

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Právnická fakulta

Katedra trestního práva

Mobilita pacientů v Evropské unii

Diplomová práce

Daniela Ratajová

Vedoucí diplomové práce:

Prof. JUDr. DAGMAR CÍSAŘOVÁ, DrSc.

Praha, listopad 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem v ní vyznačila všechny prameny, z nichž jsem čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým.

V Praze 30.11. 2009

Daniela Ratajová

Poděkování

Děkuji paní prof. JUDr. Dagmar Císařové, DrSc., vedoucí mé diplomové práce, za cenné připomínky a účinnou pomoc při zpracování. Zároveň děkuji za poskytnuté rady a praktické zkušenosti prof. dr. Koenu Lenaertsovi, paní Kathleen Gutman, panu Timu Corthautovi a zaměstnancům Centra mezistátních úhrad. Dále děkuji nadaci Sasakawa Young Leaders Fellowship Fund za poskytnutí stipendia. Zejména děkuji svým rodičům a bratrům za nekonečnou všestrannou podporu během mého studia.

1. ÚVOD	3
2. ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SOUČÁST VNITŘNÍHO TRHU ANEB (NE)DOSTATEČNÁ KOMPETENCE ES	4
3. VÝVOJ PRÁVNÍ (NE)ÚPRAVY MOBILITY PACIENTŮ V EU	8
3.1. NAŘÍZENÍ Č. 1408/71	8
3.2. JUDIKATURA ESD.....	8
3.3. ČINNOST KOMISE ES A EVROPSKÉHO PARLAMENTU	9
4. NAŘÍZENÍ Č. 1408/71	11
5. NEPLÁNOVANÁ MOBILITA PACIENTŮ	13
6. PLÁNOVANÁ MOBILITA PACIENTŮ: VÝVOJ JUDIKATURY ESD	15
6.1. SOUHLAS POJIŠŤOVNY VERSUS VOLNÝ POHYB SLUŽEB	15
6.1.1. <i>C-158/96 Kohll a C-120/95 Decker</i>	15
6.1.2. <i>C-368/98 Vanbraekel</i>	17
6.2. NEMOCNIČNÍ A MIMONEMOCNIČNÍ PÉČE	18
6.2.1. <i>C-157/99 Geraets-Smiths a Peerbooms</i>	19
6.2.2. <i>C-385/99 Müller-Fauré a van Riet</i>	21
6.2.3. <i>C-145/03 Keller</i>	23
6.2.4. <i>C-372/04 Watts</i>	23
6.2.5. <i>C-8/02 Leichtle</i>	26
6.2.6. <i>C-444/05 Stamatelaki</i>	27
6.3. SHRUTÍ: VÝŠE ÚHRADY NÁKLADŮ VYPLÝVAJÍCÍ Z PRÁVA ES	28
6.4. ZPŮSOB ÚHRADY NÁKLADŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI V JINÉM ČLENSKÉM STÁTĚ.....	29
6.4.1. <i>Centrum mezistátních úhrad</i>	29
6.4.2. <i>Úhrada nákladů v případě neplánované mobility pacienta</i>	29
6.4.3. <i>Úhrada nákladů v případě plánované mobility pacienta: se souhlasem zdravotní pojišťovny</i>	30
6.4.4. <i>Úhrada nákladů v případě plánované mobility pacienta: bez souhlasu zdravotní pojišťovny</i>	30
7. ODPOVĚDNOST ZA POSKYTOVÁNÍ PŘESHRANIČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE 31	
7.1. NEDBALOST ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ	31

7.2. NEOČEKÁVANÉ KOMPLIKACE	32
8. SMĚRNICE O UPLATŇOVÁNÍ PRÁV PACIENTŮ V PŘESHraniČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI.....	33
8.1. OBLAST PŮSOBNOSTI SMĚRNICE	35
8.2. PRÁVNÍ ZÁKLAD SMĚRNICE	36
8.3. SOULAD S PRINCIPEM SUBSIDIARITY A PROPORCIONALITY	37
8.4. SPOLEČNÉ ZÁSADY VE VŠECH ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMECH EU	38
8.5. PRÁVNÍ RÁMEC PRO PŘESHraniČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČI	39
8.5.1. <i>Obecná úprava</i>	39
8.5.2. <i>Nemocniční péče a mimonemocniční péče</i>	39
8.5.3. <i>Vztah směrnice s nařízením č. 1409/71 – pravidla pro úhradu nákladů</i> 40	
8.5.4. <i>Stejně zacházení aneb kdo má přednost na čekacím listě</i>	44
8.6. INFORMOVANOST PACIENTŮ	46
8.7. SPOLUPRÁCE V OBLASTI PŘESHraniČNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	47
8.7.1. <i>Evropské referenční síť</i>	47
8.7.2. <i>Uznávání předpisů vydaných v jiném členském státě</i>	48
8.7.3. <i>Elektronické zdravotnictví: e-health</i>	48
9. ÚVAHY DE LEGE FERENDA	49
10. ZÁVĚR	51

1. Úvod

Evropské společenství je založeno na principu zákazu diskriminace, rovnosti, právní jistoty a dalších principech, které jsou společné demokratickým zemím.¹ Jedním z hlavních cílů EU je efektivní a dosažitelná mobilita občanů a co nejlepší využívání evropské integrace, jejímž výsledkem je *inter alia* společný trh. Pro dosažení tohoto cíle je nutné učinit potřebné kroky k tomu, aby byl volný pohyb osob za účelem ekonomické aktivity, vzdělávání či zdravotní péče bez zbytečných překážek a dostupný pro všechny občany Evropské unie. Zdravotnické systémy v členských státech EU jsou více či méně založeny na principu solidarity,² přesto však v současné době čelí mnoha výzvám, jako je zejména stárnoucí populace, stále větší pokrok ve zdravotnictví a s tím související zvyšování nákladů na poskytování péče. Přeshraniční zdravotní péče v rámci Evropské unie je další významným fenoménem, který působí na národní systémy zdravotnictví, zejména na jejich financování.

Cílem této diplomové práce je představit problematiku mobility pacientů v rámci Evropské unie a její (ne)existující právní úpravu. Díky specifické povaze zdravotnických služeb není dosud účinný žádný legislativní akt harmonizující podmínky pro podstoupení či poskytnutí zdravotní péče v jiném členském státě. V červenci roku 2008 však byl Evropskému parlamentu předložen návrh nové směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, který je v současné době stále projednáván. Bude-li návrh této směrnice schválen, přispěje k vyřešení problémů a právní nejistoty občanů EU v oblasti přeshraniční zdravotní péče. I přes absenci legislativního aktu však existuje poměrně bohatá judikatura Evropského soudního dvora upravující podmínky mobility pacientů. Autorka této práce stručně pojedná o vývoji a typech mobility pacientů, zanalyzuje klíčové rozsudky a principy z nich vyplývající, včetně způsobů úhrady nákladů za přeshraniční zdravotní péči, nastíní hlavní ustanovení návrhu nové směrnice a na závěr zmíní úvahy *de lege ferenda*. Tato diplomová práce

1 Smlouva o Evropské Unii, čl. 6, Smlouva o Evropské Unii ve znění Lisabonské smlouvy, čl. 2.

2 Srov. SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU* (September 2008). TILEC Discussion Paper No. 2008-034, s. 4, (dostupné na SSRN: <http://ssrn.com>).

byla dokončena s ohledem na právní stav ke dni 30. listopadu 2009.

Mobilita pacientů v rámci Evropské unie může být plánovaná či neplánovaná.³ Plánovaná mobilita představuje situaci, kdy občan EU vycestuje do jiného členského státu za účelem podstoupení zdravotní péče. V případě, že je pacientovi poskytnuto neodkladné ošetření během jeho dočasného pobytu v jiném členském státě, jedná se mobilitu neplánovanou. Vzhledem k problematičnosti plánované mobility je tato diplomová práce zaměřena především na tento typ mobility pacientů.

2. Zdravotnictví jako součást vnitřního trhu aneb (ne)dostatečná kompetence ES

Podle čl. 14 odst. 2 Smlouvy o založení Evropského společenství (dále „SES“) vnitřní trh Evropského společenství (dále „Společenství“ nebo „ES“) „zahrnuje prostor bez vnitřních hranic, v němž je zajištěn volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu.“ Tyto čtyři svobody představují základní pilíře vnitřního trhu. Harmonizace práva členských států je nezbytnou podmínkou pro úspěšnou evropskou integraci a koherentní právní systém upravující tento trh. Přesto však byly některé oblasti, jako školství (čl. 149 SES), kultura (čl. 151 SES), ale také ochrana lidského zdraví (čl. 152 SES⁴), vyloučeny z výlučné pravomoci ES a zůstaly tak tzv. „neodevzdanými“ pravomocemi.⁵ Evropské společenství tak má v těchto oblastech pravomoc pouze doplňkovou.⁶

Římská smlouva z roku 1957 vůbec neupravovala společný evropský systém zdravotnictví. Až na základě Maastrichtské smlouvy z roku 1992 získalo Společenství jistou pravomoc při ochraně lidského zdraví.⁷ Pravomoci v oblasti zdravotnictví byly dále rozšířeny Amsterodamskou smlouvou (1997), kterou bylo Společenství uloženo, aby podněcovalo spolupráci mezi členskými státy. Podle čl. 152 odst. 1 SES je při všech

3 Návrh směrnice 2008/0142 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči nepovažuje za mobilitu pacientů mobilitu neplánovanou, ale pouze plánovanou, preambule, odst. 10.

4 Pro úplné znění čl. 152 SES viz přílohu č. 7.

5 TOMÁŠEK, M.: Osnova vstupů evropského práva do oblasti zdravotnictví, Právník, č. 2, 2006, s. 168.

6 K nejasné hranici pravomocí ES v oblasti zdravotnictví viz CYGAN, A.: *Public Healthcare in the European Union: Still a service of general interest?*, International and comparative law quarterly, č. 57, část 3, 2008, s. 535.

7 Čl. 152 (bývalý čl. 129) SES.

činnostech a provádění politik Evropského společenství zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví. Společenství však musí plně uznávat odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče, přičemž je výslovně vyloučena harmonizace vnitrostátních právních předpisů této oblasti.⁸ Toto ustanovení výslovně vyjadřuje omezení kompetence Společenství principem subsidiarity.⁹ Státům je tak zachována pravomoc v oblasti zdravotnictví, přesto musí při jejím výkonu dbát souladu vnitrostátní úpravy s *acquis communautaire*.¹⁰ Činnost Společenství má pouze doplňovat politiku členských států a má být zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví. Právo na přístup ke zdravotní péči je rovněž zakotveno v čl. 35 Listiny základních práv Evropské unie,¹¹ která se, vstupem Lisabonské smlouvy v účinnost dne 1. prosince 2009, stala integrální součástí právního řádu EU.¹²

Klíčovou roli při určování kompetence Společenství v oblasti mobility pacientů sehrál Evropský soudní dvůr (dále „ESD“ nebo „Soud“), který začal na přeshraniční poskytování zdravotnických služeb aplikovat obecná pravidla pro vnitřní trh. V roce 1998 vydal Soud první průlomové rozsudky¹³ rozšiřující práva občanů EU při vyhledávání zdravotní péče v jiném členském státě, ve kterých označil zdravotnické

8 Čl. 152 odst. 4: „Rada přispívá [...] k dosažení cílů uvedených v tomto článku přijímáním následujících opatření: [...] c) stimulačních opatření, která mají za cíl ochranu a zlepšení lidského zdraví, s vyloučením harmonizace právních a správních předpisů členských států“, srov. GEVERS, S.: *Health Law in Europe: From the Present to the Future*, European Journal of Health Law, č. 15, 2008, s. 266.

9 HERVEY, T., MCHALE, J.: *Health law and the European Union*, Cambridge 2004, Cambridge University Press, s. 80, princip subsidiarity je upraven v čl. 5 SES: „V oblastech, které nespádají do jeho výlučné pravomoci, vyvíjí [...] Společenství činnost pouze tehdy a do té míry, pokud sledovaných cílů nemůže být dosaženo uspokojivě na úrovni členských států [...]“.

10 C-372/04 *Watts* [2006] ECR I-4325, odst. 92 a 146, C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms* [2001] ECR I-5473, odst. 44-46.

11 Čl. 35 Listiny základních práv Evropské unie: „Každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi. Při vymezení a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.“ Vstupem Lisabonské smlouvy v účinnost, dne 1. prosince 2009, se Listina základních práv Evropské unie stala integrální součástí právního řádu Evropské unie. Na základě podpisu výjimky pro Českou republiku by se však neměla vztahovat na občany ČR. Vzhledem k politické povaze této výjimky však není v současné době vymahatelnost Listiny v ČR vyloučena.

12 Ačkoli před vstupem Lisabonské smlouvy v účinnost nebyl tento dokument právně závazný, byl používán Evropským soudním dvorem jako opora při interpretaci evropského práva, jelikož odráží určitý hodnotový základ EU.: T-377/00 *Philip Morris International* [2003] ECR II-1, odst. 122.

13 Spojené věci C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931, C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831.

služby za služby ve smyslu čl. 50 SES.¹⁴ Tímto se zdravotnické služby staly neodlučitelně spjatými s principy volného pohybu služeb na vnitřním trhu.

Podle čl. 50 SES se za služby „*pokládají výkony poskytované zpravidla za úplatu, pokud nejsou upraveny ustanoveními o volném pohybu zboží, kapitálu a osob.*“ Charakteristickým znakem je tedy úplata. Podle ESD jsou však zdravotnické služby službami ve smyslu tohoto článku bez ohledu na to, že někdy příjemce služeb neplatí poskytovateli přímo, ale platí za něj pojišťovna ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění.¹⁵ Podle judikatury ESD je „*nutno připustit, že není možné, aby se na zdravotní výkon poskytnutý v členském státě a pacientem uhrazený přestala vztahovat ustanovení o volném pohybu služeb zaručeném Smlouvou jen proto, že náhrada výdajů za péči je požadována na základě vnitrostátních předpisů o zdravotním pojištění [...]*“.¹⁶ Na zdravotnické služby je tedy nutné aplikovat principy volného pohybu služeb na vnitřním trhu. Na základě čl. 49 SES¹⁷ jsou tak státy povinny bránit jakýmkoli omezením volného pohybu služeb uvnitř Společenství. Omezení jsou přípustná pouze ve výjimečných případech, pokud jsou oprávněná, dopředu známá, nediskriminační a pouze v nezbytné míře.

Členské státy před Soudem často argumentovaly především tím, že právo Společenství nelze aplikovat na výhradně vnitrostátní záležitosti, čímž systém zdravotnictví a sociálního zabezpečení zcela jistě je. Další argumenty se týkaly především nedostatku pravomoci Společenství harmonizovat právní úpravy týkající se

14 286/82 a 26/83 *Luisi a Carbone* [1984] ECR 377, odst. 16, C-158/96 *Kohll*, odst. 20 a 46, čl. 50 SES: „*Za služby se podle této smlouvy pokládají výkony poskytované zpravidla za úplatu, pokud nejsou upraveny ustanoveními o volném pohybu zboží, kapitálu a osob. Služby zahrnují zejména: a) činnosti průmyslové povahy; b) činnosti obchodní povahy; c) řemeslné činnosti; d) činnosti v oblasti svobodných povolání. Aniž jsou dotčena ustanovení kapitoly týkající se práva usazování, může poskytovatel služby za účelem jejího poskytnutí dočasně provozovat svou činnost ve státě, kde je služba poskytována, za stejných podmínek, jaké tento stát ukládá svým vlastním státním příslušníkům.*“

15 C-385/99 *Müller-Fauré* [2003] ECR I-4509, odst. 10.

16 *Ibid*, odst. 103, C-157/99 *Geraets-Smits a Peerbooms*, odst. 55.

17 „*Podle následujících ustanovení jsou zakázána omezení volného pohybu služeb uvnitř Společenství pro státní příslušníky členských států, kteří podnikají v jiném státě Společenství, než se nachází příjemce služeb. Rada může na návrh Komise rozhodnutím přijatým kvalifikovanou většinou rozšířit použitelnost této kapitoly též na poskytovatele služeb, kteří jsou státními příslušníky třetích zemí a kteří jsou usazeni ve Společenství.*“

zdravotní péče. Evropský soudní dvůr však judikoval, že čl. 152 odst. 5 SES¹⁸ nevylučuje, aby členské státy byly podle jiných ustanovení Smlouvy o založení ES, jako např. čl. 49 SES, povinny přizpůsobit své vnitrostátní systémy sociálního zabezpečení, aniž by to bylo možné považovat za zásah do jejich svrchované pravomoci v této oblasti. Tím Soud upřesnil výklad čl. 152 SES a potvrdil skutečnost, že oblast zdravotnictví není vyloučena z kompetence Společenství. Ačkoli jsou argumenty států pravdivé a přesvědčivé, autorka se domnívá, že tento právní vývoj je naprosto logickým a nevyhnutelným důsledkem stále intenzivnější evropské integrace a podpory trhu bez vnitřních hranic. Pravdou ale je, že současná pravidla pro mobilitu pacientů jsou téměř výhradně „*judge-made law*“, o jejichž legitimitě v této oblasti by bylo možné diskutovat.

Dle čl. 152 SES tedy právní úprava organizace a poskytování zdravotní péče náleží do pravomoci členských států a nelze ji plně harmonizovat na úrovni Společenství.¹⁹ Stanovení podmínek a povinností souvisejících s pojištěním a určení nároků vyplývajících pro pojištěnce tedy zůstává v kompetenci členských států,²⁰ které však musí zároveň plnit také povinnosti vyplývající z komunitárního práva ohledně svobody poskytování a přijímání služeb v EU. Přestože ustanovení čl. 152 SES samo o sobě velice limituje kompetence Společenství, nelze jej nadále číst izolovaně, ale je nutné jej vykládat a aplikovat v souvislosti s judikaturou ESD, ze které jasně vyplývá, že určitá kompetence Společenství dána je. Ačkoli tedy ustanovení SES týkající se volného pohybu primárně nezahrnovala zdravotní péči, na základě judikatury ESD je zřejmé, že sem patří. Vzhledem k tomu, že nelze dosáhnout koherentní úpravy přeshraničního poskytování zdravotnických služeb pouze na úrovni členských států, Společenství může, v souladu s principem subsidiarity, vytvářet právní rámec pro přeshraniční zdravotnickou péči.

18Čl. 152 odst. 5 SES: „*Při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví je plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče.[...]*“.

19 238/82 *Duphar BV et al.* [1984] ECR 523, odst. 16; spojené případy C-159/91 a C-160/91 *Christian Poucet* [1993] I-637, odst. 6.

20 C-158/96 *Kohll*, odst. 18.

3. Vývoj právní (ne)úpravy mobility pacientů v EU

3.1. Nařízení č. 1408/71

Prvním právním předpisem, který do určité míry upravuje poskytování zdravotní péče v jiném členské státě EU, než je stát, ve kterém je pacient pojištěn, a úhradu nákladů takto vynaložených, je nařízení Rady č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství (dále jen „Nařízení“),²¹ které bylo přijato v červnu v roce 1971. Toto nařízení nemá harmonizační charakter, ale pouze koordinuje systém sociálního zabezpečení mezi členskými státy.²² Ty tak nemusí nahrazovat svou vnitrostátní právní úpravu za jednotnou evropskou za předpokladu, že dodrží základní principy rovného zacházení a zákazu diskriminace. Nařízení bude nahrazeno nařízením č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení,²³ jakmile vstoupí v účinnost jeho prováděcí nařízení.²⁴ Co se mobility pacientů týče, nové nařízení přinese částečné zpřesnění vágních pojmů, ale více plánovanou mobilitu v zásadě neovlivní. O klíčovém ustanovení nařízení 1408/71 bude podrobněji pojednáno v další části této práce.

3.2. Judikatura ESD

Jedinou „harmonizací“ na úrovni Společenství je judikatura Evropského soudního dvora. Vzhledem k tomu, že jeho rozsudky jsou součástí pramenů *acquis communautaire*,²⁵ stala se závazná pravidla vytvořená v rámci rozhodovací činnosti Soudu nedílnou součástí nejen politiky Komise ES, ale také všech členských států. Již bylo výše zmíněno, že klíčovou roli začal hrát ESD v roli v roce 1998, kdy byly vydány

21 Úřední věstník L 149 , 05/07/1971, s. 0002-0050, ve znění pozdějších předpisů, k provedení Nařízení bylo přijato Nařízení č. 574/72.

22 SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU* (September 2008). TILEC Discussion Paper No. 2008-034, s. 8.

23 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, Úř. věst. L 166, 30.4.2004, s. 1-123. Očekává se, že vstoupí v platnost v roce 2009.

24 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, Úř. věst. L 166, 30.4.2004, s. 1-123, prováděcí nařízení bylo přijato 24. srpna 2009 a nabytí jeho účinnosti se očekává 1. května 2010, www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=516&langId=en.

25 LENAERTS, K., VAN NUFFEL, P.: *Constitutional law of the European Union, 2nd Edition*, Sweet & Maxwell, 2005, s. 793.

první rozsudky určující práva občanů EU při vyhledávání zdravotní péče v jiném členském státě. ESD totiž označil zdravotnické služby za služby ve smyslu čl. 49 a čl. 50 Smlouvy o založení ES, s odůvodněním, že ani zvláštní povaha těchto služeb je nevylučující z působnosti Smlouvy o založení ES.²⁶ Navíc, ve věci *Luisi a Carbone*²⁷ Soud stanovil, že čl. 49 SES se nevztahuje pouze na poskytovatele přeshraničních služeb, ale také na jejich příjemce,²⁸ proto je možné jej aplikovat na právo pacientů vycestovat do zahraničí za účelem podstoupení zdravotnické péče. Následná judikatura ESD posílila práva pacientů na volný pohyb v rámci EU a zároveň určila směr, kterým se evropská zdravotnická politika ubírá.²⁹

3.3. Činnost Komise ES a Evropského parlamentu

V roce 2004 podala Komise návrh tzv. Bolkensteinovy směrnice o poskytování služeb v rámci vnitřního trhu,³⁰ který *inter alia* zahrnoval kodifikaci rozhodnutí ESD týkající se uplatňování zásad volného pohybu na zdravotnické služby. Jednalo se zejména o pravidla hrazení zdravotní péče obdržené v zahraničí a rozdělení péče na nemocniční a mimonemocniční. Služby zdravotníků byly ovšem ze směrnice 2006/123/ES o službách na vnitřním trhu³¹ vyňaty na jaře 2006 navzdory tomu, že řada rozhodnutí Evropského soudního dvora ukazuje, že by tyto služby měly být považovány za ekonomickou činnost a komunitární právo by se tudíž mělo vztahovat i na ně.³² Vynětí zdravotnických služeb z této směrnice jen dokazuje velice politicky delikátní povahu těchto služeb.

V červnu 2006 se sešla Rada pro zdraví, na které ministři zdravotnictví schválili „Prohlášení o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech EU“,³³ v

26 C-158/96 *Kohll* a C-120/95 *Decker*, odst. 29.

27 286/82 a 26/83 *Luisi a Carbone*, tuto doktrínu ESD dále potvrdil např. ve věci C-159/90 *Society for the protection of unborn children Ireland Ltd v Stephen Grogan* [1991] ECR I-4685, odst. 18.

28 286/82 a 26/83 *Luisi a Carbone*.

29 SIEVEKING, K.: *ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU*, European Journal of Migration and Law, č. 9, 2007, s. 45.

30 KOM (2004) 2, 13.1.2004.

31 Směrnice EP a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006, Úř.věst. L376, 27.12.2006, s.36.

32 Srov. SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU* (September 2008), TILEC Discussion Paper No. 2008-034, s. 33.

33 10173/06 SAN 168 SOC MI 132.

němž zdůraznili význam „ochrany hodnot a zásad, na nichž spočívají zdravotní systémy v EU“ a vyzvali Společenství k akci.³⁴ V září 2006 zahájila Komise veřejné konzultace týkající se postupu Společenství v oblasti zdravotnických služeb,³⁵ a následně iniciovala Strategii pro rok 2007, jejímž cílem je vytvořit rámec pro kvalitní, bezpečné a efektivní poskytování přeshraniční zdravotní péče posílením spolupráce mezi členskými státy a zajištěním jistoty při uplatňování práva Společenství v oblasti zdravotnictví.³⁶

Na jaře 2007 přijal Evropský parlament rezoluci o činnosti Společenství v oblasti přeshraniční zdravotní péče vyzývající Komisi, aby urychleně přijala vhodná opatření k zajištění právní jistoty občanů EU v oblasti mobility pacientů. Parlament především poukázal na nutnou potřebu stanovení jasných pravidel pro hrazení přeshraniční lékařské péče³⁷ a následně v červenci 2007 schválil akční program EU o veřejném zdraví na období 2008–2013, do něhož byla zahrnuta také problematika omezování a nerovností v přístupu ke zdravotní péči.³⁸

Dne 2. července 2008 předložila Komise dlouho očekávaný a několikrát odkládaný návrh směrnice 2008/0142 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice“), upravující právní rámec pro přeshraniční zdravotní služby.³⁹ Návrh Směrnice je v současné době stále projednáván v Evropském parlamentu a v Radě EU.⁴⁰ Přestože švédské předsednictví stanovilo přijetí směrnice

34 Komise reagovala obecným sdělením č. SEC (2006) 1195/4 ze dne 26.9. 2006.

35 Sdělení Komise: Konzultace týkající se akce Společenství v oblasti zdravotnických služeb ze dne 26.září 2006, SEC (2006) 1195/4. Výsledky byly v průběhu roku 2007 vyhodnoceny: Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission: Summary report of the responses to the consultation regarding "Community action on health services" (SEC (2006) 1195/4 of 26 September 2006).

36 KOM(2006) 122 ze dne 14. března 2006.

37 B6-0098/2007, www.europarl.europa.eu/news/public/focus_page/048-23395-168-06-25-908-20080307FCS23267-16-06-2008-2008/default_p001c002_cs.htm.

38 Druhý akční program Společenství v oblasti zdraví (2008–2013) byl zaveden Rozhodnutím Evropského parlamentu a Rady č. 1350/2007/ES ze dne 23. října 2007, komentář viz MCCARTHY, M.: *The European health strategy—so what next?* European Journal of Public Health, č. 18(6), 2008, s. 554–557.

39 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2008/0142 (COD) o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Návrh, který byl projednán v Evropském parlamentu v dubnu 2009, prošel 1. čtením legislativního procesu. Po volbách do Evropského parlamentu v červnu 2009 byl změněn poslanec zpravodaj - Johna Bowise vystřídal Francoise Grossetete. V současné době se očekává jeho projednání v Radě EU i s pozměňovacími návrhy europoslanců na začátku prosince 2009.

40 www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=en&procnum=COD/2008/0142.

jako jednu ze svých priorit,⁴¹ je nepravděpodobné, že by byla Směrnice přijata ještě do konce roku 2009. Vzhledem k tomu, že jedinou dosavadní právní úpravu představuje judikatura ESD, je nezbytné, aby byl přijat legislativní akt upravující tuto problematiku. Konkrétní ustanovení návrhu Směrnice budou analyzována v další části této práce.

Dne 1. prosince 2009 vstoupila v účinnost Lisabonská smlouva pozměňující Smlouvu o Evropské unii a Smlouvu o založení Evropského společenství⁴² (dále jen „Lisabonská smlouva“), která podstatným způsobem mění fungování EU. V oblasti zdravotnictví však nepřináší výraznější změnu současné právní úpravy. Ustanovení současného čl. 152 odst. 5 SES je doplněn o ustanovení, že „*odpovědnost členských států zahrnuje řízení zdravotnictví a zdravotní péče, jakož i rozdělování na ně vyčleněných zdrojů.*“⁴³ Unii je dále svěřena „*pravomoc provádět činnosti, jimiž podporuje, koordinuje nebo doplňuje činnosti členských států.*“⁴⁴ Oblasti těchto činností na evropské úrovni jsou zejména ochrana a zlepšování lidského zdraví.

4. Nařízení č. 1408/71

Vzhledem k výrazné odlišnosti systémů sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v jednotlivých členských státech bylo nutné dosáhnout určitého standardu, který by platil pro osoby pohybující se v rámci EU. Nařízení se vztahuje na občany EU, státní příslušníky třetích zemí, jestliže oprávněně pobývají na území některého členského státu EU, dále na osoby bez státní příslušnosti nebo uprchlíky s bydlištěm na území členského státu, jakož i na jejich rodinné příslušníky nebo pozůstalé po nich.⁴⁵ Jak již bylo uvedeno výše, nařízení č. 1408/71 koordinuje systém sociálního zabezpečení mezi členskými státy a poskytování zdravotní péče osobám migrujícím v rámci EU.⁴⁶ Obsahuje tedy základní právní úpravu jak plánované, tak také neplánované mobility pacientů.

41 www.se2009.wordpress.com.

42 Podepsaná v Lisabonu dne 13. prosince 2007, č. 111/2009, Sb.m.s.

43 Čl. 127 Smlouvy o fungování Evropské unie.

44 Čl. 2 Nařízení č. 1408/71.

45 Čl. 2 Nařízení č. 1408/71.

46 Viz pozn. pod čarou č. 21.

Pro přeshraniční zdravotní péči je klíčový čl. 22 Nařízení,⁴⁷ který upravuje dva různé případy přeshraniční zdravotní péče poskytované osobám:⁴⁸

- a. jejichž stav nezbytně vyžaduje zdravotnickou péči během dočasného pobytu na území jiného členského státu [neplánovaná mobilita pacientů]; nebo
- b. které mají povolení své zdravotní pojišťovny k odjezdu na území jiného členského státu za účelem léčení [plánovaná mobilita pacientů], přičemž takové povolení nelze odmítnout v případech, kdy příslušné léčení je pokryto dávkami poskytovanými podle předpisů členského státu, na jehož území má pacient trvalé bydliště, a kde takové léčení nemůže být poskytnuto ve lhůtě, která je obvykle potřebná pro léčení v tomto státě s přihlédnutím k jeho současnému zdravotnímu stavu a k pravděpodobnému dalšímu průběhu nemoci.⁴⁹

Osoby, které splňují výše uvedené podmínky mají dle čl. 22 odst. 1 Nařízení nárok na úhradu zdravotnické péče a na věcné dávky podle předpisů uplatňovaných pojišťovnou v místě poskytnutí péče, jako by u ní byly pojištěny. Pacient má tedy nárok na stejné zacházení jako jiný pojištěnec ve státě, kde péči podstupuje. Doba, po kterou jsou dávky poskytovány se ale řídí právními předpisy státu, ve kterém je pacient pojištěn.⁵⁰ Čl. 22 Nařízení upravuje pravidla pro udělení, resp. neudělení souhlasu pojišťovny s léčbou v zahraničí, kterými se musí členské státy řídit.⁵¹ Pro uplatnění nároků vyplývajících z volného pohybu pacientů se však musí jednat o takovou zdravotnickou péči, která je kryta veřejným zdravotním pojištěním v zemi, kde je pacient pojištěn.⁵² Tedy v případě,

47 Čl. 19 a 20 Nařízení č. 883/2004.

48 Tyto osoby musí splňovat podmínky státu, ze kterého vycestovaly, pro vznik nároku na dávky.

49 Čl. 20 odst. 2 Nařízení č. 883/2004 mírně pozměňuje podmínky vydání autorizace: *“Povolení je vydáno, pokud dotyčné léčení patří mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště a kde se jí nemůže dostat takového léčení v lékařsky ospravedlnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci.”* V současné době běží před ESD řízení o předběžné otázce ve věci věci C-173/09 *Elchinov*, položené bulharským soudem dne 14. května 2009, kterou se soud mimo jiné ptá zda ustanovení *“příslušné léčení nemůže být poskytnuto dotyčné osobě na území členského státu, kde má bydliště”* v čl. 22 odst. 2 druhém pododstavci nařízení 1408/71 je nutné vykládat v tom smyslu, že zahrnuje případy, ve kterých je léčení prováděné na území členského státu, v němž má pojištěná osoba bydliště, jakožto druh léčení daleko méně účinné a radikálnější než léčení, které je prováděno v jiném členském státě, nebo zahrnuje pouze případy, ve kterých nelze dotyčnou osobu léčit včas. Pokud by ESD odpověděl na tuto předběžnou kladně, znamenalo by to podstatné rozšíření výkladu čl. 22 Nařízení.

50 Čl. 22 odst. 1 písm. i), ii) Nařízení č. 1408/71. Úplné znění čl. 22 nařízení viz přílohu č. 8.

51 Pojišťovna uděluje povolení na základě žádosti na formuláři E112.

52 V současné době běží před ESD řízení o předběžné otázce ve věci věci C-173/09 *Elchinov*, viz pozn.

že se jedná péči, která je v České republice poskytována a hrazena z veřejného zdravotního pojištění, přičemž není na našem území dostupná bez zbytečného odkladu, je na vydání souhlasu zdravotní pojišťovny právní nárok. To však neznamená, že jednotlivé státy nemohou mít pro své pojištěnce méně přísnou úpravu a udělovat souhlas s léčbou v zahraničí i bez splnění výše uvedených podmínek. Ustanovení čl. 22 Nařízení je však dosti vágní, což způsobuje značnou právní nejistotu na straně pacientů.⁵³

Nařízení je přímo použitelné ve všech členských státech EU, stává se tak součástí vnitrostátních právních řádů, aniž by bylo potřeba je transponovat⁵⁴ a mají přednost před vnitrostátními předpisy.⁵⁵ Nařízení, jakožto sekundární legislativu, je však nutné vykládat a aplikovat v souladu nejen s ustanoveními primárního práva ES, ale také v souladu s judikaturou ESD. Nestačí tedy, aby stát splnil požadavky Nařízení, jestliže by tím zároveň porušil ustanovení Smlouvy o ES (v případě přeshraniční zdravotní péče zejména čl. 49 SES).⁵⁶

5. Neplánovaná mobilita pacientů

Od 1. června 2004 do 31. prosince 2005 byl na základě Nařízení postupně zaváděn Evropský průkaz zdravotního pojištění,⁵⁷ který je od 1. ledna 2006 vydáván a

pod čarou č. 49, kterou se soud mimo jiné ptá, zda je nutné čl. 22 odst. 2 druhý pododstavec nařízení 1408/71 vykládat v tom smyslu, že pokud konkrétní léčení, není možné podstoupit v bulharském zdravotnickém zařízení, platí domněnka, že toto léčení není hrazeno z rozpočtu Národní zdravotní pojišťovny. Další otázka se týká toho, zda v případě, kdy nelze příslušné léčení provést na území členského státu, ve kterém má pojištěnec bydliště, postačuje k tomu, aby tento členský stát musel vydat povolení pro léčení v jiném členském státě podle čl. 22 odst. 1 písm. c) nařízení, že je příslušné léčení jako druh zahrnuto mezi výkony uvedené v právní úpravě prvně uvedeného členského státu, i když tato právní úprava neuvádí výslovně konkrétní způsob léčení. S ohledem na charakter dalších položených předběžných otázek v této věci se autorka práce domnívá, že rozsudek ESD přinese další, podstatným způsobem zpřesňující, výklad dosavadní judikatury v oblasti mobility pacientů v rámci EU.

53 DAWES, A.: "Bonjour Herr doctor": National health care systems, the internal market and cross-border medical care within the European Union, Legal issues of economic integration, č. 33(2), 2006, s. 169.

54 Čl. 249 SES.

55 6/64 *Costa v. ENEL* [1964] ECR 585.

56 C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931, odst. 17-18.

57 Na základě Rozhodnutí č. 189 ze dne 18. června 2003, jehož cílem je evropskými kartami zdravotního pojištění nahradit formuláře nezbytné pro uplatňování nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 a (EHS) č. 574/72, pokud jde o dostupnost zdravotnické péče při dočasném pobytu v členském státě, jiném než

uznáván ve všech členských státech Společenství, včetně ostatních zemí Evropského hospodářského prostoru (dále jen „EHP“)⁵⁸ a Švýcarska. Na Evropský průkaz mají nárok nejen občané EU, ostatních států EHP a Švýcarska, ale také jejich rodinní příslušníci bez ohledu na státní příslušnost včetně příslušníků třetích zemí,⁵⁹ jestliže oprávněně pobývají na území některého členského státu EU a na něž se vztahuje zákonem stanovený systém sociálního zabezpečení v některém členském státě EU. Systém Evropského průkazu zdravotního pojištění slouží k tomu, aby jeho držitelům, kteří se dočasně nacházejí na území jiného členského státu, byla poskytnuta nezbytná péče, aby nebyli nuceni svůj pobyt přerušit a vracet se domů za účelem léčení.⁶⁰ Evropský průkaz zdravotního pojištění však nelze použít u soukromých poskytovatelů zdravotní péče, kteří nejsou napojeni na veřejný systém zdravotního pojištění a dále se nevztahuje na situace, kdy pacient vycestuje do zahraničí za účelem podstoupit zdravotnickou péči.⁶¹

Na základě tohoto průkazu jsou v souladu s čl. 22 odst. 1 písm. a) a i) Nařízení držitelům Evropského průkazu poskytovány nezbytné zdravotnické služby za stejných podmínek jako státním příslušníkům, resp. pojištěncům, tohoto státu.⁶² Pojištěné osoby tak již *„nejsou nuceny se vracet domů a mohou pokračovat v pobytu v bezpečném zdravotním stavu.“*⁶³ Ošetření se řídí pravidly státu, ve kterém je poskytnuto a náklady jsou hrazeny podle jím uplatňovaných sazeb. Místní systém zdravotního pojištění tedy zaplatí ošetření do té výše, jakou by zaplatil za svého pojištěnce a následně jej přeúčtuje příslušné zahraniční pojišťovně, u které je pacient pojištěn. Ošetřená osoba zaplatí pouze spoluúčast, je-li ve státě ošetření zavedena. Jelikož je v mnoha státech EU

příslušném státě nebo státě, ve kterém má daná osoba bydliště (2003/751/ES), čl. 1 a Rozhodnutí č. 191 ze dne 18. června 2003 o nahrazení formulářů E 111 a E 111 B Evropskou kartou zdravotního pojištění (2003/753/ES), čl. 1, Evropská karta zdravotního pojištění nahradila systém formuláře „E111“ pro neplánované lékařské ošetření při dočasném pobytu v jiném členském státě, jak byl vyžadován Nařízením č. 1408/71.

58 Evropské společenství, Island, Lichtenštejnsko, Norsko.

59 Nevztahuje se na Dánsko.

60 Metodické pokyny k jednotné aplikaci čl. 22(1)(a) Nařízení 1408/71 (Guidelines for Uniform Application of Article 22(1)(a) by the social security institutions of the Member States - EMPL- 2003-02757-00-00-EN-TRA-00 (FR)).

61 Rozhodnutí č. 194 ze dne 17. prosince 2003 o jednotném používání čl. 22 odst. 1 písm. a) bodu i) nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 v členském státu pobytu (2004/327/ES), čl. 1.

62 Rozhodnutí č. 194 ze dne 17. prosince 2003 o jednotném používání čl. 22 odst. 1 písm. a) bodu i) nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 v členském státu pobytu (2004/327/ES), čl. 1.

63 Rozhodnutí Správní komise pro sociální zabezpečení migrujících pracovníků (SKSZMP) č. 194, odst. 1, ze dne 17. prosince 2003.

povinná spoluúčast pacienta, ani český občan nebude mít nárok na refundaci takto vynaložených peněz, přestože v ČR spoluúčast zavedena není. Placení spoluúčasti v zahraničí je tedy možné předejít pouze komerčním pojištěním.

Evropský soudní dvůr vydal zatím jeden rozsudek týkající se potřeby akutní péče a to ve věci C-326/00 *Ioannidis*.⁶⁴ Pan Ioannidis, řecký státní příslušník, byl důchodce trpící chronickou nemocí srdce. Odjel do Německa na návštěvu svého syna, během které se mu přitížilo a musel být hospitalizován. Jeho pojišťovna však odmítla uhradit náklady na hospitalizaci, jelikož se, podle jejího názoru, nejednalo o akutní péči. ESD rozhodl, že jestliže chronicky nemocný důchodce dočasně pobývá na území jiného členského státu, nelze jeho ošetření podmiňovat souhlasem pojišťovny.

6. Plánovaná mobilita pacientů: vývoj judikatury ESD

6.1. Souhlas pojišťovny versus volný pohyb služeb

Již bylo výše uvedeno, že plánované vycestování do jiného členského státu EU za účelem podstoupení zdravotní péče není kryto Evropským průkazem zdravotního pojištění a že čl. 22 odst. 1 písm. c) Nařízení zavádí požadavek předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny s podstoupením takové péče, resp. s úhradou nákladů. Výklad a aplikace tohoto článku, především ve vztahu k principu volného pohybu služeb, však byl modifikován dlouholetou judikaturou ESD, která představuje nejkomplexnější „právní úpravu“ mobility pacientů.⁶⁵

6.1.1. C-158/96 Kohll a C-120/95 Decker⁶⁶

Pro migrující pacienty za účelem zdravotní péče je naprosto klíčové rozhodnutí ve spojených případech *Kohll* a *Decker*, ve kterých ESD vyslovil právo občanů EU na

64 C-326/00 *Ioannidis* [2003] ECR I-1703.

65 HATZOPOULOS, DA CUNHA, S.: *The ECJ case law on cross-border health services* (přehled judikatury ESD v oblasti zdravotnictví ve shrnutí pro poslance Evropského parlamentu, leden 2007, www.europarl.europa.eu/comparl/imco/studies/0701_healthserv_ej_en.pdf).

66 Spojené věci C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931 a C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831.

rychlou a efektivní přeshraniční péči na základě čl. 49 SES.⁶⁷ Jak bylo výše uvedeno, Soud rozhodl, že pokud se zdravotnické služby poskytují za úhradu, musejí se považovat za služby ve smyslu Smlouvy o založení ES, a tudíž se na ně vztahují příslušná ustanovení o volném pohybu služeb.⁶⁸

Pan Kohll, občan Lucemburska, napadl rozhodnutí pojišťovny, která odmítla udělit povolení jeho dceři k ambulantní léčbě v Německu. Dcera však podstoupila léčbu i bez předchozího povolení a po svém návratu žádala proplacení výdajů na léčení do výše, jaká je běžně poskytována za takové úkony v Lucembursku. Tato žádost však byla zamítnuta. Lucembursko před ESD argumentovalo především tím, že postup pojišťovny byl v souladu s čl. 22 Nařízení, který pro proplacení požadovaných nákladů ukládá podmínku autorizace. Podle názoru ESD, podpořeného stanoviskem generálního advokáta G. Tesaura, je na členských státech, aby přijaly vhodná opatření upravující nárok na podporu ze systému sociálního zabezpečení. Přesto si však státy musí počínat tak, aby se nedostaly do rozporu s *acquis communautaire*.⁶⁹ ESD tedy rozhodl, že tím, že členský stát, který postupuje v souladu se sekundární legislativou [čl. 22 odst. 1 písm. c) Nařízením], se nezbavuje povinnosti řídit se ustanoveními primárního práva [čl. 49 SES]. Podle Soudu je tak nutné vykládat čl. 22 odst. 1 písm. c) Nařízení ve světle svobody pohybu služeb a proto požadavek předchozího povolení pro vycestování za účelem obdržení zdravotní péče a úhradu nákladu představuje překážku volného pohybu služeb na evropském trhu. Taková překážka však může být ve výjimečných případech přípustná z vážných důvodů,⁷⁰ jestliže je: a) oprávněná; b) dopředu známá; c) nediskriminační; a d) pouze v nezbytné míře, musí tedy splnit test proporcionality.

Vzhledem k tomu, že proplacení výdajů pouze do výše poskytované ze zdravotního pojištění v Lucemburku by nemohlo mít za následek ohrožení stability sociálního systému země, představoval požadavek předchozího povolení skutečně překážku volného pohybu služeb na vnitřním evropském trhu. V tomto případě bylo poprvé vysloveno právo pacienta využít bezprostředně použitelného čl. 49 SES

67 Pro úplné znění čl. 49 SES viz přílohu č. 7.

68 C-158/96 *Kohll*, odst. 46.

69 *Ibid.*, odst. 17-18, Stanovisko generálního advokáta, odst. 17-25.

70 Čl. 46 a 55 SES.

upravujícího volný pohyb služeb a vycestovat za účelem ambulantní péče i přesto, že nezískal autorizaci od pojišťovny. V tomto případě vytvořil ESD nová pravidla pro úhradu nákladů na péči v jiném členském státě. Nadále tedy bude vedle Nařízení platit také to, že jestliže pacient oprávněně vycestuje na základě čl. 49 SES, jeho pojišťovna mu proplatí náklady do výše, kolik by obdobná léčba stála ve státě jeho pojištění. Tento rozsudek však zanechal mnoho nezodpovězených otázek, především, jestli se tato pravidla budou vztahovat také na péči v nemocnicích či nikoli.

6.1.2. C-368/98 Vanbraekel⁷¹

Výše uvedený právní názor byl následně formován v dalších rozsudcích ESD, zejména ve věci *Vanbraekel*. Paní Descamps,⁷² Belgičanka, trpěla oboustrannou artrózou kolenního kloubu a proto požádala o povolení k podstoupení chirurgického zákroku ve Francii, které jí nebylo uděleno proto, že žádost nebyla dostatečně odůvodněna. Paní Descamps podstoupila ve Francii požadovaný zákrok bez povolení a následně se domáhala na pojišťovně úhrady nákladů. Ze znaleckého posudku vyplývalo, že léčba v zahraničí byla nezbytná. ESD tedy rozhodl, že bylo-li odmítnuto povolení k léčbě v zahraničí, přičemž se následně prokáže, že toto odmítnutí bylo neopodstatněné, má pacient k tíži příslušné instituce nárok na náhradu ve výši rovnocenné té, která by byla bývala hrazena, kdyby povolení bylo bývalo od počátku vydáno.⁷³ Na základě tohoto rozsudku jsou tedy pacienti oprávněni napadnout odmítnutí autorizace také *post factum* - po obdržení zdravotní péče.

V této věci ESD dále vyslovil povinnost pojišťovny uhradit náklady na péči, ke které byl dán souhlas, ve výši sazby státu, ve kterém byla poskytnuta nebo podle sazby státu pojištění podle toho, která varianta je pro pacienta příznivější.⁷⁴ V opačném případě, pokud by se hradila péče pouze podle pravidle státu, ve kterém byla péče poskytnuta a která je méně příznivá, než ve státě pojištění, mohlo by to podle ESD, vytvořit faktickou překážku volného pohybu pacientů.

71 C-368/98 *Vanbraekel* [2001] ECR I-5363.

72 Paní Decamps v průběhu řízení zemřela, její dědicové, tj. manžel p. Vanbraekel spolu s jejími šesti dětmi, pokračovali v řízení.

73 C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 53.

74 C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 45.

6.2. Nemocniční a mimonemocniční péče

V rámci své rozhodovací činnosti začal ESD rozlišovat dva odlišné režimy zdravotní péče – nemocniční a mimonemocniční,⁷⁵ avšak neposkytl žádnou definici těchto klíčových termínů, což způsobuje velkou právní nejistotu.⁷⁶ Podle Centra mezistátních úhrad⁷⁷ „pro určení, co je nemocniční a co mimonemocniční péče jsou určující české předpisy a praxe. Nemocniční péčí se pro tyto účely rozumí lékařská péče, která se v ČR poskytuje v nemocničním zařízení buď z toho důvodu, že tato péče vyžaduje hospitalizaci pacienta, nebo proto, že tuto péči lze poskytnout pouze v nemocničním prostředí, protože se jedná o vysoce specializovanou péči nebo péči představující zjevné riziko pro pacienta. Pro účely klasifikace péče jako nemocniční nejsou ale název, organizace a financování takového zařízení podstatné.“⁷⁸ Takto úzkou definicí jsou však vyloučena zařízení poskytující péči mimo prostory nemocnice vlivem privatizace zdravotnictví. Jedná se o soukromá zdravotnická zařízení, ve kterých lze provádět některé specializované výkony, které bylo možné dříve provádět pouze v nemocnicích. Podle názoru autorky by tedy bylo vhodnější omezit nemocniční péči na výkony vyžadující hospitalizaci nebo krátkodobý pobyt ve stacionáři za účelem intenzivního krátkodobého sledování zdravotního stavu pacienta v souvislosti s provedeným výkonem. Stacionář není hospitalizace, ale může být též součástí ambulantního zařízení.⁷⁹

Jak ve státě pojištění pacienta, tak také ve státě, kde má podstoupit zdravotní péči však může být pojetí nemocniční a mimonemocniční péče odlišné.⁸⁰ V důsledku

75 C-385/99, Müller-Fauré [2003] ECR I-4509, odst. 75.

76 CABRAL, P.: *The Internal Market and the Right to Cross Border Medical Care*, European Law Review, č. 29, 2004, s. 686, DAWES, A.: *“Bonjour herr doctor“: National health care systems, the internal market and cross-border medical care within the European Union*, Legal issues of economic integration, č. 33(2)2006, s. 181.

77 Centrum mezistátních úhrad vzniklo v roce 2001 na základě výzvy k založení a následného pověření ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR.

78 Oficiální internetová stránka Centra mezistátních úhrad: www.cmu.cz/prozdravotnickazarizeni/77, tato definice však není, ani nemůže být, právně závazná, jelikož není stanovena zákonem, ani předpisem ES, ani k jejímu určení není CMÚ na základě zákona oprávněn. Otázkou také zůstává, zda je správné, aby pro určení nemocniční a mimonemocniční péče bylo to, jak je poskytována ve státě pojištění pacienta a nikoli jako ve státě, kde je skutečně podstoupena.

79 Konzultováno s MUDr. Milanem Ratajem, ambulantním specialistou.

80 VAN DER MEI, A.P.: *“Cross-border access to medical care: Non-hospital care and waiting lists”*, Legal Issues of Economic Integration, č. 31, 2004, s. 66, Samotný ESD ve věci C-385/99 Müller-Fauré van Riet [2003] ECR I-4509, odst. 75 přiznal, že rozlišení nemocniční a mimonemocniční péče

toho může dojít k odmítnutí uhrazení nákladů. Pacienti, kteří na základě čl. 49 SES vycestují bez povolení za účelem obdržení mimonemocniční péči, která se např. v ČR poskytuje jak v nemocničních tak také v ambulantních zařízeních, podstupují velké finanční riziko, protože není jisté, zda jim pojišťovna takové léčení uhradí. Pacienti jsou odkázáni na výklad své pojišťovny, které je tak dán příliš velký prostor pro vlastní uvážení.

Mimonemocniční je pak taková zdravotnická péče, na kterou se nevztahuje výše uvedená definice péče nemocniční, přičemž zahrnuje i poskytnutí léků nebo zdravotnických prostředků.⁸¹ Definici konečně předložila Komise v návrhu Směrnice, o kterém bude podrobně pojednáno v další části této práce.

6.2.1. C-157/99 Geraets-Smits a Peerbooms⁸²

Další v řadě významných případů byl *Geraets-Smits a Peerbooms*, ve kterém ESD upřesnil výklad čl. 22 odst. 1 písm. c) Nařízení v souvislosti s podmínkami, za kterých může zdravotní pojišťovna odmítnout udělení souhlasu a tím i následné uhrazení nákladů na zdravotní péči v jiném členském státě. Paní Smits, nizozemská státní příslušnice, podstoupila multidisciplinární léčbu na německé klinice specializující se na Parkinsonovu chorobu. Pojišťovna odmítla léčbu proplatit s odůvodněním, že obdobná léčba je poskytována také v Nizozemí a že léčba v Německu nemá pro pacientku žádnou přidanou hodnotu. Podle pojišťovny nebylo ze zdravotního hlediska nezbytně nutné, aby se paní Smits léčila v Německu. Pan Peerbooms, taktéž nizozemský občan, byl v kómatu převezen na kliniku do Insbruku, kde mu byla poskytnuta speciální neurostimulační terapie, která je v Nizozemí považována za experimentální a používá se jen ve výjimečných případech. Vzhledem k tomu, že by pan Peerbooms, kvůli věku nesplnil podmínky podle nizozemských předpisů pro podstoupení této léčby, pojišťovna mu odmítla náklady proplatit. V obou případech rozhodl ESD tak, že požadavek autorizace pojišťovny, jejíž udělení závisí, v souladu s vnitrostátním právem, na kritériu “*nutnosti*” léčby a její “*obvyklosti v příslušných*

může být obtížné, přesto se k definici či upřesnění výkladu pojmu neuchýlil.

81 Centrum mezistátních úhrad: <http://www.cmu.cz>.

82 C-157/99 *Geraets-Smits, Peerbooms* [2001] ECR I-5473.

odborných kruzích” představuje překážku volného pohybu služeb, která je zakázána čl. 49 SES. Přesto je takové omezení je ospravedlnitelné, jelikož je nezbytné k tomu, aby systémy zdravotnictví a sociálního zabezpečení byly finančně vyrovnané a aby nemocniční zdravotní péče byla dostupná všem. Toto omezení je tedy v souladu s komunitárním právem, bude-li aplikováno nediskriminačním způsobem.⁸³ Soud zde tedy rozhodl, že autorizace, jakožto podmínka pro uhrazení péče v jiném členském státě, je rozumná, dokonce i nezbytná pouze v případě nemocničního zařízení, čímž vyňal nemocniční péči z režimu čl. 49 SES o volném pohybu služeb, čímž odpověděl na mnoho otázek, které vyvstaly na základě jeho předchozí judikatury.⁸⁴

Podle ESD však musí být požadavek „*obvyklosti*“ vykládán tak, že povolení nelze odmítnout, je-li zřejmé, že předmětná léčba je dostatečně vyzkoušená a potvrzená mezinárodní lékařskou vědou. Je tedy třeba brát v úvahu současné poznatky mezinárodní lékařské vědy. Soud proto rozhodl, že skutečnost, že některá léčba se běžně neprovádí v Nizozemsku ještě neznámá, že taková léčba nesplňuje podmínku „*obvyklosti*“. Co se týče uplatnění podmínky „*nezbytnosti léčby*“, souhlas lze odmítnout pouze pokud je možné obdržet stejně účinnou léčbu „*bez zbytečného odkladu*“ ve státě pojištění.⁸⁵ Termín „*bez zbytečného odkladu*“ byl upřesněn v následující judikatuře.

ESD dále v tomto rozsudku poukázal na nutnost zavedení jasných, transparentních a nediskriminačních pravidel pro proceduru rozhodování o udělení souhlasu pojišťovny. Každé zamítavé rozhodnutí musí být přezkoumatelné v soudním nebo kvazi-soudním procesu.⁸⁶ Z judikatury českých soudů⁸⁷ lze dovodit, že zdravotní pojišťovny jsou veřejné instituce hospodařící s veřejnými prostředky, které jsou povinny rozhodovat podle správního řádu.⁸⁸ Případné odvolání, resp. rozklad by tedy bylo možné podat v rámci správního řízení. Soudní přezkum vydaných rozhodnutí se bude

83 C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms*, odst. 90.

84 Vyjmout nemocniční péči z režimu čl. 49 SES poprvé navrhol generální advokát Tesaro ve svém stanovisku k případům *Kohll a Decker*, odst. 59-60.

85 C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms*, odst. 108.

86 *Ibid.*, odst. 90, C-56/01 *Inizan* [2003] E.C.R. I-12403, odst. 48.

87 Rozhodnutí ÚS zn. III. ÚS 671/2002, rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10.10. 2008, 12 Cad 11/2007-84.

88 Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.

řídít soudním řádem správním.⁸⁹

6.2.2. C-385/99 Müller-Fauré a van Riet⁹⁰

Při rozhodování tohoto případu ESD potvrdil již dřívější interpretaci čl. 22 Nařízení, že podmínkou pro úhradu nákladů na přeshraniční léčení v jiném zařízení než nemocničním není obdržení předběžného povolení. Podmínkou pro úhradu nákladů na takovou péči, jak bylo uvedeno výše, však nadále zůstává, že se musí jednat o zdravotní péči a nároky, které jsou kryty zdravotním pojištěním pacienta.

Paní Müller-Fauré, nizozemská státní příslušnice, bez předchozího povolení od pojišťovny absolvovala během dovolené v Německu zubní ošetření mimo nemocniční zařízení. Paní van Riet, taktéž občanka Nizozemí, která trpěla bolestí zápěstí, požádala o povolení k léčbě v Belgii. Její žádost byla zamítnuta z toho důvodu, že daný zákrok mohl být proveden také v Nizozemí. Přesto však paní van Riet léčbu v zahraniční nemocnici podstoupila. Obě žalobkyně po svém návratu žádaly zpětné uhrazení vynaložených nákladů.

V tomto případě odkázal ESD na své předchozí rozhodnutí, ve kterém rozlišil režim zdravotní péče nemocniční a mimonemocniční.⁹¹ Dále Soud potvrdil, že požadavek předchozího povolení představuje překážku volného pohybu služeb na evropském trhu, je tedy v rozporu s čl. 49 SES, která však může být v případech nemocniční péče ospravedlnitelná zejména s ohledem na schopnost států plánovat počet nemocničních zařízení, jejich zeměpisné rozložení a způsob jejich organizace, aby nedošlo k narušení rovnováhy zdravotnického systému a zhoršení rovnoměrné lékařské péče dostupné pro všechny. Cílem tohoto plánování je v rámci každého členského státu zajistit přístup k vyvážené škále typů kvalitní nemocniční péče, zabezpečit účinné řízení nákladů a, pokud možno, zabránit ztrátám v oblasti finančních, technických a lidských

89 Zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní.

90 C-385/99 *Müller-Fauré van Riet* [2003] ECR I-4509.

91 *Ibid.*, odst. 75.

zdrojů.⁹² Tato skutečnost představuje podle ESD naléhavý veřejný zájem, který ospravedlňuje jistá omezení volného pohybu služeb v rámci EU.⁹³

Soud výslovně rozhodl, že pokud jde o péči mimonemocniční, podmínka povolení pro hrazení takové péče je v rozporu s principem volného pohybu služeb.⁹⁴ Tento právní názor byl zdůvodněn tím, že v případě využívání mimonemocniční – ambulantní - péče bez předchozího povolení, nehrozí vážné nebezpečí narušení finanční stability systému zdravotnictví a sociálního zabezpečení a tedy negativní dopad na celkovou úroveň ochrany veřejného zdraví.⁹⁵ Pacienti ale mohou požádat o autorizaci podle čl. 22 Nařízení, na základě které jim bude péče uhrazena jako v případě nemocniční péče, tedy podle sazby státu, kde je péče poskytnuta.⁹⁶ Stejně tak však mohou vycestovat přímo na základě čl. 49 SES i bez souhlasu pojišťovny a následně požadovat náhradu nákladů až do výše, kterou poskytuje stát, ve kterém jsou pojištěni.⁹⁷

V tomto případě ESD dále upřesnil, že pro určení, zda péče je či není dostupná “bez zbytečného odkladu”, je nutné brát ohled na všechny okolnosti týkající se pacienta, především jeho momentální zdravotní stav, bolesti a anamnézu.⁹⁸ Při rozhodování zda stejné nebo pro pacienta stejně účinné léčení je dostupné v přiměřené době se příslušná instituce nemůže opírat výlučně o existenci čekacích listů, aniž by vzala v úvahu konkrétní okolnosti daného případu.⁹⁹ V opačném případě by se jednalo o neospravedlnitelnou překážku volného pohybu služeb, která by byla v rozporu s čl. 49 SES. Toto rozhodnutí bylo dále potvrzeno ve věci *Watts*.¹⁰⁰ Soud také připomněl, že zdravotnické služby nepřestávají být službami ve smyslu Smlouvy o založení ES jen proto, že je za ně placeno zdravotní pojišťovnou a nikoli samotným příjemcem, tedy pacientem. Jsou tedy považovány za služby bez ohledu na způsob, jakým jsou na

92 *Ibid*, odst. 62, C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms*, odst.76-80, Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s.16.

93 C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms*, odst. 76-80, Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s.16.

94 C-385/99 *Müller-Fauré van Riet*, odst. 62, tento právní názor byla dále potvrzen ESD v dalším případě C-56/2001 *Inizan*, odst. 59.

95 C-385/99 *Müller-Fauré a van Riet*, odst. 93-98.

96 C-372/04 *Watts*, odst. 129, C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 43-52.

97 C-385/99, *Müller-Fauré a van Riet*, odst. 93-98, odst. 106.

98 *Ibid*, odst. 90, C-56/01 *Inizan*, odst. 46.

99 C-385/99 *Müller-Fauré*, odst. 92.

100 C-372/04 *Watts*, odst. 63.

vnitrostátní úrovni organizovány nebo financovány.¹⁰¹

6.2.3. C-145/03 Keller¹⁰²

Ve věci *Keller* byl Soudní dvůr postaven před otázkou, zda občané EU mají nárok na náhradu nákladů vynaložených na léčbu mimo území EU. Španělská pojišťovna udělila paní Keller předchozí povolení k podstoupení léčby v Německu. Vzhledem k choulostivé povaze zákroku usoudili němečtí lékaři, že chirurgický zákrok, který byl pro paní Keller životně důležitý, mohl být proveden pouze v nemocnici v Curychu, tedy mimo území EU. Tato nemocnice byla jediným zařízením v Evropě, které dokázalo dané onemocnění úspěšně léčit. Paní Keller následně žádala španělskou pojišťovnu o uhrazení nákladů na léčbu ve Švýcarsku, která však žádost zamítla. ESD judikoval, že instituce, která vydala souhlas, *“je vázána volbou léčby stanovenou lékaři na základě jimi provedených nálezů a v závislosti na lékařských poznatcích v daném okamžiku včetně případu, kdy tato volba spočívá v převozu dotčené osoby do jiného státu k tomu, aby jí tam bylo poskytnuto neodkladné léčení, které si vyžaduje její onemocnění, jež lékaři usazení v členském státě pobytu nejsou schopni provést.”*¹⁰³ Pojišťovna je tak vázána rozhodnutím lékařů o převozu dotčené osoby do nemocničního zařízení v jiném státě, byť by se jednalo o stát mimo EU. Nicméně nárok pojištěnce na věcné dávky podléhá v takové situaci podmínce, že členský stát, kde léčba, resp. takové rozhodnutí proběhlo, poskytuje svým pojištěncům věcné dávky odpovídající takovému léčení. Za těchto okolností není pojišťovna, která vydala souhlas, oprávněna podmínit uvedené léčení svým schválením a musí nahradit náklady vynaložené na lékařskou péči i na území třetího státu.¹⁰⁴

6.2.4. C-372/04 Watts¹⁰⁵

Paní Watts, britská státní příslušnice, trpěla akutní artritidou kyčlí a i přes

101 C-385/99 *Müller-Fauré*, odst. 103, C-372/04 *Watts*, odst. 89, tento názor následně zopakoval i generální advokát Geelhoed ve svém stanovisku k případu *Watts*, odst. 53.

102 C-145/03 *Keller* [2005] ECR I-2529.

103 *Ibid*, odst. 54.

104 *Ibid*, odst. 63.

105 C-372/04 *Watts* [2006] ECR I-4325.

sníženou pohyblivost a bolesti byla zařazena na čekací list do kategorie „běžný případ“. To pro ni znamenalo přibližně jeden rok čekání na nezbytný chirurgický zákrok. Požádala tedy o souhlas s operací v zahraničí, který nebyl udělen s odůvodněním, že jí péče může být poskytnuta doma ve lhůtě, která je obvykle potřebná. Paní Watts přesto podstoupila operaci ve Francii, kterou zaplatila přímo a po svém návratu žádala pojišťovnu o uhrazení nákladů. ESD, ve světle své dřívější judikatury rozhodl, že čl. 49 SES musí být vykládán tak, že nebrání tomu, aby náhrada nákladů na nemocniční péči v jiném členském státě byla podmíněna získáním předběžného povolení příslušné instituce.¹⁰⁶ Soud dále potvrdil rozsudek ve věci *Müller-Fauré*,¹⁰⁷ že “čl. 22 odst. 2 Nařízení č. 1408/71 musí být vykládán v tom smyslu, že k tomu, aby příslušná instituce měla právo odmítnout povolení uvedené v odst. 1 písm. c) bodě i) téhož článku na základě důvodu vycházejícího z existence čekací doby na nemocniční léčení, musí prokázat, že tato doba nepřesahuje přijatelnou dobu vycházející z objektivního lékařského posouzení klinických potřeb dotčené osoby ve světle všech parametrů, které charakterizují její zdravotní stav v době podání, případně opětovného podání, žádosti o povolení.”¹⁰⁸ Odmítnutí předchozího povolení tedy nemůže být založeno pouze na existenci čekacích seznamů, jejichž účelem je plánovat a řídit nemocniční péči, aniž by došlo k objektivnímu lékařskému posouzení zdravotního stavu pacienta, předchozího a pravděpodobného průběhu jeho nemoci, bolestivosti nebo povahy jeho postižení při podání nebo opětovném podání žádosti o povolení.¹⁰⁹ Stejně tak se však pacient nemůže domáhat udělení povolení k vycestování pouze z toho důvodu, že je na čekacím listě, ale bude muset prokázat, že v jeho případě mu skutečně nemůže být potřebná péče poskytnuta ve lhůtě, která je obvykle potřebná pro léčení v členském státě, kde je pojištěn.¹¹⁰

ESD dále rozhodl, že pojišťovna má, podle čl. 22 Nařízení, povinnost uhradit veškeré náklady související se zdravotní péčí poskytnutou v jiném členském státě, tedy náklady na lékařské služby jako takové, jakož i výdaje s nimi neoddělitelně spojené, které souvisí zejména s pobytem dotčené osoby v nemocničním zařízení pro potřeby

106 C-372/04 *Watts*, odst. 123.

107 C-385/99 *Müller-Fauré*, odst. 92.

108 *Ibid*, odst. 79.

109 *Ibid*, odst. 68, 123.

110 *Ibid*, odst. 70-71.

jejího léčení.¹¹¹ Ustanovení čl. 22 Nařízení sice nepokrývá vedlejší výdaje, jako je cestovné, ubytování mimo nemocniční zařízení nebo ubytování pro členy rodiny, ale zároveň náhradu vedlejších výdajů nezakazuje. Jestliže tedy pojišťovna nehradí obdobné vedlejší výdaje v případě, že je léčba poskytována ve státě pojištění pacienta, nemá povinnost je hradit ani v případě přeshraniční péče.¹¹² Bylo by však v rozporu s čl. 49 SES, kdyby právní předpisy vylučovaly náhradu vedlejších výdajů vynaložených pacientem, jemuž byl povolen odjezd do jiného členského státu za účelem nemocničního léčení, pokud přiznávají náhradu těchto výdajů při léčení ve vnitrostátním zařízení.¹¹³

Ve věci *Watts* ESD dále potvrdil své dřívější rozhodnutí,¹¹⁴ že pojišťovna, která udělila souhlas, je povinna zaplatit náklady na takovou léčbu ve výši sazby státu, která je pro pacienta příznivější. Není-li pacientovi, který dostal souhlas, zaručena výše náhrady obdobná výši, na niž by měl nárok, kdyby byl hospitalizován ve státě svého pojištění, dochází k neodůvodněnému omezení volného pohybu služeb a tím k porušení čl. 49 ES.¹¹⁵

Podle názoru Soudu čl. 152 odst. 5 SES nevylučuje, aby členské státy byly podle jiných ustanovení Smlouvy, jako je čl. 49 SES nebo podle opatření Společenství, jako je čl. 22 Nařízení, povinny přizpůsobit své vnitrostátní systémy sociálního zabezpečení, aniž by to bylo možné považovat za zásah do jejich svrchované pravomoci v této oblasti.¹¹⁶ Tímto rozsudkem, ESD opět potvrdil skutečnost, že zdravotnické systémy nejsou vyloučeny z kompetence Společenství a oblast mobility pacientů a následného hrazení nákladů léčby v jiném členském státě již nepatří do výlučné pravomoci členských států.

Někteří akademici rozsudek ve věci *Watts* kritizovali z toho důvodu, že podle nich podryvá sociální solidaritu, na které jsou postaveny národní systémy zdravotnictví

111 Ibid odst. 136.

112 Ibid odst. 140.

113 C-372/04 *Watts*, odst. 142, SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU* (September 2008), TILEC Discussion Paper No. 2008-034, s. 26.

114 C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 45.

115 C-372/04 *Watts*, odst. 129, C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 43-52.

116 C-372/04 *Watts*, odst. 147.

a aplikací čl. 49 SES obchází zvláštní povahu zdravotnických služeb.¹¹⁷ Autorka této práce vidí hlavní problém v tom, že na základě judikatury ESD může docházet k „předbíhání“ na čekacích listech, které slouží k rozložení nákladů na péči v čase. Uneseli-li pacient důkazní břemeno týkající se akutnosti jeho případu a uhradí-li mu pojišťovna náklady na péči podstoupenou v jiném členském státě, *de facto* na něj „přijde řada“ dříve, než na pacienty, kteří byli na čekací listině před ním a on tak obejde celý systém čekacích listů. Na druhou stranu však může dojít k efektu, že se pojišťovnám přestane vyplácet vést dlouhé čekací listy, jelikož za akutní pacienty zaplatí mnohem více v důsledku jejich mobility v EU, než kdyby byli ošetřeni ve státě pojištění. Postupně by se tak i ze zdravotnictví mohl vytvořit trh. Otázkou však zůstává, zda v současné době, kdy téměř všechny národní systémy zdravotnictví jsou postiženy nedostatkem finančních prostředků, by takový postup vedl ke zlepšení zdravotnictví či naopak. Ve světle judikátu *Watts* je jistě legitimní otázka, nakolik je takový systém trvale udržitelný pro národní systémy. Tomuto problému se v obecné rovině věnuje také, již výše uvedené, vágní Sdělení Komise z roku 2006, ve kterém uvádí, že „zabezpečení budoucí udržitelnosti zdravotnických systémů a systémů sociálního zabezpečení vyžaduje, aby bylo vyvinuto úsilí o zlepšení účinnosti a efektivnosti. Zároveň by se měly zohledňovat sdílené evropské cíle všeobecného přístupu ke kvalitní zdravotní péči na finančně udržitelném základě, spočívající na zásadách spravedlnosti, rovnosti a solidarity.“

6.2.5. C-8/02 *Leichtle*¹¹⁸

Případ *Leichtle* se týkal úhrady dodatečných nákladů, které nejsou přímo spojeny se zdravotní péčí. Pan *Leichtle*, německý státní příslušník, vycestoval do Itálie za účelem podstoupení termální kúry v lázních. Následně požádal o úhradu nákladů nejen na kúru samotnou, ale také na další náklady spojené s péčí, jako je cestovné a pobyt v hotelu, které by mu byly proplaceny, kdyby byl býval podstoupil obdobou kúru v Německu. Tento požadavek byl zamítnut s odůvodněním, že nesplnil podmínky dané vnitrostátními předpisy, jelikož nebylo prokázáno, že by kúra v Itálii byla pro pana *Leichtle* výrazně prospěšnější. ESD rozhodl, že dodatečné náklady na mimonemocniční

117 NEWDICK, C. *Citizenship, free movement and health care: cementing individual rights by corroding social solidarity*, *Common Market Law Review*, č. 34, 2006, s. 1649.

118 C-8/2002 *Leichtle* [2004] ECR I-2659.

péči musí být uhrazeny, jestliže by byly uhrazeny v případě, že by pacient podstoupil zdravotnickou péči doma, protože Německo neprokázalo odůvodněnost takového omezení. Pokud by nebyla pacientům zaručena úhrada takových nákladů do výše jako doma, mnoho z nich by mohlo být odraženo od podstupování péče v jiném členském státě. To by představovalo překážku volného pohybu služeb neslučitelnou s čl. 49 SES.

6.2.6. C-444/05 Stamatelaki¹¹⁹

Poslední rozsudek Evropského soudního dvora v oblasti mobility pacientů byl vynesen v dubnu 2007 ve věci *Stamatelaki*. Pan Stamatelaki, řecký občan, byl hospitalizován v soukromém zdravotnickém zařízení v Londýně. Po svém návratu podal žádost o úhradu nákladů vynaložených na zdravotní péči, která však byla zamítnuta z toho důvodu, že podle řeckých právních předpisů se náklady na hospitalizaci v soukromých zdravotních zařízeních v zahraničí nehradí, kromě případů týkajících se dětí mladších 14 let. Z těchto předpisů vyplývalo, že pokud je pacientovi poskytnuta léčba ve veřejném nebo soukromém zařízení, s nímž byla uzavřena smlouva, nacházejícím se v Řecku, nemusí pacient zaplatit nic. Jinak je tomu však, pokud je pacient hospitalizován v soukromém zdravotním zařízení v jiném členském státě, jelikož dotčený musí zaplatit náklady hospitalizace bez možnosti jejich úhrady. Naléhavá hospitalizace v řeckém soukromém zařízení, se kterým nebyla uzavřena smlouva, navíc představuje výjimku z pravidla, která však již neplatí, jde-li o hospitalizaci v soukromém zdravotním zařízení v jiném členském státě. Soud rozhodl, že zdravotnické služby jsou služby ve smyslu Smlouvy o založení ES bez ohledu na to, zda se jedná o soukromého či veřejného poskytovatele.¹²⁰ Podle jeho názoru odrazuje předmětná právní úprava pojištěnce či jim dokonce brání v tom, aby se obraceli na poskytovatele nemocničních služeb usazené v jiných členských státech, a představuje jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele, překážku volného pohybu služeb. Proto není taková úprava slučitelná s právem Společenství.¹²¹

119 C-444/05 *Stamatelaki* [2007] ECR I-3185.

120 *Ibid.*, odst. 22.

121 *Ibid.*, odst. 26-28.

V současné době probíhá před ESD řízení o předběžné otázce ve věci C-173/09 *Elchinov*, položené bulharským soudem dne 14. května 2009, která se týká dalšího výkladu čl. 22 Nařízení, zejména podmínek pro udělení, resp. odepření souhlasu s léčbou v jiném členském státě.

6.3. Shrnutí pravidel pro úhradu nákladů vyplývající z práva ES¹²²

S ohledem na výše uvedené tedy lze shrnout, že z čl. 22 Nařízení a z ustálené judikatury ESD vyplývá, že náhrada nákladů vynaložených na péči, bez ohledu na to, zda se jedná o nemocniční či mimonemocniční, ke které byl dán souhlas se řídí sazbou státu, ve kterém byla poskytnuta nebo podle sazby státu pojištění v závislosti na tom, která varianta je pro pacienta příznivější.¹²³ Podstoupil-li však pacient nemocniční přeshraniční zdravotní péči bez předchozího povolení, zdravotní pojišťovna nemá povinnost refundovat jakoukoli částku po jeho návratu, ledaže by se ukázalo, že odmítnutí udělení nebylo neoprávněné. Naopak, v případě mimonemocniční péče, kterou může pacient podstoupit bez povolení přímo na základě čl. 49 SES, uhradí pojišťovna pacientovi náklady pouze do té výše, kolik by stála obdobná léčba ve státě, ve kterém je pojištěn a případný zbytek si bude muset uhradit sám. Jestliže např. Čech vycestuje do Rakouska, budou mu uhrazeny náklady pouze do výše české ceny, ledaže by obdržel předchozí souhlas.¹²⁴ Podmínkou však je, že musí jít o péči hrazenou ze zdravotního pojištění ve státě, kde je pacient pojištěn a dále musí být splněny podmínky dané právními předpisy státu pojištění pro převzetí nákladů zdravotní pojišťovnou (např. lékařské doporučení).

Pro názornost určení výše úhrady nákladů na schválenou léčbu v zahraniční je možné vysvětlit na následujícím příkladu: Karin, která je pojištěná v Belgii, má souhlas s operací v Německu. Náklady na její pobyt v nemocnici v Německu činí 4 000 EUR. Za obdobné ošetření by jí v Belgii bylo uhrazeno pouze 2 800 EUR, v Německu pak 3 200 EUR. Protože Karin obdržela povolení, vztahují se na ni stejné podmínky jako na

122 Pro názornost viz schéma v příloze č. 1 a příloze č. 2.

123 C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 45.

124 C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 32, C-56/01 *Inizan*, odst. 20, C-145/03 *Keller*, odst. 65, C-372/04 *Watts*, odst. 125.

osoby pojištěné v Německu, což znamená, že pojišťovna za ni uhradí částka 3 200 EUR a ona doplatí pouze zbývající částku ve výši 800 EUR jako spoluúčast. Pokud by naopak byla za obdobné ošetření v Belgii hrazena částka 3 500 EUR, uhradila by pojišťovna nejen úhradu podle sazeb v Německu (3 200 EUR), ale byl by jí také dodatečně uhrazen rozdíl mezi částkami obou zemí (3 500 EUR – 3 200 EUR = 300 EUR). Celková uhrazená částka by tudíž v tomto případě činila 3 500 EUR a Karin by zbývalo doplatit pouze 500 EUR.¹²⁵ Pokud by však byla péče poskytována bez spoluúčasti pacienta, jako např. v ČR, zdravotní pojišťovna by uhradila celou částku. To bude případ cizinců, kteří na základě autorizace podstoupí zdravotní péči v České republice, nebudou nic doplácet, přestože ve státě jejich pojištění je zavedena spoluúčast.

6.4. Způsob úhrady nákladů na zdravotní péči v jiném členském státě

6.4.1. Centrum mezistátních úhrad

Centrum mezistátních úhrad (dále „CMÚ“), jakožto sdružení všech českých veřejných zdravotních pojišťoven, představuje styčný orgán, který byl založen na základě Nařízení č. 574/72 a navenek reprezentuje Českou republiku v oblasti systému zdravotní péče. Prostřednictvím CMÚ se realizují mezistátní úhrady nákladů na zdravotnickou péči, kterou podstoupili čeští pojištěnci v členských státech EU,¹²⁶ stejně jako náklady na dávky poskytnuté jako výpomoc českými zdravotními pojišťovнами pojištěncům z jiných států.¹²⁷ Platby tedy neprobíhají přímo mezi zdravotnickým zařízením a cizozemskou pojišťovnou. V drtivé většině případů plánované péče v zahraničí tedy dochází k předjednání prostřednictvím CMÚ jak se zdravotnickým zařízením, tak také s pojišťovnou. CMÚ navíc poskytuje občanům ČR poradenský a základní právní servis.

6.4.2. Úhrada nákladů v případě neplánované mobility pacienta

125 www.ec.europa.eu/employment_social/social_security_schemes/healthcare/e112/cost_cs.htm.

126 Popř. v Norsku, Lichtenštejnsku, Islandě a Švýcarsku či dalších smluvních státech.

127 Způsob úhrady nákladů na přeshraniční zdravotní péči upravuje čl. 36 Nařízení č. 1408/71: “*Věcné dávky poskytované [...] institucí jednoho členského státu namísto instituce jiného členského státu budou plně uhrazeny.*”

V případě neplánované mobility jsou náklady na akutní ošetření na základě Evropského průkazu zdravotního pojištění, vyjma spoluúčasti, plně hrazeny zdravotní pojišťovnou pacienta. Místní systém zdravotního pojištění výpomocně zaplatí za ošetření cizince do té výše, jako by zaplatil za svého pojištěnce. Následně, prostřednictvím Centra mezistátních úhrad, přeúčtuje vynaložené náklady příslušné pojišťovně ošetřeného pacienta. Pacient tedy přímo ve zdravotnickém zařízení zaplatí pouze spoluúčast. V některých státech¹²⁸ musí pacienti zaplatit celou částku přímo ve zdravotnickém zařízení a poté požádat příslušnou autoritu o refundaci.

6.4.3. Úhrada nákladů v případě plánované mobility pacienta: se souhlasem zdravotní pojišťovny

Jestliže je cizinec ošetřen např. v České republice na základě autorizace své pojišťovny, musí si zvolit smluvní pojišťovnu zdravotnického zařízení, která výpomocně převezme náklady na danou péči. Ta následně naučtuje, prostřednictvím CMÚ, vynaložené náklady zdravotní pojišťovně, která cizinci vydala souhlas s přeshraniční péčí. V případě léčby českého občana ve státě, kde je zavedena spoluúčast, musí pacient tuto spoluúčast zaplatit přímo zdravotnickému zařízení, zatímco jeho pojišťovna uhradí zbytek nákladů příslušné pojišťovací instituci státu, ve kterém došlo k ošetření.¹²⁹ Následně může pacient v ČR požádat o dodatečnou refundaci spoluúčasti. Náklady se tedy hradí jako by pacient byl pojištěncem v zemi, kde je léčba poskytována a zahraniční pojišťovny tedy nemají žádný přímý “platební styk” se zdravotnickými zařízeními.¹³⁰

6.4.4. Úhrada nákladů v případě plánované mobility pacienta: bez souhlasu zdravotní pojišťovny

Jedná-li se o cizince, který do ČR vycestoval za účelem čerpání mimonemocniční zdravotní péče bez souhlasu své zdravotní pojišťovny, musí

128 Např. Belgie.

129 C-56/01 *Inizan*, odst. 20, C-368/98 *Vanbraekel*, odst. 33.

130 Dle čl. 36 odst. 3 Nařízení č. 1408/71 mohou dva nebo více členských států, nebo příslušné úřady těchto států, stanovit jiné metody náhrad nebo mohou upustit od všech náhrad mezi institucemi, které podléhají jejich zákonodárství.

poskytnutou péči zaplatit v plné výši sám přímo zdravotnickému zařízení. Následně může od své pojišťovny požadovat úhradu nákladů podle výše popsaných pravidel.

7. Odpovědnost za poskytování přeshraniční zdravotní péče

Přestože má zdravotní péče nepochybně sloužit ku prospěchu pacientů, někdy utrpí újmu kvůli chybě nebo z jiných neovlivnitelných důvodů. Proto je důležité nastavit pravidla, podle kterých se určí, kdo je odpovědný za případnou újmu a jakým způsobem jim bude poskytnuta náhrada.¹³¹ Z výzkumů Komise ES vyplývá, že přibližně v 10 % případů je způsobena újma v důsledku zdravotní péče.¹³² Přesto však otázky odpovědnosti při poskytování přeshraniční zdravotní péče nejsou dosud komplexně vyřešeny ani legislativně ani judikaturou ESD. V případě vzniku takové újmy je, dle názoru autorky, nutné rozlišovat, zda došlo ke komplikacím z důvodu nedbalosti zdravotnického zařízení, které péči poskytovalo nebo zda ke komplikacím vedla jiná příčina než pochybení.

7.1. Nedbalost zdravotnického zařízení

Jedná-li se o zanedbání lékařské péče a vznik odpovědnosti zdravotnického zařízení, vzájemná práva a povinnosti mezi pacientem a odpovědným subjektem budou obecně určena na základě pravidel mezinárodního práva soukromého.¹³³ Subjekty odpovědné za zdravotní péči by si měly zajistit pojištění odpovědnosti nebo jiné vhodné krytí škod z nedbalosti. Jestliže pacient vycestoval na základě čl. 49 SES bez povolení pojišťovny, bude muset případné náklady vzniklé v důsledku pochybení uhradit a následně bude moci žádat od zdravotnického zařízení náhradu škody způsobenou nedbalostí. Rozhodné právo a příslušný soud se bude v rámci EU řídit pravidly mezinárodního práva soukromého stanovenými v nařízení Řím I a Brusel I.¹³⁴

131 Návrh směrnice, čl. 10.

132 *Ibid*, preambule, odst. 15.

133 Srov. Obecné pokyny pro nákup léčby v zahraničí ze dne 9. listopadu 2005, Skupina na vysoké úrovni pro zdravotní péči,

134 Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008 ze dne 17. 6. 2008, o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I), nařízení Rady (ES) č. 44/2001 ze dne 22. prosince 2000 o příslušnosti a uznávání a výkonu soudních rozhodnutí v občanských a obchodních věcech (Brusel I).

Odpovědnost konkrétněji řeší také čl. 5 Směrnice, o které bude pojednáno v další části této diplomové práce.

7.2. *Neočekávané komplikace*

Problém týkající se úhrady dodatečných nákladů na léčbu může nastat zejména v případě, kdy se u pacienta, během mimonemocniční péče, objeví neočekávané komplikace, v důsledku kterých musí být hospitalizován. Již bylo výše zmíněno, že systém Evropského průkazu zdravotní pojištění slouží k tomu, aby jeho držitelům, kteří se dočasně nacházejí na území jiného členského státu, byla poskytnuta nezbytná péče, ale Průkaz se nevztahuje na situace, kdy účelem pobytu v jiném členském státě je podstoupení zdravotnické péče.¹³⁵ Pokud tedy vzniknou neočekávané komplikace během vyžádané zdravotnické péče, v důsledku kterých pacient potřebuje ošetřit, měly by, podle názoru některých akademiků a zahraničních pojišťoven, takto vynaložené náklady být považovány za akutní péči, která bude spadat do působnosti Evropského průkazu zdravotního pojištění.¹³⁶ Dokonce i názory příslušných institucí se liší, např. VZP doporučuje pacientům uzavření komerčního pojištění před vycestováním do lázní v zahraničí, které by krylo úhradu akutního ošetření. V České republice byl obdobný případ řešen pouze jednou. Jednalo se o slovenského pojištěnce, u kterého se objevily komplikace přímo související s plánovanou péčí, kvůli které do ČR přicestoval. Příslušné české instituce (shodně s názorem slovenských) rozhodly, že pokud komplikace souvisejí s plánovanou péčí, nejedná se o nezbytnou péči ve smyslu čl. 22 odst. 1 písm. a) Nařízení. Z toho vyplývá, že pacient nemá nárok na úhradu nákladů na

Použijí-li se nařízení Řím I a Brusel I, zákon č. 97/1963 Sb. o mezinárodním právu soukromém a procesním se nepoužije.

¹³⁵Rozhodnutí č. 194 ze dne 17. prosince 2003 o jednotném používání čl. 22 odst. 1 písm. a) bodu i) nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 v členském státu pobytu (2004/327/ES), čl. 1.

¹³⁶Výše uvedený závěr vychází vzhledem k absenci jasné právní úpravy ze stanoviska právní teorie; za účelem odborných konzultací byl osloven významný odborník na evropské zdravotnické právo, dr. André den Exter z Radboud University v Nijmegenu, jehož stanovisko je následující: „*In case planned cross border health care (non-hospital care) changes into urgent care (unexpected complications that require hospitalization), then there is a different situation of emergency care that does not require prior authorization. Urgent care is regulated by the E111 form/European insurance card which covers most of the costs abroad.*“ Stejného názoru je také např. Union Nationale des Mutualités Libres - belgická instituce obdobná veřejné zdravotní pojišťovně.

základě Evropského průkazu zdravotního pojištění.¹³⁷ Jedinou možností by tedy bylo, aby pacient požádal o dodatečné udělení souhlasu své pojišťovny.

S ohledem na ustálenou judikaturu a argumentační linii ESD se však autorka domnívá, že takový postup by mohl představovat potenciální překážku volného pohybu zdravotnických služeb, resp. pacientů. Pacient, který by se rozhodl vycestovat do jiného členského státu za účelem obdržení zdravotnické péče by totiž podstupoval velké finanční riziko, jelikož v případě nepředvídaných komplikací by dodatečnou léčbu musel zaplatit sám. Podle názoru autorky by však výše zmíněné komplikace neměly být zahrnuty ani do systému Evropského průkazu zdravotního pojištění, protože účelem cesty do zahraničí bylo právě obdržení zdravotnických služeb. Bylo by proto vhodné, aby náklady na neočekávané komplikace byly hrazeny stejným způsobem jako celá léčba. V případě léčby na základě souhlasu zdravotní pojišťovny by měla veškeré náklady uhradit pojišťovna podle výše pospaných pravidel. Naopak jestliže pacient vycestoval za účelem mimonemocniční péče bez souhlasu, pouze na základě čl. 49 SES, veškeré náklady včetně případné náhlé hospitalizace, by měla pojišťovna uhradit do výše, kolik by hradila, kdyby byla péče poskytnuta ve státě pojištění pacienta. Tato otázka však není řešena v legislativních předpisech, judikatuře ani v návrhu nové směrnice. Problém neočekávaných komplikací tedy pravděpodobně bude muset být vyřešen až judikaturou Evropského soudního dvora.¹³⁸

8. Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

Jestliže jsou zdravotnické služby, ačkoli mají zvláštní povahu, chápány jako služby ve smyslu komunitárního práva, pro zajištění jejich volného pohybu na evropském trhu je nezbytné, aby byly dodržovány stejné zásady ve všech členských státech. Z toho důvodu byl vytvořen návrh směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. Cílem této Směrnice, která vychází z dlouholeté judikatury

¹³⁷ Informace poskytnutá CMÚ e-mailem ze dne 29. listopadu 2008.

¹³⁸ Pravděpodobně v rámci procedury odpovídání na předběžné otázky vnitrostátních soudů podle čl. 234 SES, resp. § 109 odst. 1 písm. d) zákona č. 99/1963 občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů.

ESD, je vytvořit společný právní rámec pro volný pohyb zdravotnických služeb a objasnit nároky na její využívání v členských státech Evropské unie.¹³⁹ Ustanovení Směrnice má pomoci pacientům uplatňovat právo na přístup k přeshraniční zdravotní péči, poskytnout záruku bezpečnosti a kvality, pomoci národním zdravotnickým systémům k lepší spolupráci a dosahovat úspor z rozsahu.¹⁴⁰ Směrnice tedy má odstranit překážky volného pohybu zdravotnických služeb na jednotném evropském trhu. Pravděpodobně nejčastějšími překážkami volného pohybu těchto služeb, představuje již zmíněná velká právní nejistota týkající se hrazení nákladů na zdravotní péči, nedostatečná transparentnost systémů odpovědnosti v jednotlivých členských státech a v neposlední řadě také nedostatečná informovanost občanů či komplikovanost celého systému.¹⁴¹

Směrnice je rozdělena na tři hlavní oblasti:

1. společné zásady ve všech zdravotnických systémech EU, které stanoví zodpovědnost členských států za zajištění dodržování společných zásad v oblasti zdravotní péče a co uvedené oblasti odpovědnosti zahrnují (Kapitola II);
2. zvláštní rámec pro přeshraniční zdravotní péči: směrnice objasní nároky pacientů na využívání zdravotní péče v jiném členském státě včetně omezení, která mohou členské státy pro tuto zdravotní péči v zahraničí stanovit, a míru finančního krytí poskytovaného pro přeshraniční zdravotní péči. Tato část Směrnice vychází ze zásady, že pacienti mají nárok na náhradu do výše částky, která by byla zaplácena v případě, že by podstoupili léčbu doma, přičemž tato část vychází zejména z ustálené judikatury ESD (Kapitola III);
3. evropská spolupráce v oblasti zdravotní péče, např. v otázkách uznávání předpisů vydaných v jiných zemích, v oblasti evropských referenčních sítí, e-Health, hodnocení zdravotnických technologií či shromažďování údajů,

139 Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), čl. 1.

140 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 4, www.euractiv.cz

141 Tuto skutečnost prokázala Konzultace, kterou iniciovala Komise před návrhem Směrnice. Sdělení Komise: Konzultace týkající se akce Společenství v oblasti zdravotnických služeb SEC (2006) 1195/4 ze dne 26.zář 2006.

kvality a bezpečnosti (Kapitola IV).¹⁴²

8.1. Oblast působnosti Směrnice

Ustanovení Směrnice se použijí na poskytování veškeré přeshraniční zdravotní péče bez ohledu na její organizaci, financování, nebo zda je veřejná či soukromá.¹⁴³ Pojem „přeshraniční zdravotní péče“ je ve Směrnici vymezen jako *“zdravotní péče poskytovaná v členském státě jiném, než je ten, v němž je pacient pojištěnou osobou, nebo zdravotní péče poskytovaná v členském státě jiném než je ten, v němž je poskytovatel zdravotní péče usazen, registrován nebo v němž má sídlo.”*¹⁴⁴ Pro účely Směrnice tento pojem zahrnuje nejen využívání zdravotní péče v zahraničí, tj. pacient se za účelem léčby přesune k poskytovateli zdravotní péče v jiném členském státě, ale také přeshraniční poskytování zdravotní péče, tedy dodání služby z území jednoho členského státu na území druhého.¹⁴⁵

Směrnice se nedotýká ustanovení Nařízení 1408/71, které upravuje rovnocennost pacientů využívajících zdravotní péči v jiném členském státě, s rezidenty tohoto státu. Stejně tak se Směrnice nevztahuje na systém Evropského průkazu zdravotního pojištění. Její ustanovení tedy nebude lze uplatnit v případě zdravotní péče, která musí být akutně poskytnuta během dočasného pobytu pojištěné osoby v jiném členském státě. Směrnice dále nezasahuje do práv pacientů na získání povolení pro přeshraniční léčbu dle čl. 22 Nařízení 1408/71, resp. nařízení 883/2004 a jejím cílem není ani zřídit nárok na náhradu nákladů na léčbu v jiném členském státě, pokud tato léčba není kryta pojištěním dle právních předpisů státu, v němž je pacient pojištěn.¹⁴⁶ Směrnice také výslovně vylučuje ze své působnosti pomoc a podporu pro rodiny a dlouhodobě nemocné jednotlivce.

142 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 3.

143 Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), čl. 2.

144 Návrh směrnice, čl. 4 odst. b).

145 Pojem přeshraniční zdravotní péče zahrnuje mimo mobility pacientů také např. služby telemedicíny, diagnostiku a vydávání předpisů na dálku, laboratorní služby, trvalou přítomnost poskytovatele zdravotní péče (tj. usazení poskytovatele zdravotní péče v jiném členském státě); a dočasnou přítomnost osob (tj. mobilita zdravotnických pracovníků, například dočasný přesun do členského státu pacienta za účelem poskytnutí služeb). Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), preambule, odst. 10.

146 Resp. čl. 20 Nařízení EP a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, Úř. věst. L 166, 30.4.2004, s. 1, Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), preambule, odst. 20.

Ustanovení Směrnice však nebrání státům, aby rozšířily své systémy pojištění také na zdravotní péči poskytovanou v jiném členském státě na základě jejich ustanovení.¹⁴⁷

8.2. Právní základ Směrnice

Právním základem Směrnice je čl. 95 SES, který uděluje Radě pravomoc k tomu, aby postupem dle čl. 251 SES,¹⁴⁸ po konzultaci s Hospodářským a sociálním výborem, přijímala opatření ke sbližování ustanovení právních a správních předpisů členských států, jejichž účelem je vytvoření a fungování vnitřního trhu.¹⁴⁹ Z ustálené judikatury ESD vyplývá, že čl. 95 SES je určen ke zlepšení podmínek vytvoření a fungování vnitřního trhu.¹⁵⁰ Opatření přijatá na základě tohoto článku tedy musí skutečně směřovat k naplnění těchto cílů. Podle ESD je také použití čl. 95 jako právního základu možné za účelem předcházení vzniku budoucích překážek vyplývajících z různorodého vývoje vnitrostátních právních předpisů. Vznik takovýchto překážek však musí být pravděpodobný a účelem předmětného opatření musí být jejich prevence.¹⁵¹ Návrh Směrnice je tedy v současné době přijímán ve spolurozhodovací proceduře Rady EU a Evropského parlamentu, kdy Rada rozhoduje pouze kvalifikovanou většinou, nikoli jednomyslně. Podle plánovaného rozpisu práce by měl být návrh Směrnice projednáván v Radě v prosinci 2009.¹⁵²

Jedná o směrnici, tedy o komunitární právní předpis, který je pro stát závazný co do výsledku, jehož má být dosaženo, přičemž volba formy a prostředků se ponechává vnitrostátním orgánům.¹⁵³ Ustanovení směrnice je následně potřeba implementovat do vnitrostátních předpisů. Jestliže bude návrh přijat jak Parlamentem tak i Radou, členské státy budou mít jeden rok od vstupu Směrnice v platnost na provedení jejich

147 Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), preambule, odst. 25.

148 Postupem dle čl. 251 (viz přílohu č. 7) přijímá Rada podpůrná opatření Společenství, s vyloučením harmonizace právních a správních předpisů členských států (čl. 13 odst. 2 SES).

149 Podle čl. 14 SES vnitřní trh zahrnuje prostor bez vnitřních hranic, ve kterém je, v souladu s ustanoveními Smlouvy o založení Evropského společenství, zajištěn volný pohyb zboží, osob, služeb a kapitálu.

150 Věc C-376/98 *Spolková republika Německo v Evropský parlament a Rada EU* [2000] ECR I-8419, odst. 83. Při projednávání v Evropském parlamentu na jaře 2009 požadovali poslanci zejména změnu právního základu ze samostatného čl. 95 SES na čl. 152 SES ve spojení s čl. 95.

151 Věc C-376/98 *Spolková republika Německo v Evropský parlament a Rada EU*, odst. 86.

152 www.europarl.europa.eu/oeil/FindByProcnum.do?lang=2&procnum=COD/2008/0142.

153 Čl. 249 SES.

ustanovení.¹⁵⁴

8.3. *Soulad s principem subsidiarity a proporcionality*

Otázky vyžadující takovou úpravu, které není možné dosáhnout pouze na úrovni členských států, mohou být, v souladu s principem subsidiarity, upraveny na úrovni Společenství.¹⁵⁵ Zajištění řádného fungování vnitřního trhu v oblasti zdravotnických služeb ve smyslu čl. 49 a 50 SES bez pochyby nelze dosáhnout bez jistých sbližujících opatření na úrovni Společenství. Podle názoru autorky je tedy možné souhlasit s prohlášením Komise, podle kterého členské státy nemohou dostatečně dosáhnout cílů této Směrnice, konkrétně úpravy obecného právního rámce pro poskytování bezpečné, kvalitní a účinné přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii.¹⁵⁶ Zároveň však musí Směrnice dodržovat speciální princip subsidiarity dle čl. 152 SES, který výslovně stvrzuje plnou odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví.¹⁵⁷ Komise v důvodové zprávě tvrdí, že Směrnice zaručuje slučitelnost s obecnými cíly členských států v oblasti zdravotnictví, jako je zejména dostupnost, kvalita a bezpečnost zdravotní péče. Podle Komise zároveň Směrnice nenaruší zdravotnické systémy a systémy sociálního zabezpečení tím, že by měla negativní finanční dopad nebo by znemožnila jejich plánování.¹⁵⁸ Ustanovení návrhu Směrnice jsou dle názoru autorky v souladu s principem proporcionality a subsidiarity,¹⁵⁹ který brání Společenství činit opatření překračující rámec toho, co je nezbytné k dosažení sledovaných cílů. S ohledem na cíl Směrnice lze konstatovat, že se její ustanovení snaží respektovat odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a určování sociálních dávek v souvislosti s nemocí tak, jak to stanoví čl. 152 SES.

154 Návrh Směrnice 2008/0142 (COD), čl. 22.

155 LENAERTS, K, VAN NUFFEL, P.: *Constitutional law of the European Union, 2nd Edition*, Sweet & Maxwell, 2005, s. 103, čl. 5 SES: „Společenství jedná v mezích pravomocí svěřených mu touto smlouvou a cílů v ní stanovených. V oblastech, které nespádají do jeho výlučné pravomoci, vyvíjí v souladu se zásadou subsidiarity Společenství činnost pouze tehdy a do té míry, pokud sledovaných cílů nemůže být dosaženo uspokojivě na úrovni členských států, a proto, z důvodu jejich rozsahu či účinků, jich může být lépe dosaženo na úrovni Společenství. Činnost Společenství nepřekročí rámec toho, co je nezbytné pro dosažení cílů této smlouvy.“

156 Návrh směrnice, preambule odst. 46.

157 SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU* (September 2008), TILEC Discussion Paper No. 2008-034, s. 39.

158 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 8.

159 Čl. 5 SES (viz pozn. pod čarou č. 155).

8.4. Společné zásady ve všech zdravotnických systémech EU

Společné zásady členských států v oblasti zdravotní péče dosti vágně upravuje čl. 5 Směrnice, který lze považovat spíše za politickou proklamaci nežli konkrétně vymezené povinnosti. Již byl mnohokrát zmíněn čl. 152 SES, podle kterého jsou členské státy odpovědné za organizaci a poskytování zdravotní péče, což je dále upraveno také v čl. 5 Směrnice. Ani během příprav Směrnice nevznikly neshody v tom, že odpovědnost za přeshraniční zdravotní péči by měl nést ten stát, na jehož území byla péče poskytnuta.¹⁶⁰ Návrh Směrnice ukládá státům, aby zajistily účinné mechanismy k dosažení náhrady újmy způsobené v důsledku přeshraniční zdravotní péče.¹⁶¹ Může se jednat např. o povinnost pojištění profesní odpovědnosti nebo jiné mechanismy, které však poskytnou srovnatelnou, nikoli tedy nutně totožnou, ochranu pacientům. Jednotlivé státy budou muset zajistit, aby pacienti měli k dispozici dostupné prostředky na ochranu a náhradu za újmu způsobenou zdravotní péčí, přičemž takové prostředky musí být přiměřené povaze a rozsahu rizika.¹⁶² Rozhodnutí o konkrétní podobě těchto mechanismů si tak určí každý členský stát sám. Cílem této úpravy je, aby se zabránilo možné nedůvěře v národní ochranné mechanismy, což by mohlo tvořit překážku využívání přeshraniční zdravotní péče. Podle názoru Komise by však pokrytím újmy ze systémů země, v níž byla léčba poskytnuta, neměla být dotčena možnost pro členské státy rozšířit náhrady z vnitrostátních zdrojů na své pojištěnce, kteří vyhledají zdravotní péči v zahraničí, zejména pokud jde o případy, kdy bylo využití přeshraniční zdravotní péče nezbytné.¹⁶³ Takové rozhodnutí je však na každém jednotlivém členském státě. Čl. 5 Směrnice dále stanoví, že státy musí chránit základní právo na soukromí při zpracování osobních údajů¹⁶⁴ a zaručit nárok pacientů z jiných členských států na stejné zacházení jako s příslušníky státu, v němž je léčba poskytována.¹⁶⁵

160 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 11.

161 Návrh směrnice čl. 5 odst. 1 písm. d).

162 *Ibid.*, čl. 5 odst.1.

163 *Ibid.*, preambule odst. 15.

164 Zejména s ohledem na ustanovení směrnic 95/46/ES a 2002/58/ES.

165 Tato povinnost se vztahuje též na ochranu osob před diskriminací stanovenou v právu Společenství.

8.5. Právní rámec pro přeshraniční zdravotní péči

8.5.1. Obecná úprava

Vlastní právní úprava týkající se nároků pacientů vyhledat zdravotní péči v jiném členském státě je obsažena zejména v čl. 6, čl. 7 a čl. 8 návrhu Směrnice. Tato ustanovení také zavádí „*alternativní mechanismus*“ pro úhradu nákladů vynaložených na takovou péči.¹⁶⁶

Na základě Směrnice, zejména čl. 6, mají členské státy obecnou povinnost zajistit, aby pojištěným osobám nebylo bráněno ve využívání zdravotní péče v jiném členském státě, bez ohledu na to, zda jde o péči nemocniční či mimonemocniční. Podmínkou dle Směrnice je, že se jedná o léčbu, na kterou má pacient, v souladu s vnitrostátními právními předpisy, nárok. Stát, ve kterém je pacient pojištěn, následně poskytne pojištěnci náhradu nákladů, které by byly zaplacený v případě, že by byla stejná nebo podobná zdravotní péče poskytnuta na jeho území. Náhrada nákladů však nesmí překročit skutečné náklady, protože pacient by neměl na léčbě v zahraničí vydělávat.¹⁶⁷ Určení, která zdravotní péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění přísluší, v souladu s čl. 152 SES, každému členskému státu. Ten zároveň může podmínit úhradu nákladů tím, že pacient bude muset splnit stejné podmínky, např. lékařské doporučení, které by uložil v případě, že by obdobná zdravotní péče byla poskytnuta na jeho území. Takové podmínky však nesmí být diskriminační nebo nesmí představovat překážku volnému pohybu osob a služeb. Aby bylo možné zajistit objektivní a transparentní aplikaci takových podmínek, musí být známy předem a musí se v první řadě zakládat na zdravotních hlediscích. V opačném případě by totiž dle Komise mohly představovat zátěž navíc pro pacienty, kteří vyhledávají zdravotní péči v jiném členském státě, ve srovnání s pacienty léčenými ve státě, kde jsou pojištěni.¹⁶⁸

8.5.2. Nemocniční péče a mimonemocniční péče

Směrnice kodifikuje ustálenou judikaturu ESD a drží se tedy i rozdělení péče na

¹⁶⁶ Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 5.

¹⁶⁷ Návrh Směrnice, preambule, odst. 24.

¹⁶⁸ *Ibid*, čl. 6 odst. 3.

nemocniční a mimonemocniční včetně pravidel pro náhradu nákladů vynaložených na takovou péči. Co se týče nemocniční péče, Komise, v souladu s judikaturou ESD¹⁶⁹, předpokládá, že taková péče by mohla narušit stabilitu národních systémů či dokonce vést k nerovnoměrně dostupné péči pro všechny.¹⁷⁰ Neexistence závazné definice těchto dvou režimů však způsobuje velkou právní nejistotu, která ve svém důsledku může být jednou z překážek volného pohybu pacientů. K odstranění této právní nejistoty by měl přispět čl. 8 Směrnice, který zavádí „*minimální definici*“¹⁷¹ nemocniční péče, kterou je hospitalizace, tedy léčba, která vyžaduje, aby pacient zůstal v nemocnici nebo na klinice nejméně po dobu jedné noci nebo taková zdravotní péče, které nevyžaduje ubytování pacienta nejméně po dobu jedné noci, avšak je uvedena na zvláštním seznamu, k jehož vytvoření je Směrnicí zmocněna Komise. Tento seznam se má dle omezit pouze na zdravotní péči, která vyžaduje vysoce specializovanou a nákladnou lékařskou infrastrukturu nebo zdravotnické vybavení, nebo zdravotní péči zahrnující léčbu, která představuje obzvláště vysoké riziko.¹⁷²

Veškerá zdravotní péče, která není na základě ustanovení této směrnice považována za nemocniční péči, by měla být považována za péči mimonemocniční.¹⁷³ Vytvoření výše zmíněného seznamu bude opatření obecného významu, jehož účelem bude změna jiných než podstatných prvků Směrnice nebo její doplnění o nové, jiné než podstatné, prvky. Uvedené opatření musí být přijato podle regulativního postupu s kontrolou stanoveného v rozhodnutí o postupech pro výkon prováděcích pravomocí svěřených Komisi.¹⁷⁴ Nebude se tedy jednat o regulační opatření na základě „*sekundárního právního základu*“, který je v komunitárním právu nepřípustný.¹⁷⁵

169 Věc C-385/99 *Muller-Fauré, van Riet*, odst. 93.

170 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s.14, Kohll, odst.15.

171 *Ibid*, s.16.

172 Návrh směrnice čl. 8, odst.1, 2.

173 *Ibid*, preambule odst. 29.

174 Rozhodnutí Rady 1999/468/ES o postupech pro výkon prováděcích pravomocí svěřených Komisi, čl. 5a), Úř. Věst. L 184 , 17/07/1999, s. 0023-0026.

175 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 20-21, C¹³³/06 *European Parliament v. Council* [2008] ECR I-03189, odst. 59.

8.5.3. Vztah Směrnice s Nařízením č. 1409/71: pravidla pro úhradu nákladů

V ustanoveních Směrnice je potvrzena povinnost států a právo pacientů, vyplývající z přímo použitelného čl. 49 SES a judikatury ESD,¹⁷⁶ využít volného pohybu osob a, i bez povolení, vycestovat do zahraničí za účelem podstoupení zdravotnické péče.¹⁷⁷ Pro úhradu nákladů na takovou péči platí výše popsaná pravidla stanovená judikaturou ESD, která byla v čl. 6 Směrnice pouze kodifikována. Stát tedy poskytne náhradu nákladů, které by byly zaplacený v případě, že by byla stejná nebo podobná zdravotní péče poskytnuta na jeho území.¹⁷⁸ Komise odůvodňuje svůj návrh v duchu soudních rozhodnutí a to tak, že jestliže náhrada nákladů na zdravotní péči nepřekročí limit, který je zaručen ve státě pojištění pacienta, neohrozí taková přeshraniční péče stabilitu národního systému sociálního zabezpečení. Přesto Komise navrhla zavedení „*alternativního mechanismu*“, jelikož uvedený závěr nemusí neplatit pokud jde o nemocniční péči. Návrh Směrnice tedy vychází primárně z volného pohybu služeb a plošně nezavádí požadavek předchozího povolení pro obdržení ani nemocniční ani mimonemocniční péče v jiném členském státě, ale ponechává na úvaze jednotlivých států, aby si samy rozhodly, zda budou pro náhradu nákladů na nemocniční péči souhlas pojišťovny, či jiné příslušné instituce, vyžadovat. Pro zavedení autorizace však musí členské státy splnit následující podmínky: *“a) pokud by byla zdravotní péče poskytnuta na jeho území, byla by hrazena systémem sociálního zabezpečení tohoto členského státu a b) účelem tohoto systému je vyřešit odliv pacientů v důsledku provádění tohoto článku a zabránit tomu, aby vážně nenarušoval nebo nemohl vážně narušit finanční rovnováhu systému sociálního zabezpečení členského státu a/nebo plánování a racionalizaci v nemocničním odvětví prováděné za účelem zamezení nadbytečné kapacity nemocnic, nerovnováze v poskytování nemocniční péče a logistickým a finančním ztrátám, zachování vyvážených lékařských a nemocničních služeb přístupných pro všechny nebo zajištění kapacity pro léčbu nebo způsobilosti lékařských odborníků na území daného členského státu. Systém předchozího povolení je omezen na to, co je nezbytné a přiměřené k tomu, aby se zamezilo tomuto dopadu, a nesmí představovat prostředek*

176 Zejména rozsudky ve věci C-120/95 *Decker* a C-158/96 *Kohll*.

177 Návrh směrnice, čl. 7.

178 *Ibid*, čl. 6.

*svévolné diskriminace.*¹⁷⁹ Návrh Směrnice tedy požaduje, aby státy, chtějí-li zavést systém souhlasu s přeshraniční nemocniční léčbou, prokázaly opodstatněnost tohoto požadavku na základě výše uvedených kritérií. V tom tkví zásadní posun v evropské zdravotní politice a rozdíl mezi Směrnicí a pravidly nastavenými ESD. Soud totiž *a priori* považoval překážku volného pohybu v podobě souhlasu pojišťovny s nemocniční péčí za proporcionální, tedy v souladu s *acquis communautaire*. Směrnice však jde o krok dál a ukládá důkazní břemeno na jednotlivé státy, aby prokázaly proporcionalitu a odůvodněnost podmínky souhlasu i v případě nemocniční péče.¹⁸⁰

Zavedou-li státy systém předchozího povolení, budou muset stanovit lhůty, v nichž musí být žádost o využití přeshraniční zdravotní péče projednána, přičemž je nutné zohlednit: a) konkrétní zdravotní stav pacienta; b) stupeň bolestí, kterými pacient trpí; c) povahu zdravotního postižení pacienta; d) pacientovu způsobilost vykonávat profesní činnost.¹⁸¹ Zároveň budou muset být veškerá rozhodnutí o využívání zdravotní péče v jiném členském státě předmětem přezkumu v rámci soudního řízení, včetně ustanovení o předběžných opatřeních.¹⁸²

Čekací doba na rozhodnutí o ne/udělení povolení s podstoupením zdravotní péče v jiném členském státě není centrálně stanovena a závisí tak stát od státu. Z judikatury českých soudů¹⁸³ lze dovodit, že zdravotní pojišťovny jsou veřejné instituce hospodařící s veřejnými prostředky, jsou povinny rozhodovat v rámci správního řízení, takže lhůta se bude řídit § 71 Správního řádu, podle kterého musí být rozhodnutí vydáno bez zbytečného odkladu, popř. do 30 dnů od zahájení řízení.¹⁸⁴ Na základě informací poskytnutých zdravotními pojišťovnami¹⁸⁵ však není možné stanovit průměrnou dobu pro vydání rozhodnutí o povolení s přeshraniční péčí. Všechny pojišťovny uvedly, že se doba liší případ od případu. Přezkum vydaných rozhodnutí se bude řídit správním řádem popř. soudním řádem správním.

179 *Ibid.*, čl. 8 odst. 3 a čl. 4.

180 SAUTER, W.: The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU, TILEC Discussion Paper, č. 034, 2008, s. 48.

181 Návrh Směrnice, čl. 9, odst.4.

182 *Ibid.*, čl. 9 odst.5.

183 Rozhodnutí ÚS zn. III. ÚS 671/2002, rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 10.10. 2008, 12 Cad 11/2007-84.

184 Podle dostupných informací je rozhodováno ve správním řízení pouze ve VZP.

185 Oslovené pojišťovny: VZP, OZP, VOZP, ZPMVCR, ČNZP.

Umožní-li členský stát čerpat nemocniční péči v zahraničí bez požadavku předchozího schválení, refundace bude omezena cenou stejné nebo obdobné péče v zemi pojištění.¹⁸⁶ Dojde tak k setření judikaturou vytvořených režimů nemocniční a mimonemocniční péče, což bude více směřovat k vytvoření trhu zdravotnických služeb. Pacienti budou moci vycestovat pouze na základě čl. 49 SES, resp. na základě Směrnice bez ohledu na nemocniční či mimonemocniční povahu vyžádané péče.

Rozhodne-li se však stát souhlas s nemocniční péčí zavést, resp. zachovat *status quo*, nepoužije se Směrnice a podmínky pro udělení souhlasu i úhrada nákladů nemocniční péče se bude řídit čl. 22 písm. c) Nařízení 1408/71 a dosavadní judikaturou ESD. Pacientovi tedy budou náklady uhrazeny v plné výši podle sazby státu, která je pro pacienta příznivější. Nemocniční péče podstoupená bez povolení však nebude muset být uhrazena pojišťovnou. Naopak na mimonemocniční péči se ustanovení čl. 6 Směrnice užije.

Bez ohledu na to, zda státy zavedou vnitrostátní požadavek výše uvedeného souhlasu s nemocniční péčí či nikoli, pacient stále bude mít možnost obdržet souhlas pojišťovny s jakoukoli péčí v zahraničí, splní-li podmínky dle čl. 22 Nařízení. V takovém případě by se opět se příslušná ustanovení Směrnice¹⁸⁷ neužila a náklady by uhradila pojišťovna dle pravidel výše pospaných.¹⁸⁸

Již z výše uvedeného vyplývá, že bude-li návrh Směrnice přijat, nedojde k nahrazení příslušných ustanovení Nařízení 1408/71, ale pouze k vytvoření paralelního systému upravujícího mobilitu pacientů v rámci EU. Systém povolení na základě Nařízení č. 1408/71 a systém Směrnice, který vychází primárně z volného pohybu služeb, tedy budou souviset.¹⁸⁹ Buď se tedy použije Směrnice, nebo Nařízení. “*Patient si může zvolit, kterému mechanismu dá přednost, ale pokud z uplatnění Nařízení č. 1408/71 pro pacienta vyplývá větší prospěch, pacientovi by v žádném případě neměla*

186 Návrh Směrnice, preambule odst. 32, čl. 6.

187 *Ibid.*, čl. 6, 7, 8 a 9.

188 Viz schéma úhrad podle Směrnice v příloze č. 2.

189 Pro názornost viz schéma v příloze č. 1 a č. 2.

být odpírána práva, která uvedené Nařízení zaručuje.”¹⁹⁰ Pokud však budou splněny podmínky pro udělení souhlasu dle čl. 22 Nařízení, bude povolení vždy uděleno.¹⁹¹ Směrnice tak umožní pacientům požívat výhod plynoucích ze zásady volného pohybu služeb v souladu se Smlouvou ES.¹⁹² Vznik dvou paralelních právních úprav mobility pacientů vyplývá zejména z čl. 3 Směrnice, podle kterého se Směrnice použije, aniž jsou dotčena ustanovení nařízení 1408/71 a nařízení 883/2004.

Tento systém považuje autorka této práce za vhodný, jelikož může velice zjednodušit systém mobility pacientů bez ohledu na nemocniční či mimonemocniční péči, respektuje volný pohyb služeb, ale zároveň nezbavuje pacienty možnosti získat náhradu nákladů v plné výši v případě obdržení souhlasu. Přesto se domnívá, že dělení péče na nemocniční a mimonemocniční je nadbytečné a stále, i přes minimální definici, představuje zdroj právní nejistoty. Tento problém by se vyřešil rozdělením poskytování přeshraniční zdravotní péče pouze na péči se souhlasem pojišťovny dle Nařízení a bez ní. Veškerý pohyb pojištěnců by se tak mohl realizovat na základě ustanovení čl. 49 SES upravující volný pohyb služeb, resp. na základě ustanovení Směrnice. Náklady by tak byly hrazeny podle výše uvedeného čl. 6 Směrnice nebo v případě souhlasu dle čl. 22 Nařízení 1408/71. Tímto by pacienti mohli volně využívat přeshraniční zdravotní péče bez ohledu na to, jaký typ zařízení ji poskytuje. Dle názoru autorky se totiž dá předpokládat, že většina států požadavek autorizace zavede. Faktická situace se tak pro pacienty přijetím Směrnice příliš nezmění a podstupování přeshraniční zdravotní péče se nezjednoduší.

8.5.4. Stejně zacházení aneb kdo má přednost na čekacím listě

Státy mají na základě čl. 5 odst. 1 písm. g) Směrnice povinnost zajistit, aby pacienti z jiných členských států měli nárok na stejné zacházení jako příslušníci státu, v němž je léčba poskytována.¹⁹³ Jiná diskriminace zejména na základě věku, pohlaví,

¹⁹⁰ Návrh Směrnice, preambule, odst. 23.

¹⁹¹ *Ibid.*, čl. 9.

¹⁹² *Ibid.*, preambule, odst. 20.

¹⁹³ Touto směrnici není dotčena směrnice Rady 2000/43/ES ze dne 29. června 2000, kterou se zavádí zásada rovného zacházení s osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, ani ostatní směrnice, kterými se provádí článek 13 Smlouvy o ES.

rasy, náboženského vyznání, etnického nebo sociálního původu, jazyka, politického či jiného názoru, zdravotního postižení, sexuální orientace, *etc.*, je samozřejmě také vyloučena, což vyplývá z obecného principu zákazu diskriminace, který požaduje, aby bylo s osobami ve stejné situaci zacházeno stejně.¹⁹⁴ Tento obecný princip komunitárního práva je také zakotven v čl. 21 Listiny základních práv Evropské unie.¹⁹⁵ Členské státy mohou činit rozdíly v léčbě poskytované různým skupinám pacientů pouze tehdy, pokud lze dokázat, že je takový postup z lékařského hlediska oprávněný.¹⁹⁶ Preambule Směrnice však výslovně stanoví, že z žádného ustanovení nevyplývá pro poskytovatele zdravotní péče povinnost přijmout pacienta z jiného členského státu k plánované léčbě či dokonce *“přijímat přednostně pacienty z jiných členských států na úkor jiných pacientů, kteří potřebují podobnou zdravotní péči a kteří by tím byli poškozeni, například v důsledku prodloužení čekací lhůty na léčbu.”*¹⁹⁷ Směrnice zde tak v podstatě, i když velice vágně, upravuje legální výjimku ze zákazu diskriminace na základě státní příslušnosti. Přesto v praxi může být problematickou otázkou upřednostňování zahraniční pacientů z ekonomických důvodů na úkor pacientů, kteří jsou součástí domácího zdravotního systému. V České republice tento problém zatím vzniknout nemůže. Čekací listy vznikají totiž z toho důvodu, že nasmlouvaná péče mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami je na základě úhradových vyhlášek Ministerstva zdravotnictví limitována. Ačkoli tedy mají zdravotnická zařízení kapacitu k poskytování dané péče, dosáhnou-li určitého limitu, nemohou pacienty ošetřit, protože by jim takové výkony nebyly uhrazeny. Tato volná kapacita je tedy využívána k ošetřování cizinců. Vzhledem k tomu, že se pojištěnci z jiných členských států ani nedostanou na čekací list, zatím nehrozí problém s tím, že by „zabírali“ místo českým pojištěncům, či byli dokonce upřednostňováni.

Návrh této Směrnice je některými politiky kritizován proto, že podle jejich názoru nepřispěje k rovnosti v přístupu ke zdravotnickým službám, ale naopak se rozdíly ještě prohloubí proto, že volba ošetření v zahraničí je pouze pro bohaté osoby.

194 LENAERTS, K., VAN NUFFEL, P.: Constitutional law of the European Union, 2nd Edition, Sweet & Maxwell, 2005, s.123.

195 Důvodová zpráva ke Směrnici se odvolává především na její čl. 20 a 21, které stanoví zásadu rovnosti před zákonem a zásadu nediskriminace.

196 Např. zvláštní zákroky pro ženy nebo pro určité věkové skupiny (např. očkování zdarma pro děti nebo starší osoby). Návrh Směrnice 2008/0142, preambule odst. 13.

197 Návrh Směrnice 2008/0142, preambule, odst. 12.

Autorka této práce však s tímto názorem nesouhlasí. V případě, kdy bude pacientovi autorizace udělena, nehraje kritérium bohatství žádnou roli. V případě, kdy se pacient rozhodne pro péči v zahraničí bez autorizace, bude mu uhrazena částka maximálně do výše, kterou by domácí zdravotní systém stejně musel zaplatit, i kdyby byl pacient ošetřen ve státě svého pojištění. Osoby, které si tedy „připlatí“ za péči v zahraničí tím neohrožují ostatní pacienty, ale pouze využívají nové možnosti léčby.

8.6. Informovanost pacientů

K dosažení volného pohybu zdravotnických služeb, a tím i k přispění vysoké úrovně ochrany zdravím v EU, je jednou z klíčových podmínek dobrá informovanost občanů Evropské unie. Nedostatek informací jistě představuje jednu z hlavních překážek bránící volnému pohybu pacientů. V současné době představují náklady na přeshraniční zdravotní péči pouze 1% výdajů z rozpočtů zdravotnictví.¹⁹⁸ Pravděpodobně nejčastějším důvodem, proč lidé nevyhledávají péči v zahraničí, je nedostatečná informovanost. Například studie provedená v roce 2007 společností Health Consumer Powerhouse ve Francii, Polsku, Spojeném království, Španělsku a Německu ukázala, že 25 % občanů je přesvědčeno, že na léčbu v zahraničí nemají právo a 30 % z nich to neví jistě.¹⁹⁹ Obdobný trend potvrdil i poslední průzkum Eurobarometru o přeshraniční zdravotní péči, který ukázal, že 30 % občanů Evropské unie není informováno o možnosti využívat zdravotní péči mimo zemi, ve které jsou pojištěni.²⁰⁰ Přesto lze na základě statistických údajů vedených Centrem mezistátních úhrad shrnout, že informovanost občanů se zvyšuje. V roce 2007 si v České republice vyžádalo, na základě souhlasu pojišťovny, ošetření celkem 632 cizinců z 11 členských států EU, zatímco v roce 2008 jich bylo již 910 z celkem 8 členských států EU.²⁰¹ Čechů, kteří v roce 2006 podstoupili plánovanou zdravotní péči v jiném členském státě

198 www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=CS&type=IM-PRESS&reference=20090415BKG53728.

199 www.ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co147.pdf.

200 Flash Eurobarometer #210, Cross-border health services in the EU (přeshraniční zdravotnické služby v EU), analytická zpráva provedená The Gallup Organization, Maďarsko na žádost Generálního ředitelství pro zdraví a ochranu spotřebitele Evropské komise (GR SANCO), 2007.

201 Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2007, viz přílohu č. 5, Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2008, viz přílohu č. 6.

na základě souhlasu pojišťovny bylo 266,²⁰² zatímco v roce 2007 jich bylo již 415 a v roce 2008 vycestovalo za účelem podstoupení zdravotní péče 460 Čechů.²⁰³

Návrh Směrnice proto ukládá členským státům povinnost zajistit fungování mechanismů a vnitrostátních kontaktních míst pro poskytování informací a zvýšit informovanost občanů o všech podstatných aspektech přeshraniční zdravotní péče, protože jedině tak bude možné dosáhnout cílů vnitřního trhu.²⁰⁴ O tom, jakou budou mít takové instituce právní formu, kolik jich bude a jaká bude jejich organizační struktura rozhodne každý stát samostatně. Jelikož otázky týkající se aspektů přeshraniční zdravotní péče často vyžadují i spolupráci orgánů v různých členských státech, měla by tato národní kontaktní místa rovněž tvořit síť, jejímž prostřednictvím by tyto otázky mohly být efektivněji řešeny.

8.7. Spolupráce v oblasti přeshraniční zdravotní péče

S ohledem na využití potenciálu vnitřního trhu, ukládá Směrnice členským státům, aby si vzájemně pomáhaly při jejím provádění a aby zjednodušily poskytování přeshraniční zdravotní péče na regionální a místní úrovni za účelem odstranění zbytečných překážek bránících volnému pohybu zdravotnických služeb.²⁰⁵

8.7.1. Evropské referenční sítě

K dosažení výše uvedeného cíle mají státy na základě čl. 15 Směrnice usnadňovat rozvoj evropských referenčních sítí poskytovatelů zdravotní péče. Cílem referenčních sítí je především posílit spolupráci v oblasti specializované zdravotní péče, maximalizovat efektivní využívání zdrojů jejich soustředěním tam, kde je to z různých důvodů vhodné a vytvořit měřítko kvality a bezpečnosti zdravotní péče v EU. V současné době existuje pouze Evropská referenční síť zabývající se vzácnými

202 Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2006, viz přílohu č. 4.

203 Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2007, viz přílohu č. 5, statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2008, viz přílohu č. 6.

204 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s. 17, Návrh Směrnice 2008/0142, čl. 10.

205 Návrh Směrnice 2008/0142, čl. 13, důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s.19.

chorobami.²⁰⁶

8.7.2. Uznávání předpisů vydaných v jiném členském státě

Předepisování léčivých přípravků bude často tvořit součást přeshraniční zdravotní péče. Ne všechny státy však přijímají předpisy vydané v jiném členském státě, což může tvořit praktické překážky přeshraniční zdravotní péči. Všechny léčivé přípravky povolené ve Společenství musí splňovat harmonizovaná kritéria kvality, bezpečnosti a účinnosti, a proto by měly být předpisy vydané pověřenou osobou v jednom členském státě uznávány kdekoli v rámci EU. Z toho důvodů má čl. 14 Směrnice za cíl sblížit národní právní úpravu tím, že ukládá povinnost zajistit, aby cizozemské předpisy na léčivé přípravky, registrované na jejich území,²⁰⁷ mohly být uplatněny na jejich území. Výjimku budou představovat případy, kdy bude odůvodněná pochybnost ohledně pravosti nebo obsahu konkrétního předpisu. Za tím účelem je Komise Směrnicí zmocněna k přijetí opatření umožňující farmaceutovi nebo jiné pověřené osobě ověřit pravost takového předpisu. Dle Směrnice má dále Komise vypracovat šablonu pro předpisy Evropského společenství a podpořit interoperabilitu v oblasti elektronických lékařských předpisů.²⁰⁸ Za účelem zajištění vysoké úrovně ochrany zdraví je také nezbytné zajistit, aby pacient rozuměl informacím o farmaceutickém výrobku.²⁰⁹

8.7.3. Elektronické zdravotnictví: e-health

Pro zajištění skutečně kvalitního poskytování přeshraniční péče, především pro zajištění kontinuity léčby pacienta, je nezbytné důsledné a včasné předávání informací o jeho zdravotním stavu mezi dotčenými zdravotnickými zařízeními. Jednotlivé státy však používají různé druhy informačních technologií, což může představovat zdravotní riziko pro pacienty a v důsledku toho také překážku přeshraničnímu poskytování zdravotní

206 www.ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/rare_8_en.htm.

207 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES ze dne 6. listopadu 2001 o kodexu Společenství týkajícím se humánních léčivých přípravků, čl. 6 odst.1.

208 Návrh Směrnice 2008/0142, čl. 14 odst.2.

209 Důvodová zpráva návrhu směrnice 2008/0142(COD), s.19.

péče.²¹⁰ Proto je harmonizace týkající se předávání informací o zdravotním stavu pacienta na úrovni Společenství nezbytná. Na základě Směrnice bude Komise oprávněná přijmout opatření nezbytná pro dosažení interoperability informačních a komunikačních technologií členských států.²¹¹ Ty však nebudou mít povinnost tyto systémy zavést. S ohledem na čl. 152 SES, podle kterého musí být zaručená vysoká úroveň ochrany zdraví při provádění politik Společenství, se však autorka této práce domnívá, že ačkoli taková povinnost neplyne přímo ze Směrnice, mohla vyplývat z čl. 10 SES, který upravuje princip loajality členských států.²¹² Pojištěnci v jednotlivých členských státech by však neměli být nuceni se do takového systému zapojit, jelikož se jedná o citlivá osobní data týkající se jejich zdraví, o kterých mají právo si sami rozhodovat.

V České republice byl zaveden systém elektronických zdravotních kníže (IZIP) již v roce 2003. Přihlášení do systému je jak pro pacienty, tak pro zdravotnická zařízení dobrovolný. Ke dni 20. listopadu 2009 bylo do systému IZIP zaregistrováno více než milion sto tisíc pacientů a téměř 7 000 zdravotnických zařízení a 12 000 lékařů, kteří jsou oprávněni zapisovat data do zdravotních knížek svých pacientů registrovaných v systému IZIP.²¹³

9. Úvahy de lege ferenda

Zdravotnické systémy začínají být propojeny více než kdy jindy, na což Společenství musí reagovat také ve své politice. Vzhledem k odlišnosti právních předpisů upravujících zdravotní a sociální systémy jednotlivých členských států, je naprosto nezbytný společný legislativní rámec. Evropské Společenství dosud spoléhalo v oblasti mobility pacientů pouze na rozsudky ESD. S ohledem na dostatečnou právní jistotu je však nezbytné, aby byla vytvořena přehledná legislativa, která by jasně a

210 Srov. *Towards an improved framework for cross-border healthcare*, Editorial comments, Common Market Law Review, č. 45, 2008, s. 1329.

211 Návrh Směrnice 2008/0142, čl. 16.

212 Čl. 10 SES: „Členské státy přijmou veškerá vhodná obecná i zvláštní opatření k plnění závazků, které vyplývají z této smlouvy nebo jsou důsledkem činnosti orgánů Společenství. Usnadňují mu plnění jeho poslání. Zdrží se jakýchkoli opatření, jež by mohla ohrozit dosažení cílů této smlouvy.“

213 Tisková zpráva ze dne 20.11.2009, k dispozici na www.izip.cz/pro-media/aktuality/101-3.

srozumitelně upravila tuto problematiku. Vzhledem k tomu, že zatím neexistuje platná a jednotná definice režimů nemocniční a mimonemocniční péče, je způsobena enormní právní nejistota. Dochází tak k porušování jednoho ze základních principů EU.²¹⁴ Pacienti, kteří mají zájem vycestovat do zahraničí za účelem obdržení péče tak podstupují často velmi významné finanční riziko, jelikož si nemohou být jisti, zda jim péče bude po jejich návratu proplacena zdravotní pojišťovnou. Je pravděpodobné, že péče v zahraničí bude ve většině případech dražší než v ČR. Bylo by tedy logické, kdyby se české zdravotní pojišťovny snažily vykládat podstoupenou péči bez předchozího souhlasu, jako nemocniční, čímž by byly zbaveny povinnosti náklady na léčbu nahradit. Jediná pacientova obrana by tedy bylo podání žaloby a čekání v nejistotě na verdikt soudu. Proto autorka velice vítá snahu Komise vymezit obsah výše zmíněných režimů péče. Občané EU musí přesně znát pravidla, na základě kterých je možné udělit či odmítnout souhlas se zdravotní péčí v jiném členském státě a za jakých podmínek mají nárok na úhradu nákladů. Díky neustálé právní nejistotě nemohou občané EU plně využívat výhod, které jim nabízí princip volného pohybu.

Dále je klíčové poskytovat dostatečné informace občanům EU o jejich právech a povinnostech, aby mohli lépe využívat svobodu pohybu a poskytování zdravotnických služeb. Pro zaručení srovnatelné péče je také nutné stanovit jednotné evropské léčebné standardy v rámci celé EU.²¹⁵

Jak bylo uvedeno výše, náklady vynaložené na přeshraniční zdravotní péči představují podle odhadů Komise ES asi 1% celkových nákladů na zdravotní péči.²¹⁶ Toto procento však může být podstatně vyšší především v příhraničních regionech, v malých členských státech, u vzácných chorob a v oblastech s vysokým počtem návštěvníků ze zahraničí.²¹⁷ I přes tak nízké procento vynaložených nákladů mají některé státy obavy z nadměrného přílivu osob žádajících zdravotní péči na jejich území, což by mohlo mít za následek nemožnost poskytnout dostatečnou péči svým vlastním občanům. Stejně tak by mohlo v některých státech dojít k tomu, že by se

214 Čl. 5 SEU.

215 Možností by bylo např. zavedení jednotné evropské akreditace zdravotnických zařízení.

216 Tiskové prohlášení Komise ES IP/07/524, ze dne 20.4. 2007.

217 Ibid.

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.

Seznam zkratk

CMÚ - Centrum mezistátních úhrad

ES - Evropského společenství

ESD – Evropský soudní dvůr

SES – Smlouva o založení Evropského společenství

Seznam použité literatury a pramenů

Knihy:

FIGUERAS, J., MCKEE, M., CAIN, J., LESSOF, S. (eds.): *Health systems in transition: learning from experience*, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 153 s.

HÄMÄLÄINEN, R.M., KOIVUSALO, M., OLLILA, E.: *EU Policies and Health*, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) Helsinki, Finland, 2004, 74 s.

HERVEY, T., MCHALE, J.: *Health law and the European Union*, Cambridge University Press, Cambridge 2004, lv+467 s.

HOLLAND, W., MOSSIALOS, E., (eds.): *Public Health Policies in the European Union*, Ashgate Publishing Ltd., Hampshire, 1999, x+379 s.

LENAERTS, K., VAN NUFFEL, P.: *Constitutional law of the European Union, 2nd Edition*, Sweet & Maxwell, 2005, cli+971 s.

MCHALE, J., FOX, M.: *Health Care Law*, Sweet & Maxwell, London, 2007, xxxv+1181 s.

MCKEE, M., MOSSIALOS, E., BEATEN, R. (eds): *The Impact of EU Law on Health Care Systems*, P.I.E.-Peter Lang, 2002, 313 s.

MCKEE, M., MACLEHOSE, L., NOLT, E.: *Health policy and European Union enlargement*, Open University Press, 2004, 314 s.

MOSSIALOS, E., MCKEE, M.: *EU law and the social character of health care*, P.I.E.-Peter Lang, 2002, 259 s.

PIETERS, D., VAN DEN BOGAERT, S.: *The consequences of European competition law for national health policies*, Maklu Uitgevers, 1997, s. 9-51

ROSENMÖLLER, M., MCKEE, M., BAETEN, R., (eds.): *Patient Mobility in the European Union - Learning from experience*, WHO 2006, 212 s.

Odborné články:

ABBING ROSCAM, H., D. C.: *Rights of patients in the European context, ten years and after*, European Journal of Health Law, č. 11, 2004, s. 7-15

ABBING ROSCAM, H., D. C.: *Public Health in the Treaty of Amsterdam (Treaty on the European Union)*, European Journal of Health Law, č. 5, 1998, s. 171-175

- BERTINATO, L., BUSSE, R., FAHY, N., LEGIDO-QUIGLEY, H., MCKEE, M., PALM, W., PASSARANI, I., RONFINI, F.: *Cross-Border Health Care in Europe (Policy brief)*, World Health Organization, 2005, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 32 s
- BUSSE, R., WISMAR, M.: *Scenarios on the development of consumer choice for healthcare services*, in Busse, R. (ed.): *The European Union and Health Services*, IOS Press, 2002, s. 249-273
- BRUZZI, S.: *European Healthcare Systems between Market and Cooperation: What Role for the European Institutions?*, *The European Union Review*, č. 10, 2005, s. 35-49
- CABRAL, P.: *Cross-border medical care in the European Union – bringing down a first wall*, 24 *E.L.Rev.*, 1999, s. 387-395
- CABRAL, P.: *The Internal Market and the Right to Cross Border Medical Care*, *EUR. L. REV.*, č. 29, 2004, s. 673-686
- CALNAN, M., PALM, W., QUAGHEBEUR, D. N. A., SOHY, F.: *Cross-border use of health care: A survey of frontier workers' knowledge, attitudes and use*, č. 7(3) *European Journal of Public Health*, 1997, s. 25-32
- COUSINS, M.: *Patient mobility and national health systems*, *Legal issues of economic integration*, č.34. 2007, s. 183-193
- CYGAN, A.: *Public Healthcare in the European Union: Still a service of general interest?*, *International and comparative law quarterly*, č. 57, part 3, 2008, s. 529-560
- DAVIES, G.: *The Community's internal market-based competence to regulate healthcare: scope, strategies and consequences*, *Maastricht Journal*, č. 14(3), 2007, s. 215-238
- DAVIES, G.: *Health and Efficiency: Community Law and National Health Systems in the Light of Müller-Fauré*, *Medical Law Review*, č. 67(1), 2004, s. 94-107
- DAWES, A.: *“Bonjour herr doctor“: National health care systems, the internal market and cross-border medical care within the European Union*, *Legal issues of economic intégration*, č. 33(2), 2006, s. 167-182
- DEN EXTER, A.: *Legal Consequences of EU Accession for Central and Eastern European Health Care Systems*, *European Law Journal*, č. 8(4), 2002, s. 556-573
- DEN EXTER, A.: *Patient Mobility in European Union: Health Spas in Ischia, Italy*, *Croat Med J*, č. 46(2) 2005, s. 197-200
- DRIJBER, B. J., STERGIUO, H.: *Public procurement law and internal market law*, *Common Market Law Review*, č. 46, 2009, s. 805-846

- DOUGAN, M., STALFORD, H.: *The impact of migration on healthcare in the European Union*, Maastricht Journal, č. 4(3), 2007, s. 209-212
- FRANCE, G.: *Cross-border flows of Italian patients within the European Union: An international trade approach*, European Journal of Public Health, č. 7(3), 1997, s. 18-25
- FUCHS, M.: *Free Movement of Services and Social Security – Quo Vadis?*, European Law Journal, č. 8, 2002, s. 536-555
- GEVERS, S.: *Health Law in Europe: From the Present to the Future*, European Journal of Health Law, č. 15, 2008, s. 261-272
- GREER, S.L.: *Choosing paths in European Union health services policy: a political analysis of a critical juncture*, Journal of European Social Policy 2008, č. 18, s. 219–231
- GIUBBONI, S.: *Free Movement of Persons and European Solidarity*, European Law Journal, č. 13, 2007, s. 360–379
- HATZOPOULOS, V.G.: *Killing National Health and Insurance Systems but Healing Patients? The European Market for Health Care Services after the Judgements of the ECJ in Vanbraekel and Peerbooms*, Common Market Law Review, č. 39, 2002, s. 683–729
- HATZOPOULOS, V.: *Health law and policy: The impact of the EU*, in de Búrca, G. (ed.): *EU law and the welfare state in search of solidarity*, Oxford University Press, 2005, s. 111-168
- HERMANS, H.E.G.M.: *Cross-border Health Care in the European Union: Recent Legal Implications of „Decker and Kohll“*, Journal of Evaluation in Clinical Practice, č. 6(4), 2000, s. 431-439
- HERMANS, H.E.G.M.: *Patients' rights in the European Union: Cross-border care as an example of the right to health care*, European Journal of Public Health, č. 7(3)1997, s. 11-17
- HERMESSE, J., LEWALLE, H.: PALM, W.: *Patient mobility within the European Union*, European Journal of Public Health, č. 7(3), 1997, s. 4-10
- HERVEY, T. K.: *Community and National Competence in Health after “Tobacco Advertiing“*, Common Market Law Review, č. 38, 2001, s. 1421-1446
- HERVEY, T. K., TRUBEK, LOUISE G.: *Freedom to Provide Health Care Services within the EU: An Opportunity for a Transformative Directive*, Uni of Wisconsin Legal Studies Research Paper, č. 1050, 24 s.

(dostupné na SSRN: <http://ssrn.com/abstract=988952>)

- HERVEY, T.: *Mapping the contours of European Union health law and policy*,

European Public Law, č. 8, 2002, s. 69-105

HERVEY, T.: *New governance responsibilities to health care migration in the EU: the EU guidelines on block purchasing*, Maastricht Journal of European Comparative Law, č. 14, 2007 (Special issue: The impact of migration on healthcare systems in the EU), s. 303-306

HERVEY, T.: *The current legal framework on the right to seek health care abroad in the European Union*, Cambridge Yearbook of European Legal Studies 2006/2007, č. 9, s. 261-286

HERVEY, T.: *The European Union and the governance of health care* in de Búrca and Scott (eds.), *New Governance and Constitutionalism in the EU and the US*, Oxford, Hart, 2006, s. 179-210

HERVEY, T.: *The European Union's governance of health care and the welfare modernization agenda*, Regulation & Governance, č. 2, 2008, s. 103–120

JORENS, Y.: *Impact de la jurisprudence la plus récente de la cour européenne de justice sur l'influence des règles relatives au marché intérieur sur les systèmes nationaux de sante, plus spécialement les arrêts prononcés après décembre 2001: les cas Müller-Fauré – Van Riet (1), Inizan (2) et Leichtle (3)*, Revue belge de sécurité sociale – 2e trimestre 2004, s. 379-403

KACZOROWSKA, A.: *A Review of the Creation by the European Court of Justice of the Right to Effective and Speedy Medical Treatment and its Outcomes*, European Law Journal, č. 12, 2006, s. 345–370

KRAJEWSKI, M., FARLEY, M.: *Limited Competition in national health systems and the application of competition law: the AOK Bundesverband case*, European Law Review, č. 29, 2004, s. 842-851

LEGIDO-QUIGLEY, H., MCKEE, M., NOLTE, E., GLINOS, I. A.: *Assuring the quality of health care in the European Union*, World Health Organization 2008, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 241 s.

LEIDL, R., RHODES, G.: *Cross-border health care in the European Union*, European Journal of Public Health, č. 7(3), 1997, s. 1-3

LENAERTS, K.: *Le développement de l'Union social européenne dans la jurisprudence de la Cour de justice*, ERA Forum 2008, s. 62-97

LISAC, M., BLUM, K., SCHLETTE, S.: *Health Systems and Health Reform in Europe*, July/August, Intereconomics, 2008, pp. 184-218

MADLIN, R.: *UK health challenges: can the EU make a difference?* Clinical Medicine, č. 6(5)2006, s. 493-496

MARTINSEN, D. S.: *Towards an Internal Health Market with the European Court*, West European Politics, č. 28, 2005, s. 1035-1056

- MÄKINEN, M.: *Delivery of European cross-border healthcare and the relevance and effects of EU regulations and judicial processes, with reference to delivery of drugs and blood donor information material* (dizertační práce), University of Helsinki, Finland, 2007, 94 s.
- McCARTHY, M.: *Competitive markets for European public health research?* *European Journal of Public Health*, č. 17(3), 2007, s. 235–236
- McCARTHY, M.: *The European health strategy—so what next?* *European Journal of Public Health*, č. 18(6), 2008, s. 554–557
- McHALE, J.V.: *Commentary: Rights to Medical Treatment in EU Law, R. (Watts) v. Bedford Primary Care Trust and Another*, *Medical Law Review*, č. 15, 2007, s. 99–108
- McHALE, J.V.: *Framing a right to treatment in English law? Watts in retrospective*, *Maastrich Journal*, č. 14(3), 2007, s. 263–285
- McHALE, J.V.: *Rights to medical treatment in EU law*, *Medical Law Review*, č. 15, 2007, s. 99–108
- McHALE, J.V.: *Law, Patient's Rights and NHS Resource Allocation: Is Eurostar the Answer?* *Health Care Anal*, č. 14, 2006, s. 169–183
- McKEE, M., MacLEHOSE, L., ALBERT, T.: *Free movement of patients*, in *Health policy and European Union enlargement*, Maidenhead, Open University Press, 2004, pp. 158–175
- MOSSIALOS, E., McKEE, M., RATHWELI, T.: *Health care and the single market*, *European Journal of Public Health*, č. 7(3), 1997, s. 235–237
- MOSSIALOS, E., PALM, W.: *The European Court of Justice and the free movement of patients in the European Union*, *International Social Security Review*, č. 56, 2003, s. 3–29
- NEWDICK, C.: *Citizenship, free movement and health care: cementing individual rights by corroding social solidarity*, *Common Market Law Review*, č. 43, 2006, s. 1645–1668
- NYS, H.: *Comparative Health Law and the Harmonization of Patients' Rights in Europe*, *European Journal of Health Law*, č. 8, 2001, s. 317–331
- OBERMAIER, A. J.: *The national judiciary – Sword of European court of justice rulings: The example of the Kohll Decker jurisprudence*, *European Law Journal*, č. 14, 2008, s. 735–752
- ÖSTERLE, A.: *Health care across borders: Austria and its new EU neighbours*, *Journal of European Social Policy*, č. 17, 2007, s. 112–124
- PASCALIA, V. : *Co-ordination of social security in the European Union : an overview*

- of recent case law*, Common Market Law Review, č. 46, 2009, s. 1177-1218
- PAULUS, A., EVERS, S., (& co.): *Cross Border Health Care: An Analysis of Recent ECJ Rulings*, European Journal of Law and Economics, č. 14, 2002, s. 61–73
- SAUTER, W.: *The Proposed Patient Mobility Directive and the Reform of Cross-Border Healthcare in the EU*, TILEC Discussion Paper, č. 034, 2008, 53 s. (dostupné na SSRN: <http://ssrn.com>)
- RIEDER, C.: *The EC Commission's new adopted baby: health care*, Columbia Journal of European Law, č. 14, 2007, s. 146-165
- SALLY, D., SIZMUR, S.: *Measuring patient experiences in Europe: what can we learn from the experiences in the USA and England?* European Journal of Public Health, č. 19(4), 2009, s. 354–356
- SERRANO, A. S.: *Improvements in Cross-border access to health care within the European Union*, Harvard International Law Journal, č. 43, 2002, s. 553-567
- SIEVEKING, K.: *ECJ Rulings on Health Care Services and Their Effects on the Freedom of Cross-Border Patient Mobility in the EU*, European Journal of Migration and Law, č. 9, 2007, s. 25-51
- SINDBJERG, D., MARTINSEN, VRANGBAEK, K.: *The europeisation of health care governance: implementing the market imperatives of Europe*, Public Administration, č. 86(1), 2008, s. 169–184
- STÅHL, T.P.: *Is health recognized in the EU's policy process? An analysis of the European Commission's impact assessments*, European Journal of Public Health, č. 23, 2009, s. 1–6
- TOMASEK, M.: *Osnova vstupů evropského práva do oblasti zdravotnictví*, Právník, č. 2, 2006, s. 168-183
- van DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Some Reflections on Geraets-Smits and Peerbooms and Vanbraekel*, Maastricht Journal, č. 9(2), 2002, s. 189-213
- van DER MEI, A.P.: *Cross-Border Access to Health Care within the European Union: Recent Developments in Law and Policy*, European Journal of Health Law, č. 10, 2003, s. 369-380
- VAN DER MEI, A.P.: *“Cross-border access to medical care: Non-hospital care and waiting lists”*, Legal Issues of Economic Integration, č. 31, 2004, s. 57-67
- van NUFFEL, P.: *Patients' free movement rights and cross-border access to healthcare*, The Maastricht Journal of European and Comparative Law, č. 12(3), 2005, s. 253-270
- EDITORIAL COMMENTS, *Towards an improved framework for cross-border healthcare, Editorial comments*, Common Market Law Review, č. 45, 2008, s. 1325-

Dokumenty:

The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union - executive summary, report submitted to the Belgian presidency of the EU, Brussels 2001 (by Mossialos, E., McKee, M., Palm, W., Karl, B., Marhold, F.)

Usnesení Evropského parlamentu o pohybu pacientů a vývoji zdravotní péče v Evropské unii (2004/2148(INI)) - Mobilita pacientů a vývoj zdravotní péče

Sdělení Komise o následných opatřeních souvisejících s procesem reflexe na vysoké úrovni týkající se mobility pacientů a vývoje zdravotní péče v Evropské unii, KOM(2004) 301 v konečném znění, 20. dubna 2004

Zpráva Evropského parlamentu o pohybu pacientů a vývoji zdravotní péče v Evropské unii, A6-0129/2005 v konečném znění, duben 2005

Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech EU, 10173/06 SAN 168 SOC 302 MI 132, červen 2006

Sdělení Komise: Konzultace týkající se akce Společenství v oblasti zdravotnických služeb SEC (2006) 1195/4 ze dne 26. září 2006

Závěry Rady o společných hodnotách a zásadách ve zdravotních systémech Evropské unie - Úř. věst. C 146, 22.6.2006

Health and Consumer Protection Directorate-General, European Commission: Summary report of the responses to the consultation regarding "Community action on health services" (SEC (2006) 1195/4 of 26 September 2006)

Statistická ročenka CMU, 2006

The ECJ Case Law on Cross-Border Aspects of Health Services, IP/A/IMCO/FWC/2006-167/C3/SC1, Briefing Note to the European Parliament members, IPOL/A/IMCO/NT/2006-22 PE 382.183

Usnesení Evropského parlamentu o činnosti Společenství v oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče, B6-0098/2007, březen 2007

Zpráva Evropského parlamentu o dopadu a důsledcích vyjmutí zdravotnických služeb z působnosti směrnice o službách na vnitřním trhu, A6-0173/2007 v konečném znění, květen 2007

eHealth for Safety: Impact of ICT on patients safety and risk management, eHealth for safety report, October, 2007, European Commission, 70 s.

House of Lords: European Union Committee: Cross border health services in the

European Union, Report with evidence, 20 February 2007

Statistická ročenka CMU, 2007

Zápis z debaty v evropském parlamentu, organizované LVMI Europe, která se konala dne 4. března 2008 na téma: “Patients Rights for Cross-Border Health Care - Freedom for patients and providers”

Pracovní dokument útvarů Komise připojený k návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči: Souhrn posouzení dopadů, SEK(2008) 2164, 2. července 2008

Towards a Renewed Social Agenda for Europe — Citizens’ Well-being in the Information Society, SEC(2008) 2183, Commission staff

A Community framework on the application of patients' rights in cross-border healthcare, COM(2008) 415 final

SEK(2008) 2164, Pracovní document připojený k návrhu směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči: Souhrn posouzení dopadů

Study on “Quality in and Equality of Access to Healthcare Services: HealthQUEST”, commissioned by the European Commission, DG Employment, Social Affairs and Equal Opportunity, 2008, 359 s.

Právní předpisy:

zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád

Nařízení Rady (EEC) 1408/71 ze 14. června 1971, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství

Ústava České republiky, ústavní zákon č. 1/1993 Sb.

Listina základních práv a svobod, znovu publikovaná jako ústavní zákon č. 2/1993 Sb.

94/46/ES ze dne 24. října 1995, Úř. věst. L 281, 23.11.1995, s. 31. směrnice o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů

Směrnice 95/46/ES Evropského parlamentu a Rady z 24. října 1995 o ochraně jednotlivců s ohledem na zpracování osobních údajů a o volném pohybu takovýchto údajů, Úř. věst. L 281, 23.11.1995

2002/58/ES ze dne 12. července 2002, Úř. věst. L 201, 31.7.2002, s. 37. směrnice EP a Rady o zpracování osobních údajů a ochraně soukromí v odvětví elektronických komunikací

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení

Smlouva o Evropské Unii, č. 44/2004 Sb. m. s.

Smlouva o založení Evropského společenství, č. 44/2004 Sb. m. s.

Návrh směrnice 2008/0142 EP a Rady o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči, předloženo Komisí ES KOM(2008) 414

Smlouva o Evropské Unii, Smlouva o Evropské Unii ve znění Lisabonské smlouvy, č. 111/2009 Sb.m.s.

Judikatura ESD:

6/64 *Costa v. ENEL* [1964] ECR 585

238/82 *Duphar BV et al.* [1984] ECR 523

286/82 a 26/83 *Luisi a Carbone* [1984] ECR 377 I-1931

C-159/90 *Society for the protection of unborn children Ireland Ltd v Stephen Grogan* [1991] ECR I-4685

C-159/91C-160/91 *Christian Poucet* [1993] ECR I-637

C-120/95 *Decker* [1998] ECR I-1831

C-158/96 *Kohll* [1998] ECR I-1931

C-368/98 *Vanbraekel* [2001] ECR I-5363

C 376/98 *Spolková republika Německo v. Parlament a Rada* [2000] ECR I-8419

C-157/99 *Geraets-Smiths, Peerbooms* [2001] ECR I-5473

C-385/99 *Müller-Fauré* [2003] ECR I-4509

T-377/00 *Philip Morris International* [2003] ECR II-1

C-326/00 *Ioannidis* [2003] ECR I-1703

C-145/03 *Keller* [2005] ECR I-2529

C-372/04 *Watts* [2006] ECR I-4325

C-444/05 *Stamatelaki* [2007] ECR I-3185

C-133/06 *European Parliament v. Council* [2008] ECR I-03189

Internetové stránky:

www.ec.europa.eu

www.cmu.cz

www.curia.europa.eu/

www.europarl.europa.eu

www.travelabroad.com

www.euractiv.cz

www.ssrn.com

www.mzcr.cz

www.se2009.wordpress.com

Seznam příloh

1. Příloha č. 1: Schéma úhrad nákladů na zdravotnickou péči podstoupenou v zahraničí (v EU)
2. Příloha č. 2: Schéma úhrad nákladů na zdravotnickou péči podstoupenou v zahraničí (v EU) podle návrhu směrnice 2008/0142 (COD)
3. Příloha č. 3: Graf: Vývoj mobility pacientů v České republice
4. Příloha č. 4: Počet cizinců a Čechů, kteří si vyžádali péči v ČR v roce 2006 (Zdroj: Statistická ročenka CMÚ)
5. Příloha č. 5: Počet cizinců a Čechů, kteří si vyžádali péči v ČR v roce 2007 (Zdroj: Statistická ročenka CMÚ)
6. Příloha č. 6: Počet cizinců a Čechů, kteří si vyžádali péči v ČR v roce 2008 (Zdroj: Statistická ročenka CMÚ)
7. Příloha č. 7: Článek 49, článek 50, článek 152 SES, článek 251 SES
8. Příloha č. 8: Článek 22, článek 36 Nařízení č. 1408/71
9. Příloha č. 9: Článek 6, článek 7, článek 8, článek 9 návrhu směrnice 2008/0142



Schéma úhrad nákladů za zdravotní péči v zahraničí

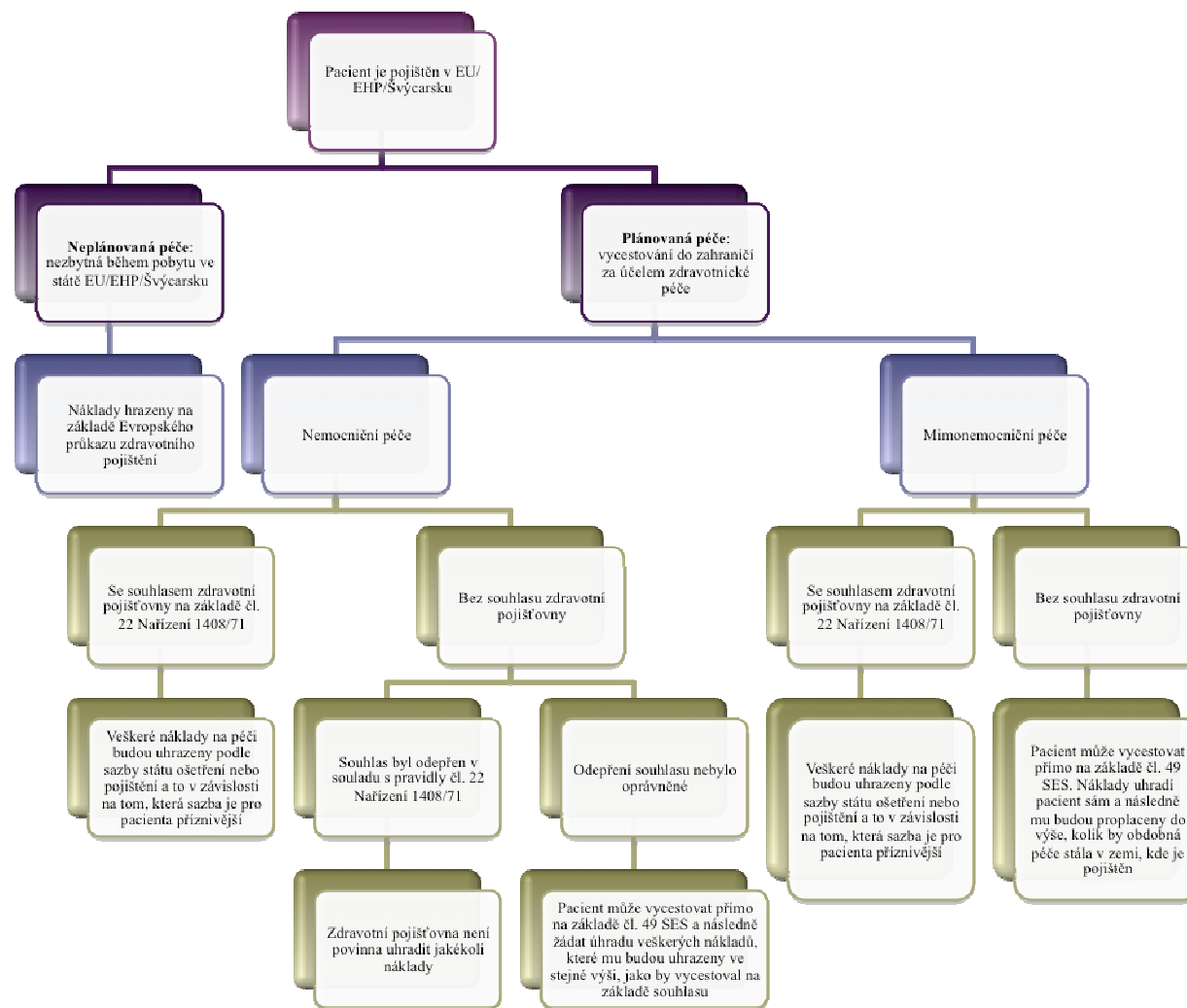
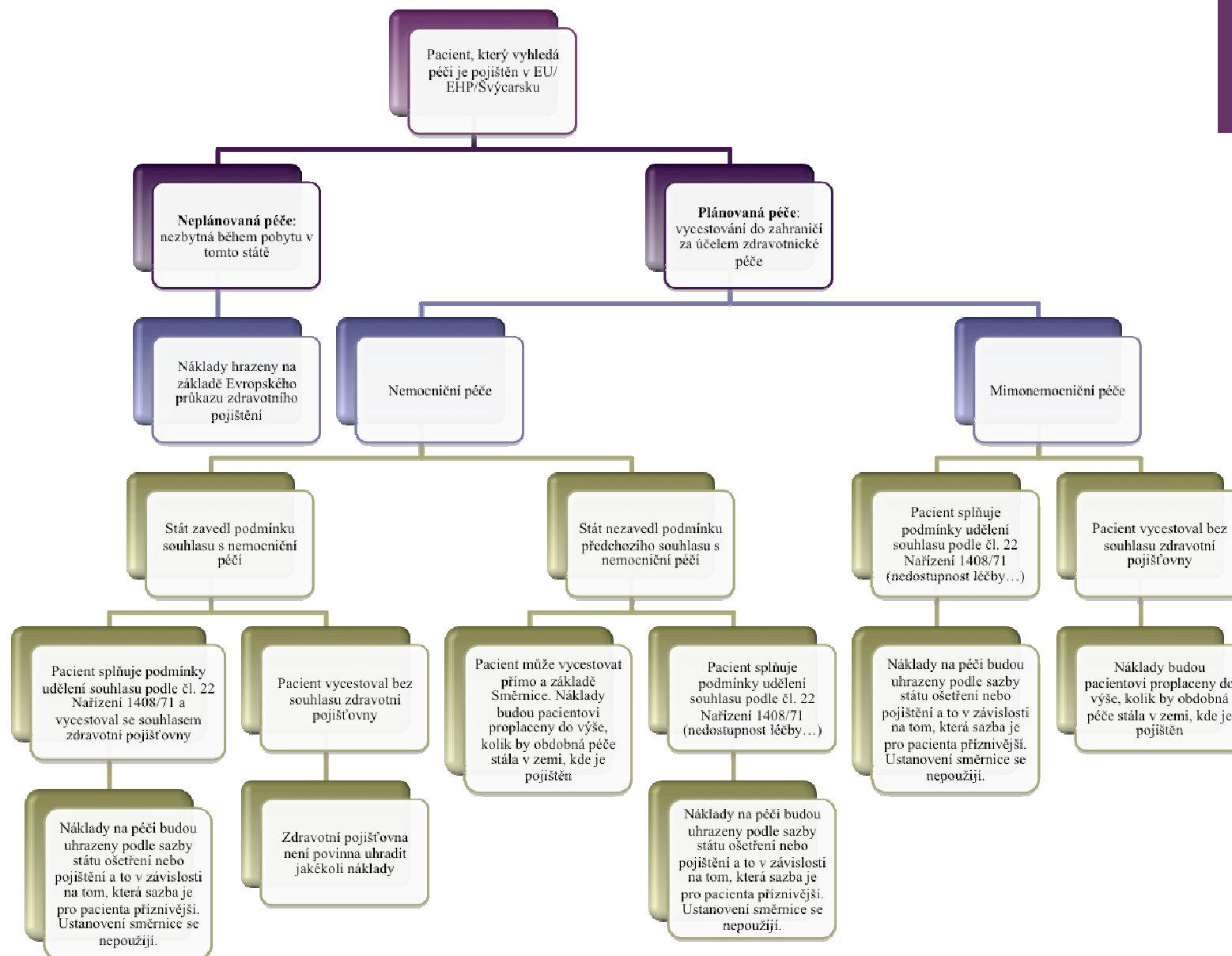
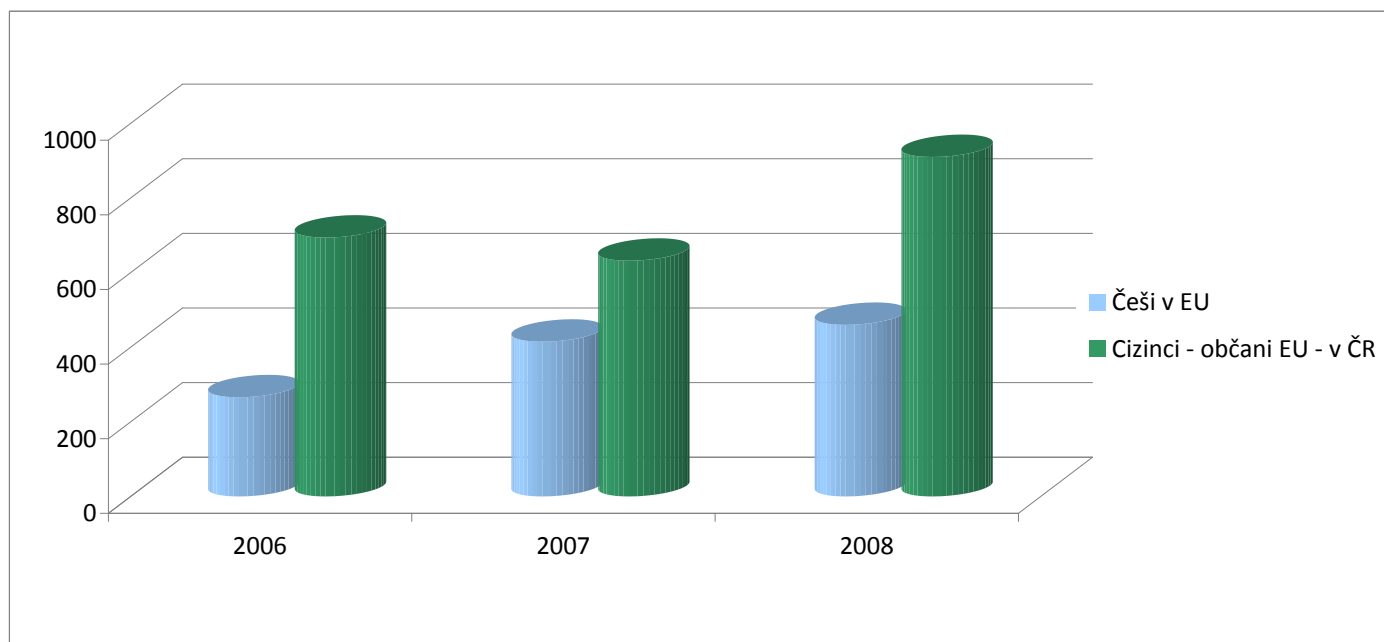




Schéma úhrad nákladů na péči v zahraničí podle návrhu směrnice 2008/0142 (COD)



Vývoj mobility pacientů v České republice



Tab. č. 7 - Čeští pojištěnci ošetření v zahraničí – počet případů a výše uplatněných skutečných nákladů dle skupin osob

Země / Skupina	Přechodný pobyt		Pracovníci		Vyžádaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	84	1 419 460,72 Kč	3	3 224,80 Kč	1	168 549,80 Kč	88	1 591 235,32 Kč
Dánsko	19	28 253,18 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	19	28 253,18 Kč
Estonsko	13	9 825,22 Kč	3	955,36 Kč	0	0,00 Kč	16	10 780,58 Kč
Finsko	36	542 362,92 Kč	0	0,00 Kč	2	23 095,30 Kč	38	565 458,22 Kč
Francie	255	8 798 536,57 Kč	5	4 206,08 Kč	6	639 385,88 Kč	266	9 442 128,53 Kč
Chorvatsko	92	176 218,45 Kč	0	0,00 Kč	21	188 166,16 Kč	113	364 384,61 Kč
Irsko	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč
Island	4	25 216,98 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	4	25 216,98 Kč
Itálie	257	5 733 602,27 Kč	2	910,04 Kč	0	0,00 Kč	259	5 734 512,31 Kč
Jugoslávie	5	35 497,32 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	5	35 497,32 Kč
Kypr	1	15 441,66 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	1	15 441,66 Kč
Litva	7	12 885,98 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	7	12 885,98 Kč
Lotyšsko	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč
Lucembursko	40	687 555,37 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	40	687 555,37 Kč
Maďarsko	0	0,00 Kč	10	22 810,91 Kč	0	0,00 Kč	10	22 810,91 Kč
Malta	5	29 494,40 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	5	29 494,40 Kč
Německo	2171	48 856 560,23 Kč	131	1 403 595,90 Kč	8	14 739 938,58 Kč	2310	65 000 094,71 Kč
Nizozemí	94	2 404 196,08 Kč	25	137 300,45 Kč	1	23 167,08 Kč	120	2 564 663,61 Kč
Norsko	6	2 700 170,79 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	6	2 700 170,79 Kč
Polsko	253	1 461 100,73 Kč	450	898 948,11 Kč	1	822,97 Kč	704	2 360 871,81 Kč
Portugalsko	11	7 594,24 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	11	7 594,24 Kč
Rakousko	1185	16 608 096,94 Kč	107	846 518,87 Kč	1	26 300,31 Kč	1293	17 480 916,12 Kč
Rumunsko	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč
Řecko	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč
Slovensko	5122	12 951 049,36 Kč	16221	30 420 750,12 Kč	246	2 846 003,58 Kč	21589	46 217 803,06 Kč
Slovinsko	110	1 778 161,24 Kč	5	90 705,29 Kč	0	0,00 Kč	115	1 868 866,53 Kč
Španělsko	461	2 621 241,14 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	461	2 621 241,14 Kč
Švédsko	136	1 942 135,91 Kč	1	12 042,24 Kč	0	0,00 Kč	137	1 954 178,15 Kč
Švýcarsko	2	115 028,34 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	115 028,34 Kč
Velká Británie	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč
Celkem	10369	108 959 686,04 Kč	16963	33 841 968,17 Kč	287	18 655 429,66 Kč	27619	161 457 083,87 Kč

Tab. č. 1 - Cizí pojišťenci ošetření v České republice – počet případů a skutečné náklady dle skupin osob

Země / Skupina	Přechodný pobyt		Pracovníci		Vyžádaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	137	706 518,66 Kč	100	268 924,17 Kč	1	19 049,92 Kč	238	994 492,75 Kč
Dánsko	31	246 886,80 Kč	57	251 505,57 Kč	0	0,00 Kč	88	498 392,37 Kč
Estonsko	28	30 700,23 Kč	3	1 931,88 Kč	0	0,00 Kč	31	32 632,11 Kč
Finsko	92	117 260,25 Kč	2	2 769,50 Kč	0	0,00 Kč	94	120 029,75 Kč
Francie	418	2 565 327,96 Kč	66	97 380,51 Kč	1	226,16 Kč	485	2 662 934,63 Kč
Chorvatsko	16	604 575,25 Kč	0	0,00 Kč	22	47 373,88 Kč	38	651 949,13 Kč
Irsko	268	1 057 353,57 Kč	4	12 580,00 Kč	1	10 614,63 Kč	273	1 080 548,20 Kč
Island	14	10 443,65 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	14	10 443,65 Kč
Itálie	729	2 768 436,93 Kč	157	268 934,24 Kč	2	1 038 628,68 Kč	888	4 075 999,85 Kč
Jugoslávie	15	150 677,14 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	15	150 677,14 Kč
Kypr	30	27 259,46 Kč	1	1 654,00 Kč	0	0,00 Kč	31	28 913,46 Kč
Litva	29	850 212,29 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	29	850 212,29 Kč
Lotyšsko	8	36 719,37 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	8	36 719,37 Kč
Lucembursko	36	71 404,26 Kč	952	1 819 244,15 Kč	0	0,00 Kč	988	1 890 648,41 Kč
Maďarsko	110	1 566 987,55 Kč	24	14 450,90 Kč	0	0,00 Kč	134	1 581 438,45 Kč
Malta	6	39 061,73 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	6	39 061,73 Kč
Německo	4200	29 530 292,52 Kč	14893	33 286 685,92 Kč	24	505 863,17 Kč	19117	63 322 841,61 Kč
Nizozemí	235	3 703 459,97 Kč	899	1 669 562,18 Kč	0	0,00 Kč	1134	5 373 022,15 Kč
Norsko	175	2 296 826,43 Kč	21	47 254,76 Kč	0	0,00 Kč	196	2 344 081,19 Kč
Polsko	664	7 284 218,29 Kč	608	1 499 971,69 Kč	0	0,00 Kč	1272	8 784 189,98 Kč
Portugalsko	107	134 578,39 Kč	17	22 493,59 Kč	0	0,00 Kč	124	157 071,98 Kč
Rakousko	964	6 752 478,84 Kč	10067	21 708 940,69 Kč	2	2 195,71 Kč	11033	28 463 615,24 Kč
Rumunsko	2	934 298,28 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	934 298,28 Kč
Řecko	139	602 445,37 Kč	11	7 333,52 Kč	0	0,00 Kč	150	609 778,89 Kč
Slovensko	11981	70 757 834,00 Kč	1176	4 453 308,33 Kč	645	36 773 162,97 Kč	13802	111 984 305,30 Kč
Slovinsko	43	71 310,88 Kč	14	7 466,84 Kč	0	0,00 Kč	57	78 777,72 Kč
Španělsko	373	2 507 232,28 Kč	28	114 734,62 Kč	0	0,00 Kč	401	2 621 966,90 Kč
Švédsko	284	1 522 011,30 Kč	2	363,75 Kč	0	0,00 Kč	286	1 522 375,05 Kč
Švýcarsko	90	744 467,28 Kč	40	139 854,46 Kč	0	0,00 Kč	130	884 321,74 Kč
Velká Británie	1699	7 704 460,33 Kč	96	265 338,93 Kč	18	167 426,31 Kč	1813	8 137 225,57 Kč
Celkem	22923	145 395 739,26 Kč	29238	65 962 684,20 Kč	716	38 564 541,43 Kč	52877	249 922 964,89 Kč

Tab. č. 7 - Čeští pojištěnci ošetření v zahraničí – počet případů a výše uplatněných skutečných nákladů dle skupin osob

Země / Skupina	přechodný pobyt		pracovníci		vyžádaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	359	34 181 182,86 Kč	17	104 759,61 Kč	2	86 285,05 Kč	378	34 372 227,52 Kč
Dánsko	27	120 410,86 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	27	120 410,86 Kč
Estonsko	12	11 646,71 Kč	5	3 102,15 Kč	0	0,00 Kč	17	14 748,86 Kč
Finsko	26	240 128,83 Kč	1	2 578,94 Kč	2	43 082,36 Kč	29	285 790,13 Kč
Francie	306	15 117 723,66 Kč	20	251 568,78 Kč	1	3 795,55 Kč	327	15 373 087,99 Kč
Chorvatsko	1532	2 532 980,56 Kč	0	0,00 Kč	20	176 204,91 Kč	1552	2 709 185,47 Kč
Island	8	234 715,27 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	8	234 715,27 Kč
Itálie	417	16 024 433,14 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	417	16 024 433,14 Kč
Kypr	15	362 250,29 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	15	362 250,29 Kč
Litva	13	35 210,60 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	13	35 210,60 Kč
Lucembursko	68	1 615 951,28 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	68	1 615 951,28 Kč
Maďarsko	0	0,00 Kč	13	16 552,31 Kč	0	0,00 Kč	13	16 552,31 Kč
Malta	7	36 412,78 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	7	36 412,78 Kč
Německo	4244	78 992 340,02 Kč	326	4 694 157,29 Kč	14	3 341 694,01 Kč	4584	87 028 191,32 Kč
Nizozemí	39	1 300 468,31 Kč	2	3 329,16 Kč	0	0,00 Kč	41	1 303 797,47 Kč
Norsko	10	847 136,84 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	10	847 136,84 Kč
Polsko	557	2 512 797,92 Kč	1261	3 663 042,99 Kč	0	0,00 Kč	1818	6 175 840,91 Kč
Rakousko	1498	20 754 465,30 Kč	138	634 787,20 Kč	4	83 029,88 Kč	1640	21 472 282,38 Kč
Řecko	1	305,94 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	1	305,94 Kč
Slovensko	21679	52 091 565,70 Kč	36455	78 022 703,26 Kč	390	4 438 847,27 Kč	58524	134 553 116,23 Kč
Slovinsko	202	3 866 235,93 Kč	9	11 430,73 Kč	0	0,00 Kč	211	3 877 666,66 Kč
Španělsko	630	3 135 708,31 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	630	3 135 708,31 Kč
Švédsko	172	3 860 501,78 Kč	1	9 108,00 Kč	2	144 215,28 Kč	175	4 013 825,06 Kč
Švýcarsko	130	4 948 119,33 Kč	12	53 729,49 Kč	0	0,00 Kč	142	5 001 848,82 Kč
Celkem	31952	242 822 692,22 Kč	38260	87 470 849,91 Kč	435	8 317 154,31 Kč	70647	338 610 696,44 Kč

Tab. č. 1 - Cizí pojištěnci ošetření v České republice – počet případů a skutečné náklady dle skupin osob

Země / Skupina	přechodný pobyt		pracovníci		vyžádaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	149	510 855,70 Kč	141	203 447,67 Kč	0	0,00 Kč	290	714 303,37
Bulharsko	59	2 022 585,47 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	59	2 022 585,47
Dánsko	72	167 831,02 Kč	98	249 904,42 Kč	0	0,00 Kč	170	417 735,44
Estonsko	23	157 853,98 Kč	2	944,69 Kč	0	0,00 Kč	25	158 798,67
Finsko	96	231 129,51 Kč	3	4 895,16 Kč	0	0,00 Kč	99	236 024,67
Francie	550	2 615 481,22 Kč	60	184 894,20 Kč	1	1 848,00 Kč	611	2 802 223,42
Chorvatsko	13	415 384,16 Kč	0	0,00 Kč	29	28 918,69 Kč	42	444 302,85
Irsko	372	819 869,20 Kč	8	48 109,36 Kč	1	8 625,43 Kč	381	876 603,99
Island	28	33 343,17 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	28	33 343,17
Itálie	897	2 968 843,37 Kč	127	441 640,46 Kč	8	179 025,05 Kč	1032	3 589 508,88
Jugoslávie	27	132 212,92 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	27	132 212,92
Kypr	53	78 645,49 Kč	18	24 394,36 Kč	0	0,00 Kč	71	103 039,85
Lichtenštejnsko	2	1 515,41 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	1 515,41
Litva	43	1 832 046,28 Kč	2	18 784,91 Kč	1	26 536,98 Kč	46	1 877 368,17
Lotyšsko	12	106 559,21 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	12	106 559,21
Lucembursko	35	73 193,33 Kč	1115	3 340 056,50 Kč	0	0,00 Kč	1150	3 413 249,83
Maďarsko	136	1 148 456,17 Kč	18	16 034,29 Kč	0	0,00 Kč	154	1 164 490,46
Malta	6	2 659,33 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	6	2 659,33
Německo	4561	22 669 349,43 Kč	14861	36 390 379,86 Kč	44	1 116 111,97 Kč	19466	60 175 841,26
Nizozemí	504	3 184 097,12 Kč	1135	2 996 838,95 Kč	2	8 596,78 Kč	1641	6 189 532,85
Norsko	223	688 589,36 Kč	24	33 571,29 Kč	0	0,00 Kč	247	722 160,65
Polsko	869	10 275 740,24 Kč	686	1 667 379,63 Kč	0	0,00 Kč	1555	11 943 119,87
Portugalsko	170	294 332,74 Kč	7	18 817,26 Kč	0	0,00 Kč	177	313 150,00
Rakousko	1278	6 891 262,75 Kč	10779	23 656 185,36 Kč	1	28 836,00 Kč	12058	30 576 284,11
Rumunsko	15	669 273,71 Kč	24	21 542,43 Kč	0	0,00 Kč	39	690 816,14
Řecko	130	841 787,08 Kč	27	18 847,87 Kč	1	2 877,60 Kč	158	863 512,55
Slovensko	14893	86 719 503,81 Kč	1356	4 097 350,79 Kč	526	28 649 400,72 Kč	16775	119 466 255,32
Slovinsko	52	312 108,53 Kč	18	29 150,64 Kč	0	0,00 Kč	70	341 259,17
Španělsko	417	1 208 769,48 Kč	32	148 069,06 Kč	0	0,00 Kč	449	1 356 838,54
Švédsko	316	917 471,92 Kč	9	28 903,86 Kč	2	1 533,47 Kč	327	947 909,25
Švýcarsko	261	1 588 682,52 Kč	253	934 410,40 Kč	0	0,00 Kč	514	2 523 092,92
Velká Británie	2413	7 222 765,57 Kč	138	449 952,04 Kč	45	164 458,31 Kč	2596	7 837 175,92
Celkem	28675	156 802 199,20 Kč	30941	75 024 505,46 Kč	661	30 216 769,00 Kč	60277	262 043 473,66

10. Čeští pojištěnci ošetření v zahraničí – počet případů a výše uplatněných skutečných nákladů dle skupin osob

Země / Doklad	Přechodný pobyt		Pracovníci		Plánovaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	371	5 373 602,12 Kč	38	206 996,09 Kč	1	92 010,83 Kč	410	5 672 609,04 Kč
Bulharsko	14	84 534,14 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	14	84 534,14 Kč
Dánsko	47	238 696,28 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	47	238 696,28 Kč
Estonsko	22	36 597,42 Kč	10	23 809,63 Kč	0	0,00 Kč	32	60 407,05 Kč
Finsko	24	179 702,23 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	24	179 702,23 Kč
Francie	430	34 032 947,09 Kč	31	311 643,26 Kč	1	3 403,35 Kč	462	34 347 993,70 Kč
Chorvatsko	1732	3 314 500,46 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	1732	3 314 500,46 Kč
Island	8	82 257,57 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	8	82 257,57 Kč
Itálie	307	5 394 152,13 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	307	5 394 152,13 Kč
Srbsko, Černá Hora	4	51 651,80 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	4	51 651,80 Kč
Kypr	2	2 019,36 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	2 019,36 Kč
Litva	9	35 806,52 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	9	35 806,52 Kč
Lotyšsko	5	6 272,76 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	5	6 272,76 Kč
Lucembursko	66	587 265,68 Kč	3	3 792,54 Kč	0	0,00 Kč	69	591 058,22 Kč
Maďarsko	0	0,00 Kč	31	54 993,33 Kč	0	0,00 Kč	31	54 993,33 Kč
Makedonie	2	916,01 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	916,01 Kč
Malta	18	170 195,16 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	18	170 195,16 Kč
Německo	4341	78 608 810,79 Kč	394	3 083 813,67 Kč	13	585 145,53 Kč	4748	82 277 769,99 Kč
Nizozemí	233	5 131 817,94 Kč	116	156 783,19 Kč	7	157 027,15 Kč	356	5 445 628,28 Kč
Polsko	883	4 231 252,47 Kč	11689	9 746 793,89 Kč	0	0,00 Kč	12572	13 978 046,36 Kč
Rakousko	1982	26 670 961,04 Kč	127	684 647,46 Kč	2	51 436,00 Kč	2111	27 407 044,50 Kč
Rumunsko	2	17 730,84 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	2	17 730,84 Kč
Slovensko	22233	63 611 931,94 Kč	41531	86 299 487,93 Kč	431	6 584 192,64 Kč	64195	156 495 612,51 Kč
Slovinsko	165	1 084 011,92 Kč	12	100 117,10 Kč	0	0,00 Kč	177	1 184 129,02 Kč
Španělsko	934	5 168 847,13 Kč	1	929,81 Kč	0	0,00 Kč	935	5 169 776,94 Kč
Švédsko	159	4 433 056,08 Kč	1	3 079,44 Kč	0	0,00 Kč	160	4 436 135,52 Kč
Švýcarsko	232	8 591 594,87 Kč	37	312 834,85 Kč	1	186 792,06 Kč	270	9 091 221,78 Kč
Velká Británie	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	4	68 618,12 Kč	4	68 618,12 Kč
Celkem	34225	247 141 131,75 Kč	54021	100 989 722,19 Kč	460	7 728 625,68 Kč	88706	355 859 479,62 Kč

Tabulka obsahuje počet případů a tomu odpovídající náklady na ošetření českých pojištěnců na území jiných států, které byly v roce 2008 zahraničními styčnými orgány uplatněny na CMU. Rozhodující pro zahrnutí do tabulky je datum uplatnění na CMU v roce 2008.

1. Cizí pojištěnci ošetření v České republice – počet případů a skutečné náklady dle skupin osob

Země / Doklad	přechodný pobyt		pracovníci		vyžádaná péče		Celkem	
	počet	částka	počet	částka	počet	částka	počet	částka
Belgie	202	1 579 850,75 Kč	185	363 925,66 Kč	0	0,00 Kč	387	1 943 776,41 Kč
Bulharsko	177	3 645 519,55 Kč	8	16 924,81 Kč	0	0,00 Kč	185	3 662 444,36 Kč
Dánsko	162	818 146,28 Kč	71	246 964,53 Kč	0	0,00 Kč	233	1 065 110,81 Kč
Estonsko	15	64 879,01 Kč	8	11 827,01 Kč	0	0,00 Kč	23	76 706,02 Kč
Finsko	92	199 450,54 Kč	6	11 180,00 Kč	0	0,00 Kč	98	210 630,54 Kč
Francie	586	2 102 595,24 Kč	74	105 356,30 Kč	2	7 715,16 Kč	662	2 215 666,70 Kč
Chorvatsko	10	474 003,06 Kč	0	0,00 Kč	36	66 970,13 Kč	46	540 973,19 Kč
Irsko	498	1 822 657,30 Kč	15	39 438,96 Kč	0	0,00 Kč	513	1 862 096,26 Kč
Island	44	371 492,04 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	44	371 492,04 Kč
Itálie	1111	3 145 110,55 Kč	189	548 216,76 Kč	4	109 361,80 Kč	1304	3 802 689,11 Kč
Srbsko, Černá Hora	37	105 091,74 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	37	105 091,74 Kč
Kypr	81	120 316,98 Kč	16	53 422,36 Kč	0	0,00 Kč	97	173 739,34 Kč
Litva	76	1 107 765,77 Kč	0	0,00 Kč	6	362 883,46 Kč	82	1 470 649,23 Kč
Lotyšsko	29	63 315,44 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	29	63 315,44 Kč
Lucembursko	54	564 477,18 Kč	1344	4 698 770,37 Kč	0	0,00 Kč	1398	5 263 247,55 Kč
Maďarsko	164	1 876 167,82 Kč	8	9 422,88 Kč	0	0,00 Kč	172	1 885 590,70 Kč
Malta	8	29 290,43 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	8	29 290,43 Kč
Německo	4546	24 182 600,31 Kč	14213	35 110 957,60 Kč	36	468 566,81 Kč	18795	59 762 124,72 Kč
Nizozemí	603	4 760 030,16 Kč	1283	2 820 036,56 Kč	2	5 725,50 Kč	1888	7 585 792,22 Kč
Norsko	223	730 686,22 Kč	55	85 669,32 Kč	0	0,00 Kč	278	816 355,54 Kč
Polsko	1016	12 896 487,85 Kč	741	3 711 477,39 Kč	0	0,00 Kč	1757	16 607 965,24 Kč
Portugalsko	222	846 826,43 Kč	10	11 919,47 Kč	0	0,00 Kč	232	858 745,90 Kč
Rakousko	1244	4 635 473,69 Kč	11442	32 155 902,15 Kč	0	0,00 Kč	12686	36 791 375,84 Kč
Rumunsko	37	372 450,39 Kč	78	205 791,00 Kč	0	0,00 Kč	115	578 241,39 Kč
Řecko	157	416 501,33 Kč	33	60 279,41 Kč	10	323 141,98 Kč	200	799 922,72 Kč
Slovensko	17270	113 290 950,72 Kč	1655	5 340 177,64 Kč	795	48 342 114,67 Kč	19720	166 973 243,03 Kč
Slovinsko	76	301 684,76 Kč	22	25 486,00 Kč	0	0,00 Kč	98	327 170,76 Kč
Španělsko	566	1 191 272,20 Kč	45	298 772,30 Kč	0	0,00 Kč	611	1 490 044,50 Kč
Švédsko	382	1 357 470,56 Kč	17	88 099,37 Kč	0	0,00 Kč	399	1 445 569,93 Kč
Švýcarsko	313	2 190 628,28 Kč	322	728 608,99 Kč	0	0,00 Kč	635	2 919 237,27 Kč
Turecko	1	1 205,23 Kč	0	0,00 Kč	0	0,00 Kč	1	1 205,23 Kč
Velká Británie	2834	14 545 107,00 Kč	170	330 250,67 Kč	55	317 263,85 Kč	3059	15 192 621,52 Kč
Celkem	32836	199 809 504,81 Kč	32010	87 078 877,51 Kč	946	50 003 743,36 Kč	65792	336 892 125,68 Kč

Tabulka obsahuje počet případů ošetření cizích pojištěnců na území České republiky, za které české zdravotní pojišťovny výpomocně uhradily skutečné náklady. Rozhodující pro zahrnutí do tabulky je vyúčtování ze strany české výpomocné zdravotní pojišťovny na CMU v období mezi 1.4.2008 a 1.4. 2009 – záměrem je, aby údaje vzhledem k cca čtvrtletnímu zpoždění mezi poskytnutím péče a jejím vyúčtováním co nejvíce odpovídaly ošetřením cizích pojištěnců poskytnutým v České republice v roce 2008 (tato metodika navazuje na dříve připravované Statistické ročenky). Počty případů i výše částek jsou děleny podle jednotlivých dlužných dotčených států a dále podle skupin osob.

Článek 49 Smlouvy o založení ES (bývalý článek 59)

- (1) Podle následujících ustanovení jsou zakázána omezení volného pohybu služeb uvnitř Společenství pro státní příslušníky členských států, kteří podnikají v jiném státě Společenství, než se nachází příjemce služeb.
- (2) Rada může na návrh Komise rozhodnutím přijatým kvalifikovanou většinou rozšířit použitelnost této kapitoly též na poskytovatele služeb, kteří jsou státními příslušníky třetích zemí a kteří jsou usazeni ve Společenství.

Článek 50 Smlouvy o založení ES (bývalý článek 60)

- (1) Za služby se podle této smlouvy pokládají výkony poskytované zpravidla za úplatu, pokud nejsou upraveny ustanoveními o volném pohybu zboží, kapitálu a osob.
- (2) Služby zahrnují zejména:
 - a) činnosti průmyslové povahy;
 - b) činnosti obchodní povahy;
 - c) řemeslné činnosti;
 - d) činnosti v oblasti svobodných povolání.
- (3) Aniž jsou dotčena ustanovení kapitoly týkající se práva usazování, může poskytovatel služby za účelem jejího poskytnutí dočasně provozovat svou činnost ve státě, kde je služba poskytována, za stejných podmínek, jaké tento stát ukládá svým vlastním státním příslušníkům.

Článek 152 Smlouvy o založení ES (bývalý článek 129)

- (1) Při vymezení a provádění všech politik a činností Společenství je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví.

Činnost Společenství doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení lidského zdraví. Tato činnost zahrnuje boj proti nejzávažnějším chorobám podporou výzkumu jejich příčin, přenosu a jejich předcházení, jakož i zdravotnické informace a zdravotní výchovu.

Společenství doplňuje činnost členských států ke snižování škodlivých účinků drog na zdraví, včetně informačních a prevenčních opatření.

- (2) Společenství podněcuje spolupráci mezi členskými státy v oblastech uvedených v tomto článku a případně podporuje jejich činnost.

Ve spojení s Komisí koordinují členské státy mezi sebou své politiky a programy v oblastech uvedených v odstavci 1. V úzkém spojení s členskými

státy může Komise vyvinout jakékoli užitečné podněty na podporu takové koordinace.

- (3) Společenství a členské státy podporují spolupráci se třetími zeměmi a s příslušnými mezinárodními organizacemi v oblasti veřejného zdraví.
- (4) Rada přispívá postupem podle článku 251 po konzultaci s Hospodářským a sociálním výborem a Výborem regionů k dosažení cílů uvedených v tomto článku přijímáním následujících opatření:
 - a) opatření k zajištění vysokých standardů kvality a bezpečnosti pro orgány a látky lidského původu, jakož i pro krev a krevní deriváty; tato opatření nebrání členským státům zachovávat nebo zavádět přísnější ochranná opatření;
 - b) odchylně od článku 37 opatření ve veterinární a rostlinolékařské oblasti, která mají za svůj přímý cíl ochranu veřejného zdraví;
 - c) stimulačních opatření, která mají za cíl ochranu a zlepšení lidského zdraví, s vyloučením harmonizace právních a správních předpisů členských států.Rada může dále na návrh Komise kvalifikovanou většinou vydávat doporučení k účelům uvedeným v tomto článku.
- (5) Při činnosti Společenství v oblasti veřejného zdraví je plně uznávána odpovědnost členských států za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče. Opatření podle odst. 4 písm. a) se nedotýkají zejména vnitrostátních předpisů o dárcovství nebo lékařském využití orgánů a krve.

Článek 251 Smlouvy o založení ES (bývalý článek 189b)

- (1) Odkazuje-li tato smlouva, pokud jde o přijetí aktu, na tento článek, použije se následující postup.
- (2) Komise předloží Evropskému parlamentu a Radě návrh. Po obdržení stanoviska Evropského parlamentu jedná Rada kvalifikovanou většinou takto:
 - jestliže schválí veškeré změny obsažené ve stanovisku Evropského parlamentu, může přijmout navrhovaný akt v takto pozměněném znění;
 - jestliže Evropský parlament nenavrhne žádné změny, může přijmout navrhovaný akt;
 - v ostatních případech zaujme společný postoj a postoupí jej Evropskému parlamentu. Rada podrobně informuje Evropský parlament o důvodech, na základě kterých zaujala společný postoj. Komise podrobně informuje Evropský parlament o svém postoji.

Jestliže ve lhůtě tří měsíců od tohoto postoupení Evropský parlament:

- (a) schválí společný postoj nebo nepřijme žádné usnesení, pokládá se dotyčný akt za přijatý v souladu se společným postojem;
 - (b) odmítne společný postoj nadpoloviční většinou hlasů všech svých členů, pokládá se navrhovaný akt za nepřijatý;
 - (c) navrhne většinou hlasů všech svých členů změny společného postoje a změněný návrh postoupí Radě a Komisi, která k těmto změnám zaujme stanovisko.
- (3) Schválí-li Rada kvalifikovanou většinou všechny změny navržené Evropským parlamentem ve lhůtě tří měsíců od jejich obdržení, pokládá se dotyčný akt za přijatý v podobě takto změněného společného postoje; o návrzích změn, k nimž Komise zaujala odmítavé stanovisko, však Rada rozhoduje jednomyslně. Neschválí-li Rada všechny změny, svolá předseda Rady po dohodě s předsedou Evropského parlamentu ve lhůtě šesti týdnů dohodovací výbor.
- (4) Dohodovací výbor, který se skládá z členů Rady nebo jejich zástupců a ze stejného počtu zástupců Evropského parlamentu, má za úkol dosáhnout přijetí dohody o společném návrhu kvalifikovanou většinou členů Rady nebo jejich zástupců a většinou zástupců Evropského parlamentu. Komise se účastní jednání dohodovacího výboru a vyvíjí veškerou činnost potřebnou ke sblížení postojů Evropského parlamentu a Rady. Při plnění svého úkolu se dohodovací výbor zabývá společným postojem na základě změn navržených Evropským parlamentem.
- (5) Schválí-li dohodovací výbor ve lhůtě šesti týdnů od svého svolání společný návrh, mají Evropský parlament, který se usnáší nadpoloviční většinou odevzdaných hlasů, a Rada, která rozhoduje kvalifikovanou většinou, ode dne tohoto schválení šest týdnů na to, aby přijaly navrhovaný akt v souladu se společným návrhem. Neschválí-li jeden z obou orgánů navržený akt, pokládá se za nepřijatý.
- (6) Neschválí-li dohodovací výbor společný návrh, pokládá se navrhovaný akt za nepřijatý.
- (7) Lhůty tří měsíců a šesti týdnů uvedené v tomto článku se prodlužují z podnětu Evropského parlamentu nebo Rady první nejvýše o jeden měsíc a druhá nejvýše o dva týdny.

Článek 22 Nařízení č. 1408/71

Pobyt mimo kompetentní stát - Navrácení do místa trvalého bydliště nebo změna trvalého bydliště do jiného členského státu během nemoci nebo mateřství - potřeba jít do jiného členského státu za účelem vhodného léčení

- (1) Zaměstnaná osoba nebo samostatně výdělečně činná osoba, která splňuje podmínky předpisů kompetentního státu pro vznik nároku na dávky, s přihlédnutím k ustanovení článku 18, tam kde je to vhodné, a:
- a. jejíž stav vyžaduje poskytnutí věcných dávek, nezbytných s ohledem na zdravotní stav během pobytu na území jiného členského státu, s přihlédnutím k povaze dávek a očekávané délce pobytu;
 - b. která po získání nároku na dávky vyúčtovatelné kompetentní instituci má svolení této instituce vrátit se na území členského státu, v němž má trvalé bydliště, nebo přesunout své trvalé bydliště na území jiného členského státu; nebo
 - c. která má svolení kompetentní instituce jet na území jiného členského státu za účelem léčení, které odpovídá jejímu stavu,

bude mít nárok:

- i. na věcné dávky poskytované v zastoupení kompetentní instituce v místě pobytu nebo trvalého bydliště podle ustanovení předpisů, které tato instituce provádí, jako kdyby u ní byla pojištěna; délka období, po které budou poskytovány dávky, se však bude řídit předpisy kompetentního státu.
- ii. na peněžité dávky poskytované kompetentní institucí v souladu s ustanoveními právních předpisů, které provádí. Avšak na základě dohody mezi kompetentní institucí a institucí v místě pobytu může tyto dávky poskytovat posléze uvedená instituce namísto původní, v souladu s ustanoveními právních předpisů kompetentního státu.

Administrativní komise vytvoří seznam věcných dávek, které proto, aby byly poskytovány při pobytu v jiném členském státě, z praktických důvodů vyžadují předchozí dohodu dotčené osoby s poskytovatelem péče.

- (2) Svolení požadované podle odstavce 1 (b) může být odmítnuto jen v případech, kdy se zjistí, že přesun dotyčné osoby by uškodil jejímu zdravotnímu stavu nebo byl na újmu léčení.

Svolení požadované podle odstavce 1 (c) nelze odmítnout v případech, kdy příslušné léčení je v rámci dávek poskytovaných podle předpisů členského státu, na jehož území má dotyčná osoba trvalé bydliště a kde jí takové léčení nemůže být poskytnuto ve lhůtě, která je obvykle potřebná pro příslušné léčení v členském státě, kde má osoba trvalé bydliště, s přihlédnutím k

jejímu současnému zdravotnímu stavu a k pravděpodobnému dalšímu průběhu nemoci.

- (3) Ustanovení odstavců 1, 1a a 2 budou analogicky platit i pro rodinné příslušníky zaměstnaných nebo samostatně výdělečně činných osob.

Avšak pro účely provádění odstavce 1 (a) a (c) (i) na rodinné příslušníky uvedené v článku 19 (2) trvale bydlící na území členského státu jiného, než je stát, na jehož území má zaměstnaná nebo samostatně výdělečně činná osoby trvalé bydliště:

- a. věcné dávky budou poskytovány v zastoupení instituce členského státu, na jehož území rodinní příslušníci trvale bydlí institucí místa pobytu podle ustanovení předpisů, jež tato instituce provádí, jako kdyby u ní byla zaměstnaná nebo samostatně výdělečně činná osoba pojištěna. Délka období, po kterou se dávky budou poskytovat, bude však určena podle předpisů členského státu, na jehož území mají rodinní příslušníci trvalé bydliště;
 - b. svolení vyžadované podle odstavce 1 (c) vydá instituce členského státu, na jehož území mají rodinní příslušníci trvalé bydliště.
- (4) Skutečnost, že ustanovení odstavce 1 platí pro zaměstnanou nebo samostatně výdělečně činnou osobu nebude mít vliv na práva jejich rodinných příslušníků.

Článek 36 Nařízení č. 1408/71

- (1) Věcné dávky poskytované podle ustanovení této kapitoly institucí jednoho členského státu namísto instituce jiného členského státu budou plně uhrazeny.
- (2) Úhrady uvedené v odstavci 1 budou určeny a provedeny v souladu s procedurou stanovenou Prováděcím nařízením uvedeným v článku 98, buď na podkladě předložení dokladu o skutečných výdajích nebo na základě paušálních plateb.

V posléze zmíněném případě budou paušální platby takové, aby zajistily náhradu, která se co nejvíce blíží skutečným nákladům.

- (3) Dva nebo více členských států, nebo příslušné úřady těchto členských států, mohou stanovit jiné metody náhrad nebo mohou upustit od všech náhrad mezi institucemi, které podléhají jejich zákonodárství.

Článek 6 Směrnice 2008/0142

Zdravotní péče poskytovaná v jiném členském státě

- (1) S výhradou ustanovení této směrnice, zejména článků 7, 8 a 9, členský stát, v němž je pacient pojištěn, zajistí, aby pojištěným osobám, které cestují do jiného členského státu za účelem využití zdravotní péče nebo které vyhledávají zdravotní péči poskytovanou v jiném členském státě, nebylo bráněno ve využívání zdravotní péče poskytované v jiném členském státě, pokud příslušná léčba patří mezi dávky stanovené právními předpisy členského státu, v němž je pacient pojištěn, a na které má pojištěná osoba nárok. Členský stát, v němž je pacient pojištěn, poskytne pojištěné osobě náhradu nákladů, které by byly zaplaceny jeho zákonným systémem sociálního zabezpečení v případě, že by byla stejná nebo podobná zdravotní péče poskytnuta na jeho území. Určení toho, která zdravotní péče je hrazena, přísluší v každém případě členskému státu, v němž je pacient pojištěn, bez ohledu na to, kde je tato zdravotní péče poskytována.
- (2) Náklady na zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě hradí členský stát, v němž je pacient pojištěn, na základě ustanovení této směrnice do takové výše, v níž by byly tyto náklady hrazeny v případě, že by byla stejná nebo podobná zdravotní péče poskytnuta v členském státě, v němž je pacient pojištěn, která však nesmí překročit skutečné náklady na využitou zdravotní péči.
- (3) Členský stát, v němž je pacient pojištěn, může uložit pacientovi, který vyhledává zdravotní péči poskytovanou v jiném členském státě, povinnost splnit stejné podmínky, kritéria způsobilosti a právní a administrativní náležitosti pro využití zdravotní péče a náhradu nákladů na zdravotní péči, které by uložil v případě, že by stejná nebo podobná zdravotní péče byla poskytnuta na jeho území, pokud nejsou diskriminační nebo nepředstavují překážku volnému pohybu osob.
- (4) Členské státy zřídí mechanismus pro výpočet nákladů, které mají být uhrazeny pojištěné osobě zákonným systémem sociálního zabezpečení za zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě. Tento mechanismus je založen na objektivních nediskriminačních kritériích, která jsou známa předem, a náklady uhrazené podle tohoto mechanismu nejsou nižší než náklady, které by byly uhrazeny v případě, kdy by stejná nebo podobná zdravotní péče byla poskytnuta na území členského státu, v němž je pacient pojištěn.
- (5) Pacienti, kteří cestují do jiného členského státu za účelem využití zdravotní péče, nebo pacienti, kteří vyhledávají zdravotní péči poskytovanou v jiném členském státě, mají zaručen přístup ke své lékařské dokumentaci v souladu s vnitrostátními prováděcími opatřeními k ustanovením Společenství o ochraně osobních údajů, zejména směrnicím 95/46/ES a 2002/58/ES.

Článek 7 Směrnice 2008/0142

Mimonemocniční péče

Členský stát, v němž je pacient pojištěn, nevyžaduje pro úhradu nákladů na mimonemocniční péči poskytnutou v jiném členském státě předchozí povolení, pokud by náklady na uvedenou péči v případě, že by byla poskytnuta na jeho území, byly uhrazeny jeho systémem sociálního zabezpečení.

Článek 8 Směrnice 2008/0142

Nemocniční a specializovaná péče

(1) Pro účely náhrady nákladů na zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě na základě této směrnice se nemocniční péčí rozumí:

- a. zdravotní péče, která vyžaduje ubytování pacienta nejméně po dobu jedné noci;
- b. zdravotní péče, které nevyžaduje ubytování pacienta nejméně po dobu jedné noci, uvedená na zvláštním seznamu. Tento seznam se omezí na:
 - zdravotní péči, která vyžaduje vysoce specializovanou a nákladnou lékařskou infrastrukturu nebo zdravotnické vybavení, nebo
 - zdravotní péči zahrnující léčbu, která představuje obzvlášť vysoké riziko pro pacienta nebo populaci.

(2) Tento seznam vytvoří Komise a může jej pravidelně aktualizovat. Uvedená opatření, jež mají za účel změnit jiné než podstatné prvky této směrnice jejím doplněním, se přijímají regulativním postupem s kontrolou podle čl. 19 odst. 3.

(3) Členský stát, v němž je pacient pojištěn, může zavést systém předchozího povolení pro náhradu nákladů v rámci svého systému sociálního zabezpečení na nemocniční péči poskytnutou v jiném členském státě, pokud jsou splněny tyto podmínky:

- a. pokud by byla zdravotní péče poskytnuta na jeho území, byla by hrazena systémem sociálního zabezpečení tohoto členského státu a
- b. účelem tohoto systému je vyřešit odliv pacientů v důsledku provádění tohoto článku a zabránit tomu, aby vážně nenarušoval nebo nemohl vážně narušit:
 - i. finanční rovnováhu systému sociálního zabezpečení členského státu a/nebo

- ii. plánování a racionalizaci v nemocničním odvětví prováděné za účelem zamezení nadbytečné kapacity nemocnic, nerovnováze v poskytování nemocniční péče a logistickým a finančním ztrátám, zachování vyvážených lékařských a nemocničních služeb přístupných pro všechny nebo zajištění kapacity pro léčbu nebo způsobilosti lékařských odborníků na území daného členského státu.
- (4) Systém předchozího povolení je omezen na to, co je nezbytné a přiměřené k tomu, aby se zamezilo tomuto dopadu, a nesmí představovat prostředek svévolné diskriminace.
- (5) Členský stát zveřejní veškeré relevantní informace o systémech předchozího povolení zavedených na základě ustanovení odstavce 3.

Článek 8 Směrnice 2008/0142

Procesní záruky vztahující se k využívání zdravotní péče v jiném členském státě

- (1) Členský stát, v němž je pacient pojištěn, zajistí, aby správní postupy, které se vztahují na využívání zdravotní péče v jiném členském státě a souvisejí s předchozím povolením uvedeným v čl. 8 odst. 3, s náhradou nákladů na zdravotní péči, které byly vynaloženy v jiném členském státě, a s dalšími podmínkami a náležitostmi uvedenými v čl. 6 odst. 3, byly založeny na objektivních nediskriminačních kritériích, která byla zveřejněna předem a která jsou nezbytná a přiměřená vzhledem k cíli, kterého má být dosaženo. V každém případě bude pojištěné osobě vždy uděleno povolení podle nařízení o koordinaci systémů sociálního zabezpečení uvedených v čl. 3 odst. 1 písm. f), pokud jsou splněny podmínky uvedené v čl. 22 odst. 1 písm. c) a v čl. 22 odst. 2 nařízení č. 1408/71.
- (2) Veškeré takové procesní systémy jsou snadno přístupné a schopné zajistit, aby žádosti byly projednány objektivně a nestranně ve lhůtách, které byly stanoveny členskými státy a zveřejněny předem.
- (3) Členské státy transparentním způsobem předem určí kritéria pro odepření předchozího povolení uvedeného v čl. 8 odst. 3.
- (4) Členské státy při stanovení lhůt, v nichž musí být žádost o využití zdravotní péče v jiném členském státě projednána, zohlední:
- a. konkrétní zdravotní stav;
 - b. stupeň bolestí, kterými pacient trpí;
 - c. povahu zdravotního postižení pacienta;
 - d. pacientovu způsobilost vykonávat profesní činnost.
- (5) Členské státy zajistí, aby veškerá správní rozhodnutí o využívání zdravotní péče v jiném členském státě byla předmětem správního přezkumu a aby mohla být

přezkoumána v rámci soudního řízení, včetně ustanovení o předběžných opatřeních.

Daniela Ratajová
Otakara Ševčíka 1031
Písek, 397 01

e-mail: daniela.ratajova@gmail.com

tel: 777 727 157

Patient Mobility in the European Union

Abstract

Medical services in the EU, being governed by the principle of freedom of movement, shall be provided without any barriers however, it is very unlikely in reality, since the financing of health care might vary a lot in the Member States. Nonetheless, healthcare services can no longer be regarded as being provided solely by the Member State of patients' affiliation as there are increasing flows of patients from one Member State to another.

The term Patient Mobility covers situations when EU citizens are obtaining medical treatment abroad. In the course of preliminary ruling procedure, the European Court of Justice has indeed contributed to the development of European medical policy, particularly the intended patient mobility. Obtaining cross-border medical care and the subsequent reimbursement is primarily governed by the Regulation 1408/71 which requests an authorization of patient's insurance institution. However, the Court of Justice ruled that such authorization is regarded as an obstacle to the free movement of services within the EU and can thus be justifiable only under certain conditions. Such conditions can be met only in case of hospital treatment since such requirement is both necessary and reasonable in order to maintain national social security systems balanced. Hence, the Court has made a difference between hospital and non-hospital medical treatment. In line with the constant ECJ case law, EU citizens can rely on the article 49 EC Treaty and travel abroad in order to obtain the non-hospital medical treatment without any prior authorization. Subsequently, the patients are to be reimbursed up to the amount that would the national system pay if similar treatment was provided in the state of patient's affiliation. Contrary to that, in case of hospital care, if the patient has obtained the authorization, costs are to be reimbursed based on the the amount actually charged to the in the Member State of treatment. Covering ancillary costs such as travel and accommodation are to be covered only in those cases where they would be covered as part of treatment in the Member State of affiliation.

However, due to the absence of proper definition of hospital and non-hospital treatment, patients can only rely on the interpretation provided by their insurance institutions or the national court. They are thus often “forced” to wait for the judgment in order to get reimbursed for medical treatment obtained in other Member State. The “harmonisation” delivered by the Court of Justice is not sufficient for proper and lawful functioning of this phenomena on the internal market. The absence of proper harmonisation regarding intended patient mobility thus causes incoherency in the legal system of the European Union. Moreover, it constitutes difficulties for European citizens to take advantage of the free movement principle.

In line with the Art. 152 EC Treaty, the organization, delivery and access to health care is still the matter for national law however, it cannot be isolated from the application of principles of Community law. Due to substantial differences among national legal provisions, cross-border health care should be subject to a single legal framework on the Community level measures in order to foster legal certainty of European citizens and to minimize barriers within the European market. This has been done by the Commission which has introduced a proposal for Directive on the application of patients’ rights in cross-border healthcare. This Directive mostly codifies the rules settled by the ECJ case-law. However, it introduces one new element which is the „alternative mechanism system“. This means that Member States may decide whether they will require prior authorization with cross-border hospital treatment or whether the patients will have the right to travel abroad to seek medical treatment regardless the nature of provides of such treatment. This Proposal is currently being discussed in the European Parliament and the Council.

Even if the Directive is adopted, certain legal uncertainty will still remain. It will thus be for the courts to further develop the rules in details so that EU citizens could travel abroad in order to seek medical care without undertaking substantial financial risk.

Klíčová slova:

mobilita pacientů; přeshraniční zdravotní péče v EU; volný pohyb zdravotnických služeb

Key words:

patient mobility; cross-border healthcare in EU; healthcare in EU