdělkem pro jejich nemocnice a ambulance. Některé členské státy v rámci propagace medicínské turistiky začaly sledovat možnosti vyplývající z judikatury a Směrnice.

Maličké Lucembursko je státem se všemi myslitelnými předpoklady zájmu obyvatel o zdravotní péči za hranicemi. Obyvatelé jsou zvyklí platit a žádat proplácení. Nejvyšší mzdy v Evropě znamenají vysoké ceny služeb včetně zdravotnických. Zdravotní pokladny běžně hradí v sousedních státech vyhledanou či obstaranou speciální péči, neboť nelze zajistit všechny specializace moderní medicíny pro půlmilion obyvatel. Lucemburčané mluví francouzsky a německy, takže se za hranicemi domluví. Nikoli náhodou uvedená judikatura začala v roce 1998 zde. V této zemi se pochopitelně nadále věnuje značná pozornost přeshraniční zdravotní péči a jejímu právnímu rámci.⁷⁶

Česko se jeví být úplným opakem Lucemburska. Mezi postsocialistickými státy je české zdravotnictví dobré. Patrně si to Češi přes veškeré stížnosti uvědomují. Socialistické zdravotnictví bylo zdarma. Zcela tak ušetřilo obyvatelstvo úvah ohledně cen. Obstarávání péče veřejnými zdravotními pojišťovnami tuto neznalost udržuje. Přehledy čerpané zdravotní péče včetně cen si od zdravotních pojišťoven žádá zlomek obyvatel.

Češi nejsou zvyklí za péči platit a následně se domáhat proplacení. Sice roste počet případů, kdy pojištěnci žádají prostřednictvím lékařů nemocnice či kliniky od příslušné veřejné zdravotní pojišťovny hrazení nákladné péče na hranici standardů. Dodnes ale nezačal soudní přezkum případných odmítnutí. Přitom v jiných záležitostech se Češi soudí často a zarputile. Nevíme dodnes, zda žalovat nemocnici (a kterou), nebo zdravotní pojišťovnu. Nevíme ani, zda by se takové spory řešily v občanském soudním řízení, nebo ve správním soudnictví.

the Market Imperatives of Europe. *Public Administration*. 2008, č. 1, s. 169–184, dostupné z: <10.1111/j.1467-9299.2007.00702.x>.

⁷⁶ Podrobná studie vysílání lucemburských pacientů do zahraničí viz BOCQUET, V. – SMIT, J. – COUFFIGNAL, S. – LAIR, M.-L. Évolution des soins des résidents luxembourgeois a l'étranger entre 1998 et 2007 – État de la situation a partir de données médico-administratives. In: *Enjeux Santé – Bulletin luxembourgeois de la recherche et santé publique*. 2009, dostupné z: <<http://www.sante.public.lu>>.

Nezájem patrně prohlubují ještě cenové, jakostní a jazykové poměry. Slovenské a polské zdravotnictví je horší či jej alespoň tak Češi vnímají. Zájem proto chybí. Záměr posílat rodičky z Jesenicka do bližších polských nemocnic namísto převážení přes zasněžené hřebenky jako by snad ani nestál za uvažování.⁷⁷ Německé a rakouské zdravotnictví je lepší. Pochopitelně je ale dražší. Spoluúcast by byla pro Čechy vysoká. Jen zlomek obyvatelstva se domluví německy. Tomuto nezájmu odpovídá lhostejnost odborné veřejnosti stejně jako politiků. Pouze nemocnice při polských hranicích cítí komerčně zajímavé příležitosti. Například projekt podpořený kohezními fondy Evropské unie na posílení spolupráce jihomoravského a dolnorakouského zdravotnictví měl jenom omezené výsledky.⁷⁸

Není divu, že dosud vyplacené částky jsou zanedbatelné.⁷⁹ Podle neoficiálních informací se teprve v roce 2013 objevily první soudní spory, jejichž konec je v nedohlednu.

3. JEDNOTLIVÁ OPATŘENÍ SMĚRNICE A JEJICH DOPADY A ZVLÁDNUÍ V ČESKU

3.1. Vymezení zdravotní péče s nárokem na proplacení

Judikatura Soudního dvora od počátku připouštěla, že státy a jejich instituce veřejného financování mají povinnost proplácet jen tu zdravotní péči, jíž financují doma.

Vymezení takové péče však není snadné. Medicína je činnost, kterou se zkoumají, léčí či mírní ne vždy snadno zařaditelná onemocnění a stejně tak jedinečné úrazy jednotlivých pacientů trpícími nejrůznějšími vedlejšími onemocněními a čelící různým komplikacím.

Pochopitelná snaha katalogizovat jednotlivá onemocnění a je zvládající zdravotnické zákroky pro účely dostatečného a přitom hospodárného veřejného financování může být tak jen dílem úspěšná. Sebedrobnější členění nikdy nepostihne všechny situace a eventuality. Členění nutně kombinuje komplexní péči o pacienty s určitou diagnózou bez rozlišování zákroků a vymezené jednotlivé zákroky, zvláště pak ty nákladnější.

V jiném členském státě vyhledaná zdravotní péče tak sice vesměs bude odpovídat doma z veřejných prostředků léčené diagnóze, zákroky či předměty nicméně nemusejí odpovídat těm, které by používalo domácí zdravotnictví.

⁷⁷ Na internetu dostupné články regionálního tisku opakovaně zmiňovaly obtížnou ekonomickou a personální situaci soukromé nemocnice v Jeseníku, možnost péče na polské straně se většinou jen letmo zmínila.

⁷⁸ Projekt „Zdraví-Gesundheit“ Landeskliniken Holding Niederösterreich ve spolupráci s Jihomoravským krajem a podpůrnými organizacemi řešený v letech 2008–2011, podrobněji dostupné z: <<http://www.zdravi-gesundheit.eu>>. Vedle obecně uváděných překážek lze zmínit ještě místní a odvětvové zvláštnosti. Nemocnice příhraničních oblastí ve Znojmě, Břeclavi, Hollabrunnu a Mistelbachu byly celé 20. století budovány tak, aby na přeshraniční pomoc nespolehaly. Přeshraničním výjezdům záchranné služby v některých odříznutých oblastech brání její odlišná organizace v Rakousku a v Česku.

⁷⁹ Dle Statistické ročenky CMU za rok 2013, dostupné z: <<http://www.cmu.cz>>, tabulky č. 25. Počet a výše nákladů dodatečně refundovaných přímo byly méně než deseti pojištěncům za vyhledanou péči „dle judikatury“ uhrazené náklady v celkovém objemu v řádu statisíců Kč.

Zdravotní péče se také průběžně zlepšuje. Nové metody, technologie, léčivé přípravky a zdravotnické prostředky se pochopitelně nějakou dobu zavádějí. Leckdy dosavadní postupy nenahrazují, nýbrž doplňují. Hranice mezi standardní a experimentální medicínou se vede zřetelně hlavně u léčiv mezi běžným podáváním a klinickým hodnocením. Méně zřetelná je hranice mezi standardní a experimentální metodou. Představit si lze různé kombinace.

Všude ve světě, jak ve veřejných, tak v soukromých nemocnicích, klinikách a ambulancích se čas od času taková novátorská péče poskytne pacientům, aniž by byla veřejně zaplacená. Důvody bývají různé a mohou se prolínat: zájem vyzkoušet nové metody či jejich kombinace s následnými vědeckými ambicemi, ale také snaha získávat a posílit dobrou pověst či prostě snaha pomoci. My Češi tušíme, že vykázat se péče dá všelijak, a dovedeme si představit, že v takových případech veřejné zdravotní pojišťovny dokáží být benevolentní.

Všechny soustavy veřejného financování mají nějaké postupy rozhodování o tom, komu se mimořádně nákladná a ve výsledcích přitom nejistá zdravotní péče poskytne. Zvažují se přitom perspektivy každého pacienta. Takové rozhodování často nezahrnuje pacienta samotného či jeho blízké. Je neformální a netransparentní. Rozhodne lékař, vedení nemocnice či instituce veřejného financování. Nutně se mísí ohledy ekonomické a etické. Obecně se uznává, že se nemá provádět intenzivní a invazivní léčba, je-li marná (*futile treatment*).

V Česku se po roce 1990 zakotvilo dokonce na ústavní úrovni, že pomocí veřejného zdravotního pojištění se poskytuje veškerá zdravotní péče zdarma.⁸⁰ Nehrazené zákroky se tak výslovně uvádějí.⁸¹ Ve své době uplatňované regulační poplatky se staly předmětem zarputilých politických a justičních bitev.⁸²

Zákonodárce nicméně neurčuje hranici mezi standardní a novátorskou péčí (vysoce inovativní léčivé přípravky budou zmíněny níže).

Je třeba připustit, že Česká republika jako celek a veřejné zdravotní pojišťovny rutinně standardizují novátorské metody a moderní léčivé přípravky. Podporují je, když přinášejí úspory. Pochopitelně naopak váhají, když novátorské medicínské metody znamenají výrazně lepší péči, ovšem za horentní náklady.

Ve srovnání se zahraničím je patrná ochota hradit zejména mnohamilionové částky například za zvláštní léčiva pro jednotlivé pacienty trpící například zvláštními druhy hemofilie. Jejich zveřejnění⁸³ vyvolalo debatu o možnostech stropů ročních nákladů pro chronické pacienty.

⁸⁰ Čl. 31 Listiny základních práv a svobod (2/1993 Sb.). Sem je vhodné vložit odkaz na judikaturu Ústavního soudu, která toto ustanovení vykládá s důrazem na bezplatnost, viz k tomu např. dokument dostupný z: <http://www.vclp.cz/news/ustavni-soud-zrusil-nalezem-sp-zn-pl-us-36-11-ze-dne-2-cervence-2013-cast-zakona-o-verejnem-zdravotnim-pojistenim-/>.

⁸¹ Příloha č. I zákona o veřejném zdravotním pojištění – Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených či hrazených jen za určitých podmínek.

⁸² Vyvrcholilo nálezem Pl. ÚS 1/2008, kterým Ústavní soud překvapivě těsnou většinou regulační poplatky přes znění čl. 31 LZPS připustil.

⁸³ ŠVEC, P. Nejdražší pacienti spotřebují desítky milionů korun. *MF Dnes*. 22. 8. 2013.

Rozhodování revizních lékařů pojišťoven v hraničních případech pojištěnců a určování politiky vedoucími představiteli v návaznosti na politiku Ministerstva zdravotnictví je vymezené stručně. Jak už bylo uvedeno, rozhodování sporů zatím pacienti nedokázali přenést na soudy. V případě biologické léčby roztroušené sklerózy veřejné zdravotní pojišťovny našly prostředky po úspěšné mediální kampani, ale těž pod pohružkou žalob proti nemocnicím.⁸⁴

Jak již bylo zdůrazněno, Směrnice nepožaduje proplácení v jiném členském státě vyhledané péče veřejně nefinancované doma. Méně zřetelné je to v případě zdravotní péče stejné, pokud se v jiném členském státě provádí odlišně.

Českým bioeticko-politickým sporem číslo jedna jsou domácí porody, respektive přípustnost, předpoklady a podmínky odborné pomoci porodních asistentek při nich. Názorové tábory svádějí bitvu před veřejností. Konzervativní tábor má dosud navrch. České právo víceméně znemožňuje odbornou pomoc při vedení domácího porodu. Kolem domácích porodů a pomoci porodních asistentek při nich se vede řada správních a soudních sporů. Liberální aktivismus si připsal dílčí vítězství. Čeká se na vyjádření Evropského soudu pro lidská práva, který rozsudkem *Ternovszky* odsoudil Maďarsko, které kriminalizovalo odbornou asistenci při domácím porodu za situace, kdy současně účast porodních asistentek nevyklučovalo.⁸⁵

Česká rodička toužící po porodu mimo nemocnici pochopitelně může odcestovat do Nizozemska, kde jsou domácí porody běžné, a zaplatit si péči při něm. Nyní musíme zvažovat, zda má též nárok na proplácení vyhledané péče podle českých tarifů, když péče při nemocničním porodu se u nás financuje, přičemž se svými běžnými zákroky a připraveností provést mnohé další zřetelně odlišuje od péče při domácím porodu, který se veřejně financuje v Nizozemsku podobně jako péče při nemocničním porodu.

3.2. Stanovení proplácených částek

Ve státech se zdravotními pokladnami proplácujícími vyhledanou zdravotní péči (čtvrtý model) se očekává stejné proplácení zdravotní péče vyhledané v jiném členském státě, jako se proplácí doma. Nikoli náhodou patří běžně několikrát ročně měněná francouzská *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) k nejpropracovanějším katalogům zdravotnických výkonů.⁸⁶

Složitější je to ve státech ostatních. Smlouvy mezi financujícími institucemi a poskytovateli zdravotní péče stejně jako politická či správní rozhodnutí o přidělení peněz jednotlivým poskytovatelům národní zdravotní služby vesměs nehradí jednotlivé zákroky (*fee-for-service*).

⁸⁴ Advokát Š. Holub podal návrh na předběžné opatření proti Krajské zdravotní, a. s., provozující severočeské nemocnice poté, co tato s ohledem na omezení ze strany VZP uvedla, že se ve vztahu k odmítnutým pacientům nepovažuje za smluvního poskytovatele, viz ČTK. *Český unikát: pacienti se budou léčit doma soudně*. Aktuálně [online]. 20. 1. 2012, dostupné z: <<http://www.aktualne.cz>>.

⁸⁵ Podrobně KŘEPELKA, F. Omezování domácích porodů v napětí s evropskými standardy. *Zdravotnické fórum - pravidelná příloha časopisu Právní fórum*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, č. 4, s. 11–17.

⁸⁶ Nyní dostupné na internetu na oficiálních národních stránkách o francouzském zdravotním pojištění. Dostupné z: <<http://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php/>>.

Vyvolává stálý růst výkonů, poskytovatelům se vyplácí jejich provádění. Přechází se proto na financování zdravotní péče podle jednotlivých druhů onemocnění a úrazů (*diagnosis-related groups* – DRG) vyvinuté původně ve Spojených státech pro federální programy *Medicare* a *Medicaid* a rozpracované pro skupiny pacientů dle pohlaví a věku s komorbiditami a komplikacemi.⁸⁷ Zavádějí se paušály za pacienty či pro jejich různě vymezené skupiny (kapitace), přispívá se na udržování určité personální a materiální kapacity poskytovatele bez ohledu na její využívání. Spornější už jsou pochopitelně stropy na poskytování jednotlivých druhů péče (limity).

Vývoj veřejného financování českého zdravotnictví během posledního čtvrtstoletí je dobrým příkladem poznání možností a mezí jednotlivých podob úhrad. Socialistický stát ústavy národního zdraví a další vlastní zdravotnická zařízení financoval dotacemi, jejichž výše nebyla předmětem politické debaty ani průhledných správních rozhodnutí. To se po roce 1990 změnilo. Četné zdravotní pojišťovny hradily jednotlivé zákroky. Systém se na sklonku 90. let ve vazbě na hospodářskou recesi kolem roku 1997 nutně dostal do krize. Zavedly se kapitační platby pro pacienty ambulancí praktických lékařů. Pomocí *diagnose-related groups* se začala platit lůžková péče. Nakonec se ještě přidaly stropy, ba dokonce postihy za jejich překročení. Upřednostnění soukromých menších poskytovatelů na sklonku minulého desetiletí se po odchodu pravicových vlád převrátilo ve prospěch velkých veřejných nemocnic zavedením koeficientů specializace. Uplatňování stropů při zachování plateb předchozích období znamená fakticky blokové financování nemocnic.⁸⁸

Příznačný je rozvrat předpokládaného kolektivního vyjednávání.⁸⁹ Nyní rozdělení veřejných peněz rámcově každoročně určuje Ministerstvo zdravotnictví úhradovými vyhláškami. Veřejné zdravotní pojišťovny nicméně mohou provedení výrazně ovlivnit smluvní politikou.⁹⁰ To neznamená, že by jednotliví poskytovatelé – fakultní, specializované, regionální, malé nemocnice, kliniky, specialisté či praktičtí lékaři a další samostatně činní – skupinově či v prvních případech jednotlivě s proměnlivými úspěchy nelobovali.

Veřejné financování českého zdravotnictví je následkem uvedených opatření stále složitější. Nemocnice zaměstnávají v ekonomických odděleních specialisty, ba angažují externí odborníky za účelem zvýšení a udržení příjmů z veřejného zdravotního pojištění. Nepřehlednost se opakovaně dostává na přetřes.

Složitost ztěžuje vymezení požadovaných cen za zdravotnické zákroky. Loňské zavedení koeficientu specializace podle mého mínění víceméně vylučují určení proplacení odpovídajícího

⁸⁷ Česky podrobněji ohledně systému a jeho implementace v českých poměrech KOŽENÝ, P. – NĚMEC, J. – KÁRNÍKOVÁ, J. – LOMENÍK, M. *Klasifikační systém DRG*. Grada, 2010.

⁸⁸ Za představování vývoje českého veřejného financování a jeho mimořádně nepřehledného a mnohdy sporného právního rámce děkuji O. Dostálovi (D&D Health, Platforma zdravotních pojištěnců) a Dr. J. Blatnému (VZP).

⁸⁹ § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁹⁰ Prvním a dosud jediným zaznamenaným rozbořením problematiky smluv mezi veřejnými zdravotními pojišťovnami a poskytovateli spravovaných jediným § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění je rigorózní práce BLATNÝ, J. *Právní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb v systému veřejného zdravotního pojištění*. Masarykova univerzita, 2012 (zdroj uveden výše).

představám judikatury a legislativy Evropské unie. Sebelepší metoda výpočtu nákladů (*fullcost*) nepomůže. Za stejnou péči dostávají totiž různí poskytovatelé jinou úhradu. Podobný dopad však měly už dříve odlišné hodnoty bodu pro různé poskytovatele.

Novelizace vymezuje postup při výpočtu proplácení stručně.⁹¹ Základem jsou seznam bodových hodnot jednotlivých zdravotních výkonů a opakovaně stanovené hodnoty bodu, používané pro proplácení přeshraniční urgentní zdravotní péče, péče vyžádané státem a péče poskytované za úhradu.

Stěžlí lze potvrdit, zda výsledek těchto výpočtů je pod skutečně financovanými výdaji, a tudíž nekorektní. Museli bychom počítat skutečné výdaje státu na jednotlivé zákroky, což je prakticky nemožné. Jednotlivé nemocnice dostávají za totéž různé platby. Toto rozrušení je přitom jen částečně ospravedlnitelné. České veřejné financování zdravotnictví prostě nyní není transparentní. Není tedy transparentní ani pro okrajový účel.

Pojištěnci by pro rozporování potřebovali odborníky. Při jednání se svou zdravotní pojišťovnou by patrně neuspěli. Je otázka, jak moc by správní soudy byly ochotné vyhodnocovat žalujícími pojištěnci předložené výpočty.

Přes rozmáhající se politické spory ohledně veřejného financování jednotliví poskytovatelé vesměs dosud nedokáží úspěšně před soudy rozporovat každoročně se měnící úhrady stanovené státem ani jejich provedení jednotlivými zdravotními pojišťovnami ani v případech, kdy úhrada zjevně neumožní poskytnutí zdravotní péče při veškeré hospodárnosti beze ztráty.

Samotný Ústavní soud, jenž na podrobné zkoumání předložených návrhů obecného významu má určitě jisté síly či by je měl mít, raději naznal svou neschopnost podrobně přezkoumávat poslední úhradovou vyhlášku. Varoval nicméně před postihováním překračování limitů, jestliže se zároveň ukládá povinnost zdravotní péči poskytnout.⁹²

Pojištěnci se tak určitě vesměs spokojí s vypočtenou cenou, jakkoli třeba někdy bude od teoreticky korektní ceny nižší desítky procent.

Lze si nicméně představit, že Evropská komise bude dříve či později české stanovování proplácených sazeb vnímat jako přehnaně složité. Nechci předjímat, zda pak bude zpochybňovat jeho soulad s požadavkem transparentnosti, který ze Směrnice plyne s ohledem na stanovování cen za přeshraniční péči, kterou má členský stát, v němž je osoba pojištěna, této osobě nahradit.

3.3. Stanovení cen pro platící pacienty

⁹¹ § 14a Zákona o veřejném zdravotním pojištění: „Výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 se stanoví na základě tohoto zákona, vyhlášky vydané podle § 17 odst. 4, cenového předpisu, opatření obecné povahy podle § 15 odst. 5 a rozhodnutí Ústavu podle části šesté účinných ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí (...)“.

⁹² Nález Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013. Ústavní soud odložil kvůli nebezpečí ohrožení veřejného financování zdravotní péče účinnost zrušovacího nálezu ke konci roku 2014.

Požadavek rovného zacházení s občany/obyvateli členských států lze pochopitelně nalézt již ve zřizovacích smlouvách. Jeho uplatnění pro jednotlivé základní hospodářské svobody včetně volného poskytování a přijímání služeb bez ohledu na jejich druh mnohokrát upřesňoval Soudní dvůr zejména při odpovídání otázek soudů členských států.

Dávno před přijetím směrnice Soudní dvůr rozsudkem *Ferlini* zdůraznil, že účtování zdravotní péče by mělo být stejné vůči pacientům, kteří jsou pojištěnci jiných soustav veřejného financování zdravotní péče, než je domácí.⁹³

Směrnice tento požadavek zdůraznila a upřesnila. Jestliže nízké sazby proplácení dokáží odrazovat od vyhledávání péče v jiných členských státech, tak vysoké ceny dokáží odradit od jejího vyhledávání zahraniční zájemce.

Určení ceny jednotlivých zdravotnických zákroků ve státech, kde se financuje zdravotní péče jinak, však není s ohledem na způsoby veřejného financování, případnou spoluúčasť, hospodářský výsledek (ztráta či zisk) nemocnice či jiného poskytovatele jednoduché. Snaha poctivě určit cenu znamená nalezení a užití vhodné metodologie.

Stanovení ceny za konkrétní zdravotní péči je leckde ve světě potřebné zejména při přenosu nákladů na zdravotní péči na toho, koho právo činí odpovědného za úraz či onemocnění. Jedná se především o pachatele dopravních nehod a zaměstnavatele za pracovní úrazy a nemoci z povolání, ale také o újmu způsobivší či zavinivší poskytovatele zdravotní péče.

Nárok často doprovází nároky na bolestné a ušlé výdělky. Zde mají leckde ve světě soudy značný prostor pro uvážení výše částky. Nepředvídatelnost sice mírní metodiky těchto odškodnění. Mezi státy jsou poměrně velké rozdíly ve výši náhrad, a to též při zohlednění rozdílů životní úrovně, výdělků apod. Čtenáři lze zde jen připomenout proměny českého bolestného a náhrady nemajetkové újmy během posledního čtvrtstoletí, včetně nového občanského zákoníku.

Případné obtíže při stanovení částky uhrazující poskytnutou zdravotní péči zůstávají pak stranou zájmu. Povinní mají zpravidla jen omezenou možnost zpochybnit vyčíslení nákladů na zdravotní péči, natožpak její hospodárnost a důvodnost. Oprávněným bývá navíc instituce veřejného financování zdravotní péče namísto pacienta, protože hradila jeho péči (regres).⁹⁴ Ta ze své podstaty svede obhajovat vlastní výpočet.

Odpovědnost za újmu na zdraví ostatně bývá pojištěná, často povinně. Zmínit lze pojištění odpovědnosti z provozu motorových vozidel (povinné ručení) či pojištění zaměstnavatelů za pracovní úrazy a nemoci z povolání. Pojišťovny vysoké náklady v jednotlivých případech neohrozí, mají ostatně stropy pro plnění. Rostoucí náklady pak přenesou do pojistného.

Ceny pro medicínské turisty bývají vyšší než pro běžné pacienty. Ve vyspělém světě dobrovolně platí za lepší zdravotní péči hlavně ti bohatší. Stejně tak takovým pacientům poskytovatel

⁹³ Rozsudek o předběžné otázce *Tribunal d'arrondissement de Luxembourg* ke sporu *A. Ferlini proti Centre hospitalier de Luxembourg* ze dne 3. 10. 2000, C-411/98, I-08081.

⁹⁴ V Česku dle § 55 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

placenou zdravotní péči nabízí, když představuje přivýdělek. Platící pacienti tak přispívají na zvýšení mzdy zdravotnických pracovníků a lepší vybavení. To zprostředkovaně pomáhá též domácím pacientům, samozřejmě když se kvůli těm platícím nezanedbávají.

Český nezájem o ceny zdravotní péče daný všeobecností veřejného zdravotního pojištění zajišťujícího zdravotnictví víceméně zdarma by nás neměl mást.

Jak už bylo uvedeno, v Česku si za zdravotní péči musejí platit dlouhodobě pobývajícím cizincům ze světa. Cizinecké právo jim předepisuje komerční pojištění zdravotní péče. Ta většinu zdravotní péče proplácí podle zdravotních výkonů. Nepojistitelnou zdravotní péči si musejí platit sami. Leckdy tak za nimi nemocnice mají obtížně vymahatelné pohledávky, když se jedná o urgentní péči, například ošetřování při porodu a zdravotní péči o novorozence.

Další významnou skupinou jsou turisté z nečlenských států. Turisté z vyspělých zemí (Spojené státy americké, Kanada, Austrálie, Japonsko, Jižní Korea, Izrael) i z dalších zemí (Rusko, Čína, Indie) mají vesměs cestovní zdravotní pojištění. Nemocnice účtují těmto pojišťovnám také za jednotlivé zdravotní výkony. Běžně se ostatně léčení pouze započne.

Pro uvedené případy je v Českém zdravotnictví sazebník cen, založený na opakovaně aktualizovaném bodovém hodnocení jednotlivých zdravotnických výkonů.⁹⁵ Každoročně se pak stanovuje hodnota bodu.⁹⁶

Lze debatovat, do jaké míry jsou takto stanovené sazby závazné pro soukromé poskytovatele zdravotní péče. Ti patrně často prohlašují svou zdravotní péči za nadstandardní. Vyšší ceny jsou pak tržní.

Stanovování cen uvedeným postupem se předpokládá též pro příchozí pacienty z jiných členských států, aniž by to výslovně určovala zmíněná „euronovela“. Patrně se má za to, že je to důsledek již existující regulace cen.

Podle neoficiálně vyslovených názorů je to zbytečně opatrný postoj. Není důvod nerentabilitu vyplývající ze snahy státu udržet veřejné výdaje na uzdě prohlubovat. Stanovování přiměřených cen na základě nějaké rozumné metody kalkulace *full-cost* by údajně obstálo.⁹⁷

Jiné členské státy mají kvůli většímu počtu veřejně nepojištěných a nezabezpečených obyvatel či dočasně pobývajícím cizincům, stejně jako většímu zájmu obyvatelstva o nehrazenou soukromou péči regulaci cen zdravotnických výkonů. Jako příklad lze uvést německý *Gebührenordnung für Ärzte*.⁹⁸

⁹⁵ Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

⁹⁶ Pro rok 2014 Vyhláška Ministerstva zdravotnictví 28/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014.

⁹⁷ Dle mínění L. Švece, ředitele CMU.

⁹⁸ *Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I, s. 210), die zuletzt durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I, s. 3320) geändert worden ist.*

3.4. Předchozí souhlas jako předpoklad a možnost odepření proplacení

Jak již bylo uvedeno, Soudní dvůr postupně připustil možnost členských států podmínit proplacení náročné zdravotnické zákroky či nákladnou zdravotní péči předběžným souhlasem. Dělo se tak rozsudky, kterými se napomáhalo při rozhodnutí jednotlivých vnitrostátních případů. Tomu odpovídá různost vyjádření odůvodnění těchto rozsudků. Vše je důsledkem tlaku členských států, které před Soudním dvorem poukazovaly na ohrožení veřejného financování zdravotnictví.

Směrnice potvrdila možnost členských států podmínit hospitalizaci předchozím souhlasem příslušné instituce veřejného financování zdravotnictví složitou formulací, kterou je třeba pečlivě číst.⁹⁹ Musí se jednat o nákladnou lůžkovou péči. Předpokladem podmínění je nezbytnost plánování poskytování péče a hospodárné využití prostředků. Naskytá se otázka, zda se neměla zařadit též zvláště nákladná specializovaná ambulantní péče.

Judikatura a směrnice zdůrazňují zásadu nezbytnosti pro rozhodování o omezení.¹⁰⁰ Je tak otázka, zda stát či příslušná instituce veřejného financování zdravotnictví tedy mohou nesouhlasit vždy, když zdravotní péče může být bez neúnosného čekání skutečně poskytnuta při zohlednění pacientova zdravotního stavu. Pak by patrně mělo být uvedeno, kde, kým a do kdy se tak stane. Lze rovněž debatovat, zda musí jednotlivě odůvodňovat nebezpečí a neúnosnost odlivu prostředků do zahraničí.

Není důvod popírat, že tato výjimka a její užívání znamená upřednostnění domácích poskytovatelů. Takové ochránářství je však ospravedlnitelné. Pro zabezpečení zdravotní péče včetně speciální je potřeba vybudovat na území příslušného státu určitá zdravotnická zařízení, kde jsou v patřičných počtech příslušní specializovaní lékaři, zdravotní sestry a další odborníci, jakož také přístroje a další vybavení. Fixní náklady jsou tak značné. Výskyt onemocnění a úrazů přitom vůbec nemusí být takový, aby se při úhradě podle výkonů vždy zaplatily. Pokud část prostředků odplyne do zahraničí, nutně chybějí zde.

Evropská unie tak nežádá, aby členské státy při poskytování zdravotní péče svému obyvatelstvu závisely na ostatních členských státech, pokud se objeví domácí stejně jako zahraniční poptávka a nabídka. Zdravotnictví je prostě jiné, než většina ostatních odvětví hospodářství, kde tato skutečnost běžně nastává.

Řada členských států vymezila při provedení směrnice okruhy zdravotní péče, jejíž veřejné proplacení hodlají podmínit předběžným souhlasem, či vytvořila prostor pro takové vymezení. Lze očekávat, že Evropská komise je dříve či později bude rozporovat. Již při doběhu lhůty pro provedení údajně varovala členské státy před nadužitím této možnosti.¹⁰¹

Česko stanovilo, že vymezení zdravotní péče, jejíž proplacení mohou veřejné zdravotní pojišťovny podmínit předchozím povolením, stanoví nařízením Vláda České republiky¹⁰². Použití

⁹⁹ Čl. 8 odst. 2 písm. a Směrnice se dvěma souběžnými předpoklady.

¹⁰⁰ Čl. 8 odst. 1 Směrnice.

¹⁰¹ Dle R. Odložilíka, odborníka z ministerstva zdravotnictví.

¹⁰² § 14 b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění euronovely.

podzákoného předpisu se jeví být přiměřené. Zákon však připouští výběr pouze z péče, pro jejíž poskytnutí se poskytovatelům zdravotní péče omezují čekací doby podle dříve vydaného nařízení.¹⁰³

Vyhradit lze totiž jen ty druhy zdravotní péče, pro které se stanoví časová dostupnost (tedy maximální čekací doby). To je nepochopení. Skutečnost, že ostatní péči dokáže poskytovat české zdravotnictví bez neúnosného čekání, neznamená, že při jejich zabezpečování není třeba plánovat personální a materiální vybavení a hospodárně jej využívat.

Prováděcí nařízení však zatím vydáno nebylo. Nyní tak Česko jako jeden z mála členských států vlastně neztěžuje vyhledání zdravotní péče v jiném členském státě požadavkem předchozího souhlasu. Nyní lze spoléhat na zanedbatelný zájem veřejnosti. Dosud se podle dostupných údajů proplátily řádově desetitisíce hrstce pojištěnců.¹⁰⁴ To se nicméně může změnit a patrně se to již zvolna mění.

Jako druhý stát, který vůbec nevyužil možnost podmínit proplacení v zahraničí vyhledané péče předchozím souhlasem, se uvádí Švédsko. Lze se ptát, zda rovněž spoléhá na nezájem obyvatel cestovat za péčí.

Dalším Směrnici stanoveným důvodem odepření předchozího souhlasu či následného proplacení by mohla být zdravotní péče nebezpečná a neodborná, při které je ohrožené zdraví a život pacienta.¹⁰⁵ Tato výjimka by se jistě měla uplatnit jen výjimečně. Stát by musel mít ověřené, že personální a materiální vybavení péče je nesrovnatelně nižší než stejné doma.

Již výše se zvažovalo proplacení v jiném členském státě vyhledané odborné pomoci při domácím porodu, pokud tuto Česko na svém území potlačuje a proplácí pochopitelně jinak zdravotní péči při nemocničním porodu. Lze totiž pochybovat, že by v těchto případech české veřejné zdravotní pojišťovny mohly proplacení odepřít,¹⁰⁶ pokud západoevropské státy domácí porody považují za přijatelnou alternativu, odbornou péči při nich veřejně financují, přičemž Evropský soud pro lidská práva, jak již bylo uvedeno, spatřuje v jejím úplném vyloučení porušení soukromí.

3.5. Možnosti odmítat přeshraniční pacienty

Na straně členských států převládala obava, že jejich veřejné peníze pro zdravotnictví odplynou do dalších členských států. Hlavní pozornost se tak věnuje propláceným částkám a možnosti proplacení odepřít zejména prostřednictvím podmínění proplacení předchozím souhlasem.

Nezvládnutelného přílivu pacientů se obává málokdo. Je to pochopitelné. Většinou jsou kapacity dostatečné. Při přetížení přestává být pro příchozí zdravotní péče pacienti přitažlivá.

¹⁰³ § 2 a příloha 2 Nařízení vlády 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.

¹⁰⁴ Statistická ročenka CMU za rok 2013, tabulka 25.

¹⁰⁵ Čl. 8 odst. 2 písm. c Směrnice.

¹⁰⁶ Uvedená výjimka se totiž týká jednotlivého selhavšího poskytovatele. Česko a jeho veřejné zdravotní pojišťovny by patrně odmítnutí proplacení hájily tím, že nemocniční pomoc má jiný obsah než domácí.

Přetrvávání zájmu lze očekávat, když se poskytuje zdravotní péče jedinečně kvalitní či vůbec jedinečná. Snad hlavně pro tyto případy se uznává možnost upřednostnit domácí pacienty.¹⁰⁷

České právo těmto jistě vzácným situacím pozornost nevěnuje. Novelizace provádějí Směrnici se týká především zákona o veřejném zdravotním pojištění. Vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče ovšem upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon – přestože jej Česko označilo jako dílčí provedení Směrnice již při jeho přijetí – zvláštní pravidla pro ošetřování cizinců či cizozemců neurčuje.

Tento zákon nicméně potvrdil, že poskytovatelé zdravotní péče smějí odmítnout při neurgentní péči, pokud mají překročené kapacity.¹⁰⁸ Za určitých okolností je přípustné upřednostnění pacientů blízkých před vzdálenějšími.¹⁰⁹

Smlouvy mezi českými poskytovateli zdravotní péče a veřejnými zdravotními pojišťovnami požadují přijetí všech pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny bez diskriminace (představitelné v tuzemských podmínkách je třeba odmítání Romů či bezdomovců).

Právo nicméně nepamatuje na případy, kdy by bylo potřeba schopnost příslušné nemocnice či jiného poskytovatele zdravotní péče navýšit. Otázka zní, zda by se tak mohlo stát odmítáním či omezováním ošetřování pacientů z řad pojištěnců ze soustav jiných členských států.

Rozumným důvodem pro odmítnutí zahraničního zájemce o zdravotní péči se v některých případech jeví být jazyková různost. Například psychiatrie či klinická psychologie si žádají vynikající porozumění mezi pacientem a lékařem. Zvažovat lze též další zdravotní péči vyžadující rozsáhlé sdělování informací mezi pacientem a lékařem. Péče bez takového poučení by byla problematická. Nelze přece lékaře nutit, aby se učil cizí jazyky. Podobně by rozumným důvodem odmítnutí mohla být velká vzdálenost od bydliště příliš zatěžující očima lékaře pacienta při cestování za ním.

3.6. Uznávání lékových receptů v zahraničí a proplácení jejich úhrad

Zvláštním druhem zdravotní péče je užívání léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Značnou část pacientů užívají po jejich vydání lékárnami a výdejními samy.

Mezistátní obchod s těmito výrobky je obrovský. Je to pochopitelné. Potřeba je celosvětová. Možnosti zvýšení odbytu uvnitř mají své meze. Dopravní náklady lze považovat za zanedbatelné. Výroba si přitom žádá kvalifikovaný personál a nákladné vybavení. Náklady na ně je žádoucí rozložit do více států.

Státy nebrání dovozu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků cly ani kvótami. Je to nepředstavitelné. Požadavky na registraci se formálně a fakticky sblížily. Výrobci dnes běžně zásobují mezinárodní trhy.

¹⁰⁷ Čl. 4 odst. 3 Směrnice.

¹⁰⁸ § 48 odst. 1 písm. a Zákona č. 372/2011 Sb. v současném znění.

¹⁰⁹ § 48 odst. 1 písm. b tamtéž zdůrazňuje možnost odmítnutí v případě nemožnosti či náročnosti jinak předpokládané návštěvní služby u nemocného.

Evropská unie sblížila požadavky týkající se vývoje, registrace, výroby, velkoobchodu či farmakovigilance.¹¹⁰ Upravuje se rovněž vymezení léčivých přípravků na předpis, reklama či označování. Pozornost se dotkla též státní regulace jejich cen a stanovování veřejných úhrad.¹¹¹ Zvláštnosti mají patenty těchto výrobků jako vynálezů a jejich označování názvy chráněnými jako ochranné známky. Lékovou správu zabezpečují především členské státy, Evropská agentura pro léčivé přípravky zprostředkovává jejich spolupráci.¹¹² Cílem těchto a dalších opatření je další ulehčení mezistátního obchodu. Složitost požadavků, jakož také odlišnosti v patentech, označení a regulovaných cenách vyvolávají množství sporů, ke kterým se již mnohokrát vyjadřoval Soudní dvůr. Lékové právo Evropské unie je tak předmětem pozornosti elitních odborníků a je přitažlivé pro akademickou reflexi.¹¹³

Potlačení kontrol na vnitřních hranicích vylučuje omezení přeshraničního převozu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků jednotlivcem pro osobní potřebu a v případě volně prodejných položek též jejich cílený nákup. Evropská unie ale teprve nyní věnuje pozornost výdeji léčivých přípravků a zdravotnických prostředků na lékařský předpis (recept).¹¹⁴

Na základě Směrnice se požaduje, aby lékárny a výdejny členských států uznávaly recepty lékařů poskytovatelů jiných členských států.¹¹⁵ To si žádá sblížení jejich podoby a obsahu mimo jiné ohledně podoby vyhotovení, počtu položek, označení léčivého přípravku obchodním či mezinárodním vědeckým názvem (INN), možnost náhrady (generické substituce), poučení příjemce lékárníkem, obsah příbalového letáku s ohledem na omezené jazykové znalosti přeshraničního pacienta na straně jedné a časté dostupnosti jeho vyhotovení ve srozumitelném jazyce na straně druhé. Posun přinesla prováděcí směrnice Evropské komise.¹¹⁶ Dosud nevyřešené zůstávají jazykové záležitosti. Praktické rozdíly jsou totiž značné.

¹¹⁰ Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES o kodexu Společenství týkajícího se humánních léčivých přípravků nahradila dřívější směrnice upravující jednotlivé záležitosti.

¹¹¹ Směrnice Rady 89/105/EHS o průhlednosti opatření upravujících tvorbu cen u humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti vnitrostátních systémů zdravotního pojištění. Rekodifikaci navrhuje Komise Směrnice o průhlednosti opatření upravujících ceny humánních léčivých přípravků a jejich začlenění do oblasti působnosti veřejných systémů zdravotního pojištění COM/2012/084 final – 2012/0035 (COD).

¹¹² Nařízení Evropského parlamentu a Rady 726/2004, kterým se stanoví postupy pro registraci humánních a veterinárních léčivých přípravků a dozor nad nimi a kterým se ustanovuje Evropská agentura pro léčivé přípravky.

¹¹³ Z nejnovějších a nejpracovanějších zpracování např. SHORTHOSE, S. (ed.). *Guide to EU Pharmaceutical Regulatory Law*. 4. Vydání. Wolters Kluwer, 2013.

¹¹⁴ Podrobně k praktickým aspektům v Česku např. KOLÁŘ, J. Přeshraniční poskytování zdravotní péče – uznávání lékařských předpisů vystavených v jiném členském státě EU. *Praktické lékárenství*; ze zahraničních Recognition of pharmaceutical prescriptions across the European Union: SAN MIGUEL, L. – AUGUSTIN, U. – BUSSE, A. – KNAI, C. – RUBERT, G. – SIHVO, S. – BAETEN, R. A comparison of five Member States' policies and practices. *Health Policy*. 2014, 116, s. 206–213, dostupné z: Science Direct.

¹¹⁵ Čl. 11 Směrnice.

¹¹⁶ Prováděcí směrnice Komise 2012/52/EU, kterou se stanoví opatření k usnadnění uznávání lékařských předpisů vystavených v jiném členském státě.

Od členských států a jejich institucí veřejného financování zdravotnictví se dále požaduje veřejné proplacení těchto výrobků ve stejném rozsahu a za stejných předpokladů, za jakých je ve členském státě, kde je pacient-kupec pojištěncem.

Obstarávání léčivých přípravků na lékařský předpis v jiném členském státě může být nejvyužívanějším nástrojem a tedy jejím nejviditelnějším pravidlem Směrnice. Nejvíce využívanou hospodářskou svobodou je přece jen volný oběh zboží. Mezistátně se ve velkém obchodují obrovské objemy zboží. Cílená či příležitostná nákupní turistika je běžná.

Vyzvednutí léčivého přípravku na lékařský předpis a jeho zaplacení je záležitost několika minut dokonce včetně nejpečlivějšího představitelného poučení lékárníkem. Míra důvěrnosti je řádově menší než při jakékoli návštěvě lékaře. Většinu léčivých přípravků na lékařský předpis lékárníci vydají též jiné osobě než pacientovi, pokud se platí či nejsou obavy ohledně úhrady. Představitelné není jen příležitostné obstarávání, ale též obstarávání hromadné.

Češi jsou ve zdravotnictví zvyklí platit nejvíce právě v lékárnách. Činí tak nejen v plném rozsahu za léčivé přípravky bez lékařského předpisu, ale také za léčivé přípravky na předpis, jejichž cena je vyšší než cena nejlevnějšího přípravku příslušné terapeutické skupiny.¹¹⁷

Důvod pro vyhledávání léčivého přípravku na lékařský předpis může být též domácí nedostupnost, ať už přechodná, nebo trvalá. Častější však patrně bude jeho nižší cena. Lékárenské ceny stejných léčivých přípravků se ve členských státech dosti odlišují.

Výdej-prodej léčivého přípravku vázaného na lékařský předpis není totéž co proplacení nákladů. Pacient se může rozhodnout možnost proplacení nevyužít. Stejně tak je představitelné, že léčivý přípravek veřejně hrazen není, a tudíž nebude ani proplácen.

Naskytá se přitom otázka, zda a za jakých okolností může lékař ordinující na území některého členského státu předepsat léčivý přípravek, který není registrován jeho členským státem a distribuován na jeho území, pochopitelně pokud jeho nasazení je na základě mezinárodní odborné literatury *lege artis*, přičemž pacient je srozuměn, že si jej obstará za hranicemi.

Právě užívání některých novátorských léčivých přípravků představuje zdravotní péči, na kterou se vynakládají horentní náklady. Každá soustava veřejného financování zdravotní péče a každé zdravotnictví má méně či více etablované a formalizované postupy rozhodování ohledně jejich poskytnutí pacientovi.

Česko zde má propracovaný právní rámec pro určení předpokladů, za kterých se hradí takzvané vysoce inovativní léčivé přípravky (VILP), přičemž ohledně jejich podávání jednotlivým pacientům na základě jejich perspektiv rozhodují zvláště pověřená pracoviště nemocnic na základě běžně složitých a opakujících se vyjednávání s příslušnými veřejnými zdravotními pojišťovnami.¹¹⁸

¹¹⁷ §§ 39b–39c zákona o veřejném zdravotním pojištění a prováděcí Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 376/2011 Sb., v současném znění.

¹¹⁸ § 39d zákona o veřejném zdravotním pojištění a § 40 vyhlášky uvedené výše. Sběr a vyhodnocování údajů týkajících se VILP zabezpečuje Národní referenční centrum, obstarávající některé služby pro veřejné zdravotní pojišťovny a nemocnice, podrobnosti viz dokumenty dostupné z: <http://www.nrc.cz/vilp/index.htm>.

Taková nákladná farmakoterapie se přiděluje podle lecjakých hledisek a někdy dokonce nahodile omezenému počtu pacientů. Jak už bylo zmíněno, neměla by se prohlašovat za nárokovou, neboť pak bude sklon ji vyřadit či odkládat.

Pátrání po zájmu využívat možnosti dané Směrnicí v českém prostředí odhalilo úvahy ohledně možného překonání omezení v rámci českého veřejného financování například nákladné biologické léčby například roztroušené sklerózy. Zaznělo, že tato omezení by bylo možné obejít právě na základě Směrnice podáváním ve spolupracující nemocnici blízko za hranicemi, neboť samo podání je snadné, levné a bezpečné, drahý je samotný přípravek.

3.7. Různé hraniční situace a telemedicína

Ve vazbě na výše uvedené obejít omezení biologické léčby se dokonce připustilo, že podání za hranicemi by se pouze předstíralo. Takové předstírání přeshraničního prvku by mohla nicméně příslušná instituce veřejného financování považovat za důvod odepření proplacení. Jedná se rovněž o bezpochyby postižitelné falšování zdravotnické dokumentace jednoho či druhého poskytovatele. Pokušení si tak počínat však může být pochopitelné. Pro pacienty je to často jediná šance.

Přeshraniční prvek by bylo možné založit také tak, že by domácí poskytovatel zdravotní péče na základě volného pohybu služeb dočasně poskytoval svou službu v jiném členském státě pacientům ze svého domovského státu. Náročnost takového podnikového stěhování je ale značná, takže by pro to musely být pádné důvody, které si lze těžko představit. Zdravotnické zařízení není kancelář nebo dokonce korporace zhmotněná poštovní schránkou, nyní nahraditelná e-mailem. Představitelné je spíše založení dceřiné společnosti pro využívání možností vyplývající ze zakotvení práv pacientů-pojištěnců v přeshraniční zdravotní péči, či úzká spolupráce se zahraničním poskytovatelem, kterému se pošlou pacienti.

Větší prostor pro nejasnosti může nastat při zdravotní péči poskytované obecně doma, když by se některé zákroky provedly za hranicemi. Vyhledanou péči zahraničního poskytovatele pacient dostane proplacenou sazbou za zdravotní výkon. Zbytek v domácí nemocnici se bude hradit výše shrnutými způsoby. Přiměřené by bylo rozpočítání úhrady. Modely pro ně existují ostatně též ve vnitrostátním zdravotnictví.

Moderní informační a komunikační technologie umožňují sledovat pacienta a poskytovat mu péči též na dálku řízením jím používaných zdravotnických prostředků. Snazší jsou též distanční konzultace a vyhodnocování zjištěných dat. Státní hranice zde pochopitelně přestává být překážkou, pokud jde o samotný tok dat a jejich zpracování. Jazyková různost ale zůstává. Zmapování možností a úskalí telemedicíny na pozadí podpory pohybu pacientů Evropské unie si žádá vyhodnocení právních souvislostí telemedicíny obecně.¹¹⁹

¹¹⁹ Podrobněji IONESCU-DIMA, C. Legal Challenges Regarding Telemedicine Services in the European Union. In: *eHealth: Legal, Ethical and Governance Challenges*. Springer, 2013, s. 107–133.

3.8. Řízení ohledně předchozího souhlasu a žádosti o proplacení

Proplácení pojištěnci v jiných členských státech vyhledané zdravotní péče státem či posouzení žádostí ve státech se soustavami veřejného financování zdravotní péče na základě dotování vlastních poskytovatelů (první model) či smluvního obstarávání (druhý a třetí) zakládá nebývalý styk pojištěnce se svou zdravotní pojišťovnou či úřadem veřejného financování.

Tyto totiž dosud hlavně rozdělují peníze poskytovatelům zdravotní péče pomocí smluv s nimi či opatření vůči nim. Vybírají též pojistné či odvody od pojištěnců a zaměstnavatelů, pokud jim je nezprostředkuje daňová správa. Styk s pojištěnci je vzácný. Omezuje se na případy, kdy se rozhoduje o hrazení péče, zejména zvláště nákladné či složité. Jak se již uvedlo. Takové rozhodování se v Česku teprve objevuje, přičemž postrádá zřetelný rámec.

Provedení Směrnice tedy znamenalo zavedení dvou nových druhů řízení, odhlédneme-li od víceméně neznámého a pramálo využívaného proplácení urgentní péče poskytnuté v cizině do výše domácích sazeb.¹²⁰ Prvním je řízení o proplacení (správně náhradě) vyhledané zdravotní péče. Druhým je, nebo spíše by kvůli uvedenému nevyužití možnosti omezení ze strany Česka bylo řízení, v němž by se uděloval či odepřel souhlas jako příslib proplacení.

První a možné druhé řízení mají být správní. Podpůrně se mají použít obecné předpisy. Mají být přezkoumatelné vnitřním rozhodčím orgánem.¹²¹ Následně bude patrně možný přezkum správními soudy, tedy příslušným krajským soudem v řízení o kasační stížnosti Nejvyšším správním soudem. Nárok na financování vůči příslušné veřejné zdravotní pojišťovně se tak konečně jeví být veřejnoprávní též obecně.

Řízení o proplacení (náhradě) přináší některé dosud nezvyklé jevy. Veřejná zdravotní pojišťovna na základě podkladů podané žádosti ověří, jaká péče se poskytla. Podklady vydané cizím poskytovatelem zdravotní péče budou pochopitelně popisovat poskytnutou zdravotní péči způsoby obvyklými ve členském státě poskytnutí. Pak ji vyhodnotí pro účely proplacení. Je otázka, jak moc toto přehodnocení pro domácí účely usnadňuje mezinárodní sblížení klasifikací onemocnění a úrazů a zdravotnických výkonů. Jejich národní podoby se totiž liší. Jazyková odlišnost je přitom podružná.

Nebezpečí podvodů patrně přiměje veřejné zdravotní pojišťovny a další instituce veřejného financování zdravotnictví ke spolupráci při ověřování skutečnosti, jakož také sledování podobného čerpání doma.

3.9. Informování pacientů-pojištěnců a zdravotnické záznamy

Spolutvůrci Směrnice si byli dobře vědomi nepřehlednosti poměrů pro pacienty stejně jako pro poskytovatele a státní úřady. Směrnice tak očekává od členských států a podpůrně též od Evropské unie informování vlastních pacientů-pojištěnců.

¹²⁰ Srovnej § 14 zákona o veřejném zdravotním pojištění před „euronovelou“ č. 60/2014 Sb.

¹²¹ § 53 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění euronovely.

Členské státy zřídily již pro koordinaci přeshraničních úhrad urgentní péče koordinační pracoviště, úřady či agentury. Ty vedle plateb zabezpečují informování jak pojištěnce vlastního státu ohledně urgentní péče v jiných členských státech, tak pojištěnce jiných států na území vlastního státu. Nyní se tak děje již především pomocí internetu. Základní informace bývají dostupné vedle národního jazyka též v angličtině. České Centrum mezistátních úhrad je v tomto dobrým příkladem. Pacienty-pojištěnce z jiných států lze navíc odkázat na informace jejich kontaktních míst.

Není divu, že členské státy tato pracoviště vesměs pověřily rolí kontaktního místa též pro vyhledanou péči a její úhradu.¹²² Tak tomu je správně též v našem případě, byť zprostředkovaně.¹²³ Centrum je bezpochyby nejkompetentnější.¹²⁴ Důvodová zpráva euronovely odhaluje zvažování přípustnosti jeho pověření s ohledem na postavení sdružení veřejných zdravotních pojišťoven, podle mne na úkor jiných problémů.

Poskytovat informace ohledně proplácení by však měly dokázat též instituce veřejného financování zdravotní péče, v Česku tedy veřejné zdravotní pojišťovny. Ty na provedení Směrnice na základní úrovni odpověděly, když na svých internetových stránkách uvádějí tuto možnost a popisují ve vazbě na zákonný rámec vyřizování žádostí o proplácení. Pozoruhodné je sice pravdivé, nicméně odrazující konstatování, že zdravotní péče v jiných členských státech bývá zřetelně dražší a že pojištěnec by tak hodně doplácel.¹²⁵ Hlavní sazby za jednotlivé druhy zdravotní péče, které se cítí povinný platit, však v Česku zpřístupněné veřejnosti přehlednou formou nejsou.

Předpokládá se informování zahraničního zájemce ohledně zdravotní péče a jejího právního rámce poskytovatelem. Na jedné straně se vypočítávají informace, kterých se mu má dostat, na druhé straně se připouští, že informování nemusí jít nad rámec informování tuzemských pacientů-pojištěnců.¹²⁶ Směrnice je optimistická. Pacienti bývají informováni jen dílem. Sami hledají další informace jen někteří. Leckdy lze pochybovat, zda poučení bylo úplné. Urgentní medicína je běžně bez informací. To platí obecně pro ošetřování cizinců, protože možnost domluvy bývá omezená. Ve vztahu (asi nejen) k Česku lze dodat, že stěželi lze poučit cizozemské zájemce či pacienty o české právní úpravě včetně odpovědnostních režimů dobře, je-li nejasná ve své podstatě.

Značné jsou ambice rovněž ohledně zpřístupnění zdravotnické dokumentace. Členské státy mají zabezpečit dálkový přístup k ní.¹²⁷ Propojení se přitom nedaří na vnitrostátní úrovni. Pacienti mají běžně vícerou zdravotnickou dokumentaci u jednotlivých poskytovatelů. Překážkou konsolidace jsou obavy ze zneužití osobních údajů. Urgentní zdravotní péče poskytovaná turistům se vesměs

¹²² Čl. 6 Směrnice.

¹²³ § 14c zákona o veřejném zdravotním pojištění po euronovele hovoří obecně o kontaktním místě, kterým bude ministerstvem pověřený subjekt.

¹²⁴ V této souvislosti chci poděkovat za opakovaná objasňování nejrůznějších zákoutí koordinace a zajímavé diskuse řediteli CMU L. Švecovi.

¹²⁵ Např. tisková zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny ze dne 23. 4. 2014 „*Za léčbou do ciziny nově bez souhlasu pojišťovny? Pozor, ať neproděláte!*“, dostupné z: <<http://www.vzp.cz>>.

¹²⁶ Čl. 4 v případě hostitelského státu a jeho poskytovatelů a čl. 5 v případě státu veřejného zdravotního pojištění včetně jeho příslušných institucí veřejného financování zdravotní péče.

¹²⁷ Čl. 14 odst. 2 písm. b chce založit právo na dálkový přístup k dokumentaci, jak je definována čl. 3 písm. m.

obejde bez dokumentace medicínské historie pacienta. Očekává se, že pacienti podle možností sdělí důležité informace. Plánovaná péče se pochopitelně zakládá na větším prověření. Mezinárodní výměna informací ze zdravotnické dokumentace nicméně naráží na jazykovou různost. Náklady na případné překlady samozřejmě nemůže nést nikdo jiný než pacient.

4. SMĚRNICÍ NEUPRAVOVANÉ ZÁLEŽITOSTI PŘESHraniČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

4.1. Právní úprava zdravotnictví členského státu

Evropská unie sblížila kvalifikační nároky pro lékaře, zdravotní sestry a další zdravotníky. Tím se usnadnila skutečně nemalá mezinárodní profesní migrace. Právo Evropské unie také otevírá prostor pro usazování jednotlivců stejně jako obchodních společností za účelem podnikání včetně zdravotnictví.

Jinak však platí právo místa poskytnutí zdravotní péče. Poskytovatelé zdravotní péče musejí mít licenci.¹²⁸ Členské státy nadále určují požadavky na provádění jednotlivých zákroků, pokud jde o personální a materiální vybavení.

Není pochyb, že Směrnice nezasahuje do práva členských států vymezující zdravotní péči jako takovou. Zakázané či omezované zdravotnické zákroky zůstávají zakázané dál. To se týká zejména citlivých zákroků na začátku a konci života, tedy třeba interrupce, asistovaná reprodukce či eutanazie.

Důležitější pro běžnou zdravotní péči jsou ale pravidla na ochranu pacienta, tedy požadavky na jeho informování a získávání souhlasu, mlčenlivost, pravidla vedení dokumentace, ale také informování blízkých a jejich zapojení do péče a rozhodování o ní. Vždy se uplatní právo státu poskytnutí služby.

Zde nám do hry vstupuje rodinné právo či občanské právo uplatňující vztahy uvnitř rodiny či zvláštní rodinná pravidla zdravotnické legislativy. Toto právo určuje, kdo jedná za osobu nesvéprávnou či nezpůsobilou. Agilní rodič, manžel, potomek či dokonce lékař jednou určitě bude poptávat v jiném členském státě péči pro nemohoucího blízkého a bude ho převážet přes státní hranice.

4.2. Povaha vztahu mezi pacientem a poskytovatelem

Pacientská přeshraniční směrnice se nevyjadřuje ohledně právního rámce, na základě něhož se poskytuje zdravotní péče v příslušném státě.

Předpokládá se, že vztah poskytovatele a pacienta přicestovavšího za péčí, vesměs tedy cizince, se spravuje stejným právem jako vztah, jehož stranou je občan či jiný obyvatel příslušného státu.

¹²⁸ V ČR po rekonfiguraci veřejného zdravotnického práva nyní §§ 15–27 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Státy vesměs pojmají vztah mezi pacientem a poskytovatelem jako smluvní. Například Nizozemsko či Německo zavedly zvláštní smluvní typy.¹²⁹ Neplatí to však všeobecně. Zdravotní péče poskytovaná veřejnými nemocnicemi financovaná veřejnými zdroji se může považovat za veřejnoprávní plnění představující sociální angažmá státu (například ve Velké Británii péče poskytnutá NHS a péče soukromá).

Česko samotné v této záležitosti nemělo donedávna vůbec jasno.¹³⁰ Opatrně se dovozovalo, že zdravotní péče vyžádaná pacientem se poskytuje na základě smlouvy. Debaty se vedly o uplatnění úpravy jednotlivých smluvních typů. Nový občanský zákoník zakotvil zvláštní smluvní typ „péče o zdraví“.¹³¹ Jeho úprava se nicméně prolíná se zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, jehož pravidla vztahu pacienta s poskytovatelem a jeho lékaři a dalšími zdravotnickými pracovníky¹³² lze označit za jak veřejnoprávní, tak za soukromoprávní zároveň.

4.3. Kolizní právo a možnosti volby práva

Uplatnění smluvního rámce otevírá při záměrné přeshraniční zdravotní péči možnost volby práva. Mezinárodní právo soukromé jednotlivých států, respektive je nahradivší rámec Evropské unie určují,¹³³ které právo se použije.

Pro smluvní rámec zdravotní péče by to nejen v těchto kolizních režimech bylo jasné. Pokud by to kolizní pravidla nestanovovala výslovně, použilo by se právo státu působení poskytovatele zdravotní péče, neboť ta je službou.¹³⁴

Otevírá se prostor pro volbu práva.¹³⁵ Lze nicméně pochybovat, že poskytovatelé jej budou navrhopvat či pacienti žádat. Pokud by se tak přesto mělo stát, bude třeba zvažovat, která pravidla práva státu poskytnutí by se měla považovat za kogentní, neboť si to žádá svoboda a důstojnost pacienta a jeho blízkých.¹³⁶

¹²⁹ Nizozemský smluvní typ *geneeskundige behandelingsovereenkomst* na základě novelizace Burgerlijk Wetboek z roku 1995 a německý *Behandlungsvertrag* dle §§ 630a nn. BGB jako zvláštní druh *Dienstvertrag* na základě novely z roku 2013.

¹³⁰ Podrobnou komparativní studii povahy těchto vztahů podává DOLEŽAL, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Leges, 2012.

¹³¹ §§ 2636–2651 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

¹³² §§ 28–44 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

¹³³ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008 o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I). Čl. 2 odst. 1 písm. j Směrnice výslovně uvádí, že tato úprava zůstává nedotčena.

¹³⁴ Čl. 4 odst. 1 písm. c nařízení 593/2008. Problémy by mohly nastat s interpretací výrazu „bydliště“ poskytovatele v případě samostatných praktických lékařů.

¹³⁵ Čl. 3 nařízení 593/2008.

¹³⁶ Přeshraniční zdravotní péči z pohledu mezinárodního práva soukromého zkoumala ŠIMKOVÁ, I. *Právní režim vztahu mezi lékařem a pacientem s mezinárodním prvkem*. Diplomová práce obhájená v roce 2013 na Právnické fakultě Masarykovy univerzity (zdroj uveden výše).

4.4. Odpovědnost za újmu a její pojištění

Rovněž odpovědnost za újmu způsobenou pochybením vůči pacientovi je všeobecně zakotvená soukromým právem. Zde lze jenom uvést, že mezi jednotlivými evropskými a dalšími státy jsou značné rozdíly v jednotlivých aspektech. Různě se stanoví, kdo je odpovědný (poskytovatel, respektive zaměstnaní lékaři či další zdravotníci společně či oddělitelně), za co odpovídá (za zavinění či bez jeho vyvozování, způsoby potvrzování příčinné souvislosti) a zejména jak se nahrazuje újma (výpočet bolestného, újmy za ztížení společenského uplatnění, ušlých výdělků, vícenáklady včetně nápravné zdravotní péče).¹³⁷ Tomu odpovídá úprava pojištění odpovědnosti, které se poskytovatelům vesměs ukládá.

Autoři Směrnice si uvědomovali roli dozoru, jakosti, odpovědnosti a pojištění odpovědnosti pro rozvoj přeshraniční zdravotní péče.¹³⁸ Tím to však skončilo. Sbližování těchto úprav by šlo jistě odůvodňovat evropskou integrací. V případě jiných přeshraničně obchodovaných statků se tak už stalo. Zde ale už Evropská unie a členské státy nenašly sílu a neměly chuť.

ZÁVĚRY

Členské státy již vesměs přijaly zákony a opatření, jež prohlašují za provedení Směrnice. Leccos bude nejen Evropská komise vnímat jako nedostatečné, což už se v současnosti projevuje. Dotažení bude ovšem zdoluhavé, neboť se dotýká organizace a veřejného financování zdravotnictví členských států.

Ani nejpocitivější provedení Směrnic neuvede do pohybu davy pacientů. Onemocnění či úraz jsou náročný životní okamžik. Důvody pro vyhledání péče za hranicemi musejí být pádné. Pokud by ostatně větší pohyb nastal, tak by vyvolal na jedné či druhé straně potíže.

Při srovnání se zásahy Evropské unie v jiných odvětvích lze ocenit vyvažování zájmů. Volný pohyb zdravotní péče a doprovodného zdravotnického materiálu se neprosazuje bezhlavě. Viditelně se připouští „plánovací výjimka“.¹³⁹

Evropská unie postrádá prostředky pro příspěvek ke zdravotnictví členských států, jenž by legitimoval další zásahy. Chybí společenský tlak na poevropštění zdravotní politiky. Politická debata o zdravotnictví probíhá na národní úrovni. Bohatší evropské národy se nebudou dělit a ty chudší to neočekávají.

¹³⁷ Podrobně o soukromoprávní odpovědnosti za pochybení při poskytnutí zdravotní péče v Německu a v dalších evropských státech a pochopitelně též v USA RATAJCZAK, T. – STEGERS, C.-M. *Arzthaftungsrecht – Rechtspraxis und Perspektiven*. Springer, 2006.

¹³⁸ Čl. 4 odst. 1 a 2 Směrnice a mnohé odstavce odůvodnění.

¹³⁹ BLANC, D. La planification des services de santé et le droit de l'Union Européenne. Vers la reconnaissance d'une „exception sanitaire“ ou l'integration de la santé au marché. *Revue trimestrielle de droit européen*. 2013, 2, s. 217 nn.

Někteří doufali a snad nadále doufají, že Směrnice bude působit obecněji. Placení zdravotních zákroků podle transparentních sazeb by mohlo být lákavé pro domácí poskytovatele, na něž dopadají omezení a rostoucí nepřehlednost úhrad v řadě členských států. Otevření výběru poskytovatele v cizině by mohlo posílit volbu doma. Těmto tlakům by nicméně členské státy jistě čelily, neboť hrozí zvyšování nákladů.

Samotná Směrnice stěžejně posílila zájem pacientů o informace o zdravotní péči a její právní rámec. Rostoucí zájem pacientů je obecnější trend. Přehlížet přitom nelze nové zdroje informací, zejména internet.

Skeptický pohled ovšem může odrážet výše vysvětlovanou lhostejnost českých pacientů a zdravotníků. Česko během prvního desetiletí členství přijímalo odtažitě většinu integračních záměrů. Leckde jinde je zájem přece jen větší. Neměl by se ale přeceňovat. Evropská integrace je obecně pozvolný proces.

Článek shrnuje a rozpracovává výsledky podílu autora na výzkumném projektu „Healthcare and Social Policy Regulation in the European Union“, vedeném profesorkou Dorte Sindbjerg Martinsen z Univerzity v Kodani.

Referenční seznam:**Knihy:**

BUSSE, R. a kol. *European Union and Health Services, European Healthcare Management Association*. 2002

DOLEŽAL, T. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Leges, 2012

HARICHAUX, M. – MONROCHE, A. *Droit de la Santé – Dictionnaire commenté, Masson*. 2003

KOŽENÝ, P. – NĚMEC, J. – KÁRNÍKOVÁ, J – LOMENÍK, M. *Klasifikační systém DRG*. Grada, 2010

RATAJCZAK, T. – STEGERS, C.-M. *Arzthaftungsrecht – Rechtspraxis und Perspektiven*. Springer, 2006.

SAN MIGUEL, L. – AUGUSTIN, U. – BUSSE, A. – KNAI, C. – RUBERT, G. – SIHVO, S. – BAETEN, R. A comparison of five Member States' policies and practices. *Health Policy*. 2014

SCHLACHTER, M. – OHLER, C. a kol. *Europäische Dienstleistungsrichtlinie – Handkommentar*. Nomos, 2008

SINDBJERG-MARTINSEN, D. Social security regulation in the EU: the de-territorialization of welfare?. In: BÚRCA, G. D. (ed.). *EU law and the welfare state – in search of solidarity*. Oxford University Press, 2005

TOEBES, B. – HARTLEV, M. – HENDRIKS A. – HERMANN, J. R. (eds.). *Health and Human Rights in Europe*. Intersentia, 2012.

TOMÁŠEK, M. – TÝČ, V. a kol. *Právo Evropské unie*. Leges, 2013.

Články v časopise

BLANC, D. La planification des services de santé et le droit de l'Union Européenne. Vers la reconnaissance d'une „exception sanitaire” ou l'integration de la santé au marché. *Revue trimestrielle de droit européen*. 2013

KŘEPELKA, F. Dopady práva Evropského společenství na sociální zabezpečení a služby poskytované členskými státy. *Právník*. 2006, roč. 145, č. 6

NIVEAU, G. – MATERI J. Psychiatric Commitment: over 50 years of case-law of the European Court for Human Rights. *European Psychiatry* [online]. 2007, 22

SINDBJERG-MARTINSEN, D. – VRANGBAEK, K. The Europeanization of Healthcare Governance: Implementing the Market Imperatives of Europe. *Public Administration*. 2008, č. 1

THRELFAL, M. European Social Integration: Harmonization, Convergence and Single Social Areas.
Journal of European Social Policy. 2003