

zdravotní péče stala těžko nedosažitelnou. Autorka se však domnívá, že pokud členské státy budou garantovat svým občanům určitý standard zdravotní péče, tržní mechanismy na trhu se zdravotními službami by měly za následek celkové zlepšení úrovně poskytovaných služeb v rámci EU.²¹⁸ Ke zdravotnickým službám je tedy třeba přistupovat jako k jiným službám, tedy vytvořit částečně harmonizační právní úpravu a bránit omezování jejich volného pohybu uvnitř Společenství. Zároveň je nezbytná intervence státu v podobě garance určitého standardu péče, aby uplatnění práva na poskytování zdravotní nezačalo být závislé výhradně na schopnosti zaplatit.

Podle názoru autorky je třeba připustit možnost krátkodobého negativního dopadu Směrnice na český zdravotnický systém. Ačkoli Směrnice nezavádí nic nového, lze předpokládat, že po jejím přijetí se zvýší informovanost občanů, kteří tak budou více přeshraniční péče využívat. Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod²¹⁹ a podle § 11 zákona o péči o zdraví lidu mají čeští občané nárok na bezplatnou péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, přičemž není možné si připlatit za nadstandardní péči, protože ta vlastně není. Takový požadavek samozřejmě není dlouhodobě udržitelný. Může nastat situace, kdy by stále více osob, které jsou na čekacích listech, požadovalo povolení s léčbou v zahraničí. Jestliže by čekací listy byly nepřiměřeně dlouhé, pojišťovna by musela povolení udělit. V konečném důsledku by mohlo dojít k paradoxní situaci, kdy by, v důsledku nedostatku peněz na zdravotní péči, kvůli které vznikají čekací listy, musely pojišťovny platit léčbu v zahraničí, která bude často mnohem dražší než léčba v ČR. To by mělo zásadní dopad na plánování českého zdravotnictví. Taková situace by však zároveň mohla být spouštěcím mechanismem pro zásadní reformu zdravotnictví v ČR včetně nastavení garantovaného standardu a možnosti připlacení za péči nadstandardní.

10. Závěr

Sále častěji jsme svědky pohybu pacientů z jednoho členského státu EU do

218 Jak kvalitou, tak také cenou.

219 Čl. 31 Listiny základních práv: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“

druhého. Z mobility pacientů se tak stává nepřehlédnutelný fenomén. Z dnes již ustálené judikatury Evropského soudního dvora vyplývá, že ani zvláštní povaha zdravotnických služeb, jejich organizace a financování, nemohou být důvodem pro jejich vyloučení z působnosti Smlouvy o založení ES. Ačkoli je systém zdravotnictví a přístup ke zdravotní péči stále záležitostí hlavně členských států, konstantní judikatura ESD ukazuje, že není udržitelné, aby zdravotnická péče byla řešena pouze na národní úrovni, jelikož zdravotnické služby nejsou poskytovány výhradně v rámci členského státu bez jakéhokoli vlivu Evropského společenství. Nelze se tedy vyhnout ani aplikaci principů *acquis communautaire*, především principu volného pohybu služeb, který je jednou z klíčových zásad EU. Přesto je stále v judikatuře ESD zřejmé jakési napětí mezi velice omezenou kompetencí Společenství v oblasti zdravotnictví dle čl. 152 SES a zároveň povinností států umožňovat přeshraniční zdravotní péči na základě čl. 49 SES. Lze však shrnout, že mobilitu pacientů již není možno a uspokojivě zabezpečit a regulovat bez zásahu Společenství.

Plánovaná mobilita pacientů zahrnuje situace, kdy pacient, pojištěný v jednom členském státě EU, vycestuje do jiného členského státu za účelem podstoupení zdravotní péče. Následné hrazení nákladů je částečně upraveno v čl. 22 Nařízení č. 1408/71, které podmiňuje úhradu nákladů předchozím souhlasem pojišťovny. Pravidla plánované mobility pacientů a následného hrazení nákladů vynaložených na léčbu v zahraničí však byla výrazně modifikována dlouholetou judikaturou ESD. Rozhodovací činnost Soudu tak lze rozdělit do tří stádií: ESD nejprve označil zdravotnické služby za služby ve smyslu Smlouvy o založení ES, v druhé vlně určil, za jakých okolností může zdravotní pojišťovna odmítnout udělení souhlasu s léčbou v zahraničí a nakonec došlo k rozdělení péče na nemocniční a mimonemocniční. S ohledem na judikaturu týkající se volného pohybu služeb v kontextu mobility pacientů představuje systém předchozího povolení k podstoupení přeshraniční zdravotní péče překážku volného pohybu služeb na trhu, která je v rozporu s čl. 49 SES. Ta však může být ospravedlnitelná v případech nemocniční péče z důvodu zajištění finanční stability a potřeby států plánovat systém zdravotnictví. Čl. 49 SES tedy brání tomu, aby náhrada nákladů na přeshraniční péči byla podmíněna získáním povolení v případě péče mimonemocniční, jelikož nehrozí vážné nebezpečí narušení stability systému

zdravotnictví a sociálního zabezpečení. ESD tedy rozhodl, že osoba, která má nárok na jakoukoli mimonemocniční péči ve svém vlastním členském státě, může tuto péči vyhledat v kterémkoli jiném členském státě bez předchozího schválení a má nárok na refundaci vynaložených nákladů do výše ceny, kolik by její pojišťovna zaplatila za obdobnou léčbu ve státě pojištění. Naopak, v případě nemocniční péče může pacient, který má nárok na nemocniční péči ve státě, ve kterém je pojištěn, takovou péči vyhledat v jiném členském státě za předpokladu, že získá souhlas své zdravotní pojišťovny. Tento souhlas však nesmí být odmítnut, jestliže nemůže být pacientovi poskytnuta péče v lékařsky přijatelné lhůtě s ohledem na jeho aktuální stav. Pojišťovna tak uhradí náklady ve výši, kolik stála schválená léčba v zahraničí nebo ve výši, kolik by obdobná léčba stála ve státě pacientova pojištění a to v závislosti na tom, která varianta je pro pacienta příznivější.

Jelikož se na zdravotnické služby uplatňuje princip svobody pohybu služeb, měly by být poskytovány bez neospravedlnitelných omezení. Úplné odstranění bariér je však velice nepravděpodobné z toho důvodu, že každý stát má jiný systém financování ze zdravotního pojištění. Přeshraniční pohyb pacientů nemá vliv pouze na zdravotní a sociální systém, ale zároveň vytváří potenciál zvyšování kvality poskytovaných služeb v důsledku možné soutěže mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Lze proto očekávat, že se v budoucnu vyskytnou právní otázky z oblasti soutěžního práva. Nelze však aplikovat výlučně tržní mechanismy a princip *laissez-faire*, což by mohlo mít za následek negativní hospodářský, sociální a zdravotní dopad přeshraniční zdravotní péče na občany a celkově na národní zdravotnické systémy a systémy sociálního zabezpečení.

Judikatura Evropského soudního dvora, která rozvedla právo na rychlou a účinnou zdravotní péči, je v současné době bohužel jedinou „harmonizací“ pravidel pro cestování pacientů za účelem obdržení zdravotní péče. Pacienti tak mají v EU alternativu, jelikož jejich práva na přeshraniční zdravotní péči v EU byla konkrétním způsobem posílena. Již nemusí dlouho čekat na určitý zákrok a mohou využít léčby v jiném členském státě. Přestože v rámci rozhodovací činnosti ESD došlo k ustálení mnoha principů, stále přetrvává právní nejistota a pacienti jsou často nuceni podat

žalobu a vyčkat rozhodnutí soudu, aby se domohli zaplacení zdravotní péče, která jim byla v zahraničí poskytnuta. Autorka se domnívá, že právní úprava přeshraniční zdravotní péče je natolik složitá a důležitá problematika, že by měla být upravena právními předpisy v rámci legislativního procesu, nikoli judikaturou Soudu v rámci procedury odpovídání na předběžné otázky podle čl. 234 SES. Tvorba práva touto cestou je proto velice nevhodná, jelikož úloha soudu v demokratické společnosti je jiná než legislativní. Jelikož nelze dosáhnout účinného řešení a koherentní právní úpravy výhradně na vnitrostátní úrovni, bylo nezbytné, aby byl vytvořen právní akt upravující tuto problematiku. Dosud totiž Společenství zvažovalo kroky příliš pomalu a tudíž stále zaostávalo za aktuálním vývojem situace, kterou tak „řídili“ občané sami v soudních síních. Je nesporné, že Evropská unie musí zajistit, aby její občané mohli využívat práv, která jim jsou dána. EU nutně potřebuje efektivní společnou strategii v oblasti zdravotní péče, která usnadní pohyb pacientů, pomůže nastavit evropský standard lékařské péče, ale především posílí právní jistotu osob, které se rozhodnou využívat možnosti mobility, kterou přináší evropská integrace.

V roce 2008 předložila Komise dlouho očekávaný a několikrát odkládaný návrh Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Tento návrh v podstatě pouze kodifikuje ustálenou judikaturu Evropského soudního dvora upravující nároky na úhradu nákladů na zdravotní péči v jiném členském státě. Návrh Směrnice stanoví obecný rámec volného pohybu zdravotnických služeb, ale v souladu s čl. 152 odst. 5 SES ponechává odpovědnost za organizaci zdravotnických systémů na samotných členských státech. Směrnice výslovně stanoví, že se plně uznává odpovědnost členských států za určení rozsahu zdravotního pojištění dostupného jejich občanům. Návrh tedy nemá za cíl sjednotit způsob financování, poskytování dávek ani plánování národních zdravotnických systémů. Pokud v jednom členském státě není nárok na hrazení nákladů určité léčby, nevznikne pacientovy nárok na její uhrazení, pokud ji podstoupí v jiném státě. Částečný průlom do současného stavu přináší Směrnice zavedením tzv. alternativních mechanismů pro převzetí nákladů na přeshraniční zdravotní péči, které jsou založeny na zásadách volného pohybu na jednotném trhu Evropského společenství. Členské státy tedy budou mít možnost se rozhodnout, zda budou požadovat souhlas pojišťovny s nemocniční léčbou v zahraničí či nikoli.

Nezavede-li stát požadavek souhlasu s nemocniční péčí v zahraničí, dojde k setření rozdílů mezi péčí nemocniční a mimonemocniční, jelikož pacienti budou moci vycestovat pouze na základě ustanovení Směrnice, přičemž náklady jim budou uhrazeny pouze do výše ceny, kolik by stála podstoupená péče ve státě jejich pojištění. Systém možnosti požádat o souhlas pojišťovny dle čl. 22 Nařízení však nadále zůstane, ale nebude podmínkou. Systém Nařízení a Směrnice tedy budou existovat paralelně vedle sebe.

Směrnice dále obsahuje definici nemocniční péče. Bude-li Směrnice přijata, dojde k posílení právní jistoty pacientů týkající se režimů nemocniční a mimonemocniční péče. Bude tak možné lépe předcházet velkému finančnímu riziku v případě, kdy pacient vycestoval bez povolení v domnění, že se jedná o mimonemocniční péči. Jiné výrazné změny však nenastanou, protože návrh Směrnice v podstatě pouze kodifikuje rozsudky ESD, které jsou stejně závazné již v současnosti. Jako krok správným směrem však autorka hodnotí fakt, že právní regulace bude obsažena v aktu, který prošel řádným legislativním procesem, nikoli pouze v rozsudcích Evropského soudního dvora.

V případě České republiky se, dle názoru autorky, není třeba obávat ohrožení zdravotnictví v důsledku mobility pacientů. ČR bezesporu patří k levnějším zemím s vysokou kvalitou zdravotnických služeb. Dá se naopak předpokládat, že sem bude přicházet stále větší počet cizinců za účelem podstoupení zdravotní péče, za kterou bude zapláceno cizí zdravotní pojišťovnou. To by bezesporu byl velice kladný ekonomický přínos volného pohybu pacientů pro naše zdravotnictví. Lze jen doufat, že tento legislativní návrh Komise ES povede k otevření Pandořiny skříňky a problém volného pohybu zdravotnických služeb a vzrůstající nekoordinované mobility pacientů v rámci Evropské unie pomůže vyřešit.