



Asociace
pro mezinárodní
otázk
Association
for International
Affairs

Briefing Paper 1/2011

Ako sa varia európske zákony I:
Práva pacientov v cezhraničnej starostlivosti

—
Únor 2011

Ako sa varia európske zákony I: Práva pacientov v cezhraničnej starostlivosti

—

Viera Knutelská *Únor 2011*



Ako sa varia európske zákony I: Práva pacientov v cezhraničnej starostlivosti

19. januára 2011 schválil Európsky parlament v druhom čítaní návrh smernice o uplatňovaní práv pacientov pri cezhraničnej zdravotnej starostlivosti, 28. februára pripojila svoj konečný súhlas aj Rada EÚ. Členské štáty budú mať dva a pol roka na jej transponovanie do národného práva, takže, pacienti sa jej účinky pocítia po prvý raz koncom roka 2013, aj keď prvé návrhy úpravy cezhraničnej starostlivosti sa objavili už v roku 2004.

Prečo vlastne príprava tejto európskej smernice trvala tak dlho? Aké boli postoje hlavných aktérov a kto musel ustúpiť? A znamená vôbec schválenie podstatnú zmenu?

Cezhraničná zdravotná starostlivosť v EU: čakanie na predpis

V Európskej únii v zásade platí, že každý štát má zabezpečovať zdravotnú starostlivosť svojim občanom, resp. rezidentom. V posledných dvanástich rokoch však Európsky súdny dvor viackrát rozhodol, že v určitých prípadoch majú občania EÚ právo uchádzať sa o plánovanú zdravotnú starostlivosť v inom členskom štáte, a to na náklady zdravotníckeho systému svojej krajiny. Odôvodnením týchto rozhodnutí bol vnútorný trh a jedno z jeho základných pravidiel - voľný pohyb služieb. Vďaka týmto rozhodnutiam Súdneho dvora tak napríklad môže český pacient (so súhlasom svojej poisťovne) podstúpiť operáciu, ktorá sa u nás nevykonáva, či na ktorú sa čaká príliš dlho, v inom členskom štáte.

Keďže sa táto prax vyvíjala len na základe súdnych rozhodnutí, vznikla potreba vytvoriť jasnú právnu normu. Prvý návrh Európskej komisie v roku 2004 počítal so zahrnutím problematiky zdravotníckej starostlivosti spolu s inými službami do smernice o službách. Proti takémuto postupu sa však ozvali mnohé záujmové skupiny v oblasti zdravotníctva¹, pričom jedným z hlavných problémov boli navrhované základné princípy smernice. Ich uplatnenie na zdravotníctvo by viedlo napríklad k tomu, že lekár registrovaný v Českej republike by mohol vykonávať svoju prácu kdekoľvek v EÚ, a na jej kvalitu a odbornosť by stále dozerala Česká lekárska komora. Zaradenie zdravotníctva do smernice o službách bolo definitívne pochované v Európskom parlamente počiatkom roka 2006.

V októbri 2006 preto Komisia prijala konzultačný dokument o vytvorení samostatného právneho rámca pre poskytovanie cezhraničnej zdravotnej starostlivosti. Po verejných konzultáciách, dlhších debatách a odkladoch bol konkrétny návrh smernice schválený Komisiou až 2. júla 2008.

¹ Greer, Scott (2009) 'Changing world of European Health Lobbies' In Coen, David – Richardson, Jeremy (eds.) *Lobbying the European Union: Institutions, Actors, and Issues* (Oxford University Press, 2009), p. 198



Prvé návrhy boli odvážne. Nezhľadali napríklad povinnosť pacienta žiadať o povolenie svoju domácu poisťovňu v žiadnom prípade. V konečnom oficiálnom návrhu z júla 2008 sa však už takáto flexibilita nenachádzala, lebo – ako neskôr ukázali diskusie nad sprísneným návrhom – jej navrhnutie by bolo naozaj nereálnym odhadom pozícií v Európskom parlamente i Rade. Finálny návrh už umožňoval členským štátom zaviesť systém predbežného súhlasu poisťovne v prípadoch nemocničnej zdravotnej starostlivosti v dvoch prípadoch: Ak by rovnakú starostlivosť by bolo možné zabezpečiť a financovať v domácom zdravotníctve, alebo ak by takýto systém mal riešiť odlev pacientov, ktorý by mohol ohroziť finančnú rovnováhu poskytovania zdravotníckej starostlivosti alebo racionalizáciu nemocníc. Pre ambulantnú starostlivosť sa predbežný súhlas vyžadovať nemal. Domáca poisťovňa mala pacientovi uhradiť náklady, ktoré by mu boli uhradené v domácom zdravotníctve.

Pracovná skupina pre verejné zdravie Rady pod vedením francúzskeho predsedníctva pripravila kompromisný (pre členské štáty) návrh zmien, o ktorých diskutovali ministri na Rade po prvý raz v decembri 2008.

O čom má byť európska zdravotná starostlivosť?

Hlavných sporných bodov medzi členskými štátmi a medzi členskými štátmi a Komisiou bolo niekoľko. Definícia zdravotnej starostlivosti, t.j. de facto rozsah pôsobnosti smernice, bola prvým z nich. Pôvodný návrh Komisie definoval zdravotnú starostlivosť ako zdravotnícke služby poskytované odborníkmi v oblasti zdravotníctva (tými sa rozumejú regulované povolania ako lekári či zdravotné sestry) alebo pod ich dozorom. Pracovná skupina sa nazdávala, že táto definícia je v porovnaní s prípadmi už riešenými pred Súdny dvorom príliš obmedzujúca. Bolo preto navrhnutých niekoľko veľmi reštriktívnych riešení, napríklad obmedzenie starostlivosti, na ktorú majú pacienti právo v štáte svojho poistenia, či špecifické vylúčenie niektorých typov starostlivosti, najmä dlhodobej zdravotnej starostlivosti. Až v pokročilejšej fáze prvého čítania, v roku 2009, dospeli členské štáty ku kompromisnej definícii, podľa ktorej je zdravotná starostlivosť služba poskytovaná odborníkmi v oblasti zdravotníctva pacientom s cieľom vyhodnotiť, udržať alebo obnoviť ich stav zdravia, vrátane predpisovania a poskytovania zdravotníckych produktov a pomôcok.

Ďalším z počiatočných problematických bodov bola definícia nemocničnej a špecializovanej starostlivosti. Zatiaľ čo Komisia ju definovala jednoducho ako starostlivosť vyžadujúcu si aspoň jednu noc strávenú v nemocnici, členské štáty pod vedením Francúzska navrhli doplniť text o súpis národných zoznamov nemocničnej starostlivosti.

Posledným z bodov, ktoré tu spomenieme, je predbežné schvaľovanie nemocničnej a špecializovanej starostlivosti. Drvivá väčšina členských štátov od začiatku tlačila na obmedzenie pacientov v záujme lepšieho regulovania a plánovania domácej starostlivosti. Navrhli preto právo zaviesť systém predbežného schvaľovania pre všetku nemocničnú a špecializovanú starostlivosť (špecializovaná starostlivosť mala zahŕňať použitie nákladných špecializovaných procedúr či nástrojov alebo špecifické riziko pre populáciu alebo pacienta). Komisia mala silné výhrady najmä k tomuto poslednému bodu, návrh členských štátov bol neskôr zmiernený a výslovne uvádzal potrebu nutnosti s poročnosťou



Briefing Paper 1/2011

Ako sa varia európske zákony I:
Práva pacientov v cezhraničnej starostlivosti

–
Únor 2011

predbežného schvaľovania. Napriek tomu zostala táto otázka neuralgickým bodom celého návrhu smernice až do konečného kompromisu v roku 2010.

V tom istom čase pripravoval svoju správu spravodajca Výboru EP pre životné prostredie, verejné zdravie a bezpečnosť potravín John Bowis (EPP-ED); správu Parlament schválil v apríli 2009. Podobne ako Rada navrhol väčšie práva v členských štátoch v oblasti predbežného schvaľovania. Pôvodný návrh Komisie bol v Parlamente kritizovaný najmä ľavicovými politickými skupinami. GUE/NGL namietala, že prístup k cezhraničnej starostlivosti budú mať len bohatší občania, a postavila sa proti celej smernici. Poslanci PES podporovali menšie práva členských štátov v oblasti predbežného schvaľovania a hlasovania o správe sa v tomto prvom čítaní prevažne zdržali.

Okrem Európskeho parlamentu a Rady sa k návrhu smernice v konzultačnom precese vyjadril aj Európsky hospodársky a sociálny výbor, Výbor regiónov a Európsky dozorný úradník pre ochranu údajov. Oba výbory, ale najmä Výbor regiónov, podporovali silnejší systém predbežného schvaľovania.

Diskusie v Rade ďalej pokračovali pod vedením českého a švédskeho predsedníctva. Rada dosiahla politickú dohodu až na druhý pokus, v júni 2010. Hlavnými problémovými otázkami boli tentokrát preplácanie a predbežné schvaľovanie starostlivosti u nezmluvných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, definovanie príslušnosti k členskému štátu v niektorých špecifických prípadoch a zabezpečenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. Členské štáty sa dohodli na vylúčení dlhodobej starostlivosti, predaja pomôcok a liekov cez internet a pridelovania orgánov na transplantácie z pôsobnosti smernice. Spoločnú pozíciu schválila Rada 13.9.2010. Proti však výslovne hlasovalo Poľsko, Portugalsko a Slovensko (Rumunsko sa hlasovania zdržalo), pričom jedným z dôvodov bolo práve obmedzenie predbežného schvaľovania cezhraničnej starostlivosti. Bola prevzatá kompromisná definícia z prvého čítania s tým, že členský štát má právo žiadosť pacienta neschváliť aj ak mu starostlivosť môže byť poskytnutá v domovskom štáte v medicínsky ospravedlniteľnom časovom horizonte alebo ak sú vážne pochybnosti o kvalite starostlivosti u zahraničného poskytovateľa. Proti tomuto výsledku sa však postavila Komisia.

Kompromisný návrh², ktorý sa stane platnou európskou smernicou, a ku ktorému dospeli všetky tri inštitúcie počas troch trialógov na konci roku 2010, uvádza, že systém predbežného schvaľovania a možné odmietnutie musia byť nevyhnuté a zodpovedajúce cieľu, a nesmú byť prostriedkom diskriminácie či neodôvodnenou prekážkou voľného pohybu pacientov. Predbežnému schvaľovaniu môže podliehať nemocničná a špecializovaná starostlivosť, starostlivosť, ktorá by mohla predstavovať zvláštne riziko pre pacienta či populáciu a starostlivosť od poskytovateľa, u ktorého sú pochybnosti o kvalite starostlivosti či bezpečnosti pacienta. Schválenie musí byť udelené, ak starostlivosť nemôže byť poskytnutá v domácom zdravotníctve v odôvodniteľnom časovom limite, a nemusí byť udelené, ak to naopak možné je, ak by mohlo dôjsť k zdravotnému ohrozeniu pacienta alebo verejnosti, ak je poskytovaná oným „pochybným poskytovateľom“.

² V Rade sa v záverečnom hlasovaní vyslovilo proti Rakúsko, Poľsko a Portugalsko, hlasovania sa zdržalo Slovensko



Asociace
pro mezinárodní
otázk
Association
for International
Affairs

Briefing Paper 1/2011

Ako sa varia európske zákony I:
Práva pacientov v cezhraničnej starostlivosti

–
Únor 2011

Z pôsobnosti smernice je vylúčená dlhodobá starostlivosť, systémy pridelovania orgánov na transplantácie a niektoré verejné očkovacie programy. Domovský štát bude preplácať takú zdravotnú starostlivosť, na ktorú má pacient nárok v tomto svojom štáte.

Zmena k lepšiemu?

Je teda prijatie tejto smernice úspechom? Od prvých návrhov úpravy cezhraničnej zdravotnej starostlivosti po jej uplatnenie v každodennej praxi uplynie asi deväť rokov. Štyri roky sa možné úpravy pripravovali a zamietali, dva a pol roka sa o poslednom návrhu diskutovalo a dva a pol roka ešte potrvá jeho prenesenie do národného práva.

Možnosť voľby pacientov bola v tomto procese postupne obmedzovaná: od prvotných návrhov o rovnosti zdravotníctva s ostatnými službami cez obmedzené právomoci štátu zasahovať do výberu pacientov sme sa dostali až k súčasnej podobe, ktorá sa vlastne až tak veľmi nelíši od aktuálneho stavu. Len pravidlá nám bude určovať smernica a nie len Súdny dvor. Zlepší sa tak predovšetkým miera právnej istoty či informovanosť pacientov.