

Pro: Jihočeský kraj
Zastoupený: Mgr. Petr Studenovský, vedoucí odboru zdravotnictví, KÚ JčK
Sídlo: U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice
IČO: 708 906 50
Kontaktní osoba: Mgr. Ivana Turková, OZDR KÚ JčK

Zpracoval: JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.
Se sídlem: Josefa Tomáška 506, 337 01, Rokycany
IČO: 74831542

Analýza možností rozšíření dostupnosti a poskytování zdravotních služeb v příhraničních oblastech

Dílo bylo zadáno a zpracováno v rámci projektu „Přeshraniční poskytování zdravotní péče Dolní Rakousko – Jihočeský kraj“, Healthacross for future, reg. č. projektu ATCZ 125



V Praze dne 22. května 2020

Obsah

Shrnutí zadání a obsahu analýzy	1
Přehled legislativních a organizačních pravidel vztahujících se k přeshraniční péči	2
Základní prameny evropského práva	2
Český právní řád – předpisy zákonné úrovně	2
Český právní řád – podzákonné předpisy a rozhodnutí	3
Vybraná judikatura.....	4
Režimy přeshraniční péče	7
Podrobná pravidla pro refundaci jednotlivých druhů zdravotních služeb, léčiv a pomůcek	10
Nárok českého pojištěnce na hrazenou péči a jeho ústavněprávní základ	10
Je možno uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb mezi českou zdravotní pojišťovnou a rakouským poskytovatelem zdravotních služeb?.....	12
Právní základ a argumentace.....	12
Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění.....	12
Závěr dle platného zákona, úvahy <i>de lege ferenda</i>	13
Rozsah péče, jejíž úhrada je podmíněna předchozím schválením ZP.....	13
2.1 Právní základ:.....	13
Počáteční právní názor zpracovatele (rozsah preautorizace)	14
Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění (rozsah preautorizace)	15
Závěr dle platného zákona, úvahy <i>de lege ferenda</i>	15
Hrazení nákladů za pacienta, zastoupení v refundačním řízení a převzetí refundační pohledávky třetí stranou	16
Právní základ a argumentace.....	16
Doporučení dle platného zákona.....	17
Úvahy <i>de lege ferenda</i>	18
Výše a podmínky refundace ambulantních výkonů v režimu plánované péče, bez preautorizace ...	19
Právní základ:.....	19
Argumentace k výpočtu výše refundace	19
Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění (rozsah refundace výkonů)	21
Závěr a návrh řešení.....	21
Výše a podmínky refundace plánované lůžkové péče v režimu plánované péče, bez preautorizace	22
Právní základ.....	22
Argumentace k výpočtu výše refundace	22
Závěr a návrh řešení.....	23
Výše a podmínky refundace léčiv a dalších položek	24
Právní základ refundace léčiv v ambulantním použití a v lůžkové péči	24
Právní a ekonomické poznámky k výpočtu výše a podmínek refundace u léčiv	25
Další specifické situace.....	26

Specifika poskytování péče v regionu Gmünd-České Velenice, vyhodnocení poskytnutých stanovisek	28
Časová a místní dostupnost péče	28
Stanoviska zdravotních pojišťoven k možnosti uzavření smluv s přeshraničním poskytovatelem ..	29
Nerovné soutěžní postavení českých a přeshraničních poskytovatelů.....	30
Shrnutí a závěrečná doporučení	34
Právní poznatky k přeshraniční péči, stav k roku 2020	34
Závěrečná doporučení.....	34

Shrnutí zadání a obsahu analýzy

Předmětem analýzy, zpracované na základě smlouvy s Jihočeským krajem ze dne 23. prosince 2020, je provést rozbor možností rozšíření dostupnosti a poskytování zdravotních služeb v příhraničních oblastech, a to zejména z hlediska posouzení a případného návrhu k překonání legislativních, smluvních a úhradových překážek realizace přeshraniční péče, a to zejména s přihlédnutím k poskytování a úhradě přeshraniční péče v regionu České Velenice – Gmünd.

Analýza navazuje na dřívější rozsáhlé analýzy zpracované českou i rakouskou stranou v rámci projektu „Přeshraniční poskytování zdravotní péče Dolní Rakousko - Jihočeský kraj“, Healthacross for future, reg. č. projektu ATCZ 125, zejména analýzu „Vodítka pro přeshraniční poskytování zdravotní péče“ a analýzu "Přeshraniční poskytování zdravotní péče Dolní Rakousko – Jihočeský kraje" z let 2010-2013, reflektující tehdejší právní stav. Cílem této analýzy je provést soupis a stručný rozbor právních předpisů evropského i národního práva, včetně judikatury, které mají přímý dopad na projekt, poskytování a úhradu přeshraniční péče v regionu Gmünd-České Velenice, se zaměřením na aktualizaci starších projektových analýz, které již neodpovídají právnímu stavu k roku 2019, zejména vzhledem k novelizaci zákona 48/1997 Sb., závazné judikatuře ESD a národních soudů.

Analýza dále zohledňuje výstupy z konzultací, které zpracovatel provedl se zástupci české i rakouské strany projektu, s pracovníky poskytovatelů a s Kanceláří zdravotního pojištění (dřívějším Centrem mezistátních úhrad), jakož i poznatky z dřívějších jednání mezi zástupci Jihočeského kraje a zdravotních pojišťoven. Součástí analýzy jsou ekonomické poznatky o platné cenové a úhradové regulaci, zejména z platných Cenových předpisů Ministerstva zdravotnictví.

Závěrečná část analýzy se zabývá doporučeními organizačních a legislativních kroků, potřebných k praktické realizaci a udržitelnosti přeshraniční péče v regionu České Velenice – Gmünd.

Analýza je členěna na pět kapitol. V první kapitole podávám přehled legislativních a organizačních pravidel českého systému zdravotnictví, které se vztahují k přeshraniční péči. V druhé kapitole se podrobně věnuji poskytování a úhradě jednotlivých druhů zdravotních služeb, léčiv a pomůcek. Ve třetí kapitole aplikuji tyto poznatky na projekt poskytování péče v regionu Gmünd-České Velenice, a vyjadřuji se k argumentům poskytovatelů a zdravotních pojišťoven, které mi byly poskytnuty. Ve čtvrté kapitole uvádím možná systémová, legislativní a faktická doporučení směřující k proveditelnosti a udržitelnosti poskytování přeshraniční péče v regionu Gmünd-České Velenice.

Přehled legislativních a organizačních pravidel vztahujících se k přeshraniční péči

Základní prameny evropského práva

Klíčovými prameny práva pro poskytování přeshraniční zdravotní péče jsou na úrovni evropského práva následující právní předpisy:

- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále též „Směrnice“)
- Prováděcí směrnice Komise 2012/52/EU ze dne 20. prosince 2012, kterou se stanoví opatření k usnadnění uznávání lékařských předpisů vystavených v jiném členském státě.
- Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004 o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, v platném znění.
- 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, v platném znění.

Dne 9. března 2011 byla přijata směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2011/24/EU o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále jen „směrnice č. 2011/24/EU“). Oproti nařízením směrnice č. 2011/24/EU posiluje práva občanů EU tím, že jim zajišťuje přístup k bezpečné a kvalitní přeshraniční zdravotní péči, zajišťuje pacientům možnost vyhledávat zdravotní služby v jiných členských státech EU a podněcuje členské státy EU v této oblasti ke vzájemné kooperaci, to vše s ohledem na vnitrostátní zdravotní systémy. Směrnice č. 2011/24/EU v tomto ohledu zakotvuje závěry Soudního dvora EU v oblasti volného pohybu zdravotních služeb a volného pohybu osob, především pak základní zásadu náhrady nákladů, které pacient musel v jiném členském státě za zdravotní službu uhradit, a to minimálně podle předpisů státu pojištění, nehledě na povahu této služby. Cílem směrnice č. 2011/24/EU je zajistit vysoký stupeň ochrany lidského zdraví v souladu s čl. 114 odst. 3 Smlouvy o fungování EU a za tímto účelem blíže upravuje a rozšiřuje práva pacientů, kteří se rozhodnou vyhledat zdravotní služby v jiném členském státě EU.

Podle čl. 21 směrnice č. 2011/24/EU byly členské státy povinny uvést v účinnost právní a správní předpisy nezbytné pro dosažení souladu s touto směrnicí do 25. října 2013. To se v České republice v plném rozsahu nestalo, do roku 2014 byla Směrnice transponována pouze zčásti, do zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v části, která se týká zdravotních služeb. Část směrnice č. 2011/24/EU týkající se náhrad nákladů za zdravotní služby čerpané v jiném členském státě Evropské unie (dále jen „EU“) však nebyla až do 22. dubna 2014 transponována do žádného právního předpisu v České republice.

Český právní řád – předpisy zákonné úrovně

Na úrovni národního práva je klíčovým pramenem zákon 48/1998 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (dále též „ZVZP“). Tento zákon byl v relevantní oblasti přeshraniční péče zásadně novelizován s účinností k 22. dubnu 2014 zákonem 60/2014 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, a další související zákony (dále též „Novela ZVZP“), který do právního řádu ČR jasně zakotvil

pravidla pro čerpání hrazené péče v jiných členských státech, pravidla pro udělování předchozího souhlasu s vycestováním za plánovanou péčí, nárok na náhradu nákladů péče vynaložených pacientem, který vycestoval bez předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny (dále též „refundace“), procesní zajištění této agendy, a informační a koordinační roli vnitrostátního kontaktního místa, kterým je v současné době pro ČR Kancelář zdravotního pojištění, dříve Centrum mezistátních úhrad.

Zákon 48/1997 Sb. po novele z roku 2014 však není jediným pramenem práva pro přeshraniční péči, a to již proto, že přímo či nepřímo odkazuje na další zákonné, podzákonné a organizační předpisy. Zmínit je nutno přinejmenším následující právní předpisy zákonné úrovně:

- **Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách** (dále též „ZoZS“). Tento právní předpis je základním kodexem zdravotnického práva, který upravuje poskytování (nikoliv cenu nebo úhradu) zdravotních služeb. Obsahuje důležité definice, na které úhradové předpisy odkazují, zejména definici druhů péče dle časové naléhavosti a forem zdravotní péče, definici náležité odborné úrovně. Dále obsahuje pravidla pro informovaný souhlas, vedení zdravotnické dokumentace a v neposlední řadě též pravidla pro předávání zdravotnických údajů pacientům, dalším osobám a mezi zdravotníky navzájem. Obsahuje také pravidla pro registraci poskytovatelů zdravotních služeb (dále též „PZS“, významná pro případ, kdy by v rámci projektu došlo k založení subjektu, poskytujícího zdravotní péči na státním území České republiky).
- **Zákon 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě**. Tento právní předpis upravuje organizaci a financování zdravotnické záchranné služby a pravidla její komunikace a spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb.
- **Zákon 378/2007 Sb. o léčivech a zákon 268/2014 o zdravotnických prostředcích**. Tyto předpisy, na základě předpisů evropského práva, obsahují pravidla pro nakládání s léky a zdravotnickými prostředky, jejich testování, schvalování, výrobu, distribuci a výdej. Pro kontext přeshraniční péče jsou tyto zákony významné tím, že na jejich základě bude probíhat preskripce a výdej léčiv, včetně případného přeshraničního výdeje a distribuce, upravují též provoz poskytovatelů lékařské péče, evropský systém ochrany před padělkou, systém elektronických receptů a další významná organizační pravidla.
- **Zákon 89/2012 Sb., občanský zákoník**. Tento obecný právní předpis je významný zejména pro případnou smluvní agendu, neboť platí podpůrně pro soukromoprávní smlouvy mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami tam, kde nestanoví ZVZP specifická pravidla, významný by byl taktéž pro případný kontext provozu refundačního centra popsaného v závěrečných doporučeních, převzetí a případné uplatnění pohledávek v úhradové a refundační oblasti.
- **Zákon 500/2004 Sb., správní řád a zákon 150/2002 Sb., soudní řád správní**. Tyto obecné právní předpisy jsou významné pro vedení řízení o veřejnoprávní nároky pojištěnců před orgány zdravotních pojišťoven, typicky v oblasti předchozího schvalování plánované přeshraniční péče (dále též „preautorizace“) a refundací nákladů péče, a pro případný soudní přezkum rozhodnutí zdravotních pojišťoven.

Český právní řád – podzákonné předpisy a rozhodnutí

Dále je nutno uvést podzákonné předpisy a další zdroje regulace, na které odkazuje ZVZP v § 14a a které v praxi používají zdravotní pojišťovny (dále též „ZP“) pro výpočty úhrad či refundací, a další předpisy, které mají vliv na smluvní politiku zdravotních pojišťoven. Jedná se zejména o následující:

- **Nařízení vlády 307/2012 Sb. o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb** (dále též „NvČMD“). Tento právní předpis vymezuje právo na místní dostupnost hrazených služeb, tedy na maximální dojezdovou vzdálenost pro jednotlivé typy poskytovatelů hrazených služeb, kterou musí

zdravotní pojišťovny svým pojištěncům zajistit. Dále vymezuje právo na časovou dostupnost hrazených služeb, tedy pravidla pro maximální čekací doby na některé vyjmenované zákroky a pro dostupnost péče neodkladné. Toto Nařízení vlády může taktéž vymezit ve smyslu Směrnice plánované zdravotní služby, jejichž hrazení v přeshraniční péči je podmíněno předchozím schválením zdravotní pojišťovny, ač tak dosud pro žádné zdravotní služby neučinilo.

- **Vyhláška 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami** (dále též „SZV“ nebo „Seznam výkonů“. Tento rozsáhlý právní předpis obsahuje popisy jednotlivých zdravotních výkonů včetně kalkulace jejich hodnoty v bodech. Jde o základní nástroj pro vykazování zdravotních služeb mezi poskytovateli péče a zdravotními pojišťovnami, zákon ale předpokládá jeho použití i pro výpočet refundace, na kterou má pojištěnec nárok.
- **Vyhláška 268/2019 Sb.** o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále též „úhradová vyhláška“). Jedná se o právní předpis, který vydává pro každý rok Ministerstvo zdravotnictví (pro rok 2019 se jednalo o vyhlášku 201/2018 Sb.). Tato vyhláška stanoví korunové hodnoty bodů dle SZV, popisuje úhradové mechanismy pro různé druhy poskytovatelů (například kapitační platbu u praktických lékařů, úhradu dle případového paušálu v části lůžkové péče aj.), roční limitace maximálního rozsahu úhrady poskytovateli a další tzv. regulační omezení. Její hlavní použití je pro vykazování a úhradu péče mezi českými smluvními poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, ale na základě odkazů je v praxi významná i pro refundaci přeshraniční péče, zejména v případě pojištěnců čerpajících plánovanou lůžkovou péči.
- **Cenový předpis Ministerstva zdravotnictví 2/2020/CAU** o regulaci cen poskytovaných zdravotních služeb, stanovení maximálních cen zdravotních služeb poskytovaných zubními lékaři hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů. Jedná se o předpis *sui generis*, který je vydáván na základě zákona 526/1990 Sb. o cenách ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (nikoliv ve Sbírce zákonů), a to zpravidla vždy pro daný rok (pro rok 2019 se jednalo o Cenový předpis 1/2019/DZP). Tento předpis stanoví maximální cenu bodu dle SZV v různých kontextech, včetně přeshraniční péče, a to jak pro péči hrazenou ze zdravotního pojištění, tak pro péči ze zdravotního pojištění nehrazenou. Jde o nástroj cenové regulace poskytovatelů zdravotních služeb, který však v praxi dopadá silně i do práv pojištěnců čerpajících přeshraniční péči, protože jej zdravotní pojišťovny využívají pro kalkulaci výše refundace.
- **Rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv („SÚKL“)** o výši a podmínkách úhrady léčivých přípravků. Nejedná se o právní předpis, ale o soubor individuálních správních rozhodnutí, kterými SÚKL stanoví maximální úhradu každému jednotlivému hrazenému léčivému přípravku. Tato maximální úhrada, jakož i její podmínky, jsou rozhodné pro rozsah refundace nákladů pojištěnci na léčivé přípravky vydané nebo použité při ambulantní péči v přeshraničním kontextu.

Vybraná judikatura

Ve výčtu pramenů práva nelze opomenout judikaturu Evropského soudního dvora i vysokých národních soudů. Tato judikatura je závazným výkladem právních předpisů pro správní orgány, včetně veřejných zdravotních pojišťoven. Judikaturu do roku 2010 podrobně popisují dřívější analýzy vypracované v rámci projektu Healthacross. Z novějších judikátů považuji za potřebné zmínit zejména následující.

- **Rozsudek ESD C-173/09 „Georgi Ivanov Elchinov proti Natsionalna zdravnoosiguritelna kasa“.** Jedná se o významný judikát, ve kterém ESD rozhodl ve věci bulharského pojištěnce, čerpajícího protonovou léčbu v Německu. Bulharská zdravotní pojišťovna nevydala pojištěnci předchozí souhlas s touto terapií, jednalo se však o léčbu spadající do vymezení hrazené péče v Bulharsku a tato péče současně v Bulharsku nebyla pojištěnci včas dostupná. ESD zde konstatoval: „*Článek 49 ES a článek 22 nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 (...) brání právní úpravě členského státu vykládané v tom smyslu, že ve všech případech vylučuje náhradu výdajů na nemocniční péči poskytnutou bez předchozího povolení v jiném členském státě. Pokud jde o péči, která nemůže být poskytnuta v*

členském státě, na jehož území má pojištěnec bydliště, čl. 22 odst. 2 druhý pododstavec nařízení č. 1408/71, ve znění pozměněném a aktualizovaném nařízením č. 118/97, ve znění nařízení č. 1992/2006, musí být vykládán v tom smyslu, že povolení požadované podle odstavce 1 písm. c) bodu i) téhož článku nelze odmítnout: i) jestliže v případě, kdy jsou výkony stanovené vnitrostátními právními předpisy uvedeny na seznamu, který sice použitý způsob léčeni výslovně a přesně neuvádí, ale definuje druhy léčeni hrazené příslušnou institucí, je prokázáno podle obvyklých výkladových zásad a v návaznosti na přezkum založený na objektivních a nediskriminačních kritériích, který zohledňuje všechny relevantní lékařské poznatky a dostupné vědecké údaje, že tento způsob léčeni odpovídá druhům léčeni uvedeným na tomto seznamu, a ii) jestliže alternativní léčeni vykazující stejný stupeň účinnosti nelze poskytnout v přiměřené době v členském státě, na jehož území má pojištěnec bydliště. Tentyž článek brání tomu, aby vnitrostátní orgány, které se mají vyjádřit k žádosti o předchozí povolení, při použití tohoto ustanovení uplatnily domněnku, že nemocniční péče, která nemůže být poskytnuta v členském státě, na jehož území má pojištěnec bydliště, není uvedena mezi výkony, jejichž úhradu stanoví právní předpisy tohoto státu, a naopak že nemocniční péče uvedená mezi těmito výkony může být poskytována v uvedeném členském státě. Jestliže je prokázáno, že odmítnutí vydat povolení požadované na základě čl. 22 odst. 1 písm. c) bodu i) nařízení č. 1408/71, ve znění pozměněném a aktualizovaném nařízením č. 118/97, ve znění nařízení č. 1992/2006, nebylo opodstatněné, zatímco poskytování nemocniční péče bylo ukončeno a s ní související výdaje již pojištěnec vynaložil, vnitrostátní soud musí příslušné instituci podle vnitrostátních procesních pravidel uložit povinnost nahradit uvedenému pojištěnci částku, kterou by příslušná instituce běžně uhradila, kdyby bylo povolení řádně vydáno. Uvedená částka je rovna částce určené podle ustanovení právních předpisů, kterým podléhá instituce členského státu, na jehož území byla nemocniční péče poskytnuta. Pokud je tato částka nižší než částka, která by vyplývala z použití právních předpisů platných v členském státě bydliště v případě hospitalizace v posledně uvedeném členském státě, musí krom toho příslušná instituce pojištěnci poskytnout doplňkovou náhradu odpovídající rozdílu mezi těmito dvěma částkami, a to v mezích skutečně vynaložených výdajů.“ Tento judikát považuji za významný pro situace, kdy čeští pojištěnci budou požadovat v rámci přeshraniční péče terapii, která spadá do poměrně velmi širokého vymezení hrazené péče v ZVZP, avšak nebude u českých poskytovatelů dostupná buďto vůbec, nebo včas, případně pro ni nebude existovat „vyúčtovací položka“ v podobě kódu Seznamu výkonů. Pojištěncům tento judikát podstatně rozšiřuje možnosti čerpání plánované péče bez preautorizace.

- **Rozsudek ESD C-268/13 „Elena Petru v. Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu a Casa Națională de Asigurări de Sănătate“.** V tomto judikátu, který byl již citován i českým Nejvyšším správním soudem, se jednalo o rumunskou pojištěnku trpící závažným kardiovaskulárním onemocněním a po infarktu myokardu. Na základě lékařských vyšetření, která podstoupila, bylo rozhodnuto o provedení operace na otevřeném srdci, aby tak byla nahrazena mitrální chlopeč a zavedeny dvě endovaskulární protézy, na klinice v Temešváru. Pojištěnka však měla za to, že materiální podmínky tohoto nemocničního zařízení byly nedostatečné, aby takový chirurgický zákrok podstoupila, a rozhodla se odjet na kliniku v Německu, kde byl tento zákrok proveden za přímou úhradu. Před odjezdem požádala o preautorizaci, která ale byla pojišťovnou zamítnuta z důvodu, že ze zprávy ošetřujícího lékaře nevyplývalo, že by požadovaný výkon nemohl být uskutečněn v přiměřené lhůtě ve zdravotnickém zařízení v Rumunsku. Pojištěnka však tvrdila, že podmínky na klinice v Temešváru jsou obzvláště nedostatečné, neboť tam chybějí léky a základní zdravotnický materiál a počet lůžek je nedostatečný, a že právě z důvodu složitosti zamýšleného zákroku a těchto špatných podmínek se rozhodla opustit toto zařízení a odjet na kliniku v Německu. Soud k předběžné otázce konstatoval: „Článek 22 odst. 2 druhý pododstavec nařízení Rady (EHS) č. 1408/71 ze dne 14. června 1971 (...) musí být vykládán v tom smyslu, že povolení vyžadované na základě odst. 1 písm. c) bodu i) téhož článku nemůže být odmítnuto, pokud nelze příslušnou nemocniční péči poskytnout v přiměřené době v členském státě bydliště účastníka sociálního pojištění z důvodu nedostatku léků a základního zdravotnického materiálu. Tato nemožnost musí být posouzena na úrovni všech nemocničních zařízení tohoto členského státu, která jsou způsobilá

uvedenou péči poskytnout, a s ohledem na časový úsek, během něhož lze uvedenou péči získat v přiměřené době.“ Tento judikát považuji za významný pro situace, kdy hrazená péče pro české pojištěnce sice bude k dispozici u českých poskytovatelů, vznikne však důvodná pochybnost o její kvalitě z důvodů kapacity, stavu přístrojů či nedostatku personálu, případně pro insolvenční místně a časově dostupné nemocnice (aktuální kazuistikou na toto téma je krach Lužické nemocnice s poliklinikou, a.s. v Rumburku a otázka možnosti čerpání zdravotních služeb v přeshraničním kontextu na klinice v saském Sebnitz.

- **Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 17. května 2017**, sp.zn. 7 Ads 284/2016 – 39, „Bezkrvní operace v Německu“. V tomto judikátu se jednalo o dítě, které podstoupilo bezkrvní kardiologickou operaci v Německu. Předmětem sporu se stala refundace nákladů, kdy zdravotní pojišťovna namítala *non lege artis* povahu tohoto řešení a současně možnost podstoupit obdobnou operaci zahrnující krevní transfuzi, tedy dle zdravotní pojišťovny *lege artis*, na českém pracovišti. Nejvyšší správní soud nejprve konstatoval, že „zdravotní pojišťovna, která rozhoduje o žádosti o povolení léčby českého pojištěnce v jiném členském státě EU, musí podle čl. 20 odst. 2 věty druhé nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení, jednoznačně posoudit, zda jsou splněny obě kumulativně stanovené podmínky, tedy jednak to, zda jde o léčbu, která by byla v českém systému sociálního zabezpečení hrazena, a pokud ano, tak zda se žadateli nemůže v ČR dotyčného léčení dostat v lékařsky odůvodnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jeho zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu jeho nemoci.“ Následně, po citaci judikátů ESD „Peerbooms a Smits“ a „Elchinov“, konstatoval soud, že „výše popsany režim rozhodování podle nařízení č. 883/2004 a č. 987/2009 o povolení léčby v jiném členském státu není diskrečním rozhodováním pojišťoven; naopak podle judikatury Soudního dvora EU musí být tento režim založen na objektivních, nediskriminačních a předem známých kritériích tak, aby tato pravomoc nebyla uplatňována svévolným způsobem (viz rozsudek velkého senátu Soudního dvora ze dne 5. 10. 2010, Elchinov, C-173/09, bod 56). Tato výše popsaná kritéria pak musí být podle Nejvyššího správního soudu též přesvědčivým způsobem správními orgány a případně i správními soudy vyložena a aplikována tak, aby odůvodnění těchto rozhodnutí poskytovala dostatečné záruky, že o žádostech není rozhodováno svévolně“. Judikát je významný tím, že i v české soudní praxi potvrdil závaznost pravidel pro přeshraniční péči a její úhradu, jakož i skutečnost, že otázka udělení předchozího povolení nebo refundace nákladů poskytnuté péče není věcí úvahy zdravotní pojišťovny, naopak zdravotní pojišťovna je vázána zákonnými kritérii v ZVZP, při jejichž splnění nemůže žádost pojištěnce zamítnout.
- **Rozsudek Nejvyššího správního soudu ČR ze dne 8. srpna 2019**, sp.zn. 9 Ads 434/2017 – 46 „Přeshraniční úhrada léčby SMA“. V tomto judikátu se jednalo o českou pojištěnku (dítě) se spinální muskulární atrofí, léčené v Paříži tehdy ještě neregistrovaným přípravkem Spinraza (nusinersen), který tam byl poskytnut zdarma, spor však vznikl o úhradu hospitalizace. Zdravotní pojišťovna odmítala léčbu hradit s tím, že lék je dosud neregistrovaný a experimentální, nelze tedy ani uhradit, resp. refundovat, ani hospitalizaci s tím související. Nejvyšší správní soud s tímto přístupem nesouhlasil, kdy nejprve zopakoval dle dřívější judikatury ESD, že „Žadatel tedy má právo na úhradu léčby v jiném členském státě Evropské unie, pokud: (1) se jedná o léčení patřící mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má žadatel bydliště, a (2) tohoto léčení se mu nemůže dostat v lékařsky odůvodnitelné lhůtě“, na což navázal stanoviskem, že „splnění první podmínky uvedené v čl. 20 odst. 2 větě druhé nařízení č. 883/2004, tedy zda jde o léčení patřící mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě bydliště žadatele, se odvíjí od vnitrostátní úpravy. Z práva Evropské unie nevyplývá povinnost členských států hradit konkrétní léčbu z veřejného zdravotního pojištění, třebaže by byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění v jiných členských státech (srov. rozsudek Soudního dvora ze dne 12. 7. 2001, Smits a Peerbooms, C-157/99, bod 87). Jinými slovy je třeba posoudit, zda by léčba, jejíž úhrada je požadována, byla hrazena ze systému sociálního zabezpečení členského státu bydliště žadatele, pokud by byla poskytnuta v daném státě. V případě České republiky je proto potřeba vyjít ze zákona č. 48/1997 Sb. (...), konkrétně z jeho části páté, nadepsané „Podmínky poskytování hrazených služeb“.

Zejména § 13 a § 15 citovaného zákona určují, které zdravotní služby, respektive zdravotní výkony, jsou či nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.“ V návaznosti na to soud konstatoval: „Nikde (v zákoně) není uvedeno, že by úhrada zdravotní léčebné péče, kterou stěžovatelka požaduje, byla odvislá od úhrady léčivého přípravku poskytovaného v této souvislosti. Žalovaná i městský soud vychází z toho, že se tento závěr v podstatě rozumí sám sebou. Tomu Nejvyšší správní soud nemůže přisvědčit. Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod mají občané na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Stěžovatelkou požadovaná péče spadá pod typově vymezené zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle § 13 odst. 2 písm. a) zákona o veřejném zdravotním pojištění a její úhrada by tedy mohla být odepřena pouze v situaci, pro kterou by byla ze zákona vymezena výjimka, nebo pokud by nebyly splněny obecné podmínky pro úhradu zdravotní služby stanovené v § 13 odst. 1 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Žalovaná však odepřela úhradu zdravotní služby z důvodu, který v zákoně není obsažen, a její rozhodnutí proto nemůže obstát.“ Tento judikát je významný tím, že znovu potvrdil plnou vázanost zdravotní pojišťovny v preautorizačních či refundačních rozhodnutích zákonnými kritérii, přičemž zdravotní pojišťovna si ani výkladem nemůže dotvářet dodatečné podmínky úhrady, které v zákoně uvedeny nejsou. Konkrétně, úhrada nemocničního pobytu a úhrada léčivého přípravku jsou dva na sobě nezávislé nároky, kdy nesplnění podmínek jednoho (nebo nepožadování tohoto nároku) není překážkou přiznání druhého nároku. Tedy překážkou úhrady či refundace lůžkové péče spojené s ortopedickou operací nemůže být to, že si pacient zvolí kloubní implantát nehrazený ze zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že pro rozsah úhrady či refundace přeshraniční péče je podstatné, v jakém rozsahu se péče hradí v rámci České republiky, je významná i **judikatura Ústavního soudu**, která konstatuje zcela jednoznačně pravidlo tzv. „výhrady zákona“, tedy rozsah a podmínky ústavního nároku pojištěnce na bezplatnou péči mohou být stanoveny pouze zákonem či na jeho základě, nikoliv však pouhým podzákoným předpisem bez dostatečného zákonného zmocnění. Zejména se jedná o nálezy Pl. ÚS 35/95 „Zdravotní řád“, Pl. ÚS 36/11 „Příplatkové výkony v Seznamu výkonů“ nebo Pl. ÚS 43/13 „Lázeňská vyhláška“. Význam těchto judikátů spočívá v tom, že nepřipouštějí faktický stav, kdy je rozsah nároku pojištěnce na hrazenou přeshraniční péči fakticky vymezován podzákonými předpisy (Seznamem výkonů, Úhradovou vyhláškou) či dokonce pouhými předpisy vydávanými ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví (Cenový předpis 2/2020/CAU). Aktuálně lze upozornit na probíhající řízení před Ústavním soudem o rozsáhlém podnětu skupiny 46 senátorů, vedeném pod Pl. ÚS 49/18, který poukazuje na protiústavnost takto formulovaných úhradových předpisů a žádá jejich zrušení; v tomto řízení bude patrně rozhodnuto do konce roku 2020 a judikát bude mimořádně významný pro možné odstranění ekonomických limitací přeshraniční péče, které popisují v následujících kapitolách.

Režimy přeshraniční péče

Pro potřeby této analýzy je možno rozlišit tři režimy poskytování přeshraniční péče, a to nezbytnou péči při pobytu v zahraničí, vycestování za plánovanou péčí s předchozím souhlasem pojišťovny a vycestování bez předchozího souhlasu:

- **Nezbytná péče poskytnutá pacientovi v zahraničí.** Každý pojištěnec ze země EU, EHP a Švýcarska má nárok čerpat ve své zemi plnou zdravotní péči a v ostatních členských zemích nezbytnou péči, kterou potřebuje při svém pobytu v zahraničí. Měla by mu být poskytnuta ve všech zařízeních napojených na veřejný systém zdravotního pojištění na základě platného Evropského průkazu zdravotního pojištění a přes výpomocnou zahraniční zdravotní pojišťovnu a styčná místa přeučtována do jeho zdravotní pojišťovny. Pojištěnec uhradí pouze doplatky, poplatky a případnou spoluúcast stejně jako tamní pojištěnci. Lékařsky nezbytná péče se posuzuje s přihlédnutím k povaze nemoci a předpokládané době pobytu v zahraničí. Nejde o takovou péči, za kterou by daná

osoba cíleně vycestovala, ani péči, kterou by zdravotní stav osoby nevyžadoval (preventivní prohlídka, kosmetická operace apod.) Péče musí být poskytnuta v takovém rozsahu, aby pacient nemusel odcestovat ze zahraničí dříve, než zamýšlel. Pokud si zdravotnické zařízení vyžádá úhradu v hotovosti, má pojištěnec nárok na refundaci od své zdravotní pojišťovny.

- **Plánovaná péče předem schválená zdravotní pojišťovnou.** Pokud pojištěnec obdrží předem souhlas své zdravotní pojišťovny s úhradou zdravotní péče v rámci zemí EU/EHP/Švýcarska (je mu vystaven formulář E112/S2), má zde nárok na poskytnutí a úhradu plánované péče za podmínek daných předpisy státu ošetření. Dle §14b odst. 3) ZVZP o udělení předchozího souhlasu rozhoduje příslušná zdravotní pojišťovna na žádost pojištěnce. Žádost je nutné podat nejpozději před začátkem čerpání hrazených přeshraničních služeb. Dle §14b odst. 4) ZVZP platí, že „zdravotní pojišťovna může odmítnout udělit předchozí souhlas pouze, jestliže a) by byl pojištěnec vzhledem ke svému zdravotnímu stavu při čerpání hrazených přeshraničních služeb vystaven riziku, které nelze považovat za přijatelné, při zohlednění možného přínosu čerpání těchto hrazených přeshraničních služeb, b) je důvodná obava, že by čerpání hrazených přeshraničních služeb mohlo mít za následek podstatné ohrožení veřejného zdraví, c) ohledně toho, kdo má hrazené přeshraniční služby poskytnout, existuje důvodná obava, pokud jde o dodržování standardů a pokynů týkajících se kvality zdravotních služeb jim poskytovaných a o bezpečí pojištěnce, nebo d) lze požadované zdravotní služby pojištěnci poskytnout na území České republiky ve lhůtě časové dostupnosti stanovené nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.“ V praxi zdravotní pojišťovny podmiňují schválení doložením žádosti zdravotní dokumentací a vyjádřením doporučujícího odborného ošetřujícího lékaře ze specializovaného pracoviště v ČR, zákon však takovou podmínku neobsahuje, v zásadě není vyloučeno doložit medicínskou potřebu stanoviskem nezávislého lékaře v ČR, znalce nebo i ošetřujícího lékaře z cílového zahraničního pracoviště, je-li s ním pacient již před posuzovanou epizodou péče v kontaktu. Zdravotní péče se přeúčtovává přes výpomocnou zahraniční zdravotní pojišťovnu a styčná místa (v ČR Kancelář zdravotního pojištění) do jeho zdravotní pojišťovny. Pojištěnec hradí pouze spoluúčast, poplatky a doplatky stejně jako pojištěnci v cílovém státě.
- **Plánovaná péče čerpaná v zahraničí bez souhlasu pojišťovny.** Pojištěnec z EU může vycestovat za plánovanou zdravotní péčí do jiného státu EU i bez předchozího souhlasu své zdravotní pojišťovny. Předem neodsouhlasenou zdravotní péčí si musí nejprve v dané zemi uhradit v hotovosti a následně může požádat svoji zdravotní pojišťovnu o náhradu vynaložených nákladů (refundaci). Zdravotní pojišťovna mu nahradí takovou částku, kterou by vynaložila za stejnou péči v ČR, ale nejvýše tolik, kolik pojištěnec skutečně zaplatil. Výše náhrady se tedy může podstatně lišit od vynaložených nákladů. Podmínkou úhrady je i to, že se jedná o péči v ČR hrazenou z veřejného zdravotního pojištění a že byly splněny podmínky pro čerpání takové péče (např. doporučení ošetřujícího lékaře před operací apod.). Pro řízení o refundaci zdravotní pojišťovny v praxi požadují originál účetního nebo jiného dokladu o zaplacení péče zahraničnímu poskytovateli zdravotních služeb a lékařskou zprávu (případně jiný doklad), z níž je jasně patrné, jaká péče byla poskytnuta. Na základě těchto dokumentů zdravotní pojišťovna posoudí, zda je nárok na refundaci dán, případně v jaké výši, v čemž je vázána pravidly ZVZP, zejména §14, §14a a ustanoveními části páté ZVZP, vymezujícími rozsah nároku pojištěnce na hrazenou péči.

Procesně se v případech rozhodování o refundaci jedná o správní řízení, kde zdravotní pojišťovna vystupuje jako prvostupňový správní orgán ve smyslu § 53 ZVZP a ve smyslu zákona 500/2004 Sb., Správní řád. Vydané rozhodnutí musí zdravotní pojišťovna řádně odůvodnit a poučit pojištěnce o možnosti odvolání. Pokud pojištěnec s rozhodnutím nesouhlasí, podává odvolání dle Správního řádu k rozhodčímu orgánu zdravotní pojišťovny ve smyslu § 53 odst. 10 ZVZP, který odvolání posoudí a vydá o něm odůvodněné rozhodnutí. Toto odvolací rozhodnutí lze napadnout žalobou podanou ke správnímu soudu dle zákona 150/2002 Sb., Správní řád. Stejně tak je řízením dle Správního řádu rozhodování zdravotní pojišťovny o předchozím schválení plánované péče.

Režim nezbytné péče se týká z povahy věci především těch pacientů, kteří v momentě vzniku potřeby zdravotní péče již v cílové zemi jsou (například přeshraniční pracovníci); tento režim však není praktický pro obyvatele České republiky, kteří by za péčí cíleně do zahraničí vyjížděli. Režim plánované péče s preautorizací je sice pro české pojištěnce vyjíždějící za plánovanou péčí komfortní v tom, že v momentě čerpání péče nemusejí přímo platit plnou cenu zdravotních služeb, z hlediska času potřebného k udělení souhlasu pojišťovny jde však o řešení nepraktické pro běžnou péči; tento postup má své místo u úzkého spektra náročnějších plánovaných operací, které současně svým rozsahem odůvodňují administrativní náklady spojené s preautorizačním řízením a současně nejsou natolik akutní, aby se toto řízení stihlo dokončit. Z uvedených režimů přeshraniční péče proto považují za nejvíce praktický pro projekt přeshraniční péče v regionu Gmünd - České Velenice režim třetí, tedy využití plánované péče v zahraničí bez preautorizace zdravotní pojišťovnou. Na jeho jednotlivé aspekty a proveditelnost je zaměřena následující kapitola.

Podrobná pravidla pro refundaci jednotlivých druhů zdravotních služeb, léčiv a pomůcek

Nárok českého pojištěnce na hrazenou péči a jeho ústavněprávní základ

Platný zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví pro refundaci plánované péče v zahraničí v § 14 odst. 3): „Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Jestliže je náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby podmíněna udělením předchozího souhlasu podle § 14b, poskytne se mu náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen.“ ZVZP stanoví v § 14 odst. 5): „Jsou-li tímto zákonem nebo rozhodnutím Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) vydaným podle části šesté stanoveny podmínky pro úhradu hrazených služeb, musí být tyto podmínky splněny i pro náhradu na hrazené přeshraniční služby; za takovou podmínku se nepovažuje uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.“ ZVZP dále stanoví v § 14a: „Výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 se stanoví na základě tohoto zákona, vyhlášky vydané podle § 17 odst. 4, cenového předpisu, opatření obecné povahy podle § 15 odst. 5 a rozhodnutí Ústavu podle části šesté účinných ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí; to platí obdobně i pro náhradu nákladů, které pojištěnci vznikly v souvislosti s čerpáním zdravotních služeb v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace, k němuž bylo vydáno povolení podle koordinačních nařízení zajišťující hrazení těchto zdravotních služeb (dále jen „povolení podle koordinačních nařízení“).“

Jak je zjevné z těchto ustanovení, rozsah nároku českého pojištěnce na úhradu přeshraničních zdravotních služeb vychází z rozsahu nároku na úhradu zdravotních služeb, který by mu svědčil, pokud by takové služby čerpal u poskytovatele v České republice.

Systém úhrad zdravotních služeb, pomůcek a léčiv v ČR z veřejného zdravotního pojištění sestává ze tří základních právních vztahů:

- i. vztah pojištěnec - zdravotní pojišťovna; a
- ii. vztah pacient – poskytovatel zdravotních služeb;
- iii. vztah zdravotní pojišťovna – poskytovatel zdravotních služeb

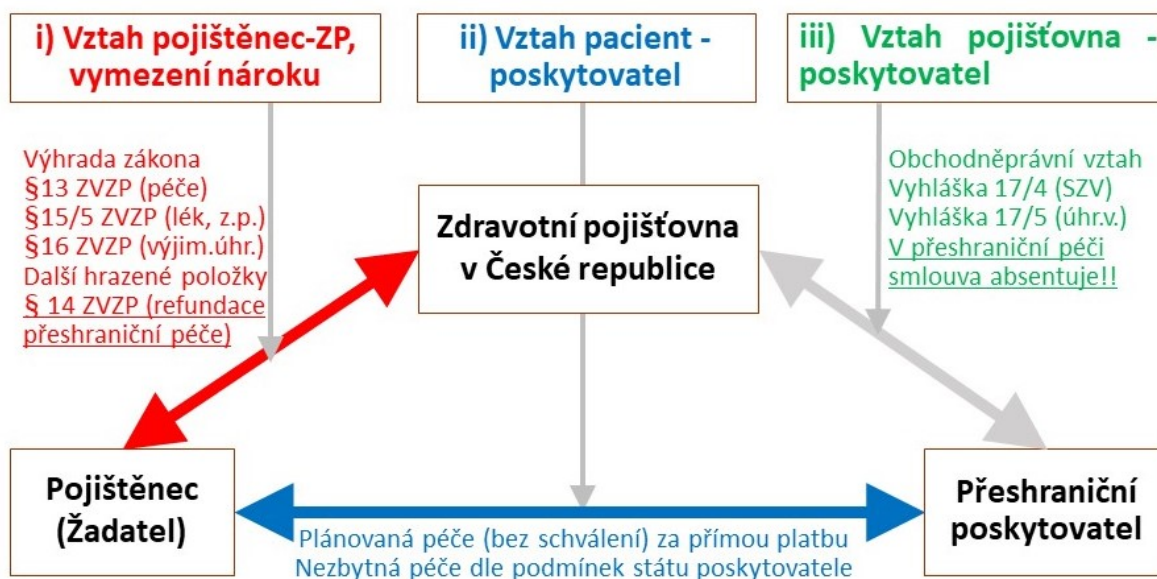
Rozsah refundace náležející pojištěnci je vypočten výhradně na základě pravidel pro **první právní vztah**, tedy pro veřejnoprávní nárok na úhradu zdravotních služeb, který má shodně každý pojištěnec vůči každé zdravotní pojišťovně a který může být vymezen či omezen výhradně zákonem, zde konkrétně zákonem 48/1997 Sb. **Druhý právní vztah**, tedy vztah nemocného (v roli pacienta ve smyslu ZoZS a současně pojištěnce ve smyslu ZVZP) a poskytovatele zdravotních služeb má charakter soukromoprávní smlouvy, ve kterém se poskytovatel zavazuje poskytnout zdravotní službu a pacient jako příkazce se zavazuje zaplatit za ni sjednanou cenu, není-li za něj jako za pojištěnce tato cena plně hrazena třetí stranou (zdravotní pojišťovnou). **Třetí právní vztah** popisuje, v jaké výši a jakým způsobem hradí zdravotní pojišťovny péči smluvním poskytovatelům; ujednání po linii tohoto vztahu zásadně nemohou být činěny v neprospěch třetího, tedy zasahovat do práv pojištěnce.

Nárok pojištěnce na hrazené služby je vymezen již článkem 31 Listiny základních práv a svobod, a to takto: „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“. Z konstantní judikatury Ústavního soudu citované výše vyplývá, že tento nárok může být vymezen pouze zákonem (aktem moci zákonodárné), nikoliv

podzákoným právním předpisem (aktem moci výkonné). Jde o princip tzv. výhrady zákona, platný napříč právním řádem. Zákonodárná moc (Parlament) může rozsah nároku pojištěnce na hrazené služby zákonem vcelku libovolně omezit, a skutečně tak učinila (srv. vyloučení úhrady výkonů akupunktury, nebo omezení úhrady služeb umělého oplodnění v § 15 ZVZP). Avšak tam, kde přímo ze zákona vyloučení ani omezení úhrady nevyplývá a kde se toto omezení pokusila vytvořit teprve moc výkonná (Vláda ČR nařízením, nebo Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou), byly zatím vždy tyto pokusy Ústavním soudem zrušeny. Pro tento případ je instruktivní zejména náleží Pl. ÚS 36/11, kdy Ústavní soud neakceptoval pokus vymezovat plně hrazené a příplatkové výkony teprve vyhláškou o Seznamu výkonů.

Pro určení rozsahu nároku pojištěnce v ČR na hrazené zdravotní služby je rozhodné pouze to, co je obsaženo přímo v ZVZP; hrazené jsou tedy všechny služby, které naplní definici § 13 ZVZP a současně nejsou z úhrady výslovně vyloučeny či jejich úhrada není výslovně něčím podmíněna dále v zákoně (např. v § 15 nebo v Příloze 1 ZVZP). Není-li dáno jinak, jsou tyto služby hrazeny plně. Pro určení nároku pojištěnce v ČR na hrazené léčivé přípravky je rozhodný § 15 odst. 5) ZVZP, který v případě ambulantního použití odkazuje na rozhodovací činnost SÚKL, v případě nemocničního použití stanoví pravidlo plné úhrady ekonomicky nejméně náročné varianty v závislosti na onemocnění pacienta.

Nárok na úhradu v ČR a v přeshraniční péči



Dlouhodobým neřešeným problémem českého systému zdravotního pojištění je to, že ZVZP zakládá pojištěnci ve vztahu ad i) vůči jeho zdravotní pojišťovně velmi široce formulovaný nárok na plnou úhradu určitých služeb i léčiv; ve vztahu ad iii) mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli však neprobíhá úhrada takto poskytnutých služeb tzv. „výkonově“ a v plném rozsahu, ale aplikují se namísto toho za účelem udržení dopadů na rozpočet složité a mnohdy zastaralé či právně problematické úhradové mechanismy, které stanoví paušály, případové paušály, regulační omezení či jiné druhy stropu pro úhradu. Logicky musejí vznikat situace, kdy poskytovateli takto omezená úhrada nepokryje cenu konkrétních poskytnutých služeb. Platný ZVZP ale nedovoluje poskytovateli, aby vyúčtoval pojištěnci po linii vztahu ii) doplatek za rozdíl mezi skutečnou cenou poskytnutých zdravotních služeb a úhradou od zdravotní pojišťovny (tato možnost je v zákoně dána jen ve vymezených oblastech, například u částečně hrazených ambulantních léčiv nebo zdravotnických prostředků, nikoliv však u naprosté většiny

zdravotních výkonů nebo u hospitalizací). Praktickými důsledky tohoto fenoménu pro přeshraniční péči a její refundaci, v případě jednotlivých druhů péče, lékových a dalších nákladových položek, se zabývá následující část.

Je možno uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb mezi českou zdravotní pojišťovnou a rakouským poskytovatelem zdravotních služeb?

Právní základ a argumentace

§ 14 odst. 1 ZVZP: „Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté na území České republiky.“ § 17 odst. 1) ZVZP: „Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování hrazených služeb pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle jiného právního předpisu, smlouvy s poskytovateli o poskytování a úhradě hrazených služeb.“ § 46 odst. 1) ZVZP: „Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb.“

Zpracovatelé analýzy pro projekt Healthacross dospěli k závěru, že česká ZP s rakouským PZS smlouvu uzavřít nemůže. Shodné stanovisko zaujala i VZP a Svaz zdravotních pojišťoven, jak je uvedeno v dokumentech poskytnutých zadavatelem díla. Na druhou stranu, dle dostupných informací zdravotní pojišťovna OZP uzavření smlouvy se zahraničními poskytovateli považuje za možné.

Dle § 14 odst. 1 ZVZP *a contrario* se služby mimo území ČR nehradí; na tom nemění nic skutečnost, že za určitých podmínek je možno nahradit pojištěnci náklady, které na tyto služby vynaložil.

Z téhož důvodu nelze uzavřít smlouvu dle § 17 odst. 1, neboť ty se uzavírají „za účelem poskytování hrazených služeb“ a přeshraniční služby se „nehradí“.

V úvahu je nutno vzít, že § 46 a násl. ZVZP (výběrová řízení) není dobře aplikovatelný na přeshraničního poskytovatele a taktéž aplikace § 17 odst. 5 (proces dohodovacího řízení, úhradová vyhláška) by ve vztahu k přeshraničnímu poskytovateli vytvářela špatně řešitelné obtíže.

Na druhou stranu, zdravotní pojišťovny v praxi nemají problém uzavírat smlouvy neuvedené v zákoně (namátkou, risk-sharingové smlouvy mimo sféru VILP v oblasti úhrad ambulantních léčiv), nebo podřazovat pod smlouvy a smluvní limity i péči výslovně vymezenou jako péče nehrazená (typicky u § 16 ZVZP). Odpověď též závisí na tom, zda jsou zdravotní pojišťovny ve smluvní oblasti vnímány jako veřejné instituce (mohou konat jen to, co jim zákon ukládá konat) nebo jako soukromé instituce (mohou konat, co jim zákon nezakazuje).

V úvahu je nutno také vzít, že zdravotní pojišťovny mají povinnost smluvně zajistit poskytování hrazených služeb v časové a místní dostupnosti, přičemž ne vždy existuje český poskytovatel, se kterým by bylo možno smlouvu uzavřít (např. porodní péče s maximální dojezdovou dobou 60 minut ve Šluknovském výběžku) a řešením by bylo uzavření smlouvy s dostupným přeshraničním poskytovatelem.

Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění

Dopisem ze dne 24.2.2020 zaujala Kancelář zdravotního pojištění stanovisko, ve kterém uvádí: „K přípustnosti smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zahraničním poskytovatelem služeb konstatujeme, že jsme k této otázce v průběhu času obdrželi různá stanoviska Ministerstva zdravotnictví ČR. Dle námi dlouhodobě zastávaného názoru je ustanovení národního zákona, omezující úhradu služeb teritoriálně na území ČR, v rozporu s principem volného pohybu služeb a Smlouvou o EU. Na druhou stranu ustanovení českých právních předpisů, upravující praktické podmínky uzavírání smluv zdravotní

pojišťovnou fakticky znemožňují nasmlouvání poskytovatelů, situovaných mimo území ČR způsobem, který by byl zcela konformní s národními předpisy. Volný pohyb zdravotních služeb má v každém případě své limity, jak reflektuje i Směrnice o právech pacientů v přeshraniční péči č. 24/2011. Právě tato směrnice měla být nástrojem, který nerovné postavení domácích a zahraničních poskytovatelů překoná. V každém případě se shodujeme, že vhodným řešením de lege ferenda by bylo jednoznačné zákonné zakotvení možnosti uzavřít smlouvu se zahraničním poskytovatelem služeb, spolu s vymezením odpovídajících procesních pravidel postupu. Takové smlouvy by byly nejjednodušším a přirozeným řešením pro příhraniční regiony a v minulosti jsme proto odpovídající úpravu již navrhovali.“

S tímto stanoviskem se lze plně ztotožnit.

Závěr dle platného zákona, úvahy *de lege ferenda*

Dle platného zákona docházím k závěrům:

- S rakouským PZS česká ZP nemůže uzavřít smlouvu podle § 17 odst. 1 ZVZP postupem podle § 46 a násl. ZVZP.
- S rakouským PZS však patrně může zdravotní pojišťovna uzavřít nepojmenovanou smlouvu dle NOZ, jejímž předmětem je např. výše a podmínky úhrady poskytnuté péče, vyúčtování či splatnosti; tento postup je vhodný zejména v případech, kdy není žádným českým PZS možno zajistit časovou a místní dostupnost. Poskytování péče u rakouského poskytovatele by tak byla sice formálně probíhalo nadále v mimosmluvním režimu, bez předchozího schválení, ovšem předem by byly sjednány parametry cen ovlivňujících výši refundace, dohodnut administrativní postup odesílání výpisů ze zdravotnické dokumentace jako dokladu o provedené péči, pro pacienty čerpající „každodenní“ péči by se tím postup refundací maximálně zrychlil a zjednodušil.

Současný stav vytváří ekonomické nerovnosti mezi českými a přeshraničními PZS, neboť:

- Na jednu stranu, přeshraniční PZS je diskriminován tím, že nemůže s českým PZS soutěžit o získání smlouvy a smluvní poskytování hrazené péče, bez ohledu na cenu a kvalitu svých služeb; toto rozlišování je potenciálně v rozporu s právem EU, na čemž se shodujeme s právníky Kanceláře zdravotního pojištění.
- Na druhou stranu, český PZS potřebuje pro poskytování plánované péče smlouvu se ZP, bez níž není možná ani refundace; naopak přeshraniční PZS funguje v *de facto* pokladenském systému, kdy může poskytovat služby pojištěnci za libovolnou cenu (náklady rozdílů mezi cenou a úhradou nese pojištěnec v podobě pouze částečné refundace, nejdou k tíži přeshraničního PZS jako tomu je u smluvního PZS v ČR), nadto v režimu plné refundace za každý výkon (tedy bez objemové limitace z Úhradové vyhlášky)

Vhodným řešením by mohla být změna zákona, která by

- Umožnila české ZP uzavřít smlouvu s přeshraničním PZS (a to nejen v příhraničním kontextu, ale i jinde, např. v případě center vysoce specializované péče neposkytované v ČR), za účelem předvídatelnosti výdajů ZP a možnosti vyjednávat o ceně či objemových slevách; současně by bylo nutno upravit obsoletní proces výběrových řízení dle § 46 a násl.
- Postavila nesmluvní české PZS na roveň dnešním přeshraničním PZS

Rozsah péče, jejíž úhrada je podmíněna předchozím schválením ZP

2.1 Právní základ:

§ 14 odst. 3) ZVZP: „Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Jestliže je náhrada

nákladů na hrazené přeshraniční služby podmíněna udělením předchozího souhlasu podle § 14b, poskytne se mu náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen.“

§ 14a ZVZP: „Výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 se stanoví na základě tohoto zákona, vyhlášky vydané podle § 17 odst. 4, cenového předpisu, opatření obecné povahy podle § 15 odst. 5 a rozhodnutí Ústavu podle části šesté účinných ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí; to platí obdobně i pro náhradu nákladů, které pojištěnci vznikly v souvislosti s čerpáním zdravotních služeb v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace, k němuž bylo vydáno povolení podle koordinačních nařízení zajišťující hrazení těchto zdravotních služeb (dále jen „povolení podle koordinačních nařízení“).

§ 14b odst. 1) ZVZP: „(1) Vláda může nařízením vymezit hrazené přeshraniční služby, u nichž je poskytnutí náhrady nákladů podle § 14 odst. 3 podmíněno udělením předchozího souhlasu. Jako hrazené přeshraniční služby, u nichž je poskytnutí náhrady nákladů podmíněno předchozím souhlasem, lze vymezit pouze a) plánované hrazené služby, pro které jsou nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb stanoveny lhůty časové dostupnosti a které současně vyžadují hospitalizaci nebo vysoce specializované přístrojové nebo zdravotnické vybavení, nebo b) hrazené služby, které zahrnují léčbu, která představuje zvláštní riziko pro pacienta nebo obyvatelstvo.“

§ 13 odst. 1) ZVZP: „(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

§ 13 odst. 2) ZVZP : „Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,“

§ 15 odst. 1): „Ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona.“

Další právní zdroje:

- Zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách (dále též „ZoZS“), v § 5 odst. 1 (definice neodkladné, akutní, nezbytné a plánované péče), v § 3 odst. 3 (definice individuálního léčebného postupu, v § 3 odst. 4 (definice hospitalizace) a §§7-9 (definice ambulantní, jednodenní a lůžkové péče)
- Nařízení vlády 307/2012 Sb. o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb (dále též „NvČMD“), v § 2 (individuální lhůta časové dostupnosti) a v Příloze 2 (soupis 13 služeb s garantovanou časovou dostupností)
- Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči (dále též „Směrnice“) zejména v článku 8 (podmínky preautorizace a její limity)
- Vyhláška 134/1998 Sb. o Seznamu výkonů s bodovými hodnotami (dále též „SZV“)
- Cenové předpisy MZ k hodnotě bodu, například Cenový předpis 1/2019/DZP
- Judikatura Ústavního soudu k tzv. výhradě zákona, ve zdravotnickém kontextu například Pl.ÚS 35/95 nebo Pl. ÚS 36/11

Počáteční právní názor zpracovatele (rozsah preautorizace)

Ambulantní výkony jsou v zásadě vždy otevřeny možnosti refundace, a to i bez nutnosti předchozího souhlasu. Podmínka preautorizace by u ambulantních výkonů mohla být dána jen výjimečně, za současného splnění obou podmínek § 14 odst. 1) písm. a), tedy zaprvé, jsou výslovně uvedeny v Příloze

2 NvČMD, a zadruhé, vyžadují vysoce specializované vybavení. Z výčtu v Příloze 2 NvČMD, položky Náhrada kyčelního kloubu, Náhrada kolenního kloubu, Angiografie a patrně Operace katarakty jsou výkony při hospitalizaci (výkonům při hospitalizaci se věnuji dále). Zahájení biologické léčby RS spadá spíše do sféry refundace léčiv než služeb (v NvČMD byla tato položka dle mého názoru uvedena chaoticky a z politických důvodů). Zbývají položky Artroskopie, Endoskopie, Denzitometrie, Skiografie a sonografie, Počítačová tomografie, Magnetická resonance, Mamografické vyšetření, a možná Operace katarakty. Jen tyto položky splňují první podmínku § 14 odst. 1) písm. a). Vzniká otázka, které z těchto položek současně splňují i podmínku druhou, tedy „vyžadují vysoce specializované přístrojové nebo zdravotnické vybavení“. Splnění této podmínky by nasvědčovalo, že například přístroje jako CT či MRI jsou řešeny v „Přístrojové komisi MZ“. Na druhou stranu, tato „Přístrojová komise“ nikdy neměla žádný zákonný základ a nemůže tedy závazně vymezovat, co je „specializované“ vybavení a co je naopak „běžné“ vybavení. De facto, v Rakousku dle dostupných informací jsou již tyto přístroje celkem běžné i na malých pracovištích. Z výčtu v Příloze 2 NvČMD nesplňuje druhou podmínku žádná ambulantní služba (byť např. u MRI je to sporné). Preautorizaci proto patrně nepodléhají dle českého práva žádné ambulantní zdravotní služby. A i kdyby přece jen podléhaly (konkrétně MRI), byla by nadto preautorizace vyžadována jen v případech, kdy pacient takovou službu dostane u českého smluvního poskytovatele ve lhůtě kratší, než stanoví Příloha č. 2 NvČMD, a současně kratší, než mu ji individuálně vymezí ošetřující lékař dle § 2 NvČMD a článku 8 odst. 5) Směrnice.

Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění (rozsah preautorizace)

Dopisem ze dne 24.2.2020 zaujala Kancelář zdravotního pojištění stanovisko k rozsahu preautorizace, ve kterém uvádí: „*Ve věci výše a podmínky úhrady zdravotní péče v režimu plánované péče bez předchozího souhlasu zdravotní pojišťovny si dovoluujeme upřesnění v otázce rozsahu preautorizace. Dle §14b odst. 1 ZVZP vláda může nařízením vymežit hrazené přeshraniční služby, u nichž je poskytnutí náhrady podmíněno udělením předchozího souhlasu. Tímto nařízením však není nařízení vlády o časové a místní dostupnosti zdravotních služeb. Žádné nařízení, které by stanovilo okruh péče, podmíněné předchozím souhlasem, nebylo v návaznosti na výše uvedené zmocnění vydáno. V praxi to znamená, že český pojištěnec může žádat o náhradu jakékoliv péče, kterou čerpal v EU, bez souhlasu své ZP.*“

Toto stanovisko akceptuji jako správný výklad zákona, konformní s evropským právem.

Závěr dle platného zákona, úvahy *de lege ferenda*

Oproti často uváděným tvrzením je tomu tak, že veškerá hrazená zdravotní péče může být českými pojištěnci čerpána plánovaně v přeshraničním režimu, aniž by pro následnou refundaci její ceny potřebovali předchozí schválení zdravotní pojišťovny. Rozhodnutí pojištěnce bydlicího v příhraničí čerpat hrazené služby raději za hranicemi (např. v případě pojištěnce z Českých Velenic by šlo o čerpání péče v Gmündu, v případě pojištěnců z Rumburka by šlo o čerpání péče v Sebnitz) tak nezávisí na vůli zdravotní pojišťovny.

Ekonomickou překážkou čerpání takové péče na straně pojištěnce ovšem stále zůstanou tři faktory:

- i. „Problém cash-flow“ spočívající v nutnosti péči zaplatit zahraničnímu PZS v momentě jejího čerpání, přičemž refundace nastává teprve s časovým zpožděním
- ii. Administrativní náročnost vypořádání refundace s českou zdravotní pojišťovnou, vyžadující přinejmenším řádné podání žádosti včetně doložení faktur a lékařských zpráv
- iii. Nejistota ohledně výše pojišťovnou vypočtené refundace, která nemusí (a často nebude) pokrývat plnou cenu péče účtované zahraničním poskytovatelem.

První dva uvedené problémy by patrně řešilo sjednání smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zahraničním poskytovatelem, jak je diskutováno v předchozím bodu. V případě nevěle, nebo konstatování legislativní překážky takovou smlouvu uzavřít, se jako řešení nabízí převzetí refundačních pohledávek třetí stranou („vykupitelem“), což je diskutováno v následující části analýzy. Třetí problém,

výše refundace, je ve skutečnosti obecnou otázkou českého zdravotnického a ústavního práva, nikoliv jen otázkou regulace přeshraniční péče, jak je popsáno v úvodní kapitole a dále v následujících částech analýzy.

Hrazení nákladů za pacienta, zastoupení v refundačním řízení a převzetí refundační pohledávky třetí stranou

Právní základ a argumentace

Nárok na refundaci péče poskytnuté v přeshraničním režimu je za splnění podmínek zákona veřejným subjektivním právem pojištěnce, které je možno vymáhat v krajním případě i soudně, ve správním soudnictví (srv. výše citované judikáty NSS ČR sp.zn. 9 Ads 434/2017 – 46 a sp.zn. 7 Ads 284/2016 – 39, dále pak dlouhou linii ustálené judikatury NSS k povaze nároků pojištěnce vůči zdravotní pojišťovně v kontextu výjimečné úhrady a dalších položek podléhajících schválení revizních lékařů).

Protože vztah mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pacientem je v českém i rakouském právu vztahem soukromoprávním, může cenu poskytnuté péče zaplatit pacient, ale stejně dobře za něj i jiná osoba (rodinný příslušník, nadace, skupina dárců). Srv. § 2636 Občanského zákoníku: „(1) Smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba. (2) Příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno; to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů.“ V rámci projektu Healthacross byla péče na klinice v Gmündu po jistou dobu financována ze zdrojů tohoto projektu.

Povinnost zaplatit za poskytnuté zdravotní služby je z hlediska občanského práva dluhem, který za dlužníka může převzít jiná osoba. Srv. § 1888 odst. 1) Občanského zákoníku: „Kdo ujedná s dlužníkem, že přejímá jeho dluh, nastoupí jako dlužník na jeho místo, dá-li k tomu věřitel souhlas původnímu dlužníku nebo přejímateli dluhu.“

Pacientovi, který čerpal přeshraniční péči a zaplatil za ni zahraničnímu poskytovateli, vzniká vůči zdravotní pojišťovně nárok na její refundaci (do výše a za podmínek ZVZP a evropských předpisů), což je svojí podstatou majetkový nárok. Momentem, kdy pojištěnci vzniká vůči zdravotní pojišťovně pohledávka, je dle mého názoru moment právní moci kladného rozhodnutí zdravotní pojišťovny o pacientově žádosti (srv. § 14 odst. 3) a § 53 odst. 1) ZVZP), případně moment, kdy při zákonném postupu zdravotní pojišťovny mělo být kladné rozhodnutí vydáno. K tomuto momentu může pacient jako „věřitel zdravotní pojišťovny“ postoupit tuto svou pohledávku komukoliv jinému, a to i bez souhlasu pojišťovny (srv. § 1879 Občanského zákoníku: „Věřitel může celou pohledávku nebo její část postoupit smlouvou jako postupitel i bez souhlasu dlužníka jiné osobě (postupníkovi).“ Postupitelná je i pohledávka, která dlužníkovi vznikne teprve v budoucnu, dle judikatury pak k postoupení budoucí pohledávky dochází v okamžiku, kdy pohledávka vznikne. Občanský zákoník umožňuje i postoupení budoucí pohledávky, dokonce i souboru pohledávek současných i budoucích (srv. § 1887 Občanského zákoníku: „Postoupit lze i soubor pohledávek, ať již současných nebo budoucích, je-li takový soubor pohledávek dostatečně určen, zejména pokud se jedná o pohledávky určitého druhu vznikající věřiteli v určité době nebo o různé pohledávky z téhož právního důvodu.“) Postupní smlouva musí dostatečně přesně identifikovat postoupenou pohledávku takovým způsobem, aby nebyla zaměnitelná s žádnou jinou pohledávkou. Postupní smlouva tedy musí projít tzv. testem určitosti. Vhodným způsobem je tedy vymezení osoby dlužníka, předmět a rozsah plnění a právní skutečnost, na základě které pohledávka vznikla. Méně přísné požadavky budou kladeny na postupní smlouvu u budoucích pohledávek, kdy budoucí pohledávky nebude možné natolik přesně specifikovat. V takovém případě postačí, pokud bude pohledávka dostatečně určitelná. Dlužníkovi je nutno postoupení pohledávky notifikovat (srv. § 1882 NOZ odst.1): „Dokud postupitel dlužníka nevyrozumí, nebo dokud postupník postoupení pohledávky

dlužníku neprokáže, může se dlužník své povinnosti zprostit tím, že splní postupiteli, nebo se s ním jinak vyrovná“).

Z obecných pravidel správního práva vyplývá, že pacient nemusí uplatňovat svůj nárok na refundaci osobně, ale může se nechat v tomto řízení zastoupit (příbuzným, sdružením na ochranu spotřebitelů, nebo typicky advokátem).

Doporučení dle platného zákona

Na základě toho zaujímám názor, že dvě ze tří hlavních překážek faktického uplatnění přeshraniční péče, kterými je jednak „problém cash-flow“ (pacient musí zaplatit nyní a refundováno dostane později), jednak problém administrativní náročnosti řízení o refundaci, je možno odstranit tím, že:

- Třetí osoba (nazvěme ji například „Refundační centrum“) zaplatí za pacienta cenu péče přeshraničnímu poskytovateli
- Současně s tím se pacient zaváže postoupit Refundačnímu centru svou budoucí pohledávku vůči české zdravotní pojišťovně na její refundaci
- A současně s tím pacient zmocní Refundační centrum k podání žádosti o refundaci na zdravotní pojišťovnu, včetně souhlasu se pořízením kopií zdravotnické dokumentace touto třetí osobou v rozsahu potřebném pro řízení, a k zastupování pacienta v tomto řízení.

O tom by byla sepsána mezi pacientem a Refundačním centrem jednoduchá smlouva, zpravidla ještě před čerpáním přeshraniční péče.

„Refundačním centrem“ může být jakákoliv fyzická nebo právnická osoba, se sídlem v ČR nebo v zahraničí. Praktickým řešením v rámci projektu přeshraniční péče Gmünd-České Velenice by mohlo být:

- Vytvořit pro tento účel servisní organizaci podle českého či rakouského práva, jako facilitační službu české či rakouské projektové strany
- Pověřit touto rolí poskytovatele zdravotních služeb v Rakousku– kliniku v Gmündu, případně některou z právnických osob v rámci krajské soustavy nemocnic Jihočeského kraje
- Přizvat k zajištění této služby nezávislý třetí subjekt, například některou z finančních skupin nabízejících bankovní a pojistné služby, ať již rakouskou, českou či nadnárodní

Po ekonomické stránce může být Refundační centrum provozováno jako:

- **Služba nabízená za účelem zisku.** V takovém scénáři by se ve smlouvě pacient zavázal uhradit tu část ceny přeshraniční péče, která dle odhadu Refundačního centra nebude pokryta českou zdravotní pojišťovnou („doplatek“), a nad to určitý poplatek za administraci (stanovený buď nominální částkou, nebo procentuálně z hodnoty předpokládané refundované částky). Tento poplatek by pokrýval náklady a přiměřený zisk Refundačního centra, dodatečný zisk by případně mohlo Refundační centrum realizovat ze smluv s přeshraničním poskytovatelem o hromadné slevě pro jeho klienty (příčemž tato sleva by mohla být zčásti přenesena i ve prospěch snížení doplatku klientů). Refundační centrum by naopak přebíralo podnikatelské riziko spočívající v tom, že se předpokládanou částku refundace nepodaří od českých zdravotních pojišťoven vymoci. Pro pacienty by tak vznikla plně legální služba „nadstandardní“ péče, jejíž cenu by pacienti znali předem (resp. u dostatečně refundovaných položek by mohla být cena dokonce nulová); na základě zkušeností z českého trhu i na základě dosavadních poznatků z pilotního projektu Gmünd-České Velenice předpokládám, že přinejmenším pro část pacientů by tato služba mohla být atraktivní. V postavení Refundačního centra by v tomto scénáři mohla být typicky komerční banka, pojišťovna nebo jiný podnik ze sféry finančnictví, vybavený asistenční službou a dostatečnými vlastními finančními zdroji pro překlenutí času mezi zaplacením péče za pacienta a získáním refundace.
- **Služba nabízená neziskově.** Tento scénář by probíhal obdobně, jen s tím, že Refundační centrum by nerealizovalo zisk, pacient-klient by tedy platil jen rozdíl mezi českou a přeshraniční cenou a

skutečně vzniklé administrativní náklady. Typickým poskytovatelem takové služby by mohl být veřejně vlastněný subjekt, například obchodní společnost založená jedním z projektových partnerů – regionů, nebo veřejně vlastněný poskytovatel.

- **Dotovaná služba.** V tomto scénáři by byly z veřejných prostředků (například z evropské dotace) pokryty náklady na administraci, případně dokonce i rozdíl mezi cenou přeshraniční péče a výší refundace, čímž by se český pojištěnec čerpající přeshraniční péči dostal do stejného „bezplatného“ postavení, jako kdyby čerpal péči u českého poskytovatele – musel by navíc „jen podepsat nějaké papíry“ (smlouvu s Refundačním centrem); v tomto scénáři by byla tedy eliminována i třetí, největší překážka čerpání přeshraniční péče. Rozsah potřebné dotace by záležel jednak na náročnosti administrace (což by bylo věcí jednání mezi Refundačním centrem a českými zdravotními pojišťovny, zde si lze představit i uzavření rámcové smlouvy mezi těmito organizacemi); jednak na rozdílu mezi cenou přeshraniční péče (což by byla věc jednání mezi Refundačním centrem a přeshraničním poskytovatelem, případně smlouvy o slevě pro tyto pacienty) a rozsahem refundace od českých zdravotních pojišťoven (což by byla buďto věc jednání, nebo výsledku soudních sporů mezi Refundačním centrem a českými zdravotními pojišťovny o výši a podmínky refundace). Ve všech třech těchto nákladových aspektech (tedy nákladech na administraci, ceně péče a úspěšnosti refundací) by ovšem bylo Refundační centrum v nepoměrně lepším postavení než individuální pojištěnec. V postavení Refundačního centra by v tomto scénáři mohla být buď veřejně vlastněná společnost, nebo na základě „public-private partnership“ i finanční instituce typu komerční banky nebo pojišťovny. Na základě dílčích poznatků o zájmu komerčních pojišťoven o oblast zdravotního připojištění je patrně určitá šance, že by část nákladů takové pilotní iniciativy mohla být ochotna převzít i soukromá sféra, z důvodu příležitosti získat zkušenosti a etablovat se na tomto nově vznikajícím pojistném trhu.

Úvahy de lege ferenda

Z hlediska budoucí legislativy a veřejného zájmu však zastávám názor, že optimálním řešením by bylo svěřit (resp. zákonem umožnit) naplňování těchto rolí veřejným zdravotním pojišťovnám, případně Kanceláři zdravotního pojištění, neboť smyslem výše popsaného Referenčního centra není v zásadě nic jiného, než skrz třetí stranu a s dodatečnými náklady suplovat nefunkční či polofunkční procesy nákupu zdravotní péče, za jejichž účelem vznikl po roce 1991 systém více zdravotních pojišťoven. Potřebná změna právních předpisů by musela zahrnovat zejména:

- Změnu ZVZP a obou zákonů o zdravotních pojišťovnách (551/1991 Sb. a 280/1992 Sb.), která by zdravotním pojišťovnám umožnila uzavírat smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb i se zahraničními poskytovateli, včetně mechanismu uzavírání těchto smluv, který by byl transparentní a slučitelný s evropským právem hospodářské soutěže a veřejných podpor
- Zakotvení zákonné povinnosti zdravotních pojišťoven publikovat dálkovým přístupem maximální úhrady (resp. maximální výše refundace) obvyklých výkonů čerpaných v zahraničí
- Zakotvení zákonné povinnosti zdravotních pojišťoven publikovat ceníky doplatků (rozdílů mezi sjednanou cenou služeb a maximální výší refundace) za péči u smluvních přeshraničních poskytovatelů, případně předem poučit pojištěnce o výši doplatku na plánované služby v zahraničí, obdobně jako již dnes mají povinnost zveřejňovat ceníky a předem poučit o ceně čeští poskytovatelé zdravotních služeb (srv. § 45 odst. 2 písm. a) a b) ZoZS).
- Případnou zákonem danou možností zdravotních pojišťoven zvýhodnit výši úhrady zahraniční smluvní poskytovatele před nesmluvními (jako určitou analogii srv. §39e ZVZP o úhradové soutěži v oblasti hrazených léčivých přípravků), čímž by vznikla v zákoně ukotvená možnost pojišťoven nakupovat zdravotní služby prostřednictvím sítě preferovaných poskytovatelů, při zachování možnosti čerpat péči i u ostatních poskytovatelů, byť s vyšším doplatkem (model „PPO – preferred provider organization“).

Takové řešení by bylo perfektně souladné s evropským i národním právním řádem, vedlo by k eliminaci protisoutěžních efektů, k zapojení evropských poskytovatelů do soutěže cenou a kvalitou, ke zvýšení

dostupnosti péče a žádoucím rozšíření volby pacienta ve sféře plně hrazených i doplňkových služeb. Jistým háčkem tohoto řešení ovšem je, že by stejný přístup takřka jistě požadovali i čeští poskytovatelé zdravotních služeb, což by spolu s nutností stanovit transparentní cenu a úhradu zdravotních výkonů znamenalo *de facto* reformu současného českého systému zdravotnictví – respektive dokončení jeho transformace na pojistný systém, započaté v roce 1991. Tento úkol přesahuje jak rozměr této analýzy, tak kompetence jejích zadavatelů.

Výše a podmínky refundace ambulantních výkonů v režimu plánované péče, bez preautorizace

Právní základ:

§ 14 odst. 3) ZVZP: „Ze zdravotního pojištění se pojištěnci na základě jeho žádosti poskytne náhrada nákladů vynaložených na hrazené přeshraniční služby, a to pouze do výše stanovené pro úhradu takových hrazených služeb, pokud by byly poskytnuty na území České republiky. Jestliže je náhrada nákladů na hrazené přeshraniční služby podmíněna udělením předchozího souhlasu podle § 14b, poskytne se mu náhrada nákladů pouze tehdy, byl-li předchozí souhlas udělen.“

§ 14a ZVZP: „Výše náhrady nákladů podle § 14 odst. 2 až 4 se stanoví na základě tohoto zákona, vyhlášky vydané podle § 17 odst. 4, cenového předpisu, opatření obecné povahy podle § 15 odst. 5 a rozhodnutí Ústavu podle části šesté účinných ke dni vyhotovení účetního dokladu, na jehož základě se náhrada provádí; to platí obdobně i pro náhradu nákladů, které pojištěnci vznikly v souvislosti s čerpáním zdravotních služeb v jiném členském státě Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace, k němuž bylo vydáno povolení podle koordinačních nařízení zajišťující hrazení těchto zdravotních služeb (dále jen „povolení podle koordinačních nařízení“).“

§ 13 odst. 1) ZVZP: „(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení, pokud a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování.“

§ 13 odst. 2) ZVZP : „Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem a) zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, lékárenská, klinickofarmaceutická, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách,“

§ 15 odst. 1): „Ze zdravotního pojištění se nehradí, nebo se hradí jen za určitých podmínek, zdravotní výkony uvedené v příloze č. 1 tohoto zákona.“

Cenový předpis 2/2020/CAU stanoví v oddílu C části 3: „Pro účely výpočtu výše náhrady nákladů na hrazené přeshraniční služby s výjimkou akutní lůžkové péče se stanoví cena bodu ve výši 100 % hodnoty bodu stanovené ve vyhlášce č. 268/2019 Sb.“; jde o tzv. úhradovou vyhlášku pro rok 2020, která bez bližší ekonomické opory stanoví pro jednotlivé segmenty péče (praktické lékaře, záchrannou službu, nemocnice, laboratoře...) hodnoty bodu v rozptylu od 0,59 Kč po 1,31 Kč.

Argumentace k výpočtu výše refundace

Pokud akceptujeme tezi uvedenou výše, tedy že žádné zdravotní výkony dle ZVZP nepodléhají povinné preautorizaci a pojištěnec za účelem jejich čerpání může vycestovat i bez souhlasu zdravotní pojišťovny, vznikne otázka rozsahu jejich následné refundace. Prvoplánová odpověď, založená na znění

§ 14a ZVZP, by zněla, že jde o součin počtu bodů dle vyhlášky o SZV a ceny bodu dle aktuálního cenového předpisu 2/2020/CAU. S touto tezí je ovšem spojeno hned několik obtíží:

- Listina základních práv čl. 31 neumožňuje, aby rozsah péče bezplatné péče vymezoval jiný právní nástroj než zákon, akt Parlamentu. Ústavní soud opakovaně zrušoval pokusy MZ vymezit rozsah hrazené péče například Seznamem výkonů (zejména v judikátu Pl. ÚS 36/11 k tzv. „ekonomicky náročnějším variantám“ výkonů v SZV). Ministerstvo zdravotnictví proto také již zaujalo názor, že Seznam výkonů není nástrojem, který by vymezoval nárok pojištěnce (konkrétně ve věci oftalmologického výkonu CXL, v SZV neuvedeného).
- Zákon v § 13 předpokládá plnou úhradu zdravotních služeb, nikoliv jen částečnou (odlišně např. od § 15 odst. 5 ZVZP u ambulantních léčiv, kde zákonodárce výslovně zaručuje úhradu pouze do výše stanovené Ústavem, počítá se tedy s doplňkem). V rámci ČR proto ani není možné, aby pojištěnci poskytovatel „doúčtoval doplatek“, pokud by cena nabízených zdravotních služeb překračovala úhradu dle SZV a hodnoty bodu dle úhradové vyhlášky. Naopak musí pojištěnci i takové služby poskytnout bezplatně.
- Pokud tedy zákon v § 13 ZVZP konstatuje, že se v ČR hradí ambulantní výkony „plně“ tedy ve 100% výši (arg. „hrazenými službami jsou“ či „hradí se“, bez uvedení limitace výše úhrady), je nutno vzhledem k § 14 odst. 3 ZVZP vycházet z toho, že i u přeshraničního PZS jsou refundovány do „plně“ výše. Ze znění zákona samého nelze dovodit, a to ani pro potřeby přeshraniční péče, že by se hradily „částečně“ (například dle mimo-zákonně stanoveného počtu bodů násobeného regulovanou cenou bodu).
- Pokud by se ovšem „částečná“ refundace, resp. její výše, dovozovala z vyhlášky SZV, nastal by protiústavní stav – nikoliv zákon, ale teprve vyhláška by vymezovala nárok pojištěnce dle čl. 31 Listiny, byť jen pro přeshraniční kontext. Ke stížnosti pojištěnce by v důsledku patrně muselo dojít ke zrušení SZV pro protiústavnost.
- Při takovém výkladu by dále vznikl rozpor s čl. 36 Listiny (právo na spravedlivý proces), protože ústavní nárok pojištěnce (na refundaci v přeshraniční péči) by vymezovala vyhláška o SZV, ovšem tento zásah není vyvážen žádnými procesními právy na straně pojištěnce, který se nemůže nikterak účastnit procesu tvorby Seznamu výkonů (srv. § 17b ZVZP) jde o postup bez objektivních a transparentních kritérií a bez možnosti soudního přezkumu (srv. Pl. ÚS 36/05 k tzv. „kategorizační lékové vyhlášce“)
- V praxi se úhrada za totožné služby různým PZS v ČR dramaticky liší, v důsledku mechanismů Úhradové vyhlášky. Jiné výkony v SZV ani neexistují, přesto se hradí na základě tzv. „devítkových“ kódů a úhradových dodatků s vybranými poskytovateli (srv. např. historicky výkon VZP 99959 „*Vyšetření 21 onkogenů, včetně stanovení Recurrence score*“ u onkologických pacientek, s počtem bodů 98 700 a hodnotou bodu 1 Kč). Jiné výkony sice existují, ale jejich bodová hodnota hrubě neodpovídá skutečným nákladům na jejich provedení (viz zdroj www.szv.mzcr.cz a srv. např. výkon 01150 „*Návštěva praktického lékaře u pacienta*“ dle SZV naceněný na 60 bodů, nebo výkon 09521 „*Čas lékaře strávený dopravou za pacientem v rámci návštěvy á 10 minut*“, což znamená celkovou odměnu lékaře za výjezd k pacientovi nedosahující ani 10 EUR, když přitom tržní cena výjezdu zámečnické pohotovosti či instalatéra vyjde přinejmenším na pětinasobek).
- Některé výkony samy o sobě v ČR „nemají cenu“, neboť jsou zahrnuty do kapitace praktického lékaře či nově do paušálů v gynekologii a za jejich provedení není poskytovateli hrazeno nic navíc. Avšak ZVZP ani Směrnice nedávají žádnou možnost refundovat ambulantní služby zahraničnímu praktikovi či gynekologovi formou paušálu či kapitace, byť patrně nic v regulaci zdravotních služeb jako takových nebrání např. rakouskému poskytovateli Gmündu být registrujícím praktikem českého pojištěnce z Velenic (srv. § 3 odst. 5 ZoZS, který neomezuje definici registrujících poskytovatelů ani na poskytovatele smluvní, ani na poskytovatele tuzemské).

Nezbývá tedy než dojít k závěru, že plánovaná ambulantní péče poskytnutá v přeshraničním kontextu musí být uhrazena plně, a to ve výši tarifů přeshraničního PZS, cenově regulovaných pouze cenovými

předpisy příslušného státu EU. Uplatnění jiných regulací než zákonných, ze spektra nástrojů uvedených v § 14a ZVZP, totiž naráží na protiústavnost stejně, jako tzv. „nadstandardy“ vytvářené teprve zvláštním kódem v SZV, zrušené Ústavním soudem v nálezů Pl. ÚS 36/11.

Stanovisko Kanceláře zdravotního pojištění (rozsah refundace výkonů)

Dopisem ze dne 24.2.2020 zaujala Kancelář zdravotního pojištění k této věci následující stanovisko: „Co se samotné výše náhrady týče, je nutné vycházet z platných právních předpisů. Je úkolem Ústavního soudu, aby posoudil jejich případnou protiústavnost. V této souvislosti je pravdou, že se vždy jedná o individuální posouzení a stanovení „české“ ceny, na jejíž úhradu má pojištěnec nárok. Z hlediska aplikace přitom považujeme za problematičtější spíše vypořádání se s problémem odlišného výkaznictví poskytnutých služeb, než samotný odkaz na normy, uvedené v § 14a ZVZP, nebo způsob výpočtu částky dodatečné náhrady, postavený na jejich základě. Jakkoliv je vymezení nároku z českého systému problematické (souhlasíme přitom s Vámi, že jde o stěžejní koncepční problém českého systému veřejného zdravotního pojištění), nemůžeme se zcela ztotožnit s Vaší argumentací, že péče je na základě § 13 ZVZP hrazena plně a že tedy i dodatečná refundace musí být poskytnuta v plné výši (tj. v ceně, kterou zaplatil pacient v zahraničí). V § 13 odst. 2 zákon stanoví, že péče je hrazena v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Tyto podmínky v daném případě obsahuje ustanovení §14a ZVZP, upravující způsob kalkulace dodatečné náhrady. Žádný evropský ani národní předpis přitom nevyžaduje, aby byly nahrazeny veškeré náklady, které vynaložil pacient na plánované léčení v zahraničí. Naopak, i v souladu s judikaturou SD EU by vždy mělo jít pouze o náhradu do výše, kterou by příslušná pojišťovna za stejné léčení zaplatila, pokud by bylo poskytnuto v domovském státě. Přinejmenším u služeb, uvedených v seznamu výkonů tak, dle našeho názoru, existuje dostatečný zákonný podklad pro stanovení výše nároku ve smyslu dodatečné náhrady. Správně poznamenáváte, že pokud bychom odhlédli od SZV a souvisejících předpisů, nebylo by v zásadě možné provést kalkulaci případné náhrady. V této souvislosti je nutné konstatovat, že ani jakákoliv případná budoucí lepší a ústavně konformnější úprava se v nějaké podobě nevyhne individuálnímu stanovení „české“ ceny, a to přinejmenším z důvodu nutnosti vypořádat se s odlišným výkaznictvím jiných států při specifikaci poskytnutých služeb.“

Závěr a návrh řešení

Na základě výše uvedeného docházím k následujícím závěrům:

Současné nastavení výpočtu výše refundace zdravotních výkonů, jako součin bodů dle SZV a cenu bodu dle Cenového předpisu, je dle mého názoru nefunkční. Výše výpočtu refundace je sice určena zákonem (§ 14a ZVZP), ovšem ve formě blanketního odkazu na podzákoné předpisy a Cenový předpis, což je řešení patrně protiústavní, tedy neaplikovatelné. Jde o řešení nefunkční i po ekonomické stránce, pro neexistenci některých výkonů a neodpovídající nacenění mnoha jiných (v kladném i záporném smyslu). Z teoretického hlediska tedy musím setrvat na stanovisku, že výši refundace nelze omezovat na součin bodů dle SZV a cenu bodu dle Cenového předpisu, refundace musí být v plné výši, neboť i v ČR se ambulantní péče hradí dle ZVZP plně. Konkrétní částka refundace by proto měla vyplývat z tarifů přeshraničního poskytovatele, který je omezen pouze cenovou regulací příslušného státu EU. Jediný nástroj, jak učinit výši nákladů předvídatelnější pro českou ZP, by bylo uzavření smlouvy o ceně, pokud by tato byla umožněna (k tomu viz výše).

Pragmaticky je však nutno konstatovat, že dokud soudy v této věci nerozhodnou odlišně, budou zdravotní pojišťovny postupovat tak, jak uvádí platný § 14a ZVZP, v něm uvedené vyhlášky a Cenový předpis, tedy v souladu se stanoviskem Kanceláře zdravotních pojišťoven. Pro přeshraničního poskytovatele a pro pojištěnce, který čerpá plánovanou péči bez předchozí autorizace, tento stav vytváří nutnost zjistit si, jak vychází cena jednotlivých výkonů dle SZV (respektive jak péči reálně poskytnutou v zahraničí podřadit pod položky českého Seznamu výkonů), a na základě toho ekonomicky plánovat. Tento stav vytváří nežádoucí důsledek, že přeshraničně budou poskytovány zejména ty výkony, které tvůrce vyhlášky o SZV nacenil nepřiměřeně výhodně, přičemž u nesmluvního přeshraničního

poskytovatele nebude moci být jejich poskytování regulováno ani objemově. Zde vzniká prostor pro přeshraničního poskytovatele k tvorbě nepřiměřeného zisku. Naopak v případě nevýhodně naceněných výkonů bude přeshraniční poskytovatel motivován je nenabízet, resp. nabízet s tím, že jejich cena půjde převážně k tíži českého pojištěnce. Ani jeden z těchto efektů není v souladu s veřejným zájmem, vytváří naopak prostor pro „predátorské“ poskytovatele.

Doporučuji sledovat aktuálně běžící právní spory o validitu Seznamu výkonů (zejména řízení před Ústavním soudem Pl. ÚS 49/18) a případné novelizace vnitrostátních předpisů, se kterými však nelze do konce volebního období 2017-2021 příliš počítat.

Výše a podmínky refundace plánované lůžkové péče v režimu plánované péče, bez preautorizace

Právní základ

Právní předpisy pro výpočet úhrady plánované lůžkové péče je z hlediska zákonných pravidel totožný jako u ambulantní péče výše. Důležitý rozdíl se však nachází v Cenovém předpis 2/2020/CAU, který stanoví: „Pro účely výpočtu výše náhrady nákladů na akutní lůžkovou péči se hospitalizace klasifikuje podle pravidel pro Klasifikaci hospitalizovaných pacientů platnou pro kalendářní rok, ve kterém došlo k čerpání přeshraničních služeb. Náhrada nákladů za hospitalizaci se stanoví jako součin příslušné relativní váhy pro rok 2020 uvedené ve vyhlášce č. 268/2019 Sb. a technické sazby ve výši 42 409 Kč.“ Ohledně zmíněné Klasifikace odkazuje Cenový předpis v poznámce pod čarou na „Sdělení č. 198/2019 Českého statistického úřadu o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG)“.

Argumentace k výpočtu výše refundace

Pro určení rozsahu nároku pojištěnce je stejně jako u hrazených výkonů i zde z hlediska ústavního práva určující výhradně zákon 48/1997 Sb., zejména jeho § 13. Toto ustanovení nestanoví nikde, že by se lůžková péče hradila částečně či s doplatkem, případně jen do výše určené nějakým výpočtovým mechanismem (například DRG). Naopak, zákon vychází z toho, že lůžková péče se v ČR hradí plně, proto ostatně na ni pojištěnci v žádné smluvní nemocnici v České republice nedoplácejí (tedy alespoň nikoliv legálně). Platný zákon 48/1997 Sb. systém DRG nezná, a proto jeho použitím nelze žádným způsobem vymezit, omezit či podmínit rozsah nároku pojištěnce na bezplatnou péči, hrazenou ze zdravotního pojištění. V současné době je DRG pouze klasifikačním systémem (srv. § 41a ZVZP), nikoliv však zákonným úhradovým mechanismem. Dle platných právních předpisů se systém DRG využívá jen ve smluvním vztahu poskytovatel-pojišťovna, a i zde jen velmi modifikovaně, nepřesně a nedomluví-li se smluvní strany jinak (§ 17 odst. 5 ZVZP věta poslední. Systém DRG není uveden ani ve vyhlášce o Seznamu výkonů vydané na základě § 17 odst. 4 ZVZP. Systém DRG je popsán je teprve v jednotlivých tzv. úhradových vyhláškách vydávaných každoročně dle § 17 odst. 5) ZVZP na základě výsledku dohodovacího řízení, resp. úvahy ministra zdravotnictví, a to ještě ne pro každý rok stejně. Vyhlášky minulých let tak například různě vymezovaly diagnózy zahrnuté či vyjmuté z úhrady případovým paušálem. Velmi nestejně se pracuje se stanovením relativních vah, které v jedné ze starších vyhlášek byly upravovány tzv. koeficientem specializace. Nestejně jsou též základní sazby, které jsou i v aktuální a v loňské vyhlášce stanovovány různě pro tytéž případy podle toho, v jaké nemocnici je péče poskytnuta. Především je však celková úhrada nemocnici určena mnoha dalšími proměnnými, z nichž není vykázána produkce v DRG vždy tou nejpodstatnější (srv. rozsáhlý vzorec zohledňující tzv. historickou referenci). Nelze též opomenout, že někteří poskytovatelé s některými pojišťovnami uzavírají dle § 17 odst. 5) ZVZP úhradové dodatky, které mohou výpočet úhrady modifikovat, dokonce i zcela změnit na prostý sjednaný roční paušál. Opomenout nelze ani skutečnost, že na základě výše uvedených skutečností, zejména historické reference, je běžné, že tatáž nemocnice dostává za tutéž relativní váhu případu výrazně odlišnou sazbu od jednotlivých zdravotních pojišťoven,

tyto sazby se mohou lišit mezi nemocnicemi a mezi pojišťovnami i násobně. Lze tedy konstatovat, že v současnosti systém DRG výši úhrady poskytovateli neurčuje.

Tím spíše systém DRG, pro absenci zákonné opory, nemá a nemůže mít vliv na rozsah pojištěncova nároku na bezplatnou péči. Aby tomu tak bylo, musel by zákon obsahovat formulaci např. „lůžková péče se hradí do výše maximální paušální úhrady za diagnózu, kterou stanoví (určení instituce)“, přičemž by pro činnost takové instituce musela vzniknout analogická sada kritérií a procesních postupů, jakou již nyní máme v části šesté ZVZP pro činnost SÚKL při stanovování ceny a úhrady léčivých přípravků v ambulantním použití. Teprve potom by bylo možno říci, že rozsah nároku pojištěnce je omezen na takto stanovenou úhradu dle systému DRG, přičemž pokud by cena hospitalizace v určité nemocnici byla vyšší, pacient by patrně hradil rozdíl mezi touto cenou a úhradou podobně, jako dnes u doplňkových léků. Nic takového však v platném zákoně není – pro lůžkovou péči zde platí jen to, že za podmínek § 13 se „hradí“, rozumějme hradí se plně.

Pokud by bylo připuštěno (jak tomu v praxi je), že Cenový předpis vymezuje rozsah nároku pojištěnce na refundaci přeshraniční lůžkové péče, vznikla by celá řada navazujících otázek a problémů, zejména:

- Každý případ by bylo nejprve nutno zakódovat do systému českého DRG, ne nutně kompatibilního s vykazovacími nástroji rakouskými či jinými. Jediná opora pro zařazení do DRG skupiny, a tedy určení relativní váhy případu, je „Sdělení č. 198/2019 Českého statistického úřadu o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG)“, což svou povahou není právní předpis ani správní rozhodnutí, jde o pouhé „sdělení“, které nadto co do věcného obsahu odkazuje pouze na metodiky z webových stránek Ministerstva zdravotnictví. Ústavněprávně se jeví jako vysoce pochybné, jak by mohly tyto dokumenty vymezovat rozsah nároku pojištěnce na bezplatnou péči, kdy zjevně nejde o správní rozhodnutí, nejde však ani o publikované právní předpisy, nejde ani o výstup činnosti znalců, ani tato pravidla neakceptoval pojištěnec smluvně.
- Relativní váha skupiny, do které by byl případ zařazen, je uvedena vždy v aktuální Úhradové vyhlášce. Tato hodnota však (v součinu s technickou sazbou dle Cenového předpisu) mnohdy výrazně nepokrývá skutečné náklady péče, již proto, že některé DRG skupiny jsou nákladově vysoce heterogenní. Nikde v úhradové vyhlášce není ovšem zdůvodněno, jak její tvůrce došel právě k hodnotám, které uvedl. Omezit Listinný nárok pojištěnce na úhradu péče takto stanovenou hodnotou relativní váhy proto nelze.
- Konečně, nikde není stanoveno, jak dospěl tvůrce Cenového předpisu k technické sazbě právě 42 409 Kč pro rok 2020. Pravidlem cenové regulace, opakovaně konstatovaným Ústavním soudem v kontextu práva na podnikání je, že cenová regulace musí umožňovat pokrytí nákladů a přiměřený zisk. Ovšem zde dokonce ani nejde o zásah do práva na podnikání, v případě pojištěnce by cenový předpis přímo zasáhl do jeho práva dle čl. 31 Listiny na bezplatnou péči, což by bylo záležitostí nevidanou a ústavněprávně nepřijatelnou.

Závěr a návrh řešení

Ze všech těchto důvodů jsem přesvědčen, že postup dle Cenového předpisu k určení rozsahu nároku na refundaci lůžkové péče použít nelze, postupováno musí být dle zákona, který garantuje plnou úhradu lůžkové péče.

Pragmaticky je však nutno konstatovat totéž, co v části o refundaci ambulantních výkonů. Dokud nedojde k posouzení této věci Ústavním či Nejvyšším správním soudem, kdy aktuálně řízení na toto téma již probíhají, bude nutno vycházet z výpočtu refundací lůžkové péče tak, jak stanoví § 14a ZVZP a Cenový předpis. Po ekonomické stránce je nutno uvést, že technická sazba 42 409 Kč za jeden bod relativní váhy v systému IR DRG je v mnoha případech poměrně lukrativní, tyto sazby mnohé české regionální nemocnice ani zdaleka nedosahují (na druhou stranu, některé velké státní nemocnice ji překračují). Pro příklad, sazba za DRG skupinu 14631 „Vaginální porod bez CC“ s relativní vahou

0,8435 znamená refundaci částky 35 772 Kč, aktuálně cca 1325 EUR, za nekomplikovaný porod v nemocnici. Nadto přeshraniční poskytovatel benefituje ze dvou dalších ekonomických faktorů. Zaprvé, na rozdíl od českých smluvních nemocnic jej český systém DRG neomezuje co do výše ceny, může pojištěncům účtovat i cenu vyšší, než kolik bude následně refundováno, pokud je pojištěnec připraven doplatit rozdíl. Zadruhé, v refundačním režimu není zatížen dalšími limitacemi, které dopadají na české smluvní poskytovatele, ti jsou totiž kromě sazeb DRG regulováni také celkovou roční paušální úhradou – nesou tedy tíži případné zvýšené poptávky po lůžkové péči ze strany pojištěnců, které jsou povinni vyhovět, avšak nadprodukcí nedostanou v plné míře zaplacenou. Sazba 42 409 Kč za bod relativní váhy, nadto bez objemové regulace, je proto v porovnání s některými nemocnicemi nastavením velmi lukrativním, a to až natolik, že by se hypoteticky mohlo nemocničnímu systému vyplatit „outsourcing části úhradově zastropované lůžkové péče přes státní hranici“.

Do vyjasnění této otázky judikaturou českých soudů, nebo do provedení reformních změn ve zdravotnictví tedy lze doporučit, aby přeshraniční poskytovatel identifikoval případy plánované nemocniční péče, kde je buď refundace nastavena příznivě, nebo je ochota pojištěnců dopláct rozdíl v ceně, a na tyto oblasti péče se soustředit.

Výše a podmínky refundace léčiv a dalších položek

Právní základ refundace léčiv v ambulantním použití a v lůžkové péči

§ 14 odst. 5) ZVZP: „*Jsou-li tímto zákonem nebo rozhodnutím Státního ústavu pro kontrolu léčiv vydaným podle části šesté stanoveny podmínky pro úhradu hrazených služeb, musí být tyto podmínky splněny i pro náhradu na hrazené přeshraniční služby; za takovou podmínku se nepovažuje uzavření smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb.*“

§ 15 odst. 5) věta první ZVZP: „*Ze zdravotního pojištění se hradí při poskytování ambulantní zdravotní péče léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, pokud pro ně Ústav rozhodl o výši úhrady (§ 39h).*“

§ 15 odst. 5) věta poslední ZVZP: „*Ze zdravotního pojištění se při poskytování lůžkové péče plně hradí léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, individuálně připravované léčivé přípravky, radiofarmaka, transfúzní přípravky, zdravotnické prostředky, léčivé přípravky pro moderní terapii a tkáň a buňky, v provedení nejméně ekonomicky náročném, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.*“

§ 15 odst. 10) ZVZP: „*Léčivý přípravek, jehož úhrada ze zdravotního pojištění je rozhodnutím Ústavu podmíněna používáním na specializovaném pracovišti, zdravotní pojišťovna hradí pouze poskytovateli, se kterým za účelem hospodárného užití takových léčivých přípravků uzavřela zvláštní smlouvu. Součástí takové smlouvy musí být uvedení léčivého přípravku a pracoviště zdravotnického zařízení poskytovatele.*“

§ 39h odst. 1) ZVZP: „*Ústav rozhodnutím stanoví maximální cenu nebo stanoví výši a podmínky úhrady, jsou-li splněny podmínky pro jejich stanovení podle tohoto zákona. Léčivý přípravek je hrazen ve výši určené součtem stanovené úhrady, maximální výše obchodních přírůžek a daně z přidané hodnoty (dále jen „nejvyšší možná úhrada pro konečného spotřebitele“), maximálně však do výše skutečně uplatněné ceny pro konečného spotřebitele (...)*“

Rozsah obchodních přírůžek je stanoven pro léčivé přípravky v Cenovém předpisu 1/2019/FAR (degresivní obchodní přírůžka, společná pro všechny osoby účastníci se obchodu, tedy distributory i lékární).

Právní a ekonomické poznámky k výpočtu výše a podmínek refundace u léčiv

Od roku 2008 obsahuje ZVZP velmi podrobný mechanismus stanovování ceny a úhrady léčivých přípravků, kdy oboje stanoví Státní ústav pro kontrolu léčiv v individuálních správních řízeních. Od loňského roku je v zásadě obdobný systém zaveden taktéž pro zdravotnické prostředky předepisované na poukaz, kde příloha zákona stanoví kategorizační skupiny se stanovenými pravidly pro úhradu. Pro tyto položky tedy v zákoně existuje jednoznačně daná maximální úhrada, přičemž vynaloží-li pojištěnec v přeshraniční péči za lék či zdravotnický prostředek více, ponese rozdíl mezi cenou a refundovanou částkou. Pokud půjde o lék či pomůcku nehrazenou, nebo nenaplní-li podmínky úhrady, k refundaci nedojde.

V souvislosti s tím je nutno upozornit na několik zajímavostí s potenciálně významným ekonomickým dopadem:

- Výše úhrad léčivých přípravků na lékařský předpis vychází z českých cen, které jsou zpravidla výrazně nižší než v západních zemích EU, což mohou ještě zvýraznit kurzové rozdíly CZK-EUR. Na jednu stranu to znamená, že pro pojištěnce bude náročnější dosáhnout plné refundace ceny léčiv předepsaných a vydaných, nebo použitých v ambulantní péči v zahraničí. Na druhou stranu to vytváří prostor pro využití nižších cen v českých lékárnách pro rakouské pojištěnce, tedy k překonání fenoménu dvojích cen léčiv na jednotném evropském trhu. Dle mého názoru lze toto využít jak u léčiv typu OTC, tak u léčiv na lékařský předpis vydávaných v lékárnách (k tomu srv. též rozsudek ESD C-148/15 „*Deutsche Parkinson Vereinigung*“). Česká legislativa se pod vlivem tlaku výrobců léčiv sice snaží výrazně omezovat tzv. reexporty léčiv (tedy nástroj vyrovnávající ceny na evropském trhu), tyto snahy jsou však neudržitelné z hlediska evropského práva. Existující omezení v české legislativě se nadto omezují v zásadě na distribuci, nikoliv však na výdej léčiv – jak zahraniční pacient v případě výdeje na recept, tak zahraniční poskytovatel v případě výdeje na žádanku tak patrně mohou z nižší cenové hladiny na českém trhu profitovat.
- Na základě úhradové vyhlášky je pro české smluvní poskytovatele, ambulantní i nemocniční, někdy nevýhodné předepisovat potřebné léky pojištěncům, neboť při překročení historicky daných směrných čísel jsou i za *lege artis* preskripci „pokutováni“; to někdy vede k odmítání předpisu léčiv (a analogicky i pomůcek, testů či vyšetření). Přeshraniční poskytovatel dle mého názoru může předepsat léčivý přípravek, který může být vyzvednut v české lékárně, nebude však této objemové limitaci podroben.
- To je ještě markantnější u tzv. „centrových léků“, což je specifický fenomén českých lékových úhrad. Jedná se o léky, jejichž úhradu SÚKL podmínil symbolem „S“, tedy předepsáním na specializovaném pracovišti; jedná se prakticky o veškerou biologickou léčbu (roztroušená skleróza, autoimunitní nemoci, onkologie a mnoho dalších). Nikde však není definováno, kdo tímto specializovaným pracovištěm může být; reálně je jím každé pracoviště, se kterým zdravotní pojišťovna uzavře smluvní dodatek dle § 15 odst. 10) ZVZP. Zejména v regionech je síť těchto pracovišť zpravidla nedostatečná, nadto mohou mít nastaveny striktní objemové limity, které je mohou vést k odmítání pacientů nebo tzv. „stop-stavům“ (byť nelegálním). Reálně se jedná o skrytý, ale velmi účinný nástroj k omezení dopadů na rozpočet faktickým znepřístupněním péče, která je formálně vzato hrazená. Vzhledem k tomu, že přeshraniční poskytovatel smlouvu se zdravotní pojišťovnou nepotřebuje, resp. ve smyslu § 14 odst. 5) ZVZP není absence smlouvy překážkou refundace, může být přeshraniční klinika přirozeným místem léčby českých pacientů, kteří jsou pro české poskytovatele s nedostatečným úhradovým limitem v daném roce již „nadpočetní“.
- S tím souvisí ovšem na druhou stranu fenomén tzv. bonusů či provizí. Některé nákladné léčivé přípravky mají maximální úhradu stanovenou vysoce nad aktuální tržní cenou. Teoreticky by takový stav měl vést k tomu, že poskytovatel nakoupí tyto léky levněji a zdravotní pojišťovna ušetří, neboť ve smyslu § 39h ZVZP bude hradit pouze skutečnou cenu nižší, než je maximální úhrada. V praxi to tak vždy nebývá – dochází k zdánlivému dodání léčivého přípravku za cenu vyšší než

tržní, blíží se maximální úhradě, která je vykázána zdravotní pojišťovně, přičemž rozdíl mezi tržní a fakturovanou cenou si rozdělí poskytovatel a dodavatel, na úkor zdravotní pojišťovny; získané částky v lepším případě slouží ke křížovému financování nedostatečně hrazené péče na jiných odděleních nemocnice, nebo jako zdroj chybějících investičních prostředků pro obnovu vybavení. Obdobný fenomén ještě ve větším rozsahu existuje u nákladných implantabilních zdravotnických prostředků, v minulosti šlo zejména o oblast kardiologie. Proto může nastat i situace, kdy přeshraniční poskytovatel, který účtuje skutečnou cenu léčiv či pomůcek, bude ve výsledku levnější než český poskytovatel.

Dále je nutno upozornit na to, že regulace úhrad léčiv a zdravotnických prostředků, tak jak byla popsána, se vztahuje pouze na kontext ambulantní péče. Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, použité při hospitalizaci, jsou hrazeny dle § 15 odst. 5) věty poslední, tedy vždy je hrazeno „provedení nejméně ekonomicky náročné, v závislosti na míře a závažnosti onemocnění, a pojištěnec se na jejich úhradě nepodílí.“ Omezení daná v § 15 odst. 5) větě první platí jen pro ambulantní péči, pro lůžkovou péči je nelze aplikovat, a to ani jedná-li se o tentýž léčivý přípravek nebo zdravotnický prostředek. Historicky se pro regulaci cen těchto položek využívaly číselníky VZP, které však nikdy neměly povahu právního předpisu a Ústavní soud v nálezu 3/15 prakticky popřel možnost jejich použití jako quasi-regulačního mechanismu. Z pohledu refundace proto bude vždy podstatné zjistit, jaká je cena ekonomicky nejméně náročné varianty léku či implantátu v ČR (kdy vzhledem k uvedenému fenoménu „bonusů“ může být u některých položek cena formálně hrazená zdravotními pojišťovnami značně vysoká).

Konečně je nutno zmínit, že v důsledku názoru NSS ČR v rozsudku ze dne 8. srpna 2019, sp.zn. 9 Ads 434/2017 – 46, není refundace léčiva či zdravotnického prostředku nutně svázána s refundací pobytu v nemocnici. To má dva důsledky. Zaprvé tím vzniká překážka kalkulace refundací za lůžkovou péči v režimu DRG, kde relativní váha zpravidla zahrnuje jak péči, tak použitý materiál. Zadruhé, pro přeshraničního poskytovatele se tím vytváří možnost vyjít vstříc poptávce pacientů po operacích s možností volby implantátu nebo jiných „nadstandardních“ položek, což je v rámci českých smluvních nemocnic záležitostí fakticky obtížnou, byť právně patrně možnou.

Další specifické situace

Alespoň stručnou zmínku si závěrem zaslouží ekonomicky snad méně významné, ale v každodenní praxi důležité aspekty poskytování péče přes hranici, zejména následující:

- **Registrující lékař v Rakousku.** Pro české občany bydlící poblíž státní hranice může být žádoucí z hlediska dojezdových dob, aby jejich registrujícím poskytovatelem primární péče (praktik, dětský praktik, gynekolog, stomatolog) byl lékař usídlený „na rakouské straně“. V Zákoně o zdravotních službách, který upravuje role a povinnosti registrujícího poskytovatele, nenacházím žádnou překážku bránící tomu, aby byl registrujícím poskytovatelem lékař v jiné zemi EU. Právní předpisy upravující kvalifikace a volný pohyb služeb počítají i s tím, že bude vykonávat na území druhého státu návštěvní službu, problémem by nemělo být ani předávání zdravotnických dokumentací a potvrzení pro úřední či pracovněprávní účely. Pokud jde o úhradu, patrně by vznikla otázka, zda bude péče praktického lékaře či dětského praktika hrazena (refundována) formou kapitace nebo formou výkonů; patrně by šlo spíše o výkonový režim.
- **Indikace vyšetření a následné péče v ČR přeshraničním poskytovatelem.** § 18 ZVZP uvádí: „(1) Nestanoví-li tento zákon jinak, poskytují hrazené služby jiní zdravotníci pracovníci než lékaři, s výjimkou klinických psychologů a farmaceutů, pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře pojištěnce (dále jen „ošetřující lékař“). (2) Ošetřujícím lékařem se pro účely zdravotního pojištění rozumí a) lékař registrujícího poskytovatele, b) lékař poskytovatele specializované ambulantní péče, c) lékař poskytovatele jednodenní péče, nebo d) lékař se specializovanou způsobilostí

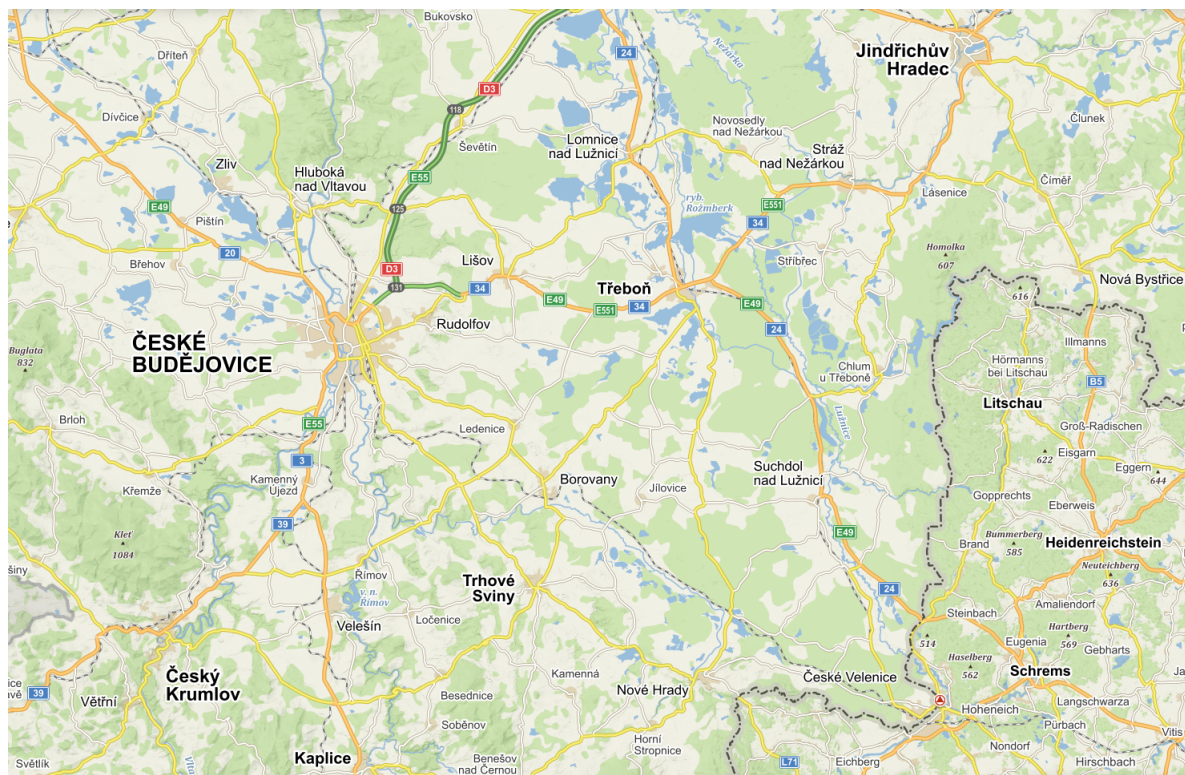
poskytovatele lůžkové péče. “ Ošetřujícím lékařem tak může ve smyslu zákona být nejen český, ale i přeshraniční lékař, například ambulantní specialista. § 18 ZVZP dokonce (na rozdíl od ustanovení o preskripci hrazených léčiv) ani nepožaduje, aby šlo o smluvního poskytovatele, zákon výslovně uvádí pojem „lékař“ (cílí tedy na odbornost pracovníka, nikoliv na status registrovaného poskytovatele). Indikovat například domácí péči, fyzioterapii aj. tak tedy může patrně i přeshraniční lékař, přičemž tato nelékařská péče, již v gesci českého smluvního poskytovatele, bude splňovat podmínky pro úhradu ze zdravotního pojištění. To může být zajímavé mimo jiné i proto, že vyžádaná péče je taktéž objemově regulována a lze se setkat se situacemi, kdy ji ambulantní specialisté v ČR odmítali indikovat „pro přečerpaný rozpočet“.

- **Poukazy na zdravotnické prostředky.** Totéž je možno konstatovat i u předepisování poukazových zdravotnických prostředků – ani zde ze ZVZP nevyplývá, že by preskribujícím lékařem musel být lékař smluvního poskytovatele na území ČR; ZVZP požaduje pouze příslušnou odbornost. Problém by spíše mohl vzniknout se splněním požadavků na odbornost v případě atestací či lékařských specializací, které nemusejí v jiných státech EU existovat.
- **Pohotovost a akutní ošetření úrazu.** V pohraničních obcích může dojít k situaci, kdy zdravotní stav pacienta vyžaduje neodkladné lékařské řešení (může jít o zlomeniny, úrazy při práci, otravy, vdechnutí předmětů dětmi, ale také porody a náhlá zhoršení stavu v těhotenství), kdy vyhledání pomoci „na rakouské straně“ může být výrazně rychlejší, než transport do nejbližší české nemocnice (specifickým případem může být postup dle zákona 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, kdy dle § 3 tohoto zákona se rozumí „*cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče nejbližše dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pokračování poskytování zdravotní péče pacientovi, odpovídající závažnosti postižení zdraví nebo přímému ohrožení života*“, bez explicitního vyloučení možnosti, že by tímto poskytovatelem mohla být příhraniční nemocnice sousedního státu, je-li nejbližší domácí nemocnice vzhledem k naléhavosti stavu pacienta příliš daleko). Zde se striktně vzato nejedná o „nezbytnou“ péči ve smyslu zákona, neboť potřeba péče vznikla v domovském státě a za poskytovatelem přes hranici pacient teprve cestuje (srv. § 14 odst. 4) ZVZP: „*Jde-li při poskytnutí hrazených přeshraničních služeb o nezbytnou péči hrazenou podle koordinačních nařízení a náklady spojené s jejím čerpáním jsou podle koordinačních nařízení hrazeny pouze zčásti, použije se pro náhradu nákladů vynaložených pojištěncem a nehrazených podle koordinačních nařízení odstavec 3 věta první*“; srv. též § 5 odst. 1) písm. c) ZoZS: „*Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou...c) nezbytná péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel vycestovat do země pojištění dříve, než původně zamýšlel*“); současně se ale nejedná o plánovanou péči, nýbrž o péči neodkladnou či akutní (srv. § 5 odst. 1) písm. a), b) a d) ZoZS: „*(1) Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou (...) a) neodkladná péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí, (...) b) akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí, (...) d) plánovaná péče, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech a), b) nebo c.*“ Zde je dle mého názoru nutno vycházet z toho, že by neměl být aplikován refundační režim jako u péče plánované, nýbrž analogicky režim § 14 odst. 4) jako u péče nezbytné.

Specifika poskytování péče v regionu Gmünd-České Velenice, vyhodnocení poskytnutých stanovisek

Časová a místní dostupnost péče

Nařízení vlády 307/2012 Sb. stanoví maximální dojezdové doby pro základní obory nemocniční péče 60 minut, pro jednotlivé obory ambulantní péče 35 a více minut.



Na základě komunikace s příslušnými odbory Krajského úřadu Jihočeského kraje a ověření časových limitů dle webu mapy.cz se dojezdová vzdálenost jeví být naplněna, byť hraničně. Vzdálenost České Velenice – Nemocnice Jindřichův Hradec a.s. je cca 58,5 km a dojezdová doba max. 54 minut. Tato časová dostupnost platí za standardních podmínek. S ohledem na zákonnou definici je tedy nutno konstatovat, že místní dostupnost nemocniční péče zajištěna je. Pokud jde o ambulantní péči, Zadavatelem poskytnutý seznam ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb činných na okrese Jindřichův Hradec sestává z 70 položek a obsahuje základní specializace.

Z hlediska zákona je ale nutno upozornit, že pro zajištění místní dostupnosti nestačí pouhá přítomnost smluvního poskytovatele. Povinnost zdravotní pojišťovny zajistit místní dostupnost hrazených služeb dle § 46 ZVZP dle mého názoru vyžaduje reálné zajištění péče, tedy dostatečnou kapacitu těchto poskytovatelů, a to i za méně příznivých okolností (epidemie chřipky, čas dovolených, výpadek poskytovatele pro onemocnění klíčového zaměstnance). Proto lze konstatovat, že zajištění péče s využitím dodatečných kapacit přeshraničních poskytovatelů může být žádoucí a za určitých okolností se může stát i povinností zdravotních pojišťoven, a to zejména v případě stížností pojištěnců na reálnou nedostupnost péče v místě.

V tomto kontextu doporučuji sledovat vývoj v jiné hraniční oblasti, Šluknovského výběžku, zejména obcí v jeho nejzazší části (Dolní Poustevna), po podstatném omezení činnosti regionální nemocnice v Rumburku. V této oblasti situace nezajištění místní dostupnosti péče vznikla již v roce 2017 (porodní péče), dokonce se skutečnými škodnými následky v podobě pozdě řešeného porodu v důsledku přílišné dojezdové doby v zimním období do nemocnice Děčín. Aktuálně zde probíhají jednání o zajištění péče na klinice v saském Sebnitz, včetně její úhrady, za tímto účelem byla sestavena komise Ministerstva zdravotnictví a zástupců saské strany. Dle dostupných zpráv již některé menší pojišťovny péči zajistily svým pojištěncům v Sebnitz *de facto* smluvně, resp. příslibem úhrady přeshraničně čerpané péče bez dalšího.

Stanoviska zdravotních pojišťoven k možnosti uzavření smluv s přeshraničním poskytovatelem

Dodané podklady ukazují, že zdravotní pojišťovny nemají jasné stanovisko k možnosti uzavřít smlouvu s přeshraničním poskytovatelem, kdy všeobecně převažuje názor, že to možné není. Příkladem pozitivního přístupu je dopis OZP ze dne 30 září 2016, kde OZP uvádí, že „*již dávno jedná se Zemskou klinikou Gmünd o uzavření Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotních služeb a vzájemné spolupráci. Jednání zástupců OZP se zástupci Zemské kliniky Gmünd byla započata na začátku letošního roku s tím, že strany předpokládají vybudování dlouhodobé spolupráce mezi OZP a Zemskou klinikou Gmünd. K tomu by měl přispět mimo jiné t. č. projednávaný a realizovaný Pilotní projekt, na jehož základě bude českým pacientům - klientům OZP - poskytnuta ambulantní a lůžková zdravotní péče na Zemské klinice Gmünd, a tato bude hrazena ze strany OZP na základě smlouvy.*“ Předmětem smlouvy měla být především „*kompletní neodkladná a akutní zdravotní péče v celém spektru výkonů*“, případně pak „*i vybrané plánované výkony*.“ Za největší problém byla označeno „*nalezení shody na cenách za poskytnutou zdravotní péči u vybraných plánovaných výkonů*“, kdy ceny, které nárokuje Zemská klinika Gmünd jsou „*až o 50 % vyšší než lze uhradit z prostředků veřejného zdravotního pojištění za srovnatelnou péči v ČR*“.

Dne 26. března 2018 prezident Svazu zdravotních pojišťoven uvádí, že „*jak bylo na posledním jednání k této problematice na půdě MZ sděleno, není tento přeshraniční projekt spolupráce nijak navázán na stávající síti lůžkových poskytovatelů zdravotních služeb v regionu, schází představa úhradových mechanismů, definování práv a povinností případných smluvních stran včetně možnosti kontrolní a revizní činnosti.*“ Další stanoviska zdravotních pojišťoven jsou převážně odmítavá, v politickém řešení nedošlo ke zjevnému pokroku.

Vzhledem k tomu, že od roku 2018 zůstal legislativní stav v této oblasti nezměněn a ani do konce volebního období není anoncována změna právních předpisů, která by přeshraniční mobilitu a její úhrady řešila, lze očekávat, že přinejmenším do roku 2022 se v zákonné úpravě nic nezmění (s ukončením volebního období Sněmovny všechny neprojednané návrhy zákonů odpadají a po volbách 2021 lze se znalostí parlamentních procesů předvídat minimálně rok na projednání nových návrhů, i kdyby byly předloženy bez prodlení). Do roku 2022 tedy bude nutno počítat buď s provozem přeshraničních poskytovatelů v mimosmluvním režimu, nebo na základě „*koordinačních*“ smluv ulehčujících preautorizace či refundační řízení. Tento vývoj očekávám jako nejpravděpodobnější taktéž v regionu Rumburk – Sebnitz.

Nerovné soutěžní postavení českých a přeshraničních poskytovatelů

Dalším vyjádřením, které Zadavatel předkládá, je dopis představitelů Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. (nedatovaný). Jeho autoři uvádějí: „*Primárním cílem projektu Healthacross for future je zlepšení dostupnosti zdravotnické péče pro obyvatele v oblasti České Velenice, kde se ve vzdálenosti několik stovek metrů od hranice nachází Landeskrankenhaus Gmünd a nejbližší české nemocnice (Jindřichův Hradec, České Budějovice) jsou vzdáleny ca. 60 km. V současné době dochází k ambulantním ošetřením pacientů z České republiky a dále spolupráci ZZS pro akutně nemocné pacienty. Z tohoto pohledu je tento projekt omezen regionálně a je nepochybně přínosem a splňuje své cíle. V současné době je v jednání nabídka LK Gmünd k provádění z větší části elektivních (plánovaných) výkonů v oborech chirurgie, ortopedie a některých výkonů v oboru interna. Jednalo by se v první fázi o hospitalizaci 15 pacientů. Rakouskou stranou lze nabízené výkony rozdělit na dvě části: Interna: Zde se jedná z velké části o řešení akutních a závažných stavů jako je srdeční selhání, CHOPN, fibrilace síní, hypo a hyperglykemie. Chirurgie a ortopedie: Zde se jedná výhradně o plánované výkony (operace varixů, kýly, cholecystektomie, TEP, ASK). Výkony by měly být hrazeny v českých cenách a dotačně dofinancovány z prostředků EU.*“ Následně uvádějí autoři sedm potenciálních rizik projektu:

- „**1. Zrušení regionálního charakteru projektu.** V případě operačních plánovaných výkonů je zcela běžné u nás i v Rakousku cestovat za operací a operátérem několik desítek kilometrů. Je zcela jasné, že pokud nebudou existovat buď regionální omezení, nebo strop z hlediska počtu pacientů (a zde se objeví problém, jak je definovat a vysvětlit veřejnosti), tak se ocitne LK Gmünd v přímé konkurenci k našemu zdravotnickému zařízení.
- **2. Nerovné podmínky z pohledu plateb za výkon.** Pokud je cena výkonu hrazena v našich cenách a dofinancována z dotace jen pro jedno ze zdravotnických zařízení, pak se nejedná zcela jistě o rovné podmínky na trhu.
- **3. Identická péče po stránce odborné i technické.** Zatímco v případě ambulantní a akutní péče je dostupnost významná, tak zcela postrádá smysl u dlouhodobě plánovaných a náročných výkonů. Zcela odmítáme, že by po odborné a technické stránce byla našim pacientům poskytnuta kvalitnější péče v Gmündu, a to jak ve srovnání s naší nemocnicí, tak i nepochybně s Nemocnicí České Budějovice, a.s. Jako racionální bychom viděli umožnit našim pacientům cestovat za péčí, která není u nás dostupná.
- **4. Výkony nabízené rakouskou stranou představují zcela zásadní podíl z pohledu poskytování zdravotní péče v naší nemocnici.** Pokud by došlo k významnějšímu poklesu výkonnosti v těchto oblastech, velmi nepříznivě se to dotkne fungování nemocnice.
- **5. Hrozí selektivní přístup.** Ze zkušeností i z ČR víme, že pokud existují vedle sebe dvě zdravotnická zařízení, z nichž jedno je povinno poskytnout akutní péči a to druhé tuto povinnost nemá (je mimo systém), tak dochází téměř vždy k selektivnímu výběru pacientů k provedení operačních výkonů (tedy těch méně rizikových z pohledu hrožících komplikací). Optimální mix akutních výkonů a elektivní operativy představuje základní podmínku úspěšného fungování nemocnice.
- **6. Personální konsekvence.** Pokud jsme schopni konkurovat po stránce technické a odborné, tak co se týká trhu práce, je naše pozice krajně nepříznivá. Je zcela na místě se obávat odchodů lékařů a sester do nemocnice vzdálené hodinu jízdy automobilem.
- **7. Pokud by došlo k regionálně a počtem pacientů neomezenému nasmlouvání uvedených výkonů, je třeba si uvědomit, že budeme konkurovat zdravotnickým zařízením, které disponují při srovnatelné výkonnosti dvojnásobným rozpočtem.**“

K těmto bodům je z hlediska práva možno uvést následující:

- Ad 1) Dle judikatury ESD je poskytovatele zdravotních služeb, včetně nemocnic, nutno považovat za soutěžitele na trhu zdravotních služeb. Z oblasti hospodářské soutěže jednotlivých členských států existují případy, kdy došlo k postihu zdravotního fondu za zvýhodňování etablovaných

poskytovatelů soutěžním orgánem (Polsko, 2012). Podobné náznaky, že je možno podrobit soutěžněprávnímu přezkumu poměry na zdravotnických trzích, existují i z ČR, byť zatím především z oblasti lékárenství (srv. úspěšné nekalosoutěžní žaloby soukromých provozovatelů lékáren proti krajům za selektivní proplácení regulačních poplatků). Vztahy mezi poskytovateli a pacienty i mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami jsou soukromoprávní, náš systém zdravotnictví přímo předpokládá, že mezi poskytovateli bude existovat hospodářská soutěž. V konkurenčním postavení se skutečně může NJH, a.s. a LK Gmünd ocitnout, taková situace by byla z teoretického hlediska dokonce žádoucí. V případě složitějších zákroků by se mohly dostat do konkurenčního postavení i pracoviště vzdálenější, pokud by tvořily jeden trh, na kterém by spotřebitelé byli ochotni cestovat za vyšší kvalitou či nižší cenou; přeshraniční péče tak, jak je uvedena ve Směrnici, se rozhodně nevztahuje jen na příhraniční oblasti.

- Ad 2) S tímto tvrzením lze souhlasit, a to právě pro potenciálně konkurenční vztah mezi LK Gmünd a NJH, a.s. Pro dokonalé uchopení tohoto problému by ovšem nestačilo řešit jen objem dotace z projektu Healthacross, ale bylo by nutno porovnat přístup obou pracovišť k veškerým úhradám, dotacím a veřejným prostředkům.
- Ad 3) Popsaný stav považuji z teoretického hlediska za žádoucí, neboť jen v situaci, kdy si může pacient jako spotřebitel i zdravotní pojišťovna jako plátce vybírat z většího spektra poskytovatelů „identické péče po stránce odborné i technické“ může vzniknout cenová konkurence, jakož i soutěž z hlediska dalších podstatných parametrů péče (uživatelská přívětivost, nabídka nadstandardních služeb, zajištění návaznosti péče aj.) Z tohoto hlediska je naopak nežádoucí, pokud by byla možnost přeshraniční péče omezena jen na péči, která „u nás není dostupná“, neboť takové pravidlo by bylo kontradikcí soutěžního prostředí. Po právní stránce pak takové omezení nemá oporu, neboť až na výjimky není možno podmínit čerpání zdravotních služeb v přeshraniční péči tím, že v domovském státě nejsou dostupné (onou výjimkou je možnost státu u vybraných služeb zavést podmínku preautorizace, tuto možnost však český stát nevyužil).
- Ad 4) I tato výhrada je svojí podstatou popřením soutěže (ostatně, pokud by byla péče v NJH, a.s. skutečně „identická po stránce odborné i technické“, je otázkou, proč by se mělo pracoviště obávat poklesu poptávky, a tedy produkce v případě vstupu dalšího poskytovatele na relevantní trh zdravotních služeb). Součástí podnikání ve zdravotnictví je, respektive měla by být, i možnost podnikatelsky neuspět, která je protipólem možnosti tvořit zisk. Pokud by tomu ovšem bylo tak, že soutěžní prostředí není ve zdravotnictví obecně, nebo specificky ve sféře lůžkové péče žádoucí, vznikala by otázka smyslu právní povahy nemocnic jako obchodních společností, jakož i jejich financování na základě obchodněprávních smluv s více zdravotními pojišťovnami; v takovém případě by se nabízela systémová změna směrem k rajonizaci, rozpočtovému financování a nemocnicím provozovaným výhradně státem či krajem, podobně jako je tomu například v současnosti u zdravotnické záchranné služby.
- Ad 5) Toto riziko lze považovat za reálné, jeho zdrojem ale není vstup nových poskytovatelů na trh, ale nesprávné nastavení smluvní a úhradové politiky. Obavě NJH, a.s. je možno rozumět právě proto, že v praxi jsou některé oblasti zdravotních služeb nesprávně (a protisoutěžně) naceněny jako výhodné a jiné jako nevýhodné – včetně nacenění připravenosti poskytovat akutní péči každému. Bohužel, pokud zůstane způsob financování péče nezměněn, bude pro nové poskytovatele, jejichž vstupu na trh nelze bránit, nepochybně zajímavé soustředit se na lukrativní oblasti; zde je však LK Gmünd podstatně menším rizikem než soukromí poskytovatelé na území ČR.
- Ad 6) Součástí soutěžního prostředí je i soutěž o zaměstnance. Ani zde není situace řešitelná znemožněním vstupu LK Gmünd na český trh, ale ztraktivněním pracovních podmínek zdravotníkům v České republice, kde plat je jen jedním z faktorů, dalšími jsou možnosti personálního růstu, vstřícnost atestačního systému nebo míra administrativní zátěže.
- Ad 7) Zde je nutno položit otázku, z jakých přesných příčin disponuje LK Gmünd „*při srovnatelné výkonnosti dvojnásobným rozpočtem*“.

Pro praktické zhodnocení soutěžních rizik je nutno vzít v potaz následující faktory:

- **Nerovnosti ve výši úhrady dle Úhradové vyhlášky a dle Cenového předpisu.** Jak bylo uvedeno, letošní Cenový předpis stanoví technickou základní sazbu v přeshraniční péči ve výši 42.409 Kč, dle Cenového předpisu pro rok 2018 se jednalo o částku 37.748 Kč. Na základě konzultace s pracovníky společnosti Jihočeské nemocnice, a.s. bylo zjištěno, že základní sazby jednotlivých krajských nemocnic byly většinou nižší, jak ukazuje následující tabulka:

Přehled IZS za rok 2018

	Nem 1	Nem 2	Nem 3	Nem 4	Nem 5	Nem 6	Nem 7	Váž. průměr včetně krajské nem.	Váž. průměr bez krajské nem.
ZP 1	39 721	36 121	34 254	36 808	37 860	35 012	34 466	37 752	35 464
ZP 2	41 692	33 933	30 385	35 239	34 064	28 336	33 105	37 873	32 452
ZP 3	40 660	26 827	28 277	28 327	29 177	29 637	30 781	34 488	29 647
ZP 4	39 280	27 656	30 001	27 888	32 969	32 995	27 191	34 576	28 873
ZP 5	37 261	29 133	28 986	31 164	29 577	30 094	30 576	34 416	30 060

IZS - vypočtena skutečná IZS, tedy z CMred. Do výpočtu není zahrnuta kompenzace za ošetřovací dny.

Váž. průměr - vypočten jako součet úhrady za příp. paušál (bez kompenzace OD, po odečtu extramurálu) / součet CMred

- Lze přitom konstatovat, že postavení nemocnic v Jihočeském kraji bylo v roce 2018 z hlediska základních sazeb výrazně lepší, než postavení nemocnic v Ústeckém kraji, jak ukazuje výtah z auditu Krajské zdravotní, a.s., vypracovaného pro posouzení možného převzetí nemocnice v Rumburku:

Ukazatel	2018									
	111		201		205		207		211	
	IZS	CMred	IZS	CMred	IZS	CMred	IZS	CMred	IZS	CMred
Nemocnice Děčín	30961	6288,859	20173,16	389,8077	26991,49	1362,104	24166,3	445,8029	25494,38	1009,135
Nemocnice Rumburk	27155	2088,2383	24582,28	203,8229	23662,6	176,5522	18991,44	101,1998	26299,12	268,797
Rozdíl v modelaci IZS	3806		-4409,12		3328,89		5174,86		-804,74	
Rozdíl IZS * CMred	7 947 834,97		- 898 679,62		587 722,85		523 694,80		- 216 311,70	

- Obdobné nerovnosti lze konstatovat i v rozdílu mezi hodnotou bodu dle Cenového předpisu a hodnotami bodu, které reálně dosahují čeští smluvní poskytovatelé (dle konzultace s pracovníky společnosti Jihočeské nemocnice, a.s. se jednalo orientačně o 0,70 Kč za bod)
- Podstatnou soutěžní výhodou může být nesmluvní postavení přeshraničního poskytovatele, které mu umožňuje volnou cenotvorbu, včetně možnosti kombinace přímé platby pacienta a částky refundované zdravotní pojišťovnou; český smluvní poskytovatel tuto možnost nemá, neboť nasmlouvanou plně hrazenou péči musí poskytovat bezplatně.
- Další soutěžní výhodou přeshraničního poskytovatele je absence regulačních omezení a dalších limitací na produkci výkonů, preskripci léků, vyžádanou péči aj., které jsou vázány z povahy věci na smluvní vztah se zdravotní pojišťovnou, inherentně nesmluvní přeshraniční poskytovatele nezatěžují.
- A konečně, podstatným faktorem může být rozdílný přístup k provozním a investičním dotacím či podporám z veřejných rozpočtů, dané rozdílným financováním péče v ČR a v Rakousku. Nemocnice v ČR mají přístup ke krajským, státním či evropským dotacím, jejich objem však bude patrně nižší než financování z rakouských regionálních rozpočtů a rakouského zdravotního pojištění.

Lze tedy uzavřít, že teoreticky by sice poskytovatelé zdravotní péče včetně nemocnic v České republice měly přivítat otevření trhu přeshraniční péče, neboť by na něm měly mít výhodu, danou nižší cenou vstupů. Prakticky je však jejich soutěžní postavení složitější a patrně slabší. Úplné odstranění těchto rozdílů by bylo možné jedině za předpokladu jednotného evropského systému financování zdravotních služeb (což se jeví jako nereálné a každopádně neovlivnitelné v rámci regionálního projektu), nebo alespoň přiblížení mechanismů úhrad v rakouském a českém systému zdravotnictví. Čeští i rakouští poskytovatelé zdravotních služeb patrně budou muset počítat s odlišným (ne nutně vždy výhodnějším či méně výhodným) soutěžním postavením.

Shrnutí a závěrečná doporučení

Právní poznatky k přeshraniční péči, stav k roku 2020

Na základě právního stavu ke květnu 2020 považují za **prokázané** následující skutečnosti:

- Přijetí Směrnice o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči a navazující novely ZVZP 60/2014 Sb. podstatně posílilo postavení pojištěnce a zlepšilo možnosti čerpat hrazenou péči v přeshraničním kontextu.
- V současnosti není českým státem vymezena žádná zdravotní služba, jejíž čerpání by bylo podmíněno předchozím schválením zdravotní pojišťovny; pojištěnci proto mohou využívat přeshraniční péči bez dalšího, pokud je pro ně přijatelná zpětná náhrada nákladů.
- Udělení předchozího souhlasu ani rozhodnutí o rozsahu refundace plánované péče čerpané bez předchozího souhlasu není věcí úvahy zdravotní pojišťovny, nýbrž veřejnoprávním nárokem pojištěnce, který lze posoudit dle objektivních zákonných kritérií a jehož naplnění podléhá soudnímu přezkumu.
- Částka refundace, na kterou se lze spolehnout, je částka vypočtená podle vyhlášek, Cenových předpisů a rozhodnutí uvedených v § 14a ZVZP; tato částka je v některých případech nedostatečná, v jiných je však výhodnější než úhrada reálně poskytovaná českým smluvním poskytovatelům a na základě podrobnější ekonomické analýzy by mohla být akceptovatelná i pro rakouského poskytovatele péče.

Za **pravděpodobné, avšak nejisté** považují následující skutečnosti:

- Zdravotní pojišťovny patrně nemohou uzavřít se zahraničním poskytovatelem smlouvu o poskytování a úhradě zdravotních služeb dle ZVZP, shodnou jako s poskytovatelem českým, neboť to zákon neumožňuje; to jim však nebrání uzavírat s těmito poskytovateli či třetími stranami nepojmenované smlouvy za účelem koordinace refundací nebo sjednání účtovaných cen.
- Omezení nároku pojištěnce na refundaci, daná pouze podzákonnými předpisy nebo dokonce jen Cenovým předpisem, bez dostatečného zákonného zmocnění, jsou patrně protiústavní z důvodu porušení pravidla výhrady zákona a není vyloučeno, že se pojištěnci u soudů domůžou plné refundace; tato otázka však nebude jistá dříve, než budou rozhodnuty probíhající soudní spory, zejména řízení před Ústavním soudem Pl. ÚS 49/18.
- Překážky čerpání přeshraniční péče, spočívající i) v nutnosti hradit péči přímo a refundaci získat později, ii) administrativní náročnosti řízení o refundaci a iii) možný rozdíl mezi cenou péče a rozsahem refundace jsou patrně překonatelné prostřednictvím „Refundačního centra“, které by na základě smlouvy zajistilo pojištěnci zastoupení v refundačním řízení a za určitých předpokladů (dotace) mu umožnilo čerpat péči bezplatně i v zahraničí.

Závěrečná doporučení

Systémová doporučení by dle mého názoru měla zahrnovat následující změny:

- Za předpokladu zachování pluralitního modelu veřejného zdravotního pojištění je žádoucí umožnit zdravotním pojišťovnám nakupovat péči, a to jak od českých, tak zahraničních poskytovatelů, na základě kritérií ceny a kvality, bez ohledu na to, zda se jedná o poskytovatele soukromého či veřejného; klíčové je zajištění dostupnosti kvalitních zdravotních služeb s co nejnižšími náklady, nikoliv proplácení nákladů aktuálně existující sítě smluvních poskytovatelů dle historicky daných

kritérií, bez ohledu na cenu a kvalitu poskytované péče. Takové nastavení je optimální pro realizaci evropského trhu zdravotních služeb.

- Umožnit zdravotním pojištěncům volbu péče tím, že dojde k oddělení ceny a úhrady zdravotních služeb; pro kontrolu nákladů a udržení smluvní sítě poskytovatelů bezplatné péče lze doporučit model „PPO“, kde preferovaní smluvní poskytovatelé mají nárok na vyšší úhradu, ostatní poskytovatelé však mají možnost poskytovat péči s doplatkem. Podmínkou je schopnost revize, aby nedocházelo k expanzi nepotřebné péče, což však při dnešních možnostech informačních technologií považují za proveditelné. Toto nastavení by přirozeně umožnilo i zapojení příhraničních poskytovatelů, pro které by platila stejná pravidla jako pro národní poskytovatele, častěji by však patrně spadali do kategorie těch, kteří poskytují péči za příplatek.
- Alternativní podobou systému by mohl být veřejnoprávní model, který by organizaci veškeré péče nebo její nemocniční části převedl do veřejnoprávního režimu, podobného dnešnímu modelu zdravotnické záchranné služby; na krajích jako správcích systému by pak bylo, zda za účelem zajištění péče pro své občany zajistí smluvně se sousedními regiony i péči přeshraniční tam, kde je efektivnější namísto vlastní nemocnice využít jejich kapacit (Gmünd, Sebnitz, Znojmo...)

Všechny tyto změny vyžadují rozsáhlý zásah do stávajícího systému, který není proveditelný z pozice regionu, nýbrž výhradně z pozice státu, zejména Ministerstva zdravotnictví a Parlamentu. Přesto považují za vhodné tento systémový rámec rozpracovat, neboť současný systém, založený na provizorním zákoně z roku 1998, přestává být ekonomicky udržitelný, vede k plýtvání, nevyhovuje potřebám medicíny 21. století a mimo jiné též činí obtížným racionální využití přeshraniční péče.

Na **legislativní úrovni** je možno doporučit následující:

- Zákonné zakotvení možnosti zdravotních pojišťoven uzavírat smlouvy o poskytování a úhradě s přeshraničními poskytovateli, včetně transparentního informování pojištěnců o ceně a případném doplatku
- Zákonné zakotvení transparentních kritérií a řádného procesu pro stanovení a pravidelnou aktualizaci cen a úhrad zdravotních služeb tak, aby bylo umožněno oddělit cenu služeb od jejich úhrady podobně, jako je tomu u léčivých přípravků či zdravotnických prostředků v ambulantní péči, při respektování zásad stanovených Ústavním soudem a pravidly evropského práva
- Nahrazení současných mechanismů tvorby cen a úhrad zdravotních služeb (Seznam výkonů, úhradová vyhláška, Cenový předpis) tak, aby zajišťovaly rovnou úhradu za obdobné zdravotní služby (výkony, epizody hospitalizace), bez ohledu na jejich poskytovatele
- Odstranění faktických bariér přeshraniční péče v podobě neexistujících či nesprávně oceněných zdravotních služeb

Některé tyto změny jsou zčásti proveditelné i bez změny zákona, na úrovni výkonné moci, zejména pokud jde o doplnění a úpravy Seznamu výkonů, změnu mechanismů v úhradové vyhlášce a úpravy Cenového předpisu. Ani tyto změny však nejsou proveditelné z pozice kraje jako zadavatele.

Na **nelegislativní úrovni** je možno doporučit vytvoření Refundačního centra, které bude řešit tři významné překážky přeshraniční péče:

- i. „Problém cash-flow“ spočívající v nutnosti péči zaplatit zahraničnímu poskytovateli v momentě jejího čerpání, přičemž refundace nastává teprve s časovým zpožděním
- ii. Administrativní náročnost vypořádání refundace s českou zdravotní pojišťovnou,
- iii. Nejistota ohledně výše pojišťovnou vypočtené refundace, která nemusí pokrývat plnou cenu péče účtované zahraničním poskytovatelem.

Refundační centrum by tyto překážky odstraňovalo tím, že na základě smlouvy zaplatí za pacienta cenu péče přeshraničnímu poskytovateli nebo její část; současně od pacienta převezme budoucí pohledávku vůči české zdravotní pojišťovně na refundaci ceny péče; a současně od pacienta získá zmocnění k podání žádosti o refundaci na zdravotní pojišťovnu a k zastupování pacienta v tomto řízení.

Praktickým řešením v rámci projektu přeshraniční péče Gmünd-České Velenice by mohlo být vytvořit pro tento účel servisní organizaci podle českého či rakouského práva, jako facilitační službu české či rakouské projektové strany, pověřit touto rolí některého z poskytovatelů zdravotních služeb, případně přizvat k zajištění této služby třetí subjekt, například finanční instituci.

Obecně lze závěrem konstatovat, že evropské právo umožňuje členskému státu libovolně vymezit rozsah péče solidárně hrazené. V žádném myslitelném nastavení nebude však po právu stav, kdy určitá položka bude hrazena výhradně v domovském státě, ale nikdy ne přeshraničně. Českému státu dále jeho vlastní Ústava nedovolují vymezit rozsah hrazené péče úvahou moci výkonné (vyhláškami a cenovými předpisy) nebo ji učinit závislou na úvaze zdravotních pojišťoven, nepřezkoumatelné soudně. Konečně, evropské soutěžní právo brání a bude bránit narušování hospodářské soutěže mezi poskytovateli-soutěžiteli nerovnými úhradovými mechanismy, a to zejména v přeshraniční péči.