

**Právnická fakulta Masarykovy univerzity**

Právo a právní věda

Katedra evropského a mezinárodního práva



DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Práva pacientů v přeshraniční zdravotní péči**

Jana Šimurdová

2014/2015

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Práva pacientů v přeshraniční zdravotní péči zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.“

V Brně dne 30. 10. 2015

.....  
Jana Šimurdová

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou vřele poděkovala doc. JUDr. Filipu Křepelkovi, Ph.D. za cenné rady a odbornou pomoc, kterou mi při zpracování diplomové práce poskytl. A dále panu PhDr. Mgr. Adamu Anderovi z Centra mezistátních úhrad za ochotnou konzultaci a poskytnutí doplňujících informací.

## **Abstrakt**

Předmětem diplomové práce „Práva pacientů v přeshraniční zdravotní péči“ bude analyzovat praktické výhody a možná úskalí, které pacientům přináší Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice“). Práce podrobně rozebírá možnost zavedení předchozího povolení a stanovení cen lékařských služeb pro zahraniční pacienty. Dále se práce věnuje základním soukromoprávním problémům, které mohou při poskytování či vyhledávání přeshraniční péče nastat. Výstupem práce je analýza dopadu Směrnice v praxi od uplynutí data pro její implementaci.

## **Klíčová slova**

Práva pacientů, přeshraniční zdravotní péče, Směrnice 2011/24/EU, evropské právo, úhrada zdravotní péče, předchozí souhlas, soukromoprávní aspekty přeshraniční zdravotní péče

## **Abstract**

The subject of this thesis is analysis of actual advantages and potential problems which stem from Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients' rights in cross-border healthcare (hereinafter referred to as „Directive“). The thesis describes in detail the possibility of states to introduce prior authorization and determination of prices of healthcare services for foreign patients. Further, this thesis focuses on basic private law issues which may occur while patients are seeking health care abroad. The outcome of this thesis is to analyse impact of the Directive on patients in different member states since the end of implementation period.

## **Key words**

Patients' rights, cross-border health care, Directive 2011/24/EU, European law, reimbursement of health care, treatments subject to prior authorisation, private law in cross-border health care

## Obsah

Úvod.....	7
1. Cesta směřující k upevnění práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.....	11
1.1 Krátký exkurz do vývoje pravomocí EU v oblasti zdravotnictví.....	11
1.2 Vliv SDEU na evropské zdravotnictví.....	13
1.3 Principy stanovené judikaturou SDEU .....	14
2. Směrnice č. 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči .....	20
2.1 Politický kontext vzniku Směrnice .....	20
2.2. Vztah Směrnice a nařízení o koordinaci systému sociálního zabezpečení	21
2.3 Právní principy a základní cíle směrnice .....	23
2.3.3. Věcná působnost směrnice.....	24
2.4 Jednotlivá práva pacientů při přeshraniční zdravotní péči v EU.....	25
2.4.1 Pozitivní dopad Směrnice na práva pacienta .....	25
2.4.2 Nevyřešené otázky a případné znevýhodnění jednotlivých skupin pacientů	27
2.5. Nové iniciativy Směrnice .....	29
3. Vymezení péče, jejíž proplácení je podmínitelné souhlasem .....	31
3.1. Předpoklady zavedení předchozího souhlasu.....	31
3.2. Možnost odepření.....	33
3.3 Stanovení kategorií podmíněných předchozím povolením a řízení o předběžném souhlasu .....	34
3.3.1 Stanovení kategorií pro požadování předchozího souhlasu.....	34
4. Náhrada nákladů .....	38
4.1 Pravidla pro refundaci nákladů přeshraniční zdravotní péče .....	38
4.2 Řízení zavedená Směrnici .....	41
4.3 Řízení v ČR .....	43
4.4 Vymezení ceny pro příchozí pacienty.....	44
4.5. Průzkum .....	46
6. Soukromoprávní aspekty .....	51
6.1 Kolizní normy .....	52

6.1.1 Právo rozhodné.....	52
6.1.2. Určení svéprávnosti.....	54
6.1.3. Zastoupení.....	55
6.1.4. Odpovědnost lékaře za škodu .....	56
7. Implementace směrnice a její problémy .....	59
7. 1. Implementace směrnice v ČR a její dopad.....	60
Závěr .....	64
Seznam použitých zdrojů a literatury .....	67

## Úvod

S rozvojem volného pohybu osob a služeb v EU se nevyhnutelně objevila i nutnost pacientů vyhledávat zdravotní péči za hranicemi státu jejich pojištění. Přestože regulace veřejného zdravotnictví patří plně do kompetencí členských států, problematika mobility zdravotní péče podle četné judikatury SDEU spadá do oblasti vnitřního trhu EU, zejména volného pohybu služeb a osob.

Na mobilitu zdravotní péče lze však nahlížet z různých úhlů. Pod tuto kategorii můžeme podřadit veškeré případy, které se liší od situace, kdy je pacient léčen ve svém státě pojištění poskytovatelem zdravotní služby se sídlem ve stejném státě. Pokud se jedná o migraci zdravotníků, tato oblast je harmonizována v rámci uznávání lékařských kvalifikací podle Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES, o uznávání odborných kvalifikací (dále jen „směrnice o uznávání odborných kvalifikací“), jež sjednocuje technické, hygienické a kvalifikační standardy členských států.<sup>1</sup> Unijní zdravotní politika se však zaměřuje zejména na mobilitu pacientů. Za účelem zjednodušení poskytování přeshraniční péče Unie vytváří a koordinuje systémy, jež slouží ke sdílení zdravotní dokumentace a jiné systémy, jež umožňují vzdálený přístup k lékařské péči (např. elektronické lékařské předpisy, sdílení informací o tarifech, kvalitě a bezpečnosti apod.). Taktéž jsou vytvářeny mechanismy, jež nezatěžují pacienta ani lékaře při vypořádání domovské a hostitelské zdravotní pojišťovny.<sup>2</sup>

Tato diplomová práce se zaměřuje na rozbor případů, kdy pacient vyhledává v rámci EU neautorizovanou lékařskou péči za hranicemi domácího státu, ve kterém je pojištěn a následně žádá náhradu od svého poskytovatele zdravotního pojištění v mezích Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Směrnice“). Tento problém se totiž netýká jen pacientů, kteří nejsou spokojeni s tuzemskou péčí,

---

<sup>1</sup>KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 3.

<sup>2</sup>TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 626.

např. z ekonomického hlediska, či hledají špičkovou péči v zahraničí, ale každého z nás, pokud bychom potřebovali v rámci dovolené, studijního či pracovního pobytu vyhledat zdravotní péči, jež není definována jako neodkladná, a tudíž není možné žádat refundaci prostřednictvím nařízení Evropského parlamentu a Rady o koordinaci systémů sociálního zabezpečení č. 883/2004 a 987/2009 (dále jen „Nařízení“).

Problematika přeshraniční péče poskytované v rámci Směrnice byla však již několikrát diplomovými a dizertačními pracemi zpracována. Z toho důvodu hlavním cílem této práce není komplexní rozbor dikce Směrnice, ale mou snahou bude zaměřit se převážně na praktické výhody, jež tato Směrnice pacientům přinesla a na druhou stranu nastínit možná úskalí, na která budou pacienti v praxi narážet. Dalším stěžejním bodem této práce bude zpracovat podrobné řešení stanovení ceny lékařských služeb. Tato otázka je klíčová jak pro příchozího pacienta, tak i pro pacienta domácího, jenž žádá proplacení péče ze zahraničí. V neposlední řadě se ve své práci budu věnovat základním soukromoprávním problémům, které mohou při poskytování přeshraniční péče nastat.

Dle mého názoru není přeshraniční zdravotní péči v rámci EU v České republice věnována dostatečná pozornost. V oblasti knižních publikací v současné době chybí komplexní zpracování tohoto tématu. Poslední česká kniha zabývající se touto tematikou: Evropské zdravotnické právo od Filipa Křepelky z roku 2004 je vzhledem k rapidním změnám v oblasti zdravotnictví v dnešní době neaktuální. Z tohoto důvodu čerpám převážně z článků v odborných časopisech a z internetových zdrojů. Jako hlavní zdroj informací budou použity převážně cizojazyčné publikace a judikatura SDEU. V textu celé práce dále pracuji s daty ze Zprávy Komise směrnice 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „Zpráva“) a z Hodnotící studie přeshraniční péče podle Směrnice (2011/24/EU) (dále jen „Studie“), které byly v letošním roce vydány v pověření Komise. Cílem těchto dvou dokumentů je hodnocení implementace a první etapy působení Směrnice.

Při zpracování práce použiji převážně metodu analýzy a následné syntézy právních předpisů práva českého, práva EU a dále rozhodnutí SDEU.



Pro vysvětlení základních problémů (převážně v oblasti soukromoprávních aspektů) využiji metodu diskripce. Dále bude při srovnání jednotlivých právních řádů vybraných členských států využita metoda komparace. K získání reálného pohledu na praktické působení Směrnice jsem provedla průzkum, ve kterém jsem použila metody „pseudopacienta“<sup>3</sup>, získané poznatky shrnu v jedné z kapitol této práce.

Přiložená diplomová práce je systematicky koncipována tak, aby srozumitelným a koherentním způsobem směřovala k naplnění výše uvedených cílů práce. Diplomová práce je rozvržena do 7 kapitol.

V první kapitole je mým úkolem na pozadí historického vývoje prostřednictvím analýzy rozsudků SDEU komplexně pojednat o nejdůležitějších pravidlech, jež byla na judikturním základě uplatňována před vznikem Směrnice.

Druhá kapitola hodnotí politickou situaci před vznikem Směrnice a dále se zabývá základními právními aspekty Směrnice. V této kapitole taktéž vyjasním rozdíl postupu proplácení a celkový vztah mezi Směrníci a nařízeními, která koordinují sociální zabezpečení. Následně kapitola shrne pozitivní přínos pro pacienta a nastíní sporné otázky, které mohou v praxi nastat a s největší pravděpodobností budou dále předmětem rozhodování a interpretace SDEU. Na konci kapitoly pouze shrnu nové aspekty, jež Směrnice přináší. Jelikož se tato práce převážně zaměřuje na práva pacienta při přeshraniční péči a jeho možnosti náhrady nákladů, jež zaplatil za péči v zahraničí, podrobný rozbor aspektů týkajících se Evropské referenční sítě, výzkumu či vývoje technologií zasahuje dalece nad rámec této práce.

Třetí a čtvrtá kapitola vytváří hlavní jádro této diplomové práce. V rámci třetí kapitoly pojednávám o možnosti a způsobu stanovení předchozího souhlasu za účelem podmínění náhrady přeshraniční péče. Taktéž se zabývám případy, kdy je možné odepřít poskytnutí tohoto souhlasu. Převážnou část této kapitoly věnuji stěžejní otázce stanovení jednotlivých kategorií a uvádím příklady z praxe vybraných členských států. Čtvrtá kapitola komplexně analyzuje otázky ohledně úhrady či náhrady nákladů za přeshraniční péči. Následně se v kapitole věnuji druhům a možným postupům řízení,

---

<sup>3</sup> Tento pojem jsem převzala ze Studie vypracované pro Komisi. Tato metoda umožňuje nezávislý průzkum kvality a přístupu k informacím. Autorka se dotazovala orgánu (zde národního kontaktního místa) na řešení smyšleného avšak velmi obvyklého zdravotního problému.

jež vznikají na základě Směrnice (řízení o předchozím souhlasu, řízení o náhradě nákladů). V poslední podkapitole shrnuji závěry z vlastního průzkumu týkajícího se výpočtu a právní úpravy cen lékařských služeb ve vybraných členských státech. V rámci tohoto průzkumu jsem kontaktovala národní kontaktní místa prostřednictvím využití metody „pseudopacienta“.

Poslední kapitola rozebírá možné soukromoprávní problémy vzniklé při poskytování přeshraniční zdravotní péče. Za použití analýzy a následné syntézy pramenů mezinárodního práva soukromého se zde zabírám otázkami svéprávnosti, zastoupení a odpovědnosti lékaře za škodu v oblasti přeshraniční zdravotní péče.

# 1. Cesta směřující k upevnění práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

## 1.1 Krátký exkurz do vývoje pravomocí EU v oblasti zdravotnictví

Systemy zdravotnictví v jednotlivých členských státech byly nezávisle budovány na základě sociálních potřeb obyvatelstva a politického zaměření státu, poněvadž i po založení Evropských společenství zůstala organizace veřejného zdravotnictví výhradně v národní pravomoci.<sup>4</sup>

Jelikož hlavním účelem Evropského společenství byla převážně ekonomická integrace, zakládající smlouvy původně nepočítaly s pravomocemi v oblasti zdravotnictví. Aspekty sociálního a životního prostředí, jako jsou např. vzdělání, délka života, zdravotnictví či nemocenské pojištění, mohly být upravovány pouze za účelem splnění základních cílů Unie, mezi něž patří zvyšování životní úrovně a kvality života.<sup>5</sup> Možnost úpravy zdravotnictví explicitně zakotvila až Maastrichtská smlouva, jež rozšířila kompetence Společenství, že za účelem ochrany veřejného zdraví mohlo využít prostředku podporování spolupráce mezi členskými státy, později Lisabonská smlouva označila tuto kompetenci v čl. 168 SEU jako doplňkovou pravomoc EU<sup>6</sup>, což znamená, že v těchto oblastech EU nesmí harmonizovat právní předpisy členských států, pouze úpravu podporují, koordinují a doplňují činnost čl. států.<sup>7</sup> Tato průřezová klauzule, jež zavazuje Unii k zajišťování vysokého stupně ochrany lidského zdraví, má zásadní význam, jelikož orgány Unie mají povinnost zabezpečovat vysoký stupeň ochrany lidského zdraví v rámci každé politiky.<sup>8</sup> Výjimku tvoří speciální aspekty ohledně společných otázek všeobecné bezpečnosti v oblasti veřejného zdraví a oblast podpory spolupráce členských států, jež spadají pod sdílené pravomoci Unie.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. s. 7.

<sup>5</sup> Čl. 3 SFEU

<sup>6</sup> BROOKS, E. Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. *Health Policy*. ELSEVIER, 2012, Vol. 105, No. 1, s. 33.

<sup>7</sup> Čl. 6 písm a) SFEU

<sup>8</sup> TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 634

<sup>9</sup> Tamtéž, s. 635

Taktéž Listina základních práv EU, které byla Lisabonskou smlouvou dána stejná právní síla jako Zakladatelským listinám, upravila ve svých ustanoveních základní pravidla zasahující do oblasti zdravotnictví: každý má právo na přístup k preventivní zdravotní péči a na obdržení lékařské péče za podmínek stanovených vnitrostátními právními předpisy a zvyklostmi (čl. 35).

Nadále tak Unie zůstává „svazek sociálních států, nikoli sociální unie.“<sup>10</sup> Regulace veřejného zdravotnictví, poskytování zdravotní péče a její financování je tak součástí sociální politiky jednotlivých členských států, čímž jsou v rámci EU způsobeny značné hospodářské, politické a sociální rozdíly. Tyto nesrovnalosti na úrovni politik států způsobují pomalé a dlouhé propojování pravidel pro přeshraniční zdravotní péči a její veřejnou úhradu.<sup>11</sup> Z hlediska Unie tento proces neurychlí ani skutečnost, že na zdravotní politiku dopadá obecný zákaz harmonizace<sup>12</sup>, k jehož prolomení může dojít pouze v případě explicitní výjimky stanovené v čl. 168/4 SFEU.

Mezi hlavní nástroje uskutečňování zdravotní politiky Unie patří mimo podněcování spolupráce členských států a podporování jejich činností také pravomoc Rady vydávat doporučení ve všech oblastech politiky veřejného zdraví.<sup>13</sup> Dále je Komise oprávněna zpracovávat podněty ke koordinaci zdravotních politik a programů mezi členskými státy, převážně ve formě strategických dokumentů, jež pomáhají nasměrovat jednotlivé politiky členských států (např. akční programy) a dále zpracovává podklady za účelem hodnocení evropské zdravotní politiky. Navíc od platnosti Lisabonské smlouvy Unie podněcuje spolupráci v příhraničních oblastech a vydává pobídková opatření sloužící k ochraně a zlepšování lidského zdraví, převážně v oblastech nejzávažnějších nemocí.<sup>14</sup>

Mezi kompetence Unie patří taktéž široká preventivní působnost, jež je komplementární k opatřením v právních rádech jednotlivých členských států a dále

---

<sup>10</sup>KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 4.

<sup>11</sup>Tamtéž, s. 3.

<sup>12</sup>Čl. 2/5 SFEU a čl. 114 SFEU

<sup>13</sup>Čl. 168/6 SFEU

<sup>14</sup>TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 640-41.

také široce vymezený úkol k odstranění příčin ohrožení, jež spočívá převážně v předcházení nemocem a odstraňování příčin ohrožování lidského zdraví.<sup>15</sup>

## 1.2 Vliv SDEU na evropské zdravotnictví

Četná rozhodnutí SDEU stanovila, že zdravotní služby jsou předmětem nediskriminačních principů volného pohybu služeb v rámci vnitřního trhu Unie, tudíž Unie má kompetenci do této sféry zasahovat.<sup>16</sup> SDEU získal svou dominantní roli v procesu evropské integrace na základě ustanovení zakládajících smluv, jež mu poskytují výhradní pravomoc pro interpretaci primárního práva se závazným účinkem pro veřejnost, osoby a orgány napříč Uníí.<sup>17</sup> Na počátku 90. let vydal SDEU řadu precedentů, jež se zabývaly případy pacientů, kteří využívali volného pohybu služeb v Unii za účelem vyhledávání zdravotní péče v jiném členském státě a následně požadovali refundaci nákladů v rámci domácího zdravotního systému. Došlo zde k asymetrii vývoje, zatímco sociální politika a ochrana zůstaly na národní úrovni, politiku zaměřenou na efektivitu jednotného trhu přejala Unie, jež stanovila limity prostřednictvím judikatury.<sup>18</sup>

Průlom ve vývoji a počátek role SDEU v oblasti mobility pacientů, jež dramaticky změnil evropské zdravotnictví, nastal s rozsudky Kohll a Decker<sup>19</sup>. Do té doby bylo často zpochybňováno, že zdravotní péči naplňuje základní pojmový znak úplatnosti služby. „Pohled na zdravotní zabezpečení jako sociální plnění státu nám totiž dosud zastiňoval skutečnost, že zdravotnické zákroky jsou zároveň služby, jistě zvláštní,

<sup>15</sup> TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 635.

<sup>16</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 29.

<sup>17</sup> MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013.s. 90.

<sup>18</sup> MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013.s. 87.

<sup>19</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 28. dubna 1998. Nicolas Decker proti Caisse de Malade des employés privés. Věc C-120/95 a Rozsudek Soudního dvora ze dne 28. dubna 1998. Raymond Kohll proti Union des caisses de malárie. Věc C-158/96.

podrobené mimořádně složité úpravě, přesto služby.<sup>20</sup> Pojem úplatnosti musí být vykládán extenzivně, poněvadž se nevztahuje pouze na přímo placené služby, ale také na služby, jež jsou hrazeny ze systémů, do kterých určitá skupina obyvatelstva pravidelně přispívá. Mezi tyto případy můžeme řadit systém sociálního pojištění či veřejného zdravotního pojištění nebo jiné služby hrazené z daní obyvatelstva, např. vzdělání.<sup>21</sup> SDEU tak stanovil, že platby ze zdravotních fondů za zdravotní služby jsou považovány za dostatečné naplnění náležitosti úplatnosti služby, tudíž je zde podmínka ekonomického charakteru služby splněna, důsledkem toho zdravotní služby nejsou vyjmuty z působnosti čl. 56 a násl. SEU.<sup>22</sup>

### 1.3 Principy stanovené judikaturou SDEU

Hlavní impuls pro nahlížení na zdravotní péči jako službu vznikl ve státech, ve kterých financování veřejného zdravotního pojištění funguje na principu proplácení (např. Lucembursko, Belgie, Francie aj.), zde jsou si pojištěnci vědomi, že zdravotní úkony jsou srovnatelné s jakýmkoli jinými službami, jelikož za ně přímo platí.<sup>23</sup>

V obou počátečních případech se jednalo o lucemburské pojištěnce, již vyhledali neurgentní zdravotní péči v jiném členském státě: v případě Kohll se řešilo proplácení ambulantní ortodontické péče a Decker si nechal zhotovit dioptrické brýle za hranicemi členského státu. Oba pojištěnci následně požadovali uhrazení výloh ze zdravotního systému Lucemburska. SDEU shledal, že odmítnutí lucemburských úřadů uhradit náklady pacientům zakládaly porušení práva na využití volného pohybu služeb (v případě rovnátek) a volného pohybu zboží (v případě brýlí).<sup>24</sup> Již zde můžeme podotknout, že vyhodnocení SDEU jednoho případu jako pohyb služeb a druhého jako zboží, zdůrazňuje nejasnost vymezení mezi oběma svobodami.<sup>25</sup> SDEU

<sup>20</sup> KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. s.45.

<sup>21</sup> TOMÁŠEK, Michal; TÝČ, Vladimír; MALENOVSKÝ, Jiří; KŘEPELKA, Filip; SEHNÁLEK, David. *Právo Evropské unie*. Praha: Leges, 2013, s. 212.

<sup>22</sup> Tamtéž,

<sup>23</sup> KŘEPELKA, Filip. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. s.47.

<sup>24</sup> TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, s. 622.

<sup>25</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 3.

zde stanovil, že přestože úprava sociálního zabezpečení spadá do sféry národních kompetencí, nemůže být vyloučena aplikace pravidel zakládajících smluv o volném pohybu zboží a služeb. Tudíž ačkoli Unie nezasahuje do pravomocí členských států, které si samy organizují jejich systémy sociálního zabezpečení, musí tak při stanovení vnitrostátních předpisů konat v souladu s právem EU. Čl. 56 a 57 SFEU zakazuje jakákoli národní pravidla, jež by způsobovala neodůvodnitelnou překážku volného pohybu služeb a zboží, protože tyto překážky odrazují pacienty od využití služeb či zboží v zahraničí.<sup>26</sup> Naproti tomu, podle rozhodnutí SDEU se pacientům otevřela možnost vyhledávání levnější zdravotní péče převážně z důvodu snížení vysoké spoluúčasti.<sup>27</sup> SDEU těmito rozsudky vytvořil prakticky duální systém sociálního zabezpečení pro přeshraniční zdravotní péči.<sup>28</sup> Vznikla možnost podle Nařízení nebo nově dle judikaturních pravidel.

Na rozsudek Kohll a Decker dále navazovala další rozhodnutí, jež musela interpretovat otázky a nejasnosti, které vznikly při aplikaci primárního práva na přeshraniční zdravotní péči.

Největší problém nastal ve státech, jejichž financování veřejného zdravotnictví je založeno na systému národní zdravotní služby, v níž plátce a poskytovatel zdravotních služeb splývá, jelikož zdravotní péče je poskytována i placena národní zdravotní službou. Tímto případem se zabýval SDEU v rozsudku Watts<sup>29</sup>, ve kterém stanovil, že povinnost uhradit náklady za zdravotní péči v jiném členském státě se vztahuje taktéž na národní zdravotní službu. Z rozhodnutí SDEU plyne, že způsob financování zdravotnictví v daném státě je irelevantní. Navíc zde bylo stanoveno, že důkazní břemeno prokázání skutečnosti, že čekací doba nepřesahuje lékařsky přijatelnou dobu s ohledem na stav a potřeby pacienta, leží na poskytovatelích zdravotních služeb. Pokud

---

<sup>26</sup> MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013.s. 85-89.

<sup>27</sup> KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. s. 43.

<sup>28</sup> SCHÜTZE, Robert. *European Union law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015, s. 154

<sup>29</sup> Rozsudek Soudního dvora (velkého senátu) ze dne 16. května 2006. Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust a Secretary of State for Health. Věc C-372/04.

tedy orgán neprokáže jinak, nemůže být pacientovi poskytnutí souhlasu s ošetřením v zahraničí odmítnuto.<sup>30</sup>

Rozsudkem ve spojeném řízení Peerbooms a Gereat-Smits<sup>31</sup> SDEU uznal jako přípustný požadavek předchozího souhlasu orgánu či instituce veřejného financování zdravotní péče, pokud se jedná o nákladnou hospitalizaci, jež vyžaduje plánování. Dále zde SDEU stanovil, že užitečnost zdravotního úkonu se má posuzovat de lege artis (dle mezinárodních zásad odbornosti), tzn. mínění mezinárodní lékařské obce. V případě, že mezinárodně uznávána péče není dostupná ve smluvním zařízení, musí být poskytována veřejná úhrada nákladů této péče.<sup>32</sup> Stanovení takovýchto pravidel pro posuzování standardní zdravotní péče nebylo úplně vhodným řešením, jelikož žádná obecná jednotně standardizovaná pravidla, jež by byla pro státy závazná, neexistují a jednotlivé možnosti členských států v oblasti zdravotnictví se výrazně liší.<sup>33</sup>

Dále se SDEU zabýval výši úhrady, jež má být pacientu vyhledávajícímu zdravotní péči v zahraničí proplacena. V rozsudku Vanbraekel<sup>34</sup> bylo stanoveno, že výlohy mají být nahrazeny ve stejné výši, jakou stát proplácí za danou péči v tuzemsku a ne ve výši, kterou proplácí stát, jenž péči poskytl.<sup>35</sup> Taktéž zde SDEU zavedl pravidlo, kdy je nutností udělit souhlas s přeshraniční péčí v případech, kdy v daném státě není péče dostupná v lékařsky odůvodnitelné době.<sup>36</sup>

Následně bylo nezbytné vymezit podmínky při poskytování zdravotní péče nemocniční a ambulantní. Rozhodnutí Miller-Fauré a Van Riet<sup>37</sup> hrálo v této otázce

---

<sup>30</sup> Tamtéž.

<sup>31</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Věc C-157/99.

<sup>32</sup> KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004, s. 15.

<sup>33</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 7.

<sup>34</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. Abdou Vanbraekel a další proti Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Věc C-368/98.

<sup>35</sup> KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004, s. 47.

<sup>36</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 12.

<sup>37</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 13. května 2003. V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA a E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Věc C-385/99.



stěžejní roli, protože zde byl stanoven princip, že při posuzování zdravotní péče jako služby jsou irelevantní rozdíly mezi způsobem financování a organizace v individuálních zdravotních systémech, tudíž nezáleží ani na tom, zda je poskytovatelem zdravotní péče soukromé či veřejné zdravotní zařízení. Avšak SDEU zde přiznává, že přestože u ambulantní péče je požadování předchozího souhlasu vyloučeno, tak u péče vyžadující hospitalizaci, jež by mohla ohrozit stabilitu národního systému zdravotního zabezpečení, předchozí souhlas povoluje.<sup>38</sup> Taktéž zavádí možnost odmítnutí proplacení vyhledané hospitalizace, jestliže tato péče mohla být poskytnuta u nasmlouvaného poskytovatele v přiměřené době, toto pravidlo nepochybně nemůže být aplikováno při ambulantní péči.<sup>39</sup>

Vztahem mezi koordinačními nástroji upravujícími sociální zabezpečení a systémem založeném na principu primárního práva týkajícího se volného pohybu služeb se SDEU zabýval v rozhodnutí Inizan.<sup>40</sup> SDEU shledal, že koordinační nařízení, která požadují obligatorní předchozí povolení, nejsou v rozporu s principy primárního práva, jelikož nabízejí pouze možnost vyššího standardu náhrad než primární právo.<sup>41</sup> K této věci se dále vyjádřil SDEU v rozhodnutí Stamatelaki<sup>42</sup>: „Právní předpisy členského státu vylučující jakoukoli úhradu nákladů na léčbu poskytnutou soukromým zdravotním zařízením v jiném členském státě nejsou slučitelné se zásadou volného pohybu služeb.“<sup>43</sup> SDEU zde uvádí, že takováto omezení odrazují pacienty od využívání zdravotní péče v jiných členských státech.

V rozsudku Elčinov SDEU zavádí proplácení zdravotní péče, kterou místní právo předpokládá, ale výslovně ji nezařazuje na seznam proplácené léčby, jelikož tato léčba

---

<sup>38</sup> KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. s. 17.

<sup>39</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdoluhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 8.

<sup>40</sup> Rozsudek Soudního dvora (pátého senátu) ze dne 23. října 2003. Patricia Inizan proti Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine. Věc C-56/01.

<sup>41</sup> SOKOL, T. Rindal and Elchinov: A(n) (impending) revolution in EU law on patient mobility? *Croatian Yearbook of European Law and Policy*. Zagreb: Faculty of Law of University of Zagreb, 2010, Vol. 6, No. 6, str. 175

<sup>42</sup> Rozsudek Soudního dvora (druhého senátu) ze dne 19. dubna 2007. Aikaterini Stamatelaki proti NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAEE). Věc C-444/05.

<sup>43</sup> Rozsudek Soudního dvora (druhého senátu) ze dne 19. dubna 2007. Aikaterini Stamatelaki proti NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAEE). Věc C-444/05.

není v dané zemi dostupná.<sup>44</sup> SDEU zde zdůrazňuje, že se musí jednat o péči odpovídající druhům léčení na seznamu, nepochybně zde nepatří léčba zakázaná.

V případě Petru<sup>45</sup> vyvstala zajímavá otázka: jestli převažuje pacientův zájem (právo na přeshraniční léčbu) nebo zájmy členského státu (finanční stabilita zdravotního systému). SDEU stanovil ve prospěch pacientů, že nedostatek léků a základního zdravotního materiálu brání pacientovi v získání péče v přiměřené době. Avšak pro členský stát je dostačující, pokud kvalitní léčbu poskytuje alespoň v jedné z nemocnic, která je způsobilá péči v tomto státě poskytnout.<sup>46</sup>

Jak bylo výše zmíněno, zdravotní služby spadají do sféry volného pohybu služeb na vnitřním trhu, tudíž státy nemohou stanovit pravidla, jež by vytvářela neoprávněnou překážku volného pohybu služeb. Např. ve věci Leichtle<sup>47</sup> SDEU uvedl, že německé předpisy, jež povolují odmítnutí úhrady nákladů na léčebné pobyty v lázních, jelikož pacient nemůže dokázat, že léčba je efektivnější než v Německu, zakládají neoprávněnou překážku volného pohybu služeb.<sup>48</sup>

Kromě toho SDEU zdůraznil, že pravidla zavádějící překážku volného trhu nemohou být odůvodněna ani na základě rizika vážného oslabení finančního systému sociálního zabezpečení, jelikož výdaje na zdravotní turismus nemají žádný výrazný dopad na stabilitu tohoto systému. Zároveň není možné jako odůvodnění uvádět různé profesionální standardy v jiných členských státech, jelikož ty byly harmonizovány směrnicí o uznávání odborných kvalifikací.<sup>49</sup>

SDEU stanovil svými rozsudky pevné základy pro využívání přeshraniční zdravotní péče bez nadbytečných překážek, jež by omezovaly volný pohyb těchto

---

<sup>44</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 1-43.

<sup>45</sup> Rozsudek Soudního dvora (třetího senátu) ze dne 9. října 2014. Elena Petru proti Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu a Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Věc C-268/13.

<sup>46</sup> FRISCHHUT, M.; LEVAGGI, R. Patient mobility in the context of austerity and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case. *Health Policy*. ELSEVIER, 2015, Vol. 119, No. 10, s. 1295.

<sup>47</sup> Rozsudek Soudního dvora (pátého senátu) ze dne 18. března 2004. Ludwig Leichtle proti Bundesanstalt für Arbeit. Věc C-8/02.

<sup>48</sup> KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. s. 23

<sup>49</sup> MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013. s. 89.

služeb. Jelikož však principy narážely na nové podmínky, např. rozšíření EU, politiku hospodárnosti v oblasti zdravotnictví a výrazné rozdíly ve zdravotních službách, uchýlila se Komise k jednotné regulaci za použití nástroje Směrnice, ve které upevnila principy vycházející z judikatury a dále je specifikovala.

## **2. Směrnice č. 2011/24/EU, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči**

### **2.1 Politický kontext vzniku Směrnice**

Rozsáhlá judikatura SDEU v oblasti refundace nákladů lékařské péče poskytnuté v jiném členském státě, počínaje rozsudkem Kohll a Decker, nastartovala vlnu politického nátlaku vyžadujícího úpravu přeshraniční zdravotní péče v EU Směrnicí. Tato iniciativa následně vyvrcholila po přijetí směrnice o službách<sup>50</sup>, jež explicitně vylučovala zdravotní služby z okruhu své věcné působnosti.<sup>51</sup> Přestože zdravotní péče byla vyloučena z věcné působnosti směrnice o službách, principy vnitřního trhu uvedené v zakládajících smlouvách jsou na ni zcela použitelné, jelikož judikatura SDEU již téměř před 20 lety stanovila, že zdravotní péče je ekonomická služba, tudíž je předmětem svobody volného pohybu služeb.<sup>52</sup>

Avšak s rozšiřováním EU a zvyšováním migrace pacientů za lékařskou péčí do jiných států se právní rámec vytvořený judikaturou SDEU stal terčem stále častější kritiky, převážně z hlediska transparentnosti. K upevnění těchto pravidel nepřispěly ani žaloby Evropské Komise k SDEU na jednotlivé členské státy, které nedostatečně nebo vůbec nezavedly tato pravidla do svých vnitrostátních právních řádů.<sup>53</sup> I přes velmi omezené pravomoci v oblasti práva zdravotní péče byla Evropská Unie donucena přistoupit k regulaci Směrnicí, jež zakládá pravidla pro přeshraniční zdravotní péči a následnou úhradu nákladů i bez předešlého souhlasu poskytovatele zdravotního pojištění.

---

<sup>50</sup> Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu.

<sup>51</sup> TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, 640.

<sup>52</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 28. dubna 1998. Raymond Kohll proti Union des caisses de malárie. Věc C-158/96.

<sup>53</sup> KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. s. 38.

## **2. 2. Vztah Směrnice a nařízení o koordinaci systému sociálního zabezpečení**

V současné době v evropské sekundární legislativě stále přetrvává dualita dvou paralelních platebních systémů veřejného zdravotnictví. V situacích, kdy pacienti vyhledávají zdravotní péči za hranicemi svého státu pojištění, mohou tak nastat dva rozdílné případy proplácení zdravotní péče.

Za prvé se jedná o situace ve smyslu precedentního případu Kohll-Decker, založené na volném pohybu služeb či zboží a v dnešní době kodifikované do Směrnice. Mezi okruh těchto služeb patří také zvláštní případy, jako je např. telemedicína<sup>54</sup>, přestože pacient při ní hranice nepřekročí.

Oproti tomu se staví případy, kdy pacient předem obdržel předchozí souhlas kompetentního orgánu prostřednictvím formuláře S-2 (či E-112), čímž je pacient oprávněn k benefitům, jež čerpají pojištěnci ve státě poskytujícím zdravotní péči. Zde se použije postup podle nařízení o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, jež jsou založena na volném pohybu osob. Pro pacienta má postup podle nařízení značnou výhodu z hlediska financování zdravotní péče, jelikož ve většině případů poskytovatel pojištění sjednává platbu s poskytovatelem zdravotních služeb. Tudíž pacientovy náklady jsou hrazeny přímo a nemusí nejdříve zaplatit často velmi vysokou sumu a poté žádat náhradu nákladů jako podle pravidel Směrnice (kdy je mu jen zřídka nahrazena celá částka). Což však neznamená, že je nařízení vždy výhodnější, jelikož pacient pouze získává nárok na stejné zacházení a stejnou cenu péče, jakou mají místní pojištěnci.<sup>55</sup>

Vztah mezi těmito právními nástroji explicitně řeší Směrnice, jež zakládá prioritu postupu podle Nařízení. To znamená, že pokud pacient nepožaduje jinak, zároveň byly naplněny podmínky a pacient požádal kompetentní orgán o souhlas s léčbou,

---

<sup>54</sup> Jedná se o tzv. zdravotní služby, které jsou poskytovány na dálku např. konzultace s lékařem prostřednictvím elektronické či telefonické komunikace.

<sup>55</sup> Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí. [online]. *Centrum mezistátních úhrad*. [cit. 15. 10. 2015].

bude mu léčba proplacena primárně podle nařízení.<sup>56</sup> Předpokládá se však, že pacient bude požadovat použití postupu podle Směrnice, pokud tarif jeho státu pojištění je pro něho výhodnější než sazba ve státu, jenž poskytuje zdravotní péči. Jelikož je péče v České republice v porovnání s jinými státy (např. Německem, Rakouskem) o poznání levnější, dle mého názoru, pokud bude pacientům umožněno využít postupu podle nařízení, pacienti ho nebudou rozporovat. Naopak pro pacienty ze států, kde je lékařská péče nákladnější či se vyznačuje vysokou spoluúčastní úhrady ze strany pacienta, bude pro pacienty výhodnější, pokud využijí zdravotní péče ve státě s levnějším tarifem a zároveň zvolí postup proplácení podle Směrnice. V těchto případech mohou čerpat výhodu z toho, že vyhledají zdravotní péči v zahraničí (např. v České republice), kde je péče kvalitní, ale také ve srovnání se západními státy levná a poté jim bude péče nahrazena do výše, která je pro jejich stát pojištění obvyklá, tudíž se tak mohou vyhnout jakémukoliv doplácení nákladů.

Další rozdíl spočívá v tom, že podle Nařízení musí být předem dáno povolení kompetentním orgánem bez výjimky, zatímco dle Směrnice stát pojištění nemůže požadovat předchozí povolení k dané léčbě, pouze v případech uvedených v čl. 8 (viz v kapitole třetí). Tudíž podle nařízení má pacient právo na uhrazení nákladů přeshraniční péče pouze tehdy, pokud se jedná o léčbu, jež je z hlediska pacientova stavu nutná, je zároveň hrazená systémem vnitrostátního veřejného pojištění, ale není v lékařsky odůvodnitelné době v tuzemsku dostupná.<sup>57</sup> Na druhou stranu díky Směrnice taxativně stanoví důvody, kdy může členský stát odmítnout udělení předchozího souhlasu. Zatímco podle Nařízení, může být souhlas odmítnut pouze v případě, že léčba není zahrnuta mezi nahraditelné léčby státu pojištění či je zahrnuta a navíc je v dané době dostupná.<sup>58</sup>

---

<sup>56</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. Abdon Vanbraekel a další proti Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Věc C-368/98.

<sup>57</sup> Čl. 20 odst. 2 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

<sup>58</sup> Čl. 20 odst. 2 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení.

## 2.3 Právní principy a základní cíle směrnice

### 2.3.1 Základní cíle

Hlavním cílem této Směrnice je kodifikovat a vyjasnit principy zavedené judikaturou SDEU, které vedou k usnadnění přístupu k bezpečné a vysoce kvalitní přeshraniční péči v Unii. Dále se Směrnice zaměřuje na posílení spolupráce členských států v oblasti zdravotní péče, jež podle předpokladů taktéž v dlouhodobém měřítku povede k rozvoji kvality a bezpečnosti zdravotní péče.<sup>59</sup>

Ustanovení Směrnice mají za úkol vyplnit mezeru, která vznikla mezi Nařízením a směrnicí o službách<sup>60</sup>, jež ponechává úpravu zdravotních služeb v pravomoci států, ovšem za předpokladu dodržování principů vnitřního trhu a volného pohybu služeb a osob (pacientů).<sup>61</sup> Již podle vyjádření v preambuli je Směrnice účinná paralelně s Nařízeními, tato nařízení bude doplňovat, ale není jejím účelem do jejich ustanovení zasahovat či je měnit.<sup>62</sup>

Směrnice však přináší taktéž novou iniciativu v oblastech sjednocování výzkumu v EU a vzájemné spolupráce mezi členskými státy. Státy se tak budou navzájem ovlivňovat v politikách kvality a bezpečnosti.<sup>63</sup> Významná ustanovení Směrnice posilují spolupráci mezi členskými státy a poskytování zdravotní péče. Některá pravidla jsou nezbytná či velmi užitečná k organizování přeshraniční péče jako například uznávání receptů či výměna informací o poskytovatelích zdravotní péče. Další ustanovení s cílem vylepšit evropské zdravotnictví využívají nástroje podporující sdílení vědeckých poznatků, spolupráci v oblasti technologií a hlavně

---

<sup>59</sup> Bod č. 10 preambule Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>60</sup> Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu.

<sup>61</sup> BROOKS, E. Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. *Health Policy*. ELSEVIER, 2012, Vol. 105, No. 1, s. 36.

<sup>62</sup> Bod č. 28-31 preambule Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>63</sup> BANASZCZYK, Zbigniew; SAFJAN, Marek. *Medical law: cases and commentaries*. Warszawa: Lex, 2012, s. 25

v boji proti vzácným nemocem. Za tímto účelem byla vytvořena Evropská referenční síť a Síť pro hodnocení zdravotnických technologií.<sup>64</sup>

### 2.3.2. Právní základ

Politický nátlak členských států se zasloužil o dvojí právní základ Směrnice, který je zakotvený v člancích 114 SFEU a 168/1 SFEU.<sup>65</sup>

Dualita zdůrazňuje vnímání veřejného zdravotnictví jako politiku členských států, v níž má Unie pouze doplňkovou pravomoc a dle článku 2/5 SFEU na ni dopadá obecný zákaz harmonizace, jehož prolomení je umožněno jen v případě taxativní výjimky uvedené v čl. 168/4.<sup>66</sup> Avšak s přihlédnutím k článku 168/1 SFEU by veškerá činnost Unie měla směřovat k ochraně veřejného zdraví.

Zatímco a contrario zdravotní péče je podle judikatury SDEU považována za ekonomickou službu, jež podle článku 114 SFEU může být harmonizována za účelem vylepšení fungování jednotného trhu.

### 2.3.3. Věcná působnost směrnice

Směrnice obsahuje 23 článků rozdělených do 5 kapitol, v nichž zakotvuje pravidla pro přístup k bezpečné a kvalitní přeshraniční zdravotní péči a podporuje spolupráci v oblasti zdravotnictví mezi členskými státy, zatímco plně respektuje kompetence států v oblasti zdravotnictví. Dále se díky Směrnice zabývá úhradou nákladů v přeshraniční péči a vymezuje odpovědnost členských států v této oblasti.

Přeshraniční zdravotní péče je v čl. 3 písm a) definována jako „zdravotní péče poskytnutá nebo předepsaná v jiném členském státě než v členském státě, v němž je pacient pojištěn“. V souladu s rozhodnutím SDEU v případě Müller-Fauré<sup>67</sup> směřuje

---

<sup>64</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 35.

<sup>65</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 38.

<sup>66</sup> TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, 642.

<sup>67</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 13. května 2003. V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekerings UA a E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekerings.



Směrnice k úpravě všech forem zdravotnické péče bez ohledu na to, jak jsou organizovány, prováděny či financovány.<sup>68</sup>

Směrnice se však nevztahuje na přidělování a přístup k orgánům pro použití při transplantaci, i když transplantace jako taková není z působnosti vyloučena.<sup>69</sup> Dále se Směrnice nepoužije na očkovací programy veřejnosti proti nakažlivým nemocem, které směřují výhradně k ochraně zdraví obyvatel žijících na území členského státu (s výjimkou kapitoly IV). Z působnosti Směrnice jsou taktéž vyjmuty služby v oblasti dlouhodobé péče, jež slouží k pomoci pacientům při provádění každodenních úkonů.<sup>70</sup>

## **2.4 Jednotlivá práva pacientů při přeshraniční zdravotní péči v EU**

### **2.4.1 Pozitivní dopad Směrnice na práva pacienta**

Směrnice především upevňuje zákaz diskriminace pacienta na základě státní příslušnosti v oblasti zdravotní péče, který může být prolomen jen za předpokladu existence naléhavého důvodu obecného zájmu, jenž by ohrožoval efektivní a trvalý přístup ke zdravotní péči na vlastním území.<sup>71</sup>

Nejdůležitější nárok, který z díkce Směrnice pro pacienta plyne, je povinnost členského státu, v němž je pacient pojištěn zajistit náhradu za náklady spojené s přeshraniční zdravotní péčí, jež byla poskytnuta v jiném členském státě, za předpokladu, že by pacient byl k danému druhu péče oprávněn ve státě, kde je pojištěn.<sup>72</sup> Navíc mají státy pro své pojištěnce zařídit dostatečnou následnou péči

---

<sup>68</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 497-502.

<sup>69</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Applicatrion of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 30.

<sup>70</sup> Čl. 1 odst. 2 Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči

<sup>71</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Applicatrion of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 30.

<sup>72</sup> Čl. 7 Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

navazující na péči přeshraniční, která dosahuje stejných standardů a kvality jako kdyby pacientovi byla poskytnuta péče tuzemská.<sup>73</sup>

Směrnice dále významně posiluje pacientovo právo na informace, jehož prostřednictvím je jedinci dána větší svoboda rozhodování při výběru zdravotní péče na základě dostupných informací o přístupnosti, kvalitě a bezpečnosti zdravotních služeb. K tomuto účelu měla být státy založena národní kontaktní místa, v ČR tuto funkci zastává Centrum pro mezistátní úhradu. Tato národní kontaktní místa podávají kromě obecných informací o oprávnění a možnostech přeshraniční zdravotní péče a jejich úhrad pro domácí pacienty taktéž informace o cenách zdravotních služeb či o postupech pro podávání stížností a možnosti nápravy při vzniku újmy při vykonávání zdravotní péči na jejich území. Na žádost může potenciální pacient rovněž vyžádat informace o oprávnění konkrétního poskytovatele týkající se určité zdravotní služby či otázek profesní odpovědnosti poskytovatele.<sup>74</sup>

V neposlední řadě dochází k dalšímu odstranění překážky přeshraniční péče prostřednictvím pacientova oprávnění k uplatnění lékařského receptu vystaveného v jednom členském státě ke koupi léčivých přípravků či zdravotnických prostředků v jiném členském státě.<sup>75</sup> Pochopitelně však není možné požadovat výdej produktů, které nejsou autorizovány k prodeji na trhu daného státu, stejně tak vzájemné uznávání lékařských receptů neovlivňuje zařazení léčivých přípravků či zdravotnických prostředků k hrazeným položkám v systémů úhrad jednotlivých států.<sup>76</sup>

Dle mého názoru praktické využití vzájemného uznávání lékařských předpisů značně zjednoduší administrativu týkající se přeshraniční zdravotní péče. Navíc předpokládám, že přeshraniční použití lékařských receptů povede za účelem dalšího usnadnění mobility k rozvoji elektronických lékařských receptů.

---

<sup>73</sup> Čl. 5 písm. c Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>74</sup> DE LA ROSA, S. The directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review*. United Kingdom: Kluwer Law International, 2012, Vol. 49, No. 1, s. 17.

<sup>75</sup> ŠORFOVÁ, V. *Zdravotnictví jako služba v kontextu Evropské unie aneb nová právní úprava v oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče*. [online].

<sup>76</sup> Tamtéž.

Kontinuita přeshraniční zdravotní péče je dále zajištěna povinností států poskytnout vzdálený přístup ke zdravotním záznamům, či alespoň k jejich kopii, jak pro pacienty domácí, kteří péči za hranicemi teprve vyhledávají, tak pro pacienty zahraniční o lékařských úkonech, které v dané zemi podstoupili.<sup>77</sup> Státy však musí dohlížet na respektování práva pacienta na soukromí<sup>78</sup>, kdy jakékoli zpracovávání a poskytování osobních dat pacienta musí být v souladu s národním režimem implementovaných nástrojů evropských ustanovení týkajících se ochrany osobních údajů.<sup>79</sup>

Jakým způsobem změny, které Směrnice přináší (nebo kodifikuje), zasáhnou pacienty v jednotlivých členských státech, závisí na úrovni již existujících práv před implementací Směrnice do vnitrostátního právního řádu.<sup>80</sup> Avšak ve své všeobecnosti se dikce Směrnice zaměřuje na vysokou kvalitu a bezpečnost zdravotní péče, tudíž předpokládám, že dojde ke zlepšení těchto oblastí ve všech systémech zdravotní péče jednotlivých členských států.

#### **2.4.2 Nevyřešené otázky a případné znevýhodnění jednotlivých skupin pacientů**

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.3.3, z věcné působnosti Směrnice je vyloučena dlouhodobá péče, jež poskytuje pomoc pacientům při základních úkonech každodenního života. K důvodům vyloučení dlouhodobé péče se vyjadřuje pouze bod 14 preambule, který je dle mého mínění velice vágní a nedostatečně sděluje, proč byla dlouhodobá péče vyloučena.

Zastávám názor, že distinkce mezi sociální péčí a zdravotní péčí pacientů s dlouhodobými zdravotními komplikacemi bude velmi složitá. Zároveň není zcela

---

<sup>77</sup> MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013. s. 94

<sup>78</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s.500.

<sup>79</sup> Směrnice č. 2002/58/ES o soukromí a elektronických komunikacích a směrnice č. 95/46/ES o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů.

<sup>80</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Applicatrion of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 38-39.

zřejmé, zda Směrnice tímto neporušuje jeden ze svých hlavních principů, jelikož by mohla být z pohledu dlouhodobého nemocného brána jako diskriminující. Z tohoto důvodu předpokládám, že toto ustanovení povede k nové judikatuře SDEU, jež jej bude muset dále interpretovat.

Přeshraniční péče stále není členskými státy neomezitelná. Domovský stát má pravomoc pro některé druhy přeshraniční zdravotní péče požadovat předchozí souhlas poskytovatele zdravotního pojištění za účelem omezení rizika destabilizace plánování a financování vlastního zdravotnického systému.<sup>81</sup> Problematikou přeshraniční zdravotní péče podmínitelné souhlasem poskytovatele zdravotních služeb se tato práce zabývá v kapitole třetí. Zde bych pouze chtěla zdůraznit, že Komise varovala státy při vytváření nástrojů pro vymezení okruhů zdravotní péče vyžadující předchozí souhlas před zneužitím této pravomoci. Lze předpokládat, že Komise bude tato opatření kontrolovat a v případě excessu, jenž by mohl znamenat nedovolenou překážku volného pohybu služeb, rozporovat.<sup>82</sup>

Na další úskalí týkající se věcné působnosti Směrnice poukazovalo při debatě o jejím návrhu v Radě několik členských států. Státy požadovaly vyloučení poskytovatelů, kteří nejsou smluvně vázáni s národními poskytovateli pojištění, jelikož pacient při zdravotní péči poskytnuté těmito poskytovateli ve většině států nemá nárok na náhradu výdajů ani v oblasti domácí péče.<sup>83</sup> Tomuto požadavku však nebylo vyhověno. Ad absurdum tak v praxi tak může docházet k paradoxní situaci, kdy např. český pacient může žádat o náhradu úhrady zdravotní péče, jež mu byla poskytnuta v soukromém zařízení v jiném členském státě, např. v sousedním Slovensku, ale nemůže požadovat náhradu za stejný zákrok provedený v nesmluvní instituci v České republice.

Dle mého názoru se Směrnice v záměru zamezit diskriminaci v oblasti úhrady přeshraniční péče, spojené s nedostatkem pravomocí ke sjednocování systémů úhrad

---

<sup>81</sup>TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, 627 s.

<sup>82</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 22.

<sup>83</sup> NYS, H. The Transposition of the Directive on Patients' Rights in Cross-Care Healthcare in National Law by the Member States: Still a Lot of Effort to Be Made and Questions to Be Answered. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 10.

zdravotní péče, dopustila pozitivní diskriminace vůči tuzemským pacientům, využívajícím služeb soukromých zařízení některých členských států, oproti pacientům, kteří využívají soukromých služeb v tuzemsku.<sup>84</sup>

Přestože vede Směrnice k významnému posílení práva pacienta na informace, vyvstávají v této oblasti četné nevyřešené otázky. Zprvce nejen nemocnice, ale ani národní kontaktní místa nejsou povinna podávat informace v jiném jazyce než ve všech úředních jazycích vlastního státu.<sup>85</sup> Přestože tento fakt zcela nespĺňuje podmínku jednoduchého přístupu a dostupnosti dat pro cizince, dle mého názoru v praxi nebude vytvářet četné problémy, jelikož předpokládám, že národní kontaktní místa budou dobrovolně (případně na vyžádání) informace poskytovat alespoň v nejrozšířenějším společném jazyce EU – angličtině.

Zadruhé se v Unii 28 států objevuje významná jazyková bariéra, jež by mohla být rozumným důvodem pro odmítnutí zahraničního pacienta v případech, kdy je porozumění mezi lékařem a pacientem klíčové pro poskytnutí zdravotní péče, např. v oblasti psychiatrie či klinické psychologie.<sup>86</sup> Problémy se ovšem mohou vyskytnout i při obvyklé péči, jelikož povinností poskytovatele zdravotní péče je pacienta řádně informovat a poučit. V takovýchto případech náklady na tlumočnicka či za překlad si hradí pacient sám.<sup>87</sup>

## 2.5. Nové iniciativy Směrnice

Za účelem zefektivnění a racionalizace poskytované péče zavedla Komise nové elementy, které nejsou ani součástí předešlé judikatury SDEU a ani se striktně nedotýkají individuálních práv pacientů.<sup>88</sup>

---

<sup>84</sup> NYS, H. The Transposition of the Directive on Patients' Rights in Cross-Care Healthcare in National Law by the Member States: Still a Lot of Effort to Be Made and Questions to Be Answered. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol.19, No. 1, s.4.

<sup>85</sup> Bod 48 preambule Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>86</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdoluhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 14.

<sup>87</sup> PRUDIL, L. Implementation of the Directive 2011/14/EU in the Czech republic. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2014, Vol. 21, No. 1, s. 17.

<sup>88</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 497.

Články 12 až 14 se zaměřují na vytváření referenční sítě mezi poskytovateli zdravotní péče a odbornými středisky v členských státech a další spolupráci členských států ve vývoji diagnóz a léčeb vzácných nemocí. V této oblasti dále Komise usiluje o obeznámení pacientů, zdravotníků a orgánů odpovědných za financování zdravotní péče s možnostmi, jež jsou nabízeny dle nařízení 883/2004 k využití pro zjištění diagnózy či léčby v jiném státě, pokud tyto nejsou dostupné ve státě domácím.<sup>89</sup> Ke zlepšení spolupráce by měl vést i další rozvoj elektronického zdravotnictví v podobě systému eZdraví.<sup>90</sup>

Unie si dále velmi dobře uvědomuje, že vývoj nových technologií patří mezi nejdůležitější kroky k zlepšování zdravotnictví, proto s cílem zamezit zbytečnému opakovanému úsilí a dále poskytování lepší podpory bezpečného použití technologií k rozvoji zdravotní péče, upravuje spolupráci v oblasti hodnocení zdravotnických technologií.<sup>91</sup>

---

<sup>89</sup> Čl. 14 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>90</sup> Tamtéž.

<sup>91</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 33.

### 3. Vymezení péče, jejíž proplácení je podmínitelné souhlasem

#### 3.1. Předpoklady zavedení předchozího souhlasu

S vývojem liberizace přeshraniční zdravotní péče začaly u členských států vznikat obavy z ohrožení stability financování veřejného zdravotnictví, hlavně v případech proplácení složité a nákladné zdravotní péče. V důsledku tlaku ze strany států již SDEU ve svých rozsudcích<sup>92</sup> stanovil, že členské státy mají pravomoc určitou léčbu podmínit předběžným souhlasem.<sup>93</sup> Avšak je třeba dbát na to, aby členské státy této možnosti využívaly s důrazem na dodržování principu přiměřenosti a zároveň se vyvarovaly porušení zákazu diskriminace, jinak by tato omezení mohla představovat překážku volného pohybu služeb/pacientů na vnitřním trhu.<sup>94</sup>

Směrnice možnost předchozího souhlasu potvrdila a zároveň taxativně vymezila okruhy péče, pro které může být vyžadován.<sup>95</sup> Dle mého úsudku jsou však tato ustanovení vágní a příliš široce pojata, tudíž se zde přikláním k názoru autorky De la Rosy, jež poukazuje na to, že zde vzniká velký prostor pro členské státy při transpozici směrnice do vlastního právního řádu k vytvoření podmíněných kategorií takovým způsobem, kterým mohou manipulovat s odlivem pacientů do zahraničí.<sup>96</sup>

První předpoklad, pro který může být požadován předchozí souhlas, stanoví, že se v první řadě musí jednat o nákladnou lůžkovou péči, při níž pacient stráví alespoň jednu noc ve zdravotnickém zařízení, či pokud jde o vysoce specializovanou péči

---

<sup>92</sup> Např. Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen.

<sup>93</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 22.

<sup>94</sup> BERMEJO, D. Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination. *ERA Forum: Journal of the Academy of European Law*. Springer, 2014, Vol. 15, s. 364.

<sup>95</sup> Čl. 8 odst. 2 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>96</sup> DE LA ROSA, S. The directive on cross-border healthcare or the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review*. United Kingdom: Kluwer Law International, 2012, Vol. 49, No. 1, s. 34.

náročnou a nákladnou na zdravotnické vybavení či lékařskou infrastrukturu.<sup>97</sup> Tyto podmínky musí být dále odůvodněny komplexním plánováním za účelem dosažení přístupu ke kvalitní péči a hospodárného využití finančních, technických a lidských zdrojů.<sup>98</sup> Například podle rozsudku Smith a Pearbooms, pokud jsou geografické rozložení, počet nemocničních zařízení a poskytované služby předmětem plánování, jež musí vyhovět velkému množství potřeb, může být předchozí souhlas vyžadován.<sup>99</sup>

Zajímavá je v tomto ohledu otázka ambulantní péče. K oblasti ambulantní péče a péče, jež nebyla poskytována v nemocnici SDEU v nedávné judikatuře stanovil, že pokud tato péče splňuje stejné podmínky a je předmětem vysokého plánování, může být i pro ni požadován předchozí souhlas. SDEU zde vychází ze svých dřívějších rozhodnutí<sup>100</sup>, kdy judikoval, že v mnoha případech je nezbytně složité rozlišovat nemocniční péči a péči, která byla poskytnuta v jiném zařízení.<sup>101</sup> Směrnice dále toto pravidlo potvrzuje a nepovažuje skutečnost, zda byla péče poskytována v nemocnicích nebo v ambulančních zařízeních, za rozhodující faktor.<sup>102</sup>

Nově, vedle judikatury SDEU, Směrnice přináší další dvě ustanovení, která opravňuje státy limitovat volnost proplácení přeshraniční péče veřejným poskytovatelem zdravotního pojištění. Nabízí zde novou možnost omezení, jež se zakládá na ochraně veřejného zdraví a lidstva a dále na prevenci před nekvalitní a zdravím nebezpečnou péčí.<sup>103</sup> Díkce Směrnice zde pamatuje na speciální případy, kdy například pacient chce vycestovat s velmi nakažlivou nemocí nebo má velice

---

<sup>97</sup> Čl. 8 odst. 2 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>98</sup> Čl. 8 odst. 2 a) Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>99</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 500.

<sup>100</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 13. května 2003. V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA a E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Věc C-385/99.

<sup>101</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 500.

<sup>102</sup> Bod 41 preambule Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>103</sup> KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. s.54.



nestabilní zdravotní stav, jenž by mohl v kombinaci s dlouhou cestou vyústit v ohrožení jeho života.<sup>104</sup>

Avšak znovu se zde dle mého názoru členskými státy nabízí široký prostor pro přijetí těchto ustanovení do svých právních řádů způsobem dle vlastního uvážení. Tudiž nadále bude záležet na Komisi a SDEU, jak budou následné praktické problémy a stížnosti ze strany pacientů na benevolentní implementaci posuzovat.

Podle mého názoru bude ustanovení týkající se péče, jež by mohla způsobit obavy z hlediska kvality a bezpečnosti, na území EU využíváno pouze sporadicky. Ztotožňuji se s názorem SDEU, jenž stanovil, že minimální úroveň a kvalita lékařské péče je v EU zajištěna, dále je také určitá úroveň harmonizována směrnicí o vzájemném uznávání kvalifikací.<sup>105</sup>

### 3.2. Možnost odepření

Bezpečnostní riziko zdravotní péče je na druhou stranu stěžejní pro institut odmítnutí poskytnutí souhlasu ke zdravotní péči. Členské státy mají možnost odepřít poskytnutí souhlasu nejen tehdy, pokud by péče směřovala k ohrožování jednotlivce, ale i v případě rizika pro širokou veřejnost. Jelikož v článku 8/2 se jedná o riziko, jež se speciálně týká poskytovatele dané léčby, zatímco při odmítnutí může být vykládáno extenzivně – např. při riziku šíření nakažlivé nemoci. Zároveň pokud se jedná o poskytovatele zdravotní péče, může být souhlas odmítnut z individuálního důvodu, např. když daný poskytovatel zdravotní péče není (nebo v současné době už není) oprávněn k poskytování dané péče.<sup>106</sup> Ke splnění tohoto účelu budou významně přispívat národní kontaktní místa, jež spolupracují při výměně informací týkajících se kvality a bezpečnosti poskytovatelů zdravotních služeb.

---

<sup>104</sup> QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Prividing (some) rights to Eu residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 501.

<sup>105</sup> Tamtéž.

<sup>106</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Applicatrion of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 37.

Další důvod pro odmítnutí souhlasu může nastat, za předpokladu: „pokud lze tuto zdravotní péči poskytnout na jeho území ve lhůtě, která je lékařsky odůvodnitelná, s ohledem na současný zdravotní stav a pravděpodobný průběh nemoci každého dotyčného pacienta.“<sup>107</sup> Není zde však zřejmé, zda to v praxi tedy znamená, že pokud je stát schopen poskytnout léčbu v rozumné době s ohledem na zdravotní stav pacienta, může souhlas k zahraniční péči vždy odmítnout.<sup>108</sup> Podle mého názoru bude na SDEU, aby zajistil výklad ustanovení tak, aby nedošlo k jeho zneužití. Jelikož pokud by v takovýchto případech stát mohl vždy odmítnout udělení předběžného souhlasu, jednalo by se o velmi silné privilegium státu, které bych považovala za významnou překážku ve volném pohybu služeb a pacientů.

A contrario, pokud takto léčbu není možné zajistit, souhlas být odmítnut nesmí. Navíc ani existenci čekacího listu (pořadníku) jako takového, bez jakékoliv lékařského objektivního prošetření, nelze brát jako vhodný argument k odmítnutí souhlasu.<sup>109</sup> Avšak čekací doba nemá jednotnou definici, podle judikatury SDEU se jedná o rozumnou dobu, jež nepřesahuje lékařsky přijatelnou dobu s ohledem na konkrétní stav pacienta.<sup>110</sup>

### **3.3 Stanovení kategorií podmíněných předchozím povolením a řízení o předběžném souhlasu**

#### **3.3.1 Stanovení kategorií pro požadování předchozího souhlasu**

Mezi členskými státy se objevilo několik rozdílných přístupů k vymezení okruhů zdravotní péče, jejíž náhrada nákladů je podmíněna předchozím povolením. Směrnice vytvořila pouze mantinely pro možnosti zavedení omezení jednotlivými členskými státy, které jsou limitovány zásadou nezbytnosti.

---

<sup>107</sup> Čl. 8 odst. 6 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>108</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 24.

<sup>109</sup> Bod 43 preambule Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>110</sup> Rozsudek Soudního dvora (velkého senátu) ze dne 16. května 2006. Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust a Secretary of State for Health. Věc C-372/04.

Na jedné straně jsou zde státy, jež při implementaci Směrnice stanovily kategorie zdravotní péče, jejíž proplácení podléhá předběžnému povolení, nebo vytvořily potencionální prostor pro budoucí stanovení. Bylo zjištěno, že v praxi jsou systémy předchozího povolení založeny především na podkladě čl. 8 odst. 2 písm. a).<sup>111</sup> Objevuje se zde však problém, že státy nedostatečně specifikovaly, jaká péče v jejich případech spadá pod lůžkovou péči. Navíc státy hodnotí lůžkovou péči podle toho, jak je vykonávána ve státě poskytujícím zdravotní péči, což je diskutabilní, zda je toto pojetí v souladu s kritériem čl. 8 odst. 2 písm. a, jenž je vztahován ke způsobu léčby podle státu, v němž je pacient pojištěn.<sup>112</sup>

V praxi se zde naskýtá problém, že státy přestože požadují předchozí povolení pro lůžkovou či vysoce specializovanou léčbu, již dále tato kritéria neobjasnily.

Kategorie, pro které je požadováno předchozí povolení, musí být dle dikce Směrnice náležitým způsobem odůvodněny. V praxi však toto ustanovení naráží na úskalí, jelikož v mnoha státech je počet žádostí velmi malý, či dokonce se o souhlas k dané léčbě nikdo nepřihlásil, tudíž je těžké hodnotit, zda pro léčbu je opravdu nutné předchozí povolení.<sup>113</sup>

Členské státy jsou povinny veřejně zpřístupnit seznam zdravotních služeb, jež jsou předmětem předchozího povolení.<sup>114</sup> Dle Studie národní kontaktní místa dostatečně informují veřejnost o okruzích léčby, jež podléhají předchozímu povolení, navíc 66 % národních kontaktních míst poskytuje detailní seznam na svých internetových stránkách. Přestože jsou však tyto seznamy dostatečně zpřístupněny a zveřejněny, interpretace daných kategorií požaduje určitý stupeň lékařské expertízy.<sup>115</sup> Tudíž pokud se chce pacient ujistit, že mu bude péče následně proplacena, je nezbytná konzultace dané léčby s národním kontaktním místem či poskytovatelem zdravotního

---

<sup>111</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH.*

<sup>112</sup> Tamtéž.

<sup>113</sup> Tamtéž.

<sup>114</sup> Čl. 8 odst. 7 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>115</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH.*

pojištění, jenž posuzuje případ od případu a podá žadateli stanovisko, zda je v jeho případě potřeba předchozího souhlasu či ne.

Jelikož Směrnice nabízela možnost využití benevolentní transpozice do jednotlivých právních řádů, státy se k tomuto úkolu postavily různým způsobem. Ku příkladu Polsko a Slovensko stanovilo klasický seznam kategorií zdravotní péče, jejichž náhrada nákladů je podmíněna předchozím povolením.<sup>116</sup> Dle mého názoru nejkomplicovanější cestu zvolila Itálie, která vytvořila předchozí proces, tedy jakýsi předstupeň, v němž je posuzováno, zda je vůbec pro danou péči nutné žádat předchozí povolení.<sup>117</sup>

Jelikož implementace byla pojata velmi různorodě, můžeme předpokládat, že s růstem migrace pacientů a vznikem sporů bude Komise povolovací mechanismy jednotlivých států zkoumat a případně rozporovat u SDEU. Již při implementaci do právních řádů členských států Komise varovala před zneužitím této možnosti, jež by mohla vést ke vzniku překážek volného pohybu služeb či pacientů na vnitřním trhu.<sup>118</sup>

Na druhou stranu můžeme uvést příklady států, jako je Česká republika či Švédsko, jež nepožadují předchozí povolení pro žádné zdravotní služby. Česká republika podmínky pro předchozí souhlas upravuje v § 14b zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde stanoví za jakých podmínek může vláda vydat nařízení, jež konkretizuje kategorie služeb, které spadají pod podmínku předchozího souhlasu. Prováděcí nařízení dosud nebylo vydáno, lze však předpokládat, že vláda k němu přistoupí, až pokud dojde dle statistických údajů k velkému nárůstu zájmu o přeshraniční péči ze strany českých pojištěnců. Jelikož však v České republice zatím

---

<sup>116</sup> PRUDIL, L. Implementation of the Directive 2011/14/EU in the Czech republic. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2014, Vol. 21, No. 1, s. 17.

<sup>117</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*.

<sup>118</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 23.

zájem o tyto služby není nijak značný, čeští pojištěnci stále nejsou zatěžováni žádnou povinností předchozího povolení.<sup>119</sup>

---

<sup>119</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavé propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 23.

## 4. Náhrada nákladů

### 4.1 Pravidla pro refundaci nákladů přeshraniční zdravotní péče

Základním principem Směrnice v oblasti náhrady nákladů na zdravotní péči je kodifikované pravidlo podle judikatury Kohll-Decker, jež spočívá v povinnosti členského státu proplatit náklady spojené se zdravotní péčí, jež byla poskytnuta v jiném členském státě, pokud je tato péče za normálních okolností hrazena v domovském systému financování veřejného zdravotnictví.<sup>120</sup> Pro výpočet náhrady výdajů se použije tarif státu, ve kterém je pacient pojištěn, náklady se nahrazují do předpokládané výše nákladů při péči poskytnuté v tuzemsku.<sup>121</sup> Tudíž pokud daná péče není v tomto státě nahrazována ani v případě, kdy se jedná o domácí zdravotní péči, je výše tarifu rovna 0 euro. Jelikož se však ceny zdravotní péče v členských státech liší, pokud pacient vycestuje do země s levnější zdravotní infrastrukturou, náklady, které mu budou proplaceny, nesmí přesahovat výši jeho výdajů.<sup>122</sup> Toto ustanovení se jeví zcela logické, protože zabraňuje jakémukoliv zneužívání a obohacování se na úkor veřejného zdravotního systému. Avšak pokud jde o opačnou situaci, kdy náklady na léčbu významně zatěžují pacienta, domácí stát má volné pole působnosti a je oprávněn rozhodnout o tom, že léčbu nahradí ve výši, která může dosahovat až úplného nahrazení výdajů.<sup>123</sup> Dále mají členské státy možnost náhrady dalších výdajů, jako jsou např. cestovní výlohy, náklady na ubytování či náklady spojené s potřebami hendikepovaných osob. K náhradě těchto výdajů však státy nejsou z hlediska Směrnice povinny.<sup>124</sup>

Směrnice ovšem stanoví členským státům povinnost zavést transparentní mechanismus pro vypočítávání příslušné náhrady výdajů ke konkrétním typům

---

<sup>120</sup> Čl. 7 odst. 1 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>121</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 45-46.

<sup>122</sup> Čl. 7 odst. 4 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>123</sup> Tamtéž.

<sup>124</sup> Tamtéž.

zdravotní péče, jenž je založen na předem zveřejněných kritériích, která nejsou zatížena žádnými podmínkami, jež by mohla vést k diskriminaci přeshraničních pacientů. Toto ustanovení je zaměřeno na zdravotní systémy, v nichž jsou pacienti oprávněni k bezplatné (in natura) zdravotní péči, jako je např. národní zdravotní služba.<sup>125</sup> Navíc dle mého názoru zde Směrnice výrazně posiluje právní jistotu pacienta, kdy si předem může zjistit, jaké náklady na zdravotní péči může očekávat. Zvýšení právní jistoty a objasnění možných výdajů, spojené s efektivním pomocným a informačním systémem ze strany národních kontaktních míst, by mohlo být základním kamenem pro rozvoj a nárůst poptávky po přeshraniční péči v rámci EU.

Stanovení mechanismů pro proplácení nákladů péče je pravomocí členských států, avšak již dle předchozí judikatury SDEU tato kompetence není neomezená, SDEU už dříve stanovil, že při vytváření takového listu musí brát členské státy v úvahu standardy a obvyklé praktiky mezinárodní medicíny.<sup>126</sup> Navíc u některých druhů léčebných úkonů může být náhrada nákladů limitována z důvodů obecného zájmu, či státy mohou požadovat předchozí povolení kompetentního orgánu (více v kapitole třetí).<sup>127</sup>

Většina států přijala základní pravidlo, kdy vypočítává náhradu nákladů na přeshraniční péči podle výdajů, které by veřejný zdravotní systém vydal, pokud by stejná péče byla poskytnuta u veřejného nebo smluvního poskytovatele zdravotní péče ve státě pojištění pacienta. Ovšem podle Studie nejméně tři státy zavedly postup, podle něhož „sazba pro náhradu nákladů pacientům vychází z výše nákladů, které by na péči čerpanou u soukromého nebo nesmluvního poskytovatele (tato sazba je

---

<sup>125</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 47.

<sup>126</sup> Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekering. Věc C-157/99.

<sup>127</sup> Čl. 8 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

výrazně nižší než sazba pro veřejné nebo smluvní poskytovatele) vynaložil členský stát, v němž je pacient pojištěn, pokud by tato péče byla poskytnuta na jeho území“.<sup>128</sup>

V České republice je tudíž v praxi při proplácení péče poskytnuté v zahraničí nutno výkony porovnat s obdobnými úkony na českém seznamu (více k vypočítání částky v ČR v podkapitole 4.4) či s českým DRG systémem. Jestliže zdravotní péči poskytnutou v zahraničí nelze přirovnat k ekvivalentní péči poskytované v ČR, není možné tuto léčbu proplatit. Zde se nabízí příležitost uvést výše zmíněný příklad překladatelských a tlumočnických služeb, který v „bodníku“ ČR nenajdeme. Avšak v praxi si některé zahraniční kliniky neúčtují poplatky za tlumočení či překladatelské služby nebo alespoň tyto částky neuvádějí na fakturách. Tento vstřícný krok odůvodňují pohodlnějším využíváním služeb zahraničními klienty, což navíc může přilákat vyšší počet těchto přeshraničních klientů.<sup>129</sup>

Podle Studie řada států požaduje po pacientovi, aby prokázal při žádosti o náhradu výdajů důvod, proč bylo nezbytné poskytnout zákrok v zahraničí.<sup>130</sup> Podle mého názoru je ovšem na povážnou, zda tato ustanovení nezakládají překážku v oblasti volného pohybu pacientů a služeb a je jen otázka času, kdy tyto mechanismy budou rozporovány Komisí.

Téměř polovina členských států využívá možnosti zavádění stejných podmínek a formalit na přeshraniční péči jako na péči domácích pacientů tím, že požaduje k ošetření u odborného lékaře předchozí doporučení od všeobecného lékaře. Tyto státy tak nedělají výjimky ani pro pacienty, již vyhledali odbornou lékařskou péči v zahraničí a požadují od nich tato doporučení pro vyplacení náhrady nákladů.<sup>131</sup> V těchto případech neshledávám žádný rozpor s principy volného pohybu služeb, ovšem podle Studie pět států potvrdilo, že trvá na tom, že doporučení musí být vydáno lékařem v jejich zemi. Vzhledem k uznávání lékařských kvalifikací napříč EU považují tato opatření za rozpor s pravidly uvedenými ve směrnici o uznávání

---

<sup>128</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH. s.4.*

<sup>129</sup> ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad.* [nepublikováno]

<sup>130</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*

<sup>131</sup> Tamtéž.



odborných kvalifikací a zároveň za omezování volného pohybu služeb v rámci vnitřního trhu.

Zde bych chtěla zdůraznit, že pro české pacienty je důležité si před vycestováním do zahraničí řádně ověřit ceny výkonů za zdravotní péči a zvážit komplikace, které mohou při poskytování zdravotní péče nastat. V případě postupu náhrady nákladů podle Směrnice a porovnání cen zahraniční péče s našimi západními sousedy pacient musí totiž předem počítat s tím, že se bude na nákladech léčby významně podílet z vlastních zdrojů, protože pojišťovna mu náklady nahradí pouze do výše českého sazebníku. Tudíž bych, i přestože v pacientově případě není nutné žádat předchozí povolení od zdravotní pojišťovny, důrazně doporučila konzultovat pacientovu léčbu a její úhradu s jeho zdravotní pojišťovnou nebo s Centrem mezistátních úhrad. Kromě CMÚ by měl pacient kontaktovat přímo zdravotnické zařízení, ve kterém chce podstoupit lékařský úkon a informovat se o možnostech dané léčby, čekacím listu, administrativě a asistenci (případně o asistenci pro zahraniční pacienty) a potenciální ceně zákroku.

Obecně v rámci EU je však nutno podotknout, že výsledky Studie odhalily základní nevědomost občanů o možnostech náhrady nákladů, které jim Směrnice poskytuje, a zároveň nedostatečné informace ohledně národních kontaktních míst, kde by případné informace mohli vyžádat.<sup>132</sup>

#### **4.2 Řízení zavedená Směrnicí**

Na základě Směrnice vznikají dva druhy řízení, fakultativní řízení o předchozím povolení léčby v zahraničí a obligatorní řízení o náhradě nákladů na tuto léčbu. Směrnice stanoví pouze určitý standard, který musí být při tvorbě procesních pravidel pro řízení dodržován, konkretizaci pravidel musí jasně stanovit až vnitrostátní právní předpis jednotlivých členských států. Obě řízení jsou správního charakteru, má u nich

---

<sup>132</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*

být stanovena možnost přezkumu vnitřního rozhodčího orgánu a dále musí být přezkoumatelné správními soudy.<sup>133</sup>

Členské státy mají povinnost jasně stanovit procesní pravidla pro řízení o refundaci výdajů spojených s přeshraniční zdravotní péčí v rámci EU, která musí dodržovat přiměřené lhůty a zároveň být založena na objektivních a nediskriminačních kritériích, aby nedocházelo k znevýhodnění některých pojištěnců. Pacient taktéž musí mít nárok na soudní přezkum tohoto rozhodnutí.<sup>134</sup>

Každá žádost tudíž musí být vyhodnocena zvlášť, což může vést k velké administrativní zátěži. Největší zátěží, jak finanční, tak i časovou, jsou překlady (pokud nejsou zajištěny a placeny samotnými pacienty) a dále hodnocení a procesování lékařské dokumentace.<sup>135</sup> Navíc bylo zjištěno, že některé členské státy požadují, aby pacienti k žádosti přikládali úředně ověřený překlad účetního dokladu.<sup>136</sup> Podle Studie dokonce jeden ze států vyžadoval, aby všechny dokumenty, jež pacient poskytne k doložení zdravotní péče v zahraničí, byly ověřeny konzulem v dané zemi. Dle mého názoru je jen otázka času, kdy tento požadavek bude Komise rozporovat, jelikož dle mého není možné ho dostatečně odůvodnit tak, aby byla vyloučena překážka volného trhu, tudíž porušuje čl. 7 odst. 7 Směrnice. Navíc takováto administrativní zátěž jistě přispívá k odrazení pacientů od vyhledávání zdravotní péče v zahraničí.

V rámci EU dnes neexistuje jednotlivý postup, či sjednocená doba vyřízení žádostí. Žádosti o náhradě přeshraniční péče jsou vyřizovány dle průzkumů bez specifických problémů. Doba vyřízení je jen nepoznatelně delší než u vnitrostátní náhrady, toto zpoždění je většinou způsobeno pouze z logických důvodů, jako jsou např. potřeba překladu faktur apod.<sup>137</sup>

---

<sup>133</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 23.

<sup>134</sup> Tamtéž.

<sup>135</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*

<sup>136</sup> Tamtéž.

<sup>137</sup> Tamtéž.

Jediným problémem, jenž byl za doby krátké praxe pravidel zavedených Směrnicí zjištěn, je, že pacienti nejsou dostatečně informováni, která léčba je předmětem předchozího souhlasu, a proto požadují povolení i v případech, kdy to není nutné, což vede ke zbytečné administrativní zátěži a prodlužování lhůt u všech pacientů, již řádně žádají o souhlas či náhradu.<sup>138</sup>

### 4.3 Řízení v ČR

Česká republika nezatěžuje žádnou přeshraniční léčbu povinností předchozího povolení, tudíž se zde setkáváme pouze s řízením o náhradu vynaložených nákladů na přeshraniční péči. Na daná řízení se přiměřeně použijí ustanovení zákona č. 500/2004, správní řád, ve znění pozdějších předpisů.<sup>139</sup> Žádost o náhradu nákladů musí mimo obecné náležitosti obsažené v § 37 správního řádu obsahovat také doklad, jenž specifikuje poskytnutou zdravotní péči a doklad o uhrazení této služby (či zboží). Vzor žádosti můžeme nalézt na internetových stránkách Centra mezistátních úhrad.<sup>140</sup>

Po podání žádosti zdravotní pojišťovna posuzuje, zda se jedná o zdravotní péči, která je v rámci ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Při zpracování této žádosti musí být dodržovány všechny náležitosti správního řízení (podání žádosti, zahájení řízení, řešení předběžné otázky, výzvy k odstranění nedostatků, rozhodnutí, odvolání apod.). Za předpokladu, že má pacient nárok na náhradu výdajů, informuje zdravotní pojišťovna pacienta o částce, jež mu bude proplacena. Výše náhrady bude vypočítána dle transparentního výpočtu podle vyhlášky<sup>141</sup> stanovující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví na základě zmocnění v § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, a cenového předpisu<sup>142</sup> Ministerstva zdravotnictví. Pokud je však

<sup>138</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*

<sup>139</sup> Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí. [online]. *Centrum mezistátních úhrad*. [cit. 15. 10. 2015].

<sup>140</sup> [http://www.cmu.cz/images/cmu\\_documents/forms/zadost-refundace.pdf](http://www.cmu.cz/images/cmu_documents/forms/zadost-refundace.pdf)

<sup>141</sup> Pro rok 2015 vyhláška MZ č. 326/2014 Sb.

<sup>142</sup> Vydaného na základě zmocnění v § 2a odst. 1 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen, ve znění pozdějších předpisů.

rozhodnutí negativní, musí zdravotní pojišťovna pacienta poučit o možnosti odvolání k rozhodčímu orgánu pojišťovny.<sup>143</sup>

#### 4.4 Vymezení ceny pro příchozí pacienty

Základní princip při stanovování cen pro pacienty spočívá v přijetí takových kritérií, jež nebudou diskriminovat pacienty z jiných členských států. Směrnice upřesňuje zákaz aplikace rozdílných sazeb pro zahraniční pacienty, který byl již dříve stanoven rozhodnutími SDEU. Tento problém se může objevit převážně v zemích, kde z důvodu systému financování veřejného zdravotnictví (např. Národní zdravotní služba) nejsou stanoveny sazby pro domácí pacienty.<sup>144</sup> Konkretizace cen za určitý zdravotní výkon není důležitá jen z hlediska účtování péče pacientům, již nespadají pod veřejné zdravotní pojištění státu poskytujícího zdravotní služby, ale i například při vyčíslení náhrady škody na zdraví či při požadování zaplacení léčby odpovědnou osobou.<sup>145</sup> K těmto případům může dojít ku příkladu při přenesení odpovědnosti na viníka dopravní nehody či při úmyslném ublížení na zdraví.

Pro cizí pacienty, již nejsou subjekty tuzemského veřejného zdravotního pojištění, obvykle platí závazný veřejný tarif. Tyto sazebníky jsou ve většině případů veřejně přístupné. Podle Studie nebyly zjištěny žádné případy, kdy by na pacienty vyhledávající přeshraniční péči v jiném členském státě byly uplatňovány znevýhodňující tarify.<sup>146</sup> Tyto sazebníky se samozřejmě vztahují na poskytovatele veřejné zdravotní péče nebo na ty, jež mají smlouvy s poskytovateli veřejného zdravotního pojištění (záleží na veřejném zdravotním systému v daném státě). Soukromí poskytovatelé jsou ve stanovení výše svých tarifů nezávislí na státu, ovšem

---

<sup>143</sup> Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí. [online]. *Centrum mezistátních úhrad*. [cit. 15. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/pojistenci/narok-kategorie/cesta-za-zdrav-peci>

<sup>144</sup> PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 50.

<sup>145</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 34.

<sup>146</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*

i přesto není možné zavádět dvojí sazby, které by mohly diskriminovat pacienty z jiných členských států.<sup>147</sup>

V České republice jsou uvedené tarify pro cizince, kteří pobývají dlouhodobě v tuzemsku či pro turisty z nečlenských zemí. Prostřednictvím tohoto tarifu se počítá cena i pro příchozí pacienty z EU. Většina této zdravotní péče je proplácena podle výkonového vykazování, které se vyznačuje tím, že pro každý zdravotní úkon je stanoven určitý počet bodů ve vyhlášce tzv. „bodníku“<sup>148</sup>. Hodnota bodu je stanovena v úhradové vyhlášce<sup>149</sup>, jež prochází každoroční aktualizací, kdy se stanovuje hodnota bodu pro následující rok.<sup>150</sup> Po vynásobení těchto hodnot dochází ke zjištění částky, kterou musí zahraniční pacient uhradit. Bodové hodnocení se vyznačuje transparentností, jelikož promítá nároky na personální, technické a věcné vybavení jednotlivých zdravotnických odborností.<sup>151</sup>

V případě stanovení ceny u přijíždějícího pacienta je dále nutno vzít v potaz také předpis Ministerstva zdravotnictví 1/2015/DZP, jenž vymezuje další otázky ohledně ceny jednotlivých úkonů, převážně se zaměřuje na to, za jaké situace může český lékař vyúčtovat danou hodnotu bodu. U přeshraničních pacientů, kteří vyhledávají léčbu na základě práv Směrnice, situace není zcela jednoznačná. Ani CMU v tomto případě nemá jasné stanovisko o tom, jaká cena může být účtována, i přestože se několikrát dotazovalo Ministerstva zdravotnictví. Dle vyjádření právníka CMU Mgr. Adama Andera: „Dle našeho názoru může lékař účtovat cenu věcně usměrněnou, tj. cenu, která obsahuje náklady na ošetření a přiměřený zisk (oddíl B cenového předpisu), neboť takovou cenu by naučtoval i českému občanovi, pojištěnci pojišťovny, se kterou nemá daný lékař uzavřenou smlouvu. MZ naopak (někdy)

---

<sup>147</sup> ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad*. [nepublikováno]

<sup>148</sup> Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

<sup>149</sup> Předpis č. 324/2014 Sb., Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015.

<sup>150</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 1-43.

<sup>151</sup> ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad*. [nepublikováno]

zastávalo názor, že lékař může naučtovat pacientovi takovou cenu, jakou by naučtoval smluvní české zdravotní pojišťovně.“<sup>152</sup>

Ovšem je na místě zdůraznit, že podle posledního trendu v celé EU význam výkonových náhrad klesá a do popředí se dostává systém platby za diagnózu, tzv. DRG systém, který se uplatňuje hlavně při řešení komplikované a nákladné lůžkové zdravotní péče.<sup>153</sup> Systém DRG vyhodnocuje činnost nemocnic, efektivitu využívání diagnostiky, léčby a služeb. Prostřednictvím DRG systému je určená paušální částka, která je obvyklá pro pacienta s určitou diagnózou, tato suma již obsahuje všechny výkony.<sup>154</sup> V současné době je Slovensko jedinou zemí EU, která tento systém ještě nezavedla.<sup>155</sup> Avšak přestože většina států EU přechází na systém DRG, existují jednotlivé skupiny tohoto systému, což v praxi znamená, že např. určitý kód DRG v České republice nezahrnuje stejné výkony jako obdobný kód např. v Německu či Rakousku.<sup>156</sup>

#### 4.5. Průzkum

Pro zjištění reálného pohledu potencionálního českého pacienta jsem se prostřednictvím metody „pseudopacienta“ informovala u vybraných národních kontaktních míst na způsob určování ceny pro příchozího zahraničního pacienta. Navíc jsem národní kontaktní místa žádala o přibližný odhad nákladů při provedení úplné náhrady kyčelního kloubu v jejich státě (cena je orientační, bez komplikací). Pro kontaktování národních kontaktních míst jsem zvolila elektronickou komunikaci a kontaktovala jsem je e-mailem. Za účelem zjištění úrovně poskytovaných informací v cizím jazyce jsem posílala e-maily v angličtině.

Celkově jsem kontaktovala 20 národních kontaktních míst (včetně českého CMÚ), po 30 pracovních dnech jsem dostala odpověď od 13 z nich, od 6 (Bulharsko, Dánsko,

---

<sup>152</sup> ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad*. [nepublikováno]

<sup>153</sup> KŘEPELKA, F. Složitě a zdlouhavě propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 31.

<sup>154</sup> DRG – klasifikačný systém.[online] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. [cit. 25. 10. 2015].

<sup>155</sup> Tamtéž.

<sup>156</sup> ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad*. [nepublikováno]

Francie, Itálie, Polsko, Portugalsko) se mi nedostalo žádné reakce a z adresy z Lucemburska mi přišel e-mail, ve kterém jsem byla informována, že e-mailová adresa byla zrušena a jediný možný kontakt v současné době je v e-mailu udané telefonní číslo.

Z došlých odpovědí 7 států (Švédsko, Německo, Belgie, Finsko, Maďarsko, Anglie, Lotyšsko) uvedlo, že pokud by na jejich území pacient chtěl podstoupit úplnou náhradu kyčelního kloubu, musel by si nechat vystavit předběžný odhad ceny přímo od poskytovatele zdravotní péče, nebo národní kontaktní místa pacienta odkazovala na CMU za účelem poskytnutí asistence při vyřizování S2 formuláře, čímž by se pacient dostal do působnosti Nařízení (přestože jsem se výhradně dotazovala přímo na neautorizovanou léčbu).

U dalších šesti států, jejichž odpovědi na moje otázky byly nejpřesnější, jsem provedla rešerši a dále krátce porovnáám jejich systémy určování cen pro příchozí pacienty z jiných členských států Unie. U států, u nichž bylo možné zjistit potenciální cenu náhrady kyčelního kloubu, na závěr porovnáám náklady vzhledem k výši, jež by byla proplacena českou pojišťovnou.

Nejdříve jsem kontaktovala CMÚ v České republice. O způsobu určení ceny, jež bude proplacena pacientu v tuzemsku, bylo pojednáno výše. Avšak CMÚ mi dále poskytlo informace ohledně ceny totální necementované endoprotézy kyčelního kloubu, který podle propočtů vychází na 47 155 Kč a následná hospitalizace na 37 050 Kč. Z toho vyplývá, že celková léčba bez jakýchkoli komplikací by pacienta v ČR měla vyjít, případně by měla být českému pojištěnci uhrazena, ve výši 84 205,- Kč.

Na Slovensku je systém určování cen obdobný jako v ČR. Cena se určí jako součin počtu bodů podle seznamu výkonů anebo podle počtu ošetřovacích dnů, anebo ceny za ukončenou hospitalizaci a dohodnuté ceny za jednotku výkonu ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou.<sup>157</sup> Avšak Slovensko je jedinou zemí Unie, jež nezavedla systém DRG, tudíž veškeré ceny určuje pouze dle výkonového systému. Soukromý

---

<sup>157</sup> KOVÁČIKOVÁ, E. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou*. [nepublikováno]

poskytovatel, jenž nemá smlouvu s veřejnou pojišťovnou, si ceny určuje sám, avšak musí přitom dodržovat zákon o cenách.<sup>158</sup>

Zde je však dále nutno zdůraznit, že Slovensko na rozdíl od ČR přijalo vyhlášku<sup>159</sup> stanovující seznam jednotlivých úkonů, u nichž je při vyhledávání péče v zahraničí vyžadován předchozí souhlas pojišťovny.

V Estonsku existuje jediný poskytovatel veřejného zdravotního pojištění: Estonský fond zdravotního pojištění. Zákon o zdravotním pojištění<sup>160</sup> je přijímán parlamentem společně se seznamem zdravotní péče, jež je proplácena Estonským zdravotním fondem. Tento seznam zdravotních úkonů<sup>161</sup> stanovuje ceny za zdravotní služby zprostředkované poskytovateli zdravotních služeb, kteří mají smlouvu s Estonským fondem zdravotního pojištění. Stejně jako v ČR je tento seznam každoročně upravován vyhláškou. Referenční ceny na seznamu jsou tak každý rok upravovány metodou nařízení ministra odpovědného pro zdravotnictví.<sup>162</sup> Podle vysvětlení pracovníka Národního kontaktního místa jsou tyto ceny založeny na nákladech za práci (mzdy pracovníků), vybavení, nemocniční přístroje a léky, které jsou používány při lékařském výkonu, a za další služby (jídlo, administrativa, zákaznická podpora aj.).<sup>163</sup>

Předpokládané výdaje na necementovanou výměnu kyčelního kloubu jsou bez komplikací předběžně odhadovány na částku 3750 EUR.<sup>164</sup>

Chorvatsko, které přistoupilo k Unii teprve 1. července 2013, mělo do té doby spoustu vlastních bilaterálních smluv s jinými členskými státy o koordinaci systému sociálního zabezpečení, podmínky v těchto smlouvách se velmi lišily a byly obvykle

---

<sup>158</sup> DRG – klasifikačný systém.[online] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. [cit. 25. 10. 2015].

<sup>159</sup> Vyhláška MZ SR č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu ohlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia,

<sup>160</sup> Dostupné z: <https://www.riigiteataja.ee/en/eli/503082015009/consolide>

<sup>161</sup> Dostupné z: <https://www.riigiteataja.ee/akt/129122014055>

<sup>162</sup> Dostupné z: <https://www.haigekassa.ee/en/individual/health-services/estonian-health-care-system>

<sup>163</sup> OJALO, J. Odpověď na dotaz z průzkumu. *National Contact Point for cross-border health care Estonia*. [nepublikováno]

<sup>164</sup> Tamtéž.



mnohem více restriktivní než pravidla podle Směrnice.<sup>165</sup> V Chorvatsku je minimální cena pro daný zákrok stanovená Chorvatskou lékařskou komorou a celkové financování veřejného zdravotnictví je centralizováno Chorvatským institutem zdravotního pojištění.<sup>166</sup> Cena zákroku pro zahraniční pacienty se stanoví podle zákona o zdravotní péči zahraničních pacientů, podle čl. 8 tohoto zákona je cena určena dle směrnice, kterou vydává Chorvatský institut zdravotního pojištění s předchozím souhlasem Ministerstva zdravotnictví.<sup>167</sup> Národní kontaktní místo pacientovi, jenž vyhledává zákrok, nabízí prostřednictvím svého práva ve Směrnici tři instituce. Pro srovnání jsem zvolila Ortopedickou kliniku Lovran, která necementovou náhradu kyčelního kloubu spolu s dvěma týdny rehabilitace nabízí v částce 38 000 HRK (kolem 5000 EUR).<sup>168</sup>

Ve Španělsku management zdravotních služeb spadá do kompetencí autonomních celků, tudíž zde vzniká 17 regionálních orgánů zdravotnictví, jež určují pro zdravotní služby odlišné sazby. Tyto orgány jsou dále koordinovány Ministerstvem zdravotnictví, sociálních služeb a rovnosti.

Podle Národního kontaktního místa Španělska je odhadovaná cena náhrady kyčelního kloubu kolem 9 178,17 EUR.<sup>169</sup>

V Rakousku se můžeme setkat převážně s využitím DRG systému, jenž se vyznačuje speciálními regulacemi pro snížený počet dní hospitalizace či nulovou hospitalizaci<sup>170</sup>, které jsou z mého hlediska významné pro přeshraniční zdravotní péči, kdy pacient přijede jen za účelem zdravotního zákroku, ale nadále se léčí v jiné zemi. Přestože pro zjištění potenciálních nákladů na celkovou náhradu kyčelního kloubu musí pacient kontaktovat jednotlivé nemocnice, Rakousko operuje komplexním

---

<sup>165</sup> OSTOJIĆ, R. Implications of the accession of the Republic of Croatia to the European Union for Croatia health care system. *Collegium Antropologicum*. 2012, Vol. 36, No. 3, s. 717.

<sup>166</sup> DULIBA PEZELJ, D. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Rukovoditeljica samostalnog Odjela s Nacionalnom konstaktnom točkom za prekograničnu zdravstvenu zaštitu*. [nepublikováno]

<sup>167</sup> Chorvatsko: Law of 1997 on Health Care of Aliens [Croatia] ze dne 22. 10.1997. Dostupné z: <http://www.refworld.org/docid/3fbc2b9c2.html>

<sup>168</sup> DULIBA PEZELJ, D. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Rukovoditeljica samostalnog Odjela s Nacionalnom konstaktnom točkom za prekograničnu zdravstvenu zaštitu*. [nepublikováno]

<sup>169</sup> Oficina de Información y Atención al Ciudadan. Odpověď na dotaz z průzkumu. Národní kontaktní místo Španělsko. [nepublikováno]

<sup>170</sup> HAGENBICHLER, E. *The Austrian DRG system*. Federal Ministry of Health, 2010, 42 s.

systemem, kde pacienti mají možnost vyhledat vhodného poskytovatele zdravotní péče a detailní informace k nim. Jelikož se však cena liší region od regionu či dle institucí, nebylo možné pouze při kontaktování Národního kontaktního místa získat informaci o vyčíslení ceny takového zákroku.

Z krátkého průzkumu lze zhodnotit, že cena lékařských zákroků v zahraničí je ve srovnání s cenou služeb v České republice i několikanásobně vyšší. Nutno podotknout, že je zde analýza provedena na státech, jež nemají nijak obzvlášť drahé zdravotnictví. Dle výše uvedeného můžeme průzkum uzavřít tím, že pro českého pacienta se v současné době nevyplatí podstupovat obvyčejné zákroky v zahraničí, případně musí zvážit zemi, jež by pro něho mohla být výhodná (např. Estonsko se svou cenou výměny necementovaného kyčelního kloubu k cenám v ČR velmi blíží).

## 6. Soukromoprávní aspekty

Vztah mezi lékařem (či jiným poskytovatelem zdravotní péče) a pacientem se pohybuje na pomezí práva veřejného a soukromého, následkem toho neexistuje v rámci Unie jednotný názor týkající se povahy tohoto vztahu. V České republice se zákonodárce při tvorbě nového občanského zákoníku<sup>171</sup> inspiroval převládajícím evropským trendem, jenž je obsažen i v pohledu Komise při návrhu evropského občanského zákoníku, který označuje tento vztah za soukromoprávní zakládající se na smlouvě (zvláštní typ smlouvy o péči o zdraví).<sup>172</sup> Tento typ vztahu je tak zásadně smluvní, převážně je uzavírán konkludentně, avšak se silnou veřejnoprávní regulací stanovenou v zákoně o zdravotních službách<sup>173</sup> a zákonem o specifických zdravotních službách<sup>174</sup>.

Převažující soukromoprávní hledisko je odůvodněno principem rovného postavení stran, kdy žádná ze stran nemá nařizovací pravomoc.<sup>176</sup> Avšak je nutno poznamenat, že zde mohou nastat značné problémy v interpretaci smlouvy ku příkladu v případech, kdy je pacientovi poskytnuta zdravotní péče, když se nachází ve stavu bezvědomí. V této situaci si dovedu představit možnost fikce souhlasu či konkludentního souhlasu. Ovšem dále se objevují situace, kdy chybí volní charakter uzavření smlouvy, např. u soudního nařízení léčby. Z hlediska právní teorie, zde dochází k situaci, kdy ve smlouvě absentuje jedna z podstatných náležitostí, tudíž smlouva nesplňuje náležitosti její platnosti a nemůže být považována za platnou.<sup>177</sup>

Přes určitou rozporuplnost v pohledu na charakter vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče, kdy je v některých zemích zdravotní péče poskytována veřejným zprostředkovatelem a financována veřejnými financemi (např. ve Velké Británii poskytovaná Národní zdravotní službou), budu dále v této práci

<sup>171</sup> Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

<sup>172</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

<sup>173</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>174</sup> Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách.

<sup>175</sup> POKORNÝ, T.; TOMAN, P. Kolizní normy při působení újmy na zdraví. *Epravo.cz* [online].

<sup>176</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

<sup>177</sup> GERLOCH, A. *Teorie práva*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, s.89.

vycházet z předpokladu, že pokud bude povaha tohoto vztahu předmětem zkoumání SDEU, přikloní se soud při výkladu k názoru Komise, jež vyjádřila v návrhu evropského občanského zákoníku, že se jedná o vztah smluvní.<sup>178</sup>

## 6.1 Kolizní normy

Při poskytování zdravotní péče pacientům pojištěným v jiných státech Unie může dojít k nutnosti řešení několika právních otázek, např. určení práva rozhodného pro smluvní vztah, ohledně svéprávnosti, nedodržení povinností ze smlouvy, odpovědnost za újmu na životě či zdraví aj.

### 6.1.1. Právo rozhodné

Přeshraniční zdravotní péče je kvalifikována jako smluvní vztah s mezinárodním prvkem, což znamená, že se jedná o vztah, jenž svým významem přesahuje území jednoho státu. Pro závazkové smluvní vztahy v současné době neexistuje v Unii unifikovaná smluvní úprava (přímé normy), z tohoto důvodu se použije kolizních norem, jejichž cílem je vytvoření jednotných pravidel pro určení práva rozhodného při sporech vycházejících ze smluvních vztahů s mezinárodním prvkem v rámci Unie.<sup>179</sup> „Kolizní normy jsou tudíž takové normy, jež spojují určitý skutkový stav s hmotněprávní normou, samy však hmotněprávní úpravu neobsahují.“<sup>180</sup> V současné době se ve většině případů (pokud předpokládáme, že vztah mezi lékařem a pacientem je kvalifikován jako smluvní) použije Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008, o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I).

Při zjišťování práva rozhodného podle nařízení Řím I je podle teorie mezinárodního práva soukromého nutné nejdříve zjistit, zda si strany smlouvy neurčily právo rozhodné na základě volby práva.<sup>181</sup> Dle mého názoru se budou

---

<sup>178</sup> Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

<sup>179</sup> KUČERA, Zdeněk; PAUKNEROVÁ, Monika; RŮŽIČKA, Květoslav. *Mezinárodní právo soukromé*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, s. 35.

<sup>180</sup> PAUKNEROVÁ, Monika. *Evropské mezinárodní právo soukromé*. Praha: C. H. Beck, 2013, s.5.

<sup>181</sup> KUČERA, Zdeněk; PAUKNEROVÁ, Monika; RŮŽIČKA, Květoslav. *Mezinárodní právo soukromé*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, s. 138.

případy, kdy bude ve smlouvě provedena volba práva (čl. 3), objevovat velmi sporadicky (případně vůbec), jelikož ze strany poskytovatele zdravotní péče je volba jiného práva nevýhodná, ne-li přímo nežádoucí a nadměrně administrativně zatěžující. Navíc by to pro poskytovatele služeb znamenalo, že se právo rozhodné bude řídit podle cizího právního řádu, jenž je pro ně neznámý a tudíž nepředvídatelný. Avšak na druhou stranu by poskytovatelé služeb mohli tuto možnost využít jako vstřícný krok pro přilákání pacientů ze zahraničí, obzvláště ku příkladu pokud by se jednalo o soukromá střediska v pohraničních oblastech, kde by pacienti mohli využívat i luxusnější péče (např. více soukromí) a následně zažádat regres těchto nákladů u jejich poskytovatele zdravotního pojištění.

Při dalším kroku je rozlišováno, zda se jedná o spotřebitelskou smlouvu podle čl. 6 tohoto nařízení. Aby mohla být smlouva považována za spotřebitelskou dle Řím I., musí být splněny tři základní podmínky. Zprvce se musí jednat o smluvní vztah mezi spotřebitelem a podnikatelem nebo profesionálem, dále nesmí být tento vztah vyloučen z aplikace čl. 6 a navíc profesionální nebo podnikatelská činnost musí být provozována v zemi, kde má spotřebitel své obvyklé bydliště nebo se na tuto zemi musí podnikatel/profesionál zaměřovat.<sup>182</sup> Samozřejmě v rámci rozmachu přeshraniční péče můžeme s touto situací do budoucna počítat. Pokud by poskytovatelé zdravotní péče např. významným způsobem inzerovali své služby v jiném státě, než je jejich sídlo, mohlo by dojít k tomu, že by smlouva mezi poskytovatelem zdravotní služby a pacientem byla kvalifikovaná jako spotřebitelská. Tím by byl pacient považován za slabší stranu smlouvy, čímž by dosáhl výhody, tudíž by se vztah řídil podle práva země, v níž by měl pacient obvyklé bydliště. V současné době však stále platí, že pacienti vyhledávají přeshraniční zdravotní péči aktivně.

Ve většině případů tak nebudou naplněny předpoklady podle odst. 1 a 2 čl. 6, následně posouzením odstavce 3 a 4 dojdeme k závěru, že právo rozhodné bude určeno podle čl. 3 a 4 nařízení Řím I. O pravděpodobnosti předešlé volby práva bylo pojednáno výše, proto předpokládám, že nejčastěji tak bude docházet k případům, kdy

---

<sup>182</sup> Čl. 6 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008 ze dne 17. června 2008 o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I).

se právo rozhodné bude určovat podle čl. 4 odst. 1 písm. b) nařízení Řím I, tudíž se bude jednat o právo země, ve které má poskytovatel služeb obvyklé bydliště (zde převážně sídlo).<sup>183</sup>

### 6.1.2 Určení svéprávnosti

Právní řád upravující otázky právní osobnosti a svéprávnosti (osobní statut) je v oblasti kontinentálního práva posuzován dle odlišných kolizních kritérií než původní smluvní vztah. Tato výjimka byla explicitně vyloučena z věcné působnosti nařízení Řím I. v čl. 2, a to z toho důvodu, že v systému anglo-sasského práva jsou tyto otázky považovány jako aspekty spadající pod smlouvu (contractual matters).<sup>184</sup> Jedná se o dílčí otázku řízení, jež musí být řešena samostatně podle zvláštní kolizní normy, která je pro ni stanovena. Aplikace kolizní normy se v zásadě provádí podle práva státu rozhodujícího orgánu (legis fori), tudíž např. český zákon o mezinárodním právu soukromém (dále jen „ZMPS“)<sup>185</sup> explicitně uvádí, že se kvalifikace zpravidla provádí dle českého právního řádu.<sup>186</sup>

Z výše uvedeného vyplývá, že pokud rozhodujícím orgánem je orgán ČR (soud nebo rozhodčí soud), tak se právní osobnost a svéprávnost řídí, není-li stanoveno jinak, právním řádem státu, v němž má osoba obvyklý pobyt, avšak postačí, pokud je fyzická osoba způsobilá podle právního řádu platného v místě, v němž dané právní jednání činí.<sup>187</sup> Toto pravidlo vychází z předpokladů, že smluvní strany by měly znát právní řád státu, na jehož území uzavírají smlouvu, jelikož zde mohou existovat imperativní normy státu (které mají aplikační přednost před kolizními normami a musí být předně dodržovány). Avšak některé evropské státy (např. Belgie, Bulharsko,

---

<sup>183</sup> POKORNÝ, T.; TOMAN, P. Kolizní normy při působení újmy na zdraví. *Epravo.cz* [online].

<sup>184</sup> PAUKNEROVÁ, Monika. *Evropské mezinárodní právo soukromé*. Praha: C. H. Beck, 2013, 304 s.

<sup>185</sup> Zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>186</sup> KUČERA, Zdeněk; PAUKNEROVÁ, Monika; RŮŽIČKA, Květoslav. *Mezinárodní právo soukromé*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, s. 159.

<sup>187</sup> § 29 odst. 1 a 2 Zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém, ve znění pozdějších předpisů.

Španělsko, Maďarsko, Itálie aj.) při určování osobního statutu fyzických osob stále používají hraniční určovatel *lex patriae* (právo státní příslušnosti).<sup>188</sup>

### 6.1.3. Zastoupení

Problém nastává v případě omezení svéprávnosti či dětí a mladistvých, kteří nedisponují úplnou svéprávností. V takovýchto případech je nutností posuzovat platnost jednání z hlediska přímého zákonného či soudního zastoupení. Pokud se jedná o zastoupení ze zákona (nejčastěji v případě nezletilých rodiči) pro oprávnění a jeho účinky je použito právo, jehož součástí je zákonné ustanovení, které stanovuje toto zastoupení. U běžného jednání lze použít práva v místě, kde došlo k jednání.<sup>189</sup>

V České republice disponují rodičovskou odpovědností podle zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku (dále jen „NOZ“) oba rodiče a vykonávají ji v souladu se zájmy dítěte. V praxi tak může dojít k případům, že se rodiče v názoru neshodují, pokud je tento fakt lékaři znám, nestačí pouze souhlas jednoho z rodičů, jelikož zde není naplněn předpoklad dobré víry.<sup>190</sup> U významných rozporů, které značně ovlivňují zdraví dítěte, může na návrh jednoho z rodičů rozhodnout soud. Pokud však hrozí nepřijatelné prodloužení v poskytování lékařské péče, může lékař postupovat i bez poskytnutého souhlasu a poskytnout nezletilému neodkladnou péči dle § 38 odst. 4 zákona o zdravotních službách. Za normálních okolností postačí, pokud lékař jedná vůči jednomu z rodičů jako zástupci dítěte (§ 78 NOZ). Avšak podle zákona o zdravotních službách může lékař poskytnout péči nezletilému pouze s jeho souhlasem, pokud přihlédne k přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku.<sup>191</sup>

Přestože předpokládám, že definice rozumové a volní vyspělosti v oblasti lékařských zákroků bude muset být interpretována pomocí judikatury, neshledávám tento problém jako významný z hlediska oblasti přeshraniční péče, jelikož mám za to, že pokud budou nezletilí vyhledávat péči v jiných státech Unie, po většinu času budou

<sup>188</sup> PAUKNEROVÁ, M. *Zákon o mezinárodním právu soukromém: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 562.

<sup>189</sup> KUČERA, Zdeněk; PAUKNEROVÁ, Monika; RŮŽIČKA, Květoslav. *Mezinárodní právo soukromé*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, s. 233.

<sup>190</sup> DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, s. 75.

<sup>191</sup> § 35 odst. 1 ZMPS

doprovázení svými zákonnými zástupci. Z tohoto pohledu by mohla otázka vyvstat v případě, že by v ČR byla poskytnuta péče nezletilému se souhlasem pouze jednoho rodiče, pokud by druhý rodič pocházel ze státu, kde je nutnost vyžadovat před poskytnutím zdravotní péče souhlas obou rodičů.

U zastoupení při omezené svéprávnosti, tedy zastoupení na základě soudního rozhodnutí nebo rozhodnutí jiného orgánu, se použije právo státu, jehož soud či orgán výrok učinil.<sup>192</sup> V tomto případě bych neshledávala praktické problémy v praxi, jelikož v Unii funguje uznávání rozhodnutí soudů i jiných orgánů<sup>193</sup>, takže pokud je zastoupení doložitelné, neměly by se objevovat četné problémy z hlediska práva.

#### **6.1.4. Odpovědnost lékaře za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče**

Odpovědnost lékaře za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče plyne z porušení závazku mezi lékařem (poskytovatelem zdravotní péče) a pacientem. Podle nařízení Řím I. bude stěžejní při řešení důsledků z porušení smlouvy včetně při stanovení škody stejné právo rozhodné jako právo, kterým se řídí vztah mezi pacientem a lékařem (dle čl. 12 odst. 1 písm. c)). Tudíž za předpokladu, že bude způsobena škoda poskytovatelem zdravotních služeb, právo rozhodné pro určení nároků ze vzniklé škody bude stejné právo, jakým se řídí původní smlouva (v ČR smlouva o péči o zdraví) uzavřená s pacientem.<sup>194</sup>

Úprava odpovědnosti za škodu se v rámci státu Unie liší, záleží nejen na obecné úpravě odpovědnosti za škodu v občanském právu, ale převážně na kvalifikaci vztahu mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem.

Následkem porušení právní povinnosti ze strany poskytovatele zdravotní péče v České republice, nehledě k tomu, jestli se jedná o protiprávní jednání nebo opomenutí, vzniká poskytovateli právní odpovědnost. Je zřejmé, že lékař chovající se k pacientovi nedůstojně nebude postihován stejným způsobem jako lékař, jenž přivodil smrt pacientovi nedodržováním *lege artis*. Z tohoto důvodu se rozlišují 4

---

<sup>192</sup> § 44 ZMPS

<sup>193</sup> § 14 ZMPS

<sup>194</sup> POKORNÝ, T.; TOMAN, P. Kolizní normy při působení újmy na zdraví. *Epravo.cz* [online].



základní druhy odpovědnosti: občanskoprávní, správní, trestněprávní a disciplinární.<sup>195</sup>

Jelikož však podrobná analýza právní odpovědnosti lékaře v českém právním řádu by dalece přesahovala rámec této práce a mohla by být samostatným tématem jiné diplomové práce, budu se dále krátce věnovat pouze odpovědnosti občanskoprávní se zaměřením na odpovědnost za škodu.

Z pohledu nového občanského zákoníku pokud dojde k pochybení ze strany poskytovatele zdravotních služeb, bude toto porušení povinností kvalifikováno jako porušení smlouvy mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem.<sup>196</sup>

Před pojednáním o smluvní odpovědnosti bych chtěla zdůraznit povinnost prevence, jež stanoví každému počínat si při svém chování tak, aby nedošlo k neodůvodněné újmě na svobodě, životě, zdraví či vlastnictví jiného.<sup>197</sup> V případě zdravotní péče může porušení preventivní povinnosti nastat např. v nedostatečné kontrole či chybách v administrativě či organizaci práce.

Aby mohla být uplatňována smluvní odpovědnost, musí být podle NOZ splněny základní podmínky: porušení smlouvy (postup non lege artis), vznik újmy na zdraví pacienta a příčinná souvislost (kauzální nexus mezi postupem non lege artis a újmou).<sup>198</sup> Za předpokladu, že jsou splněny tyto podmínky, řešení případné škody se bude řídit ustanovením § 2913 NOZ, jež se zabývá porušením smluvní odpovědnosti. Režim odpovědnosti podle nové úpravy může být považován za méně výhodný pro poskytovatele zdravotní péče, jelikož odpovědnost není založena na zavinění, ale na objektivním základě. Avšak z praktického hlediska není předpokládáno, že by došlo ke změně při řešení sporů, jelikož již před novelizací občanského zákoníku bylo

---

<sup>195</sup> STOLÍNOVÁ, Jitka, MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. S. 77 ISBN: 80-85824-88-4.

<sup>196</sup> DOLEŽAL, A.; DOLEŽAL, T. Praktické dopady NOZ na provozování lékařské praxe. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 70.

<sup>197</sup> § 2900 NOZ

<sup>198</sup> DOLEŽAL, A.; DOLEŽAL, T. Praktické dopady NOZ na provozování lékařské praxe. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 69-81.

stěžejní prokázat postup non lege artis či případné příčinné souvislosti než prokazování zavinění ze strany poskytovatele zdravotní péče.<sup>199</sup>

Avšak chybným postupem nedochází jen k porušení povinností plynoucích ze smlouvy, ale i k porušení zákona, kdy dochází k zásahu do práva na ochranu osobnosti (§ 81 NOZ).<sup>200</sup> V tomto případě dochází k nemajetkové újmě při postupu non lege artis, jenž způsobil zásah do přirozených práv člověka (zde převážně zdraví, čest, soukromí), která je odškodňována peněžitou náhradou, jejíž cíl spočívá ve vyvážení vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy.<sup>201</sup> Při porušení zákonné povinnosti se na rozdíl od porušení smluvní povinnosti vyžaduje prokázání zavinění.<sup>202</sup>

---

<sup>199</sup> ŠIMKOVÁ, I. Právní režim vztahu mezi lékařem a pacientem s mezinárodním prvkem. Brno. 2013. s. 30.

<sup>200</sup> DOLEŽAL, A.; DOLEŽAL, T. Praktické dopady NOZ na provozování lékařské praxe. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 72.

<sup>201</sup> § 2958 NOZ

<sup>202</sup> ŠIMKOVÁ, I. Právní režim vztahu mezi lékařem a pacientem s mezinárodním prvkem. Brno. 2013. s. 32.

## 7. Implementace směrnice a její problémy

Směrnice nejsou obecně přímo aplikovatelné, musí být do právních řádů jednotlivých států do určitého data implementovány. Pokud není směrnice do národního řádu transponována, nepůsobí zde přímá horizontální účinnost, tudíž se pojištěnec nemůže domáhat svých práv vůči pojišťovně, ale může využít vertikální účinnosti a uplatňovat tak svůj nárok pouze vůči státu. Navíc hrozí členskému státu, jenž nedostatečně směrnici implementoval, peněžité sankce ze strany EU.<sup>203</sup>

Směrnice vstoupila v platnost dne 24. dubna 2011, pro dokončení její implementace bylo stanoveno datum 25. října 2013.<sup>204</sup> Jelikož však 26 členských států neprovedlo tuto Směrnici včasné či dostatečně, bylo proti těmto státům vedeno řízení o nesplnění povinností.<sup>205</sup> Avšak podle Zprávy Komise<sup>206</sup> se ke dni 1. července 2015 poslední čtyři státy, s nimiž probíhalo řízení o nesplnění povinností, zavázaly k řešení těchto nesplněných povinností. V těchto otázkách se jednalo především o úplnost prováděcích opatření. Správnost implementace Směrnice bude Komise posuzovat, až v další fázi zkoumání.<sup>207</sup>

Směrnice svou účinností nezasahuje do již existující legislativy EU, nadále zůstávají stále v platnosti evropská nařízení, která opravňují pacienty k využívání nezbytné péče na základě Evropského průkazu zdravotního pojištění, taktéž plánované péče předem povolené zdravotní pojišťovnou (na základě formuláře S2/E112) či zdravotní péče, již vyhledávají osoby, které bydlí mimo stát svého pojištění.<sup>208</sup>

V současné době je Směrnice ve velmi raném stádiu implementace. Tudíž její dopad a účinnost v praxi nemohou být z mnoha ohledů řádně hodnoceny, což bylo

---

<sup>203</sup> FEDROVÁ, M. Náhrada nákladů za zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie *Epravo.cz* [online].

<sup>204</sup> Čl. 21 odst. 1 Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

<sup>205</sup> Zpráva Komise o uplatňování směrnice 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ze dne 4.9.2015.

<sup>206</sup> Tamtéž.

<sup>207</sup> Tamtéž.

<sup>208</sup> Čl. 2 Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

způsobeno nízkým počtem případů využití práv plynoucích z této Směrnice v praxi a skutečností, že ve spoustě členských států byly za přeshraniční zdravotní péči proplaceny pouze zcela zanedbatelné částky.

Podle průzkumu Studie bylo prokázáno, že práva pacientů zakotvená ve Směrnici nejsou pro pacienty neatraktivní, avšak problém je zapříčiněn nedostatečným povědomím veřejnosti o těchto výhodách, jež Směrnice nabízí. Informační kampaň zaměřující se na širokou veřejnost probíhala pouze krátce během období implementace Směrnice do národních právních řádů. Přestože národní kontaktní místa převážně poskytují komplexní informace řádným způsobem, pacienti často nejsou dostatečně informováni o existenci těchto orgánů.<sup>209</sup>

## **7. 1. Implementace směrnice v ČR a její dopad**

Klíčovým momentem pro implementaci Směrnice v ČR bylo schválení transpoziční novely zákona č. 60/2014, jíž se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon nabyl platnosti až 19. března 2014. Hlavní příčinou nedodržení termínu pro implementaci Směrnice, jež měla proběhnout do 25. října 2013, byla tehdejší politická situace v ČR, která se vyznačovala vládní krizí a následnými předčasnými volbami v říjnu 2013.<sup>210</sup>

Podle mého názoru se zákonodárce vypořádal s transpozicí Směrnice velmi razantním způsobem, kdy náhradu nákladů přeshraniční péče rozšířil na všechny zahraniční poskytovatele. Novela zákona zmocňuje Vládu k vydání seznamu zdravotní péče, pro jejíž náhradu nákladů bude vyžadován předchozí souhlas.<sup>211</sup> Jelikož však dodnes nebyla vyhláška vydána, čeští pojištěnci tak mohou žádat o proplacení nákladů dokonce i od nesmluvních či nestátních zahraničních poskytovatelů z celé EU. Na druhou stranu však jediný poskytovatel, u kterého

---

<sup>209</sup> Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH.*

<sup>210</sup> KŘEPELKA, F. Splendid Isolation in Emerging Healthcare Union. s. 6. [rozpracovaný text] [nepublikováno].

<sup>211</sup> § 14b odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (zákon o veřejném pojištění).

nebudou pojištěnci nahrazeny žádné náklady veřejnou pojišťovnou, je český nesmluvní poskytovatel. Zde český právní řád naráží na problém, o kterém jsem pojednávala v podkapitole 2.4.2.

Z praktického hlediska však nezpůsobila Směrnice žádný rapidní nárůst v oblasti zdravotního turismu. V ČR je financování zdravotní péče postaveno na povinnosti občanů podílet se na veřejném zdravotním pojištění, které následně pokryje většinu nákladů na zdravotní péči.

Hlavním faktorem, který odrazuje české pacienty od vyhledávání zdravotní péče v zahraničí je skutečnost, že zdravotní péče v tuzemsku je relativně kvalitní<sup>212</sup> (převážně v porovnání se zeměmi bývalého východního bloku) a zároveň levná oproti specializované péči např. v Německu či Rakousku.<sup>213</sup> Navíc při podstoupení lékařské péče v západních zemích jsou čeští pojištěnci limitováni případným doplatkem z vlastních zdrojů, jelikož je v těchto zemích péče výrazně dražší a náhrada jim bude proplacena jen do výše výdajů, jež se podle výpočtů vydávají na stejnou léčbu v ČR. Atraktivnosti přeshraniční péče pro české pacienty neprospívá ani jazyková rozdílnost, jelikož dle mého názoru (samozřejmě kromě slovenštiny), aby mohl pacient bez problému konzultovat svou diagnózu s lékařem, musí být jeho úroveň cizího jazyka velmi pokročilá až na úrovni rodilého mluvčího.

Čeští pojištěnci taktéž při cestování do zahraničí stále hojně využívají komerčního pojištění, většinou hlavně z důvodů, protože nejsou dostatečně obeznámeni s podmínkami a následnou náhradou nákladů přeshraniční zdravotní péče podle Směrnice a navíc takto předcházejí možné spoluúčasti při hrazení zdravotních úkonů. Navíc komerční pojištění poskytuje nadstandardní služby, jako např. non-stop asistenční službu v českém jazyce, úhradu repatriace a jiných nákladných úkonů.<sup>214</sup>

Na druhou stranu je Česká republika svými kvalitními a zároveň cenově přijatelnými službami považována za atraktivní pro pacienty z jiných členských

---

<sup>212</sup> Hodnocena jako 15 země z 36 v Euro Health Consumer Index 2014.

<sup>213</sup> KŘEPELKA, F. Splendid Isolation in Emerging Healthcare Union. s. 3. [rozpracovaný text] [nepublikováno].

<sup>214</sup> Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí. [online]. *Centrum mezinárodních úhrad*.

států.<sup>215</sup> ČR se tak začala prezentovat jako potenciální destinace zdravotního turismu (www.medicaltourism.cz).<sup>216</sup> Mnohým poskytovatelům zdravotní péče převážně v příhraničních oblastech se tak otevřela možnost se začít orientovat na služby, jež jsou v sousedních zemích nedostupné, předražené či nepovolené. Mezi takovéto nejčastější případy spadá hlavně zubní lékařství, asistovaná reprodukce či specializované operace.<sup>217</sup> Podle průzkumu bylo zjištěno, že ČR je oblíbenou destinací pro vyhledávání přeshraniční péče pro pojištěnce Slovenska, VB, Německa a Rakouska.<sup>218</sup> Avšak není možné už dohledat, kolik z těchto příhraničních pacientů si dále nechalo ve své zemi náklady uhradit podle Směrnice a kolik z nich například vůbec náhradu na svém poskytovateli zdravotního pojištění nepožadovalo.

Přestože Česká republika je jako destinace pro medicínský turismus pro pojištěnce z jiných členských států výhodná, nemocnice ani statistiky zatím nezaznamenaly významný nárůst příjezdějících klientů. Oproti tomu částky, jež jsou vydávány na náhradu nákladů českých pojištěnců vyjíždějících za přeshraniční léčbou, jsou zcela zanedbatelné. Počet žádostí za rok 2014, kdy český pojištěnec žádal dodatečnou refundaci nákladů, jež v zahraničí vynaložil, je podle údajů CMÚ roven pouze 90 případům, z toho bylo 76 schváleno. Celkem bylo tak na úhradu nákladů pacientům proplaceno 432 894,47 Kč.<sup>219</sup> Z těchto důvodů není až tak překvapivé, že v České republice není náhradám nákladů přeshraniční péče věnován větší zájem, dokonce by se dalo říci, že je tato problematika často přehlížena či ignorována.

Podle mého názoru se bude příliv pacientů ze zahraničí v dalších letech zvyšovat, ale nepředvídám žádné rapidní změny a hromadné příjezdy pacientů, které by mohly způsobit přelidnění domácích nemocnic či jiných lékařských zařízení.

Předpokládám, že poptávka z hlediska pojištěnců ČR se několikanásobně zvýší z důvodů časté mobility Čechů za prací, oblíbenosti studentů absolvovat studijní pobyt v zahraničí aj. Domnívám se ovšem, že Česká republika se zatím nemusí obávat tak

---

<sup>215</sup> Tamtéž.

<sup>216</sup> KŘEPELKA, F. Splendid Isolation in Emerging Healthcare Union. s. 3. [rozpracovaný text] [nepublikováno].

<sup>217</sup> Tamtéž

<sup>218</sup> Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2014.

<sup>219</sup> Tamtéž.

hojného odlivu pacientů do zahraničí, jenž by mohl zásadním způsobem ovlivnit stabilitu systému veřejného pojištění.

## Závěr

Směrnice je dle mnoha autorů označována, jak z praktického tak i akademického hlediska, jako jeden z nejnáměnitějších úspěchů v oblasti evropského zdravotnického práva. Směrnice zakládá právní rámec pro neautorizovanou přeshraniční zdravotní péči v EU, což zahrnuje pravidla pro náhradu nákladů vydaných na zdravotní péči v jiném členském státě a udává základní principy či práva pro pacienty, jež musí být jednotlivými zdravotními systémy splněny. Ustanovení směrnice se taktéž zabývají kvalitou a bezpečností zdravotní péče, vytvářejí pravidla podporující spolupráci mezi členskými státy v oblasti zdravotní péče a přispívají k rozvoji výzkumu medicíny v rámci EU. Přestože značná část článků pouze sjednocuje pravidla plynoucí z dřívějších rozsudků SDEU, po třinácti letech po vydání průlomového rozsudku Kohll a Decker evropští pacienti mohou konečně využívat předvídatelnosti a právní jistoty ohledně nároků na náhradu výdajů za zdravotní péči v jiném členském státě. Směrnice tak zvyšuje možnosti proplácení nákladů pro pojištěnce EU, kteří vyhledávají léčbu v jiném členském státě, a zároveň pořád opravňuje členské státy za určitých okolností tento přístup limitovat.

Na druhou stranu analýza Zprávy a Studie prokázala, že účinnost a implementace Směrnice v praxi nezpůsobila žádný radikální nárůst v oblasti mobility pacientů, požadujících následný regres nákladů na poskytovateli zdravotního pojištění ve vlastní zemi. Z tohoto důvodu není v mnoha státech této úpravě věnována žádná větší pozornost, v některých případech je dokonce působnost Směrnice vládami států téměř ignorována. Ovšem to neplatí ve státech s nekvalitní či předraženou zdravotní péčí, které se obávají významného odlivu domácích pacientů do zahraničí, jenž by mohl ovlivnit stabilitu domácího systému financování veřejného zdravotnictví (např. Polsko).

Prostřednictvím průzkumu bylo zjištěno, že nízký zájem o přeshraniční péči není způsoben tím, že by byla pro pacienty neatraktivní, ale existuje zde spousta jiných faktorů, které pacienty odrazují. Zaprvé pacienti často nejsou s těmito právy vůbec obeznámeni a neví o existenci národních kontaktních míst, tudíž nemají možnost



od nich vyžadovat dodatečné informace. Dále pacienti opětovně naráží na problém, kdy není zcela jasné, pro jakou léčbu mají povinnost žádat předchozí povolení. V neposlední řadě se objevují problémy s předvídatelností nákladů v cizině a následným vypočítáním částky, jež jim bude poskytovatelem zdravotního pojištění refundována. Protože se systémy financování zdravotnictví stát od státu liší, vznikají zde nejasnosti, jak bude daná léčba hodnocena a účtována v domácím státě. K oblíbenosti přeshraniční péče taktéž nepřispívá poměrně komplikovaná administrativa.

Podle mého názoru však pacienty přednostně odrazují faktické překážky, jako je jazyková bariéra, dojíždění, časová náročnost apod. Považuji za přirozené, že lidé využijí zdravotní péče, jež se nachází nejbližší k jejich domovu, kde znají jazyk lékařů a jsou srozuměni s podmínkami zdravotní péče a možnou spoluúčastí na úhradě nákladů.

Je nutno zdůraznit, že v četných případech není možné dopad Směrnice hodnotit, jelikož se v praxi v mnoha státech objevilo pouze zanedbatelné (případně žádné) množství případů, na které se kdy práva ze Směrnice mohla aplikovat. Některé státy navíc nesplnily termín pro implementaci, tudíž je možnost využívání těchto práv pro pacienty dosud nová a nezažitá. Komise vůči těmto státům vedla řízení o nesplnění povinností, avšak podle Studie se všechny státy zavázaly k tomu, že tyto prohřešky co nejdříve napraví.

Fenoménu přeshraniční péče se v posledních letech věnovalo několik kvalifikačních prací, tudíž jsem svou práci zaměřila na praktické problémy, které mohou při postupu vyhledávání přeshraniční péče podle Směrnice o uplatňování práv pacientů u jednotlivce nastat. Ke splnění tohoto cíle jsem stěžejní část své práce věnovala analýze přeshraniční péče podmíněné předchozím souhlasem a stanovení náhrady nákladů pacientovi za péči poskytovanou v zahraničí. Následně jsem s pomocí metody komparace přiblížila, jakým způsobem se státy při implementaci Směrnice vypořádaly s danými právními aspekty.

V poslední kapitole práci uzavírá problematika základních soukromoprávních aspektů, jež mohou při poskytování či vyhledávání přeshraniční péče nastat.

Prostřednictvím analýzy a následné syntézy jsem aplikovala principy obecného mezinárodního práva soukromého na praktické případy v oblasti zdravotní péče s mezinárodním prvkem. V rámci celé práce jsem u nejdůležitějších problémů nastínila, jakým způsobem se s nimi vypořádal právní řád ČR.

Na základě výše uvedeného jsem přesvědčena, že cíle této diplomové práce byly dostatečně splněny. Pro naplnění těchto cílů diplomové práce jsem použila kromě značného množství odborných (převážně zahraničních) publikací, analýz právních předpisů ČR a judikatury SDEU, taktéž Zprávy a Studie zpracované na popud Komise. Navíc za účelem praktického zhodnocení dopadů Směrnice jsem zpracovala informace poskytnuté přímo Národními kontaktními místy (obzvláště CMÚ).

## Seznam použitých zdrojů a literatury

### Odborná literatura a knižní zdroje

- BANASZCZYK, Zbigniew; SAFJAN, Marek. *Medical law: cases and commentaries*. Warszawa: Lex, 2012, 496 s. ISBN 9788326411205.
- DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, 160 s. ISBN 9788087576250.
- GERLOCH, A. *Teorie práva*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2013, 310 s. ISBN 9788073804541.
- HAGENBICHLER, E. *The Austrian DRG system*. Federal Ministry of Health, 2010, 42 s. ISBN 878-3-902611-45-1.
- HERVEY, T. K.; MCHALE, J. V. *Health law and the European Union*. New York: Cambridge University Press, 2004, 469 s. ISBN 05-216-0524-5.
- KŘEPELKA, Filip. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004, 135 s. ISBN 80-86199-89-4.
- KUČERA, Zdeněk; PAUKNEROVÁ, Monika; RŮŽIČKA, Květoslav. *Mezinárodní právo soukromé*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2015, 430 s. ISBN 978-80-7380-550-0.
- MAYER, H. Current legislation on cross-border health care in the European Union. In Cohen, I.G. *The Globalization of health care: legal and ethical issues*. New York: Oxford University Press, 2013.s. 83-103. ISBN: 978-0-19-991790-7.
- PAUKNEROVÁ, Monika. *Evropské mezinárodní právo soukromé*. Praha: C. H. Beck, 2013, 304 s. ISBN 9788074005046.
- PAUKNEROVÁ, Monika. *Zákon o mezinárodním právu soukromém: komentář*. Praha: Wolters Kluwer, 2013, 853 s. ISBN 8788074783685.
- SCHÜTZE, Robert. *European Union law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2015, 946 s. ISBN 9781107071209.

- TICHÝ, Luboš. *Evropské právo*. Praha: C.H. Beck, 2014, 756 s. ISBN 9788074005466.
- TOMÁŠEK, Michal; TÝČ, Vladimír; MALENOVSKÝ, Jiří; KŘEPELKA, Filip; SEHNÁLEK, David. *Právo Evropské unie*. Praha: Leges, 2013 494 s. ISBN 878-80-87576-53-3.

### **Odborné články**

- BERMEJO, D. Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination. *ERA Forum: Journal of the Academy of European Law*. Springer, 2014, Vol. 15, s. 359-380. ISSN: 1863-9038.
- BROOKS, E. Crossing borders: A critical review of the role of the European Court of Justice in EU health policy. *Health Policy*. ELSEVIER, 2012, Vol. 105, No. 1, s. 33-37. ISSN: 0168-8510.
- DE LA ROSA, S. The directive on cross-border healthcare and the art of codifying complex case law. *Common Market Law Review*. United Kingdom: Kluwer Law International, 2012, Vol. 49, No. 1, s. 15-46. ISSN: 0165-0750.
- DOLEŽAL, A.; DOLEŽAL, T. Praktické dopady NOZ na provozování lékařské praxe. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 69-81. ISSN 1804-8137.
- FRISCHHUT, M.; LEVAGGI, R. Patient mobility in the context of austerity and an enlarged EU: The European Court of Justice's ruling in the Petru Case. *Health Policy*. ELSEVIER, 2015, Vol. 119, No. 10, s. 1293-1297. ISSN: 0168-8510.
- KŘEPELKA, F. Složitá a zdlouhavá propojování zdravotnictví v Evropské unii. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. Ústav státu a práva ČR, 2014, Vol. 4, No. 3, s. 1-43. ISSN 1804-8137.
- NYS, H. The Transposition of the Directive on Patients' Rights in Cross-Care Healthcare in National Law by the Member States: Still a Lot of Effort to Be

Made and Questions to Be Answered. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 1-14. ISSN:0929-0273.

- OSTOJIĆ, R. Implications of the accession of the Republic of Croatia to the European Union for Croatia health care system. *Collegium Antropologicum*. 2012, Vol. 36, No. 3, s. 717. ISSN: 0350-6134.
- PEETERS, M. Free Movement of Patients: Directive 2011/24 on the Application of Patients' Rights in Cross-Border Healthcare. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2012, Vol. 19, No. 1, s. 26-60. ISSN:0929-0273.
- PRUDIL, L. Implementation of the Directive 2011/14/EU in the Czech republic. *European Journal of Health Law*. Martinus Nijhoff Publishers, 2014, Vol. 21, No. 1, s. 15-22. ISSN:0929-0273.
- QUINN, P.; DE HERT, P. The patients' rights directive (2011/24/EU) – Providing (some) rights to EU residents seeking healthcare in other member states. *Computer law and Security Review*. ELSEVIER Ltd., 2011, Vol. 27, No. 5, s. 497-502. ISSN: 0267-3649.
- SOKOL, T. Rindal and Elchinov: A(n) (impending) revolution in EU law on patient mobility? *Croatian Yearbook of European Law and Policy*. Zagreb: Faculty of Law of University of Zagreb, 2010, Vol. 6, No. 6, str. 167-208. ISSN: 1845-5662.
- VAN DER MOLEN, I. N. Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: liability and data protection. *Public Health*. ELSEVIER, 2013, Vol. 127, No. 11, s. 987-993. ISSN: 0033-3506.

## **Právní předpisy EU**

- Smlouva o Evropské unii (konsolidované znění). In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:12012M/TXT>

- Smlouva o fungování Evropské unie (konsolidované znění). In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=CELEX:12012E/TXT>.
- Nařízení Rady (EHS) č. 574/72 ze dne 21. března 1972, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (EHS) č. 1408/71 o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548091230&uri=CELEX:32009R0987>
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 95/46/ES ze dne 24. října 1995 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548174845&uri=CELEX:32012R1215>.
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2002/58/ES ze dne 12. července 2002 o zpracování osobních údajů a ochraně soukromí v odvětví elektronických komunikací (Směrnice o soukromí a elektronických komunikacích). In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32002L0058:cs:HTML>.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445547976602&uri=CELEX:32004R0883>
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES ze dne 6. července 2005 o uznávání odborných kvalifikací. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445547976602&uri=CELEX:32005L0036:cs:HTML>

lex.europa.eu/legal-  
content/CS/TXT/?qid=1445548311955&uri=CELEX:32005L0036

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2006/123/ES ze dne 12. prosince 2006 o službách na vnitřním trhu. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548377082&uri=CELEX:32006L0123>
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 864/2007 ze dne 11. července 2007 o právu rozhodném pro mimosmluvní závazkové vztahy (Řím II). In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445547589218&uri=CELEX:32007R0864>
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 593/2008 ze dne 17. června 2008 o právu rozhodném pro smluvní závazkové vztahy (Řím I). In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445547589218&uri=CELEX:32008R0593>
- Nařízení Evropského Parlamentu a Rady (ES) č. 987/2009 ze dne 16. září 2009, kterým se stanoví prováděcí pravidla k nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548002561&uri=CELEX:32009R0987>
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548409045&uri=CELEX:32011L0024>

- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1215/2012 ze dne 12. prosince 2012 o příslušnosti a uznávání a výkonu soudních rozhodnutí v občanských a obchodních věcech. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?qid=1445548174845&uri=CELEX:32012R1215>

## Česká legislativa

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (zákon o veřejném pojištění). In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 20. 9. 2015].
- Zákon č. 150/2002 Sb., soudní řád správní, ve znění pozdějších předpisů. In: CODEXIS [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 29. 09. 2015].
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. In: CODEXIS [právní informační systém]. Atlas Consulting [cit. 29. 09. 2015].
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 20. 9. 2015].
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 20. 9. 2015].
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. 10. 2015].
- Zákon č. 91/2012 Sb., o mezinárodním právu soukromém, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. 10. 2015].
- Předpis č. 326/2014 Sb.. Vyhláška, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb. č. 326/2014 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. 10. 2015].



- Zákon č. 1/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 1. 10. 2015].

## **Judikatura SDEU**

- Rozsudek Soudního dvora ze dne 28. dubna 1998. Nicolas Decker proti Caisse de Malaze des employés privés. Věc C-120/95. In: Sbíрка rozhodnutí. 1998, s. I-01831.
- Rozsudek Soudního dvora ze dne 28. dubna 1998. Raymond Kohll proti Union des caisses de malárie. Věc C-158/96. In: *Sbířka rozhodnutí*. 1998, s. I-01931.
- Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. Abdou Vanbraekel a další proti Alliance nationale des mutualités chrétiennes. Věc C-368/98. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2001, s. I-05363.
- Rozsudek Soudního dvora ze dne 12. července 2001. B.S.M. Smits, provdaná Geraets, proti Stichting Ziekenfonds VGZ a H.T.M. Peerbooms proti Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen. Věc C-157/99. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2001, s. I-05473.
- Rozsudek Soudního dvora ze dne 13. května 2003. V.G. Müller-Fauré proti Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA a E.E.M. van Riet proti Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen. Věc C-385/99. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2003, s. I-04509.
- Rozsudek Soudního dvora (pátého senátu) ze dne 23. října 2003. Patricia Inizan proti Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine. Věc C-56/01. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2003, s. I-12403.
- Rozsudek Soudního dvora (pátého senátu) ze dne 18. března 2004. Ludwig Leichtle proti Bundesanstalt für Arbeit. Věc C-8/02. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2004, s. I-02641.
- Rozsudek Soudního dvora (velkého senátu) ze dne 16. května 2006. Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust a Secretary of State for Health. Věc C-372/04. In: *Sbířka rozhodnutí*. 2006, s. I-04325.

- Rozsudek Soudního dvora (druhého senátu) ze dne 19. dubna 2007. Aikaterini Stamatelaki proti NPDD Organismos Asfaliseos Eleftheron Epangelmation (OAEE). Věc C-444/05. In: *Sbírka rozhodnutí*. 2007, s. I-03185.
- Rozsudek Soudního dvora ze dne 5. října 2010. Georgi Ivanov Elčinov proti Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa. Věc C-173/09. In: *Sbírka rozhodnutí*. 2010. s. I-8889.
- Rozsudek Soudního dvora (třetího senátu) ze dne 9. října 2014. Elena Petru proti Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu a Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Věc C-268/13. In: EUR-Lex [právní informační systém] Úřad pro publikace Evropské unie. [cit. 10. 9. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:62013CJ0268&rid=1>

### **Internetové zdroje:**

- FEDROVÁ, M. Náhrada nákladů za zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie *Epravo.cz* [online]. Publikováno 4.4.2013. [cit. 12.10.2015]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/nahrada-nakladu-za-zdravotni-sluzby-cerpane-v-jinem-clenskem-state-evropske-unie-89846.html>
- POKORNÝ, T., TOMAN, P. Kolizní normy při působení újmy na zdraví. *Epravo.cz* [online]. Publikováno 23.1.2015. [cit. 10.10.2015]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/kolizni-normy-pri-zpusobeni-ujmy-na-zdravi-96777.html>
- ŠORFOVÁ, V. *Zdravotnictví jako služba v kontextu Evropské unie aneb nová právní úprava v oblasti přeshraničního poskytování zdravotní péče*. [online]. *Epravo.cz*. [cit. 25. 9. 2015]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/zdravotnictvi-jako-sluzba-v-kontextu-evropske-unie-aneb-nova-pravni-uprava-v-oblasti-preshranicniho-poskytovani-zdravotni-pece-74686.html>

- DRG – klasifikačný systém.[online] Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. [cit. 25. 10. 2015]. Dostupné z: [http://www.udzs-sk.sk/drg-klasifikacny-system.html?page\\_id=1102](http://www.udzs-sk.sk/drg-klasifikacny-system.html?page_id=1102)
- Na co mám nárok, pokud cestuji za zdravotní péčí. [online]. *Centrum mezistátních úhrad*. [cit. 15. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/pojistenci/narok-kategorie/cesta-za-zdrav-peci>
- Informace o nárocích pojištěnců a právech pacientů, vyplývajících ze směrnice EP a Rady 2011/24/EU ze dne 9.3.2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči [online]. *Centrum mezistátních úhrad*. Aktualizováno 28. 5. 2013. [cit. 12.10.2015]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/cs/component/content/article/15-informace-na-zaklade-smernice-2011-24eu/302-naroky-pojistencu-a-pacientu-24>.

## Další zdroje

- KROUPOVÁ, K. Poskytování přeshraniční zdravotní péče v Evropské unii. Praha. 2014. 96 s. Diplomová práce. Karlova univerzita, Právnická fakulta. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/134160/>
- KŘEPELKA, F. Splendid Isolation in Emerging Healthcare Union. [rozpracovaný text] [nepublikováno].
- ŠIMKOVÁ, I. Právní režim vztahu mezi lékařem a pacientem s mezinárodním prvkem. Brno. 2013. 54 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Dostupné z: [http://is.muni.cz/th/326032/pravf\\_m/](http://is.muni.cz/th/326032/pravf_m/)
- ANDER, A. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Centrum mezistátních úhrad*. [nepublikováno]
- DULIBA PEZELJ, D. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Rukovoditeljica samostalnog Odjela s Nacionalnom konstaktnom točkom za prekograničnu zdravstvenu zaštitu*. [nepublikováno]
- KOVÁČIKOVÁ, E. Odpověď na dotaz z průzkumu. *Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou*. [nepublikováno]

- OJALO, J. Odpověď na dotaz z průzkumu. *National Contact Point for cross-border health care Estonia*. [nepublikováno]
- Oficina de Información y Atención al Ciudadan. Odpověď na dotaz z průzkumu. Národní kontaktní místo Španělsko. [nepublikováno]
- Důvodová zpráva k zákonu č. 89/2012 Sb., občanský zákoník [online]. Nakladatelství ANAG [cit. 11. 9. 2015]. Dostupné z: [http://www.anag.cz/files/file/duvodova\\_obcz.pdf](http://www.anag.cz/files/file/duvodova_obcz.pdf)
- Evaluative study on the cross-border healthcare Directive (2011/24/EU) [online] [cit. 11. 10. 2015]. *KPMG Advisory Spa, Technopolis group; empirica GmbH*. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_evaluative\\_study\\_frep\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_evaluative_study_frep_en.pdf)
- Zpráva Komise o uplatňování směrnice 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči ze dne 4.9.2015[online] [cit. 11. 9. 2015]. *Evropská Komise*. Dostupné z: [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/docs/2015\\_operation\\_report\\_dir2011\\_24eu\\_cs.pdf](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir2011_24eu_cs.pdf)
- Vyhláška MZ SR č. 341/2013 Z. z., ktorou sa ustanovuje cezhraničná zdravotná starostlivosť, ktorá podlieha predchádzajúcemu ohlasu príslušnej zdravotnej poisťovne na účely jej preplatenia, Dostupná z: [https://www.vszp.sk/files/licba\\_cudzina/vyhlaska-cezhranicnej-zs.pdf](https://www.vszp.sk/files/licba_cudzina/vyhlaska-cezhranicnej-zs.pdf)
- Statistická ročenka Centra mezistátních úhrad za rok 2014. [online] *Centrum mezistátních úhrad*. [cit. 20. 10. 2015]. Dostupné z: <http://www.cmu.cz/images/share/dokumenty/rocenky/rocenka2014.pdf>