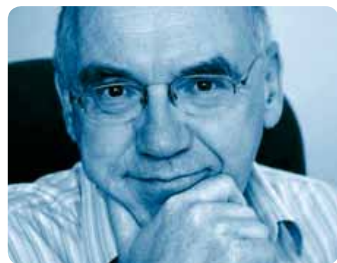


Soustředění nákladné a specializované péče do vybraných center bylo jedinou rozumnou reakcí na vstup nových, účinných a drahých technologií do



zdravotnictví. Ze známé zkušenosti „když někdo něco dělá často, tak to dělá dobře“ profitují jak pacienti, tak celý zdravotnický systém. Prvým se dostává kvalitnější péče než dříve a zdravotnictví zase vydává veřejné peníze účelněji a podle dosahovaných výsledků může ovlivňovat jejich utrácení. Přespolní pacienti sice mohou cítit diskomfort z cestování za péčí, ale každá jiná alternativa by pro ně byla ve skutečnosti daleko nepřijemnější. Jen s malou nadsázkou se dá říci, že jim centralizace péče přináší delší, kvalitnější, ale poněkud méně pohodlný život, který by měl jinak alternativu v pravém opaku řečeného.

Naše zdravotnictví si může odškrtnout jeden bod z reformy své struktury a věnovat se ladění jeho funkce. Jak se dalo očekávat, je centrová péče zdravotnickým šampionem v růstu nákladů a je celkem zřejmé, že v tom brzy narazí na strop ekonomické reality našeho HDP. Abychom si opravdu mohli užívat přínosů nových technologií, musíme být schopni

v reálném čase oddělit zrno od plev, monitorovat výsledky a peníze směřovat tam, kde jsou nejlepší. V referencovaných úhradách jednotlivých preparátů už výhodnější cen nedosáhneme, ale úspory se dají najít v konkrétních dohodách s jejich dodavateli a v rychlejším vstupu konkurenčních preparátů. V případě biologických léků to nejsou generika, protože komplikovaný výrobní proces neumožňuje vytvářet věrné „kopie“ originálu, ale „biosimilars“, tedy léky originálu podobné. Tato podobnost může být stejně tak oprávněným důvodem jako účinnou záminkou pro udržování monopolu originálního preparátu. Je zřejmé, že se tady bude střetávat zájem společnosti na zajištění dostupnosti péče co nejširšímu okruhu pacientů s lékaři a výrobcí etablovaných léků.

Pro kompetentní rozhodování, zda a v jakém rozsahu máme začít v našem zdravotnictví používat nějakou třeskutou novinku, je na čase začít formovat standardní proces, který by ji zhodnotil. Klinickou bezpečnost a účinnost nových technologií už prověřili jinde, ale my musíme být schopni rozhodnout o jejich přínosech a nákladech v našich podmínkách. Obecné pravidlo říká, že do zdravotnictví by měla být vpuštěna jen taková technologie, která nám přidá jeden zdravý rok života za cenu menší, než je trojnásobek ročního podílu HDP na každého občana. Což je v našem případě nějakých 600 000 Kč. Mohu vás potěšit, už se na tom pracuje.

*Přijemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Co přináší centralizace nákladné léčby a jaká je její současná i budoucí úhrada?



Milan Lukáš

úhel pohledu



Filip Vrbel

volné fórum



Jana Skoupá

Jaromír Gajdáček



Zdena Potůčková



Karel Filip



Jindřich Graf



Jan Švihovec



Tomáš Doležal

Biologická léčba – co od ní můžeme očekávat?



Vendula Mrázková

Přehráničí zdravotní péče v rámci EU



úhel pohledu >

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
primář gastroenterologie,
Klinické centrum Iscare

Co přináší centralizace nákladné léčby a jaká je její současná i budoucí úhrada?

Biologická terapie (BL) idiopatických střevních zánětů (IBD), které zahrnují nemocné s Crohnovou chorobou (CN) a ulcerózní kolitidou (UC), představuje nejvýznamnější přelom v terapii těchto onemocnění od doby, kdy byly zavedeny do léčby kortikosteroidy v polovině padesátých let minulého století. Hlavní výhody biologické léčby spočívají v rychlosti nástupu a intenzitě protizánětlivých účinků, snížení nutnosti počtu hospitalizací a velkých břišních operací, ve zlepšení kvality života pacientů a významném zvýšení průčeschnosti postižených osob v porovnání se standardní terapií. Jedná se o léčbu, která je při dlouhodobém podávání i v porovnání s některými standardními léčebnými postupy (kortikosteroidy) také bezpečnější. V poslední době máme již důkazy také pro to, že včasné podání biologické léčby má příznivý vliv na další vývoj nemoci (chorobu-modifikující efekt) s ohledem na vznik strukturálních odchylek trávicího ústrojí (zabránění vzniku striktur a střevních perforací) a lepší celkovou prognózu pacientů (nižší počet velkých chirurgických zákroků).

Účinnost biologické léčby je u nemocných s IBD relativně vysoká. Klinická odpověď je dokumentována u 80–90 % léčených pacientů, z nichž polovina je po provedení indukční fáze léčby v remisi a polovina vykazuje zřetelné zlepšení klinického stavu. Primární selhání na biologickou terapii není časté a vyskytuje se u 10 % pacientů. V terapii IBD jsou k dispozici v současné době pouze dvě biologika ze skupiny anti TNF- α protilátek: infliximab (povolen k léčbě obou nemocí) a adalimumab (určen pro nemocné s Crohnovou chorobou).

Jaké jsou zkušenosti se soustředěním nákladné péče do center?

Terapie střevních zánětů biologiky je soustředěna do 23 center, která pokrývají celé území státu. Koncentrace péče do center BL je podle mého názoru jednoznačně správné a pozitivní opatření.

Důvody pro toto tvrzení jsou především medi-
 cínské a rovněž ekonomické. Patříčné zkušenosti s touto terapií založené na dostatečném počtu dispenzarizovaných a léčených IBD pacientů, odpovídající personální, prostorové a přístrojové vybavení jsou nezbytnými podmínkami k dosažení dobrého fungování každého centra. Správně indikovaná



Milan Lukáš

a načasovaná terapie (timing) je nevyhnutelnou nutností k dosažení vysoké efektivity léčby. Týmová spolupráce a vysoká erudice personálu v centrech jsou pak zárukou bezpečnosti této léčby.

Nezodpovězenou otázkou zůstává, zda je výhodné z výše uvedených důvodů mít celkem 23 center pro BL, která nutně musejí mít rozdílné zkušenosti a nepochybně také kvalitu poskytované péče, a zda menší počet center se špičkovou erudi-
 cií a přísnými pravidly jejich odborného fungování by celý systém centrové péče ještě více zefektivnilo.

Jinou možností je určitá „stratifikace“ center biologické léčby podle objemu léčených pacientů a kvality poskytované péče s vytvořením několika center (2–3), která by měla charakter „center for excellence“ a poskytovala by relevantní data s ohledem na efektivitu, farmakoekonomiku a bezpečnost léčby. Získané údaje by byly přínosem pro ostatní poskytovatele péče, ale především pro pláče zdravotní péče.

Jak je tato léčba hrazena a jak se bude její úhrada vyvíjet?

V roce 2010 mělo být ve 23 centrech v ČR léčeno celkem 1500 nemocných s Crohnovou chorobou a ulcerózní kolitidou. Z tohoto počtu se mělo jednat o 1000 pojištěnců VZP a 500 pojištěnců menších pojišťoven. Vzhledem k narůstajícím po-

třebám byl však počet pacientů zařazených na biologickou terapii ve všech centrech překročen, na některých pracovištích dokonce velmi významně – až o 20 %.

Jaké jsou důvody pro navyšování počtu IBD pacientů na biologickou léčbu? Důvody jsou komplexní povahy, zahrnují především medicínské aspekty, ale také významně větší informovanost lékařů a pacientů. Rozšiřování indikací k zahájení biologické léčby, posunutí biologické léčby z třetí

Nezodpovězenou otázkou zůstává, (...) zda menší počet center se špičkovou erudiicí a přísnými pravidly jejich odborného fungování by celý systém centrové péče ještě více zefektivnilo.

terapeutické linie do druhé a ve výjimečných případech až do první. V zemích z á p a d n í E v r o p y

(Francie, Nizozemsko, Belgie) je „proliferace“ IBD populace kolem 20–25 %. Lze předpokládat, že vzhledem k podobnému výskytu a průběhu obou chorob v naší IBD populaci je potenciální potřeba této léčby velmi podobná. Prevalence IBD je v ČR 220–250 na 100 000 obyvatel. Z celkového počtu (22 000–25 000) nemocných v naší populaci a podobné potřebě biologik (15–20 %) můžeme odhadovat, že „ideální“ počet se bude pohybovat mezi 3500 a 4000 pacientů. V současné době je léčeno cca 1200 nemocných s CN a 600 pacientů s UC, tj. cca 7 % všech IBD pacientů, z toho 12 % pacientů s CN a 4 % pacientů s UC. Situace je v tomto ohledu stejná jako na Slovensku, kde biologiky je léčeno cca 4 % s UC a 15 % pacientů s CN.

Jak je tato léčba hrazena a jak se bude její úhrada vyvíjet?

Cena na jeden rok léčby se pohybuje kolem 400 000 Kč. Je opodstatněné očekávat, že v dalších letech bude docházet k postupnému snižování finančních nákladů na jeden paciento-rok léčby, zvláště budou-li do klinické praxe zavedeny generické preparáty. Správná klinická praxe, racionálně vedená farmakoterapie biologické léčby a praxe minimalizující polypragmasii by měly vést k ušetření finančních prostředků především za současně podávanou, nicméně neefektivní léčbu. Založení a vedení registrů pacientů na biologické terapii, prospektivně vyhodnocovaná data klinické efektivity, nežádoucích účinků a farmako-ekonomiky musejí být nutnou součástí při stanovení další strategie biologické léčby u IBD pacientů.

Předpokládám, že počet nemocných na biologické terapii dosáhl v současné době cca poloviny, resp. dvou třetin všech, kteří ji aktuálně potřebují. Je možné dosáhnout určitého rovnovážného stavu v objemu pacientů, nebo se roztočí spirála setrvalého navyšování objemu pacientů? Myslím si, že tato obava není opodstatněná. Po dosažení potřebného počtu nemocných, jejichž zdravotní stav vyžaduje podání biologik (cca dvojnásobný počet aktuálně léčených nemocných ke konci roku 2010), bude možné předpokládat setrvalý stav, protože cca 30 % pacientů původně odpovídajících na biologika ztrácí postupně klinickou efektivitu a léčba u nich musí být ukončena. Navíc u 20 % pacientů platí, že díky BL dosáhnou dlouhodobé remise a další aplikace biologik bude ukončena.

Je potřeba něco měnit? Pokud ano, jak?

Změny budou nutné na všech úrovních, které se na terapii biologiky přímo anebo nepřímo podílejí. Ze strany odborné společnosti a poskytovatelů péče (gastroenterologové v centrech) by bylo žádoucí vytvoření jasných kritérií pro statut centra, které zajistí vysokou efektivitu a bezpečnost podávané terapie, event. vytvoření speciálních (referenčních) středisek „center for excellence“ pro biologickou léčbu. Referenční centra by měla být odpovědná za poskytování relevantních, prospektivně získávaných dat s ohledem na efektivitu, bezpečnost a farmakoekonomické ukazatele pro odbornou společnost, plátce zdravotní péče a regulační orgány.

Plátci zdravotní péče musejí očekávat trvalý tlak na nárůst objemu finančních prostředků, a jejich rozhodnutí by proto měla být založena na relevantních a prospektivních údajích, ke kterým

Předpokládám, že počet nemocných na biologické terapii dosáhl v současné době cca poloviny, resp. dvou třetin všech, kteří ji aktuálně potřebují.

mohou významně přispět také registry pacientů na biologické léčbě, jejichž založení a vedení by měli plátci zdravotní péče podpořit a rovněž se na nich spolupodílet.

Regulační orgány by si měly být vědomy toho, že zatím nedošlo k dosažení „rovnovážného stavu“ v objemu IBD pacientů zařazených k biologické léčbě, a s tímto výhledem pracovat s úhradami podstatně levnější, avšak méně efektivní terapie.

Výsledkem všech těchto snah by mělo být navýšení finančních prostředků pro IBD pacienty, jejichž nepříznivý klinický stav vyžaduje zavedení této terapie, tak aby počet léčených IBD pacientů v ČR byl proporcionální k ostatním vyvinutým zemím Evropy.

Mgr. Filip Vrubel
ředitel, Odbor farmacie MZ ČR

Specifika tzv. centrových léčiv v rámci lékové politiky státu

Jednou z nejpálčivějších otázek současné vysoce nákladné péče jsou úhrady tzv. centrových léčiv, neboli léčivých přípravků, jejichž úhrada je vázána předepsáním ve specializovaných centrech. V posledních letech, především v souvislosti se změnou regulace cen a úhrad léčiv od r. 2008 se zaměřením na léky pro ambulantní péči a s rozvolněním regulace léčiv při poskytování ústavní péče, náklady na tato léčiva strmě stoupají. Je však otázkou, nakolik je toto skutečně špatný jev svědčící o nehospodárnosti.

Jsou-li diskutovány náklady systému veřejného zdravotního pojištění na léky, zvykli jsme si nárůsty či poklesy těchto nákladů přičítat větší či menší míře kontroly a regulace ze strany státu a zdravotních pojišťoven. Tento přístup je vesměs aplikovatelný na léky vydávané na recept. Avšak na centrové léky takto zjednodušeně nazírat nelze.

Již za ministra Julínka byly některé nepopulární kroky v rámci reformy lékové politiky odůvodňovány právě s poukazem na to, že úspory systému veřejného zdravotního pojištění a vyšší spoluúčast pacientů u některých typů léčiv na recept (ve spojení se zavedením regulačních poplatků) povedou k přesunutí prostředků do nákladné péče, pro vážně nemocné pacienty a na inovativní, drahé léky. Reforma lékové politiky současné vlády je těmito motivy vedena taktéž. Pokud zdravotní pojišťovny budou moci utrácet méně za léky na recept např. tím, že z úhrad budou vyřazeny levné léky, léky podpůrné a doplňkové apod., pak mohou podpořit rozvoj vysoce nákladné a specializované péče, včetně úhrad léčiv poskytovaných v rámci této péče.

Nárůst nákladů na centrové léky za posledních několik let je bezesporu důsledkem této politiky. Nelze tedy říci, že náklady na centrové léky jsou důsledkem špatné regulace ze strany státu a zdravotních pojišťoven, důsledkem nedokončení revize

úhrad prováděné Státním ústavem pro kontrolu léčiv či špatně nastavenými legislativními pravidly pro tvorbu cen a úhrad těchto druhů léčiv. Tyto vlivy sice nemůžeme vyloučit, neboť lze předpokládat, že současná podoba systému do určité míry přispěla k tak vysokému účtu zdravotních pojišťoven za centrové léky, nicméně zásadnější vliv má dle mého názoru právě změna v politice podpory specializované zdravotní péče.

V posledních letech prokazatelně roste počet pacientů léčených ve sledovaných diagnostických skupinách, jejichž léčba je svěřena do specializovaných center. U některých diagnóz došlo k mnohonásobnému nárůstu nákladů právě v kontextu zvyšujícího se počtu pacientů, kterým je poskytována tato nákladná léčba. Některé příklady uvádí sama VZP ČR, která v poměru k ostatním zdravotním pojišťovnám má nejvíce pacientů vyžadujících nákladnou specializovanou péči – dnes jich eviduje přes 40 tisíc. Jedním z příkladů je zvyšující se počet uhrazených tzv. biologických léčivých přípravků používaných v revmatologii a rovněž k léčbě Crohnovy choroby a těžké psoriázy – v roce 2005, před vznikem center, se jimi léčilo 400 pacientů a jejich léčba stála 80 milionů korun, na konci roku 2009 to bylo už 3 100 pacientů a na jejich léčbu VZP vydala 850 milionů korun.

Budoucnost regulace centrové péče se bude nejspíše ubírat dvěma směry – na straně jedné zdokonalením úhradových mechanismů (a to především úhrady léčiv), na straně druhé standardizací této péče a zavedením jasných pravidel fungování specializovaných center.

Problémem rozvoje centrové péče je především fakt, že centra dosud nejsou nikde zcela jednoznačně právně zakotvena. Nepřímo jejich existenci předpokládá § 15 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, neboť počítá s tím, že mohou existovat léky, jejichž předepsání je



Filip Vrubel

vázáno na specializovaná centra. Nicméně definice center jako takových chybí. Tato situace nahrává některým dalším problémům, které s nejasným postavením souvisejí. Jedním z nich je jistá dualita chápání center v kontextu regulace zdravotní péče. Existují specializovaná centra, která vyhledává ministerstvo zdravotnictví, a vedle toho specializovaná

Budoucnost regulace centrové péče se bude nejspíše ubírat dvěma směry – na straně jedné zdokonalením úhradových mechanismů (a to především úhrady léčiv), na straně druhé standardizací této péče a zavedením jasných pravidel fungování specializovaných center.

těmito dvěma typy center vyjasněn není. Řešení této situace může spočívat v dalších etapách reformy zdravotnictví, v rámci které by prostřednictvím zákona o zdravotních službách měla být sjednocena politika specializovaných center, jejich tvorby a kontroly nad nimi.

Náklady na centrové léky jsou primárně v rukou zdravotních pojišťoven. Ty nasmlouvávají rozsah poskytované zdravotní péče s jednotlivými specializovanými centry, u kterých do značné míry ovlivňují i to, jak centrum bude vypadat a jaké speciality potřebuje. V rámci pojistných plánů předem deklarují odhadovaný nárůst nákladů na centrovou péči, kterého se drží ve smluvní politice s centry. Například pro rok 2011 všechny zdravotní pojišťovny dohromady předpokládají nárůst nákladů na centrové léky o 6 %, zatímco u léčiv na recept se předpokládá pokles o 4 %.

Podpůrná regulace nákladů pak spočívá ve stanovení výše a podmínek úhrady léčiv kvalifiko-

vaných jako centrové léky, kterou provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv. Nicméně i na tomto poli je stále několik nedořešených problémů.

Státní ústav pro kontrolu léčiv ve správním řízení stanovuje úhrady lékům při poskytování ambulantní zdravotní péče. Naopak nemá kompetenci stanovovat úhrady při poskytování ústavní péče. V situaci, kdy mnoho léčiv má své místo v obou typech péče – a centrových léčiv se to týká dvojnásob, si neumí stávající systém poradit. Pokud totiž daný centrový lék nakonec bude vyhodnocen jako použitelný i při poskytování ambulantní péče a SÚKL mu úhradu stanoví v konkrétní výši a s konkrétními indikačními podmínkami, je toto rozhodnutí platné právě pro ambulantní složku péče a za jistých okolností si lze představit, že v lůžkové složce péče bude hrazeno jinak – nejen v odlišných indikacích, ale dokonce i v odlišné výši (viz zákonný požadavek hradit při poskytování ústavní péče léčivé přípravky plně, v provedení nejméně ekonomicky náročném – § 15 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.).

Zákon o cenách a úhradách léčiv, který ministerstvo plánuje do roka vypracovat, by měl zahrnovat řešení tohoto a dalších problémů, kterých je v systému regulace cen a úhrad léčiv bohužel stále dost. Jisté totiž je, že ačkoliv se v regulaci úhrad léčiv vydávaných na recept blížíme hranici optimálního nastavení systému, budoucnost lékové politiky spočívá právě v regulaci centrových léčiv, resp. léčiv při poskytování ústavní péče obecně a v racionalizaci preskripce.

Pro rok 2011 všechny zdravotní pojišťovny dohromady předpokládají nárůst nákladů na centrové léky o 6 %, zatímco u léčiv na recept se předpokládá pokles o 4 %.



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jste spokojen/a se systémem centrové péče v ČR?
2. Existuje ke stávajícímu systému nějaká alternativa?
3. Co byste na současném systému změnil/a?



*Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D.
generální ředitel ZP MV ČR
a prezident SZP ČR*

odpovědi Jaromíra Gajdáčka:

1. Ano, myslím, že centralizace superspecializované péče je cesta správným směrem. Vyřešit ovšem musíme současné tempo růstu nákladů, kdy v posledních dvou letech náklady vzrostly například u onkocenter o 63 %, a u biologické léčby dokonce až o 90 %. S tím souvisí i výrazný růst nákladů na terapii jednoho pacienta. Toto tempo není možné dlouhodobě udržet.

2. Nehledejme alternativu, když jsme již řekli, že centralizace superspecializované péče je cesta správným směrem. V rámci určité regulace je však nutný zásah ministerstva zdravotnictví, které musí ve vyhlášce o úhradách stanovit podmínky tak, aby nedocházelo k neúměrným nárůstům nákladů.

3. Myslím, že je nutný aktivní přístup center k používání gene-

rik a biosimilars, jež mohou vést k nutným úsporám nákladů při zachování dosavadních terapeutických postupů. Pokud se nám podaří uspořít finanční prostředky, budeme je moci využít pro více pacientů.

Zdravotní pojišťovny budou prosazovat účelnou farmakoterapii zavedením pozitivních listů, které v průběhu tohoto roku připraví.

Jsmo si vědomi, že nelze zohledňovat pouze ekonomickou stránku, ale stejně tak není možné prosazovat pouze nejmodernější a nákladné postupy bez ohledu na jejich cenu. V této citlivé otázce je nutné dosáhnout vzájemné dohody a nalézt variantu, která bude nejvhodnější pro pacienta a zároveň bude respektovat farmakoekonomické hledisko. S tím souvisí i nutnost vyhodnocování výsledků léčby a případné stanovení kritérií, kdy terapie už není pro pacienta účelná.

odpovědi Jany Skoupé:

1. Jsem chválabohu v situaci, že jsem já ani má blízku dosud pěči „centra se speciální smlouvou“ nepotřebovali. Proto nemohu říci, zda osobně jsem či nejsem spokojena. Obecně se však domnívám, že koncentrace vysoce specializované a nákladné péče do center je nezbytná. Děláme-li něco výhradně a specializujeme-li se na určitý typ péče, musíme ji nutně dělat lépe než jiné pracoviště, které takový typ pacientů vidí jen ojedinele. Vždyť celá medicína je o specializaci a tento trend bude asi i v budoucnosti pokračovat.



*MUDr. Jana Skoupá,
farmakoekonomka*

Je možné, že koncentrace určité vysoce nákladné terapie je ze strany plátců vedena do určité míry i snahou o „omezení“ (v dobrém slova smyslu) péče pro ty nemocné, kteří ji nejvíce potřebují. Na tom nevidím nic špatného. Není přece cílem, aby pacient při prvním nespecifickém příznaku běžel do specializovaného centra a vyžadoval péči. Druhou otázkou je obecné povědomí (ze strany lékařů i pacientů) o určité chorobě. Tady vidíme, že určité skupiny (specialistů i patientské organizace) pracují lépe než jiné. Jedná se ale o určitou kompetici, která je správná při absenci priorit ze strany rozhodovatelů (např. ministerstva).

2. Alternativa existuje vždy, ale pokud se bavíme o alternativách pracujících s maximálním využitím zdrojů, potom asi alternativa k centrům neexistuje. Neustále se bavíme o terapii a nákladech na

ni, ale není to přece jen o terapii. V centrech je poskytována i vysoce specializovaná diagnostika, nedostupná (z hlediska materiálního i finančního) v běžné praxi. Můžeme předpokládat, že terapie určitých onemocnění se bude stále více přizpůsobovat specifickým parametrům jednotlivých pacientů. Bez koncentrace těchto metod, ale i specialistů do center nelze v dnešní době pracovat efektivně.

Často zapomínáme na řadu „neviditelných“ členů týmů v centrech – fyzioterapeutů, psychologů a dalších. Vždyť právě oni řeší s pacienty řadu otázek specifických pro dané onemocnění. Byla by velká chyba nesoustředit tyto nenahraditelné členy, s jejich nesmírnou zkušeností a pochopením, do center.

Takže shrnuto – vhodná alternativa není.

3. Asi svou odpověď naštvu spoustu lékařů v centrech, ale domnívám se, že nedílnou součástí poskytování péče v superspecializovaných centrech je dokládání výsledků a úspěšnosti terapie. S výjimkou několika málo příkladů mi chybějí ukazatele efektivity, včetně komparativní efektivity. Lékaři v centrech si nesmějí myslet, že centrová péče je rovnítkem pro vysoce kvalitní péči, bez potřeby zlepšování. Jen když budeme porovnávat náklady a výsledky v jednotlivých centrech a diskutovat o nich, posuneme se dále v tom nejdůležitějším parametru pro pacienty – efektivitě a úspěšnosti terapie. Taková srovnání mi dosud chybějí, a pokud je nezahájíme, nemyslím si, že se posuneme dále. Diskuse by ale měla být vedena konsensuálně, nikoliv konfrontačně. Komparativně „horší“ efektivita v jednom centru by v prvním kroku neměla být spojena s penalizací centra, ale měla by zahrnovat akční plán podle individuálních potřeb cen-

tra. Až následně, pokud nedojde ke změně, mohou (a měly by) následovat represivní mechanismy.



*MUDr. Karel Filip
ředitel, FTN Praha*

odpovědi Karla Filipa:

1. Ano i ne. Koncentrace specializované a vysoce nákladné péče do větších center je nepochybně žádoucí a probíhá ve všech vyspělých zemích. Ze zahraničních zkušeností vyplývá, že péče v centrech s velkým počtem léčených pacientů je kvalitnější než v centrech, která léčí pacientů málo. Jednoznačně pozitivní je i vybavení českých center přístrojovou technikou (onkologie, traumatologie, kardiologie a kardiochirurgie, cerebrovaskulární centra) z prostředků Evropské unie. Další vývoj ukáže, zda geografické rozložení center, jejich počet a kapacita odpovídají skutečným potřebám.

Negativem je fakt, že přesunu pacientů do těchto center neodpovídají úhrady od zdravotních pojišťoven. Specializovaným centřům se zvýšily náklady, avšak platby zdravotních pojišťoven zůstávají stejné, resp. v letošním roce se snižují na 98 % úhrad z roku 2009. Největší problém je

v úhradách tzv. centrových léků. Jde většinou o velmi drahé biologické preparáty, které dramaticky zlepšují průběh mnoha chorob (zhoubné nádory, roztroušená skleróza, revmatoidní artritida, M. Bechtěrev, psoriatická artritida, nespecifické střevní záněty atd.). Kritéria pro indikaci těchto preparátů jsou vzhledem k ceně a nežádoucím účinkům velmi jasně definována. Proti snaze zdravotních pojišťoven stanovit limity pro tuto léčbu stojí fakt, že indikovaných nemocných stále přibývá, zejména v onkologii.

2. Nemyslím, že je nutné hledat alternativu, systém je třeba kultivovat, a to jak po stránce kvantitativní, tak kvalitativní. Musíme umět odpovědět na otázky: máme center málo, nebo dost? Je distribuce pacientů rovnoměrná? Nejsou některá centra přetěžována a naopak? Splnila všechna centra personální a kvalifikační požadavky? Jaké jsou výsledky léčby v jednotlivých centrech?

3. Jednoznačně systém úhrad od zdravotních pojišťoven. Přenesení veškeré zodpovědnosti na nemocnice, v jejichž rámci centra působí, je příliš jednoduchým a alibistickým řešením. Proč má dilema mezi stoupajícími náklady na léčbu v centrech a dostupnými finančními prostředky řešit nemocnice, resp. lékař? Jestliže je tato péče hrazena ze zdravotního pojištění v plném rozsahu, lékař ani nemocnice ji nesmějí pacientovi odmítnout, nechť jí-li riskovat obvinění z non-lege artis postupu. Pokud chtějí pojišťovny stoupající náklady na tuto léčbu limitovat, nechť tak činí systémově – např. centrálním nákupem biologických léků za nižší ceny, zpřísněním indikačních kritérií apod. Nemůže a nesmí být povinností nemocnice, potažmo lékaře, aby sděloval nemocnému, že sice

máme k dispozici účinnou léčbu, ale nemůžeme ji poskytnout, protože bychom překročili limit stanovený zdravotní pojišťovnou.



*Zdena Potůčková,
předsdkyně sdružení Crokus*

odpovědi Zdeny Potůčkové:

1. Protože otázka zněla, zda jsem spokojena s centrovou péčí v ČR, stačilo by zřejmě odpovědět:

- A) ANO, jsem spokojena.
- B) NE, nejsem spokojena.

Ale co když budu tvrdit, že obě odpovědi na položenou otázku platí a že jsou pravdivé?

Budu se vyjadřovat pouze za sebe. Sama mám zkušenosti s péčí v jednom z center léčby a na úroveň a kvalitu péče poskytovanou mému synovi si nemohu stěžovat. Resp. mohu jenom chválit. A to o to objektivněji, že jsem byla původní profesí zdravotní sestra.

Musím vyzdvihnout chování všech zaměstnanců centra.

Příznivý dojem vyvolává již samotná recepce při vstupu do centra. Klidná a tichá atmosféra navozuje pocit bezpečí a důvěru v profesionalitu těch, jimž svěrujeme to nejcennější, tedy naše děti a „jejich zdraví“, ale i sebe

a „naše zdraví“. Výstižnější je termín „jejich nemoci a naše nemoci“. To vše tedy vyjadřuji alternativní odpovědí za A).

Proč tedy ta druhá alternativa? Tou vyjadřuji jen názor, že centra jsou značně daleko od hraničních oblastí, že je nutné dlouho cestovat, podat premedikaci a po aplikované léčbě se zase vracet zpět.

Jsou zde tedy hned tři záporné momenty: 1) čas, 2) únava, 3) peníze. Samozřejmě, že každý vynaložíme vše, co je v našich silách a možnostech pro naše nemocné dítě, ale? Proč by nemohla být centra blíže pacientům?

Je jisté, že hlavním argumentem pro zřízení (záměrně nemluvíme o výstavbě nového centra) jakéhokoliv zdravotnického zařízení je jeho využitelnost a rentabilita. Na to jsou ovšem jiní odborníci, kteří dokážou vše propočítat. To není otázka pro mě, ačkoliv si myslím, že by tento průzkum dopadl kladně, ve smyslu využitelnosti i rentability. Pacientů v centrech totiž stále přibývá.

Já se však vyjadřuji za matku, která tento proces absolvuje jedenkrát za dva měsíce, v případě zhoršení stavu dítěte i častěji. A zvládáme to. Jiná alternativa prozatím v ČR není.

2. Na druhou otázku, zda existuje alternativní řešení – předpokládám, že je to myšleno výhledově – lze s určitostí říci, že ano. Jde o to, jak se nastaví různé vyhlášky a nařízení. Víím, že již v roce 2000 jsem chtěla psát na MZ a stěžovat si, že moje umírající maminka byla přeložena do okresního města, kam jsem za ní se třemi dětmi již nemohla tak často jezdit, jako když byla jen 8 km od našeho bydliště.

Ale zřejmě bych nic nezměnila. Lékaři mi vysvětlili, že onkologická léčba se může podávat jen na onkologickém oddělení, že

„obyčejné nemocnice“ na onkologické léky nedostanou peníze (?). Nevím, jak je to dnes. Ale již tenkrát jsem si říkala, že je přece jedno, jestli ZP zaplatí léčbu v téhle nebo v oné nemocnici. Chápala bych situaci, kdyby šlo o infekční chorobu, ale jinak?

Takže k centrům. Myslím si, že zdravotnických zařízení, která nejsou dostatečně využita, máme dost (neznám statistiky a možná by se mnou někdo polemizoval, nevím). Nicméně jsem přesvědčena, že by mohla být alespoň v krajských, ev. v okresních městech ambulance u nemocnic, kde by se mohla ambulantní léčba – dosud aplikovaná v centrech – také poskytovat, za předpokladu, že bude právně ošetřena situace, ve které by došlo k případné komplikaci po aplikaci léků – infuzi a že by pacientovi byla poskytnuta péče v dané nemocnici. Pro pacienta by tato služba byla určitě přínosem.

Nicméně nevím, zda by mně i dnes, tak jako v r. 2000, lékaři nevsvětlili, že taková ambulance nedostane tyto léky od ZP proplacené. Je to však alternativa směřující k opravdové dostupnosti léčby pro všechny pacienty.

3. Třetí otázku jsem již vlastně zodpověděla. Ale ještě připomenou, že mou důležitou podmínkou takto vzniklých ambulancí by bylo zachování úrovně péče poskytované v centrech. Jak kvality léků samotných, tak i profesionálního přístupu lékařů a diplomovaných sester.

odpovědi Jana Švihovce:

1. Centra specializovaná pro určité onemocnění nebo pro určité výkony nepředstavují nový princip. V minulosti vznikala přirozená „centra“, kdy určití specialisté nebo celá oddělení (klíniky) získali hlubší znalosti a případně se věnovali i výzkumu

v jednotlivých oblastech medicíny a získali věhlas, který se rozšířil, a kolegové posílali své pacienty na tato „centra“, kde byla zajištěna vysoce odborná péče. Na prvním místě tedy byla odbornost a péče o pacienta, a teprve postupně se zlepšovalo i technické vybavení těchto oddělení.



prof. MUDr. Jan Švihovec, DrSc.
přednosta, Farmakologický
ústav 2. LF UK

V principu jsem hluboce přesvědčen o výhodnosti „centrové“ péče pro speciální onemocnění, zejména s nízkou frekvencí výskytu. Jsem tedy spokojen, že centra vznikají a zprávy o odborné úrovni center jsou uspokojivé. Bohužel vznik různých center, která jsou zahrnuta do podmínek úhrady, nemusí vždy odpovídat odborným problémům. Také koordinovanost vzniku a vyhlášení center není jednotná. Domnívám se, že by bylo vhodné vytvořit jednotný pohled na centra, sjednotit vyhlášení a principy uzavírání smluv se zdravotními pojišťovnami. Také vyhodnocování kvality péče a výsledků terapie u jednotlivých center není prováděno. Za špatné považuji, že se ve správním řízení rozhodne, že určitý výkon nebo terapie bude

soustředěna do center, a teprve následně se hledá, jaká centra to budou a na jakou smlouvu.

2. Myslím si, že existují jenom alternativy, kdy každý se snaží dělat všechno a nehlídá na výsledky práce a na frekvenci prováděných zákroků – to je ta nejhorší varianta. Další variantou je, že se vytváření center ponechá přirozenému vývoji – to je cesta možná, ale podle mne značně nevhodná zejména pro pacienty.

Alternativou by také mohlo být ponechat tvorbu a organizaci centrové péče plně v rukou zdravotních pojišťoven. Tento model by však musel být provázen jasným dohledem nad celým systémem.

3. Myslím si, že by bylo vhodné nalézt definitivní jednotný systém pro vyhlášení center. Mám na mysli systém, ve kterém se definuje, že určitá centra jsou zapotřebí, o jaké počty výkonů, nebo obecně pacientů se jedná, kolik center je tedy potřeba, jakými specialisty mají být centra obsazena a následně také definování, jaké materiální vybavení center je nezbytné.

V těchto fázích je spolupráce s odbornými společnostmi nezbytná, protože disponují dostatečným počtem odborníků pro vyhodnocení situace. Dalším krokem musí být prověření navrhovaných center, zda jsou schopna péči poskytovat, případně jaká opatření bude nutno provést, aby bylo možno pracoviště zařadit mezi centra. V této fázi bych považoval za nutné provést malou studii ufinancovatelnosti celého systému nově vznikajících center, která odhalí finanční náročnost zřízení i udržování provozu center. Tady musí být jasná role zdravotních pojišťoven, jejich pravomocí a naopak i povinností.

Teprve pak by následovalo vyhlášení center (na limitovanou dobu), zajištění kontroly kvality

poskytované péče v těchto centrech a minimálně vyhlášením metodických postupů (pokud se v budoucnu nedočkáme vyhlášení standardů čili ufinancovatelných metodických postupů) pro zajištění péče.

Vypadá to jako velká administrativa, ale domnívám se, že může být zjednodušena, tak aby od záměru v průběhu několika měsíců bylo vše připraveno pro vyhlášení center. Při současném správním řízení o úhradách léčiv se jedná o odpovídající časové rozmezí.

Ovšem za naprosto zásadních bych v této fázi považoval vyjasnit, kdo se systémem „center“ bude zabývat a kdo je bude vyhlášovat. Bude to stát, prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, nebo bude významně posílena pravomoc pojišťoven, protože již v současné době výsledné smlouvy vytvářejí ony, nebo se centra decentralizují a budou je vyhlášovat i případně regiony, nebo po splnění podmínek se vyhlásí Centrum samo?

Takže závěrem – pro další osud center je zapotřebí vyjasnit, jaká centra budou (jeden systém, nebo několik), kdo je bude vyhlášovat a řídit (zda vůbec), případně kontrolovat kvalitu a vypracovat systém jejich udržování, vyhodnocování a doplňování.

odpovědi Jindřicha Grafy:

1. Systém specializovaných center, který začal vznikat ještě z podnětu kategorizační komise v r. 2006, představuje významný pokrok vůči předchozí praxi, kdy použití velmi nákladných léků bylo podmíněno pouze specializací předepisujícího lékaře. Přednosti systému jsou známy a nemá smysl je opakovat. Neustále je nutno sledovat dva aspekty:

a) používání pouze těch „moderních“ nákladných léků, jejichž prokázaná účinnost odpovídá

nákladům léčby. Zdaleka ne každý nový lék je nákladově efektivní (viz příklady ze zahraničí, zejména Anglie). Problémem je, že Česko nemá nastavena kritéria, která by umožnila ve správním řízení lék označit jako nákladově neefektivní, a tudíž jej nezařadit mezi léky hrazené z veřejného pojištění;

b) nákup těchto léků za optimálních podmínek (nejraději centrální nákup sjednaný přímo s výrobcem).

2. Zásadně odlišnou alternativu nevidím. Optimální řešení je nutno hledat v řadě možných variant současného systému (viz bod 3).



*Ing. Jindřich Graf,
farmakoekonom, ČLK*

3. Direktivně bych neměnil zatím nic. Vyvolal bych komplexní debatu k těmto otázkám:

- přidělit centru finanční limit a výběr pacientů ponechat na jeho rozhodnutí?
- stanovit centru detailní indikační kritéria pro léčbu pacientů, a to společně s finančním limitem, či hradit neomezený počet pacientů splňujících daná kritéria?
- stanovit centru finanční limit na léčbu jednoho pacienta či průměrem za všechny pacienty?

**MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., farmakoekonom,
Institut pro zdravotní ekonomiku a technology assessment (iHETA)**

Biologická léčba – co od ní můžeme očekávat?

Moderní cílená léčba chronických progresivních onemocnění, která je často zjednodušeně nazývána „biologická“, protože je vyráběna biotechnologickými postupy, změnila v posledních letech kvalitu léčby v několika diagnózách. Velmi viditelné je to v revmatologii, dermatologii, gastroenterologii nebo neurologii. Jedná se o terapii s výrazně vyššími náklady než předchozí generace (tzv. léčbu modifikující léčiva), ale zároveň řádově kvalitnější a účinnější. V České republice je tato léčba dostupná pro velmi omezený počet pacientů ve srovnání s vyspělými zeměmi, přestože současné úhrady těchto léčiv patří prakticky k nejnižším v Evropě. Stojíme před otázkou, zda si můžeme dovolit poskytnout tuto léčbu většímu počtu pacientů v časnějším stadiu onemocnění, ve kterých může mít největší přínos pro pacienta, ale také celou společnost. Musíme se ptát, zda se jedná o výhodnou investici z pohledu pacienta, jeho okolí, zdravotního systému a celé společnosti. Jinými slovy měli bychom aplikovat postupy Health Technology Assessment (HTA), které na tyto otázky poskytují objektivní odpovědi.

Vedle nesporného faktu, že tato moderní cílená léčba zásadním způsobem zlepšuje kvalitu života pacientů a zmírňuje jejich utrpení, má rovněž prokazatelně příznivé ekonomické dopady na zdravotní a sociální systém. Vedle zahraničních dnes již také česká data ukazují, že nasazení biologické léčby významně snižuje potřebu hospitalizací pacientů s těžkými formami psoriázy a revmatoidní artritidy. Zatímco před nasazením biologické léčby bylo hospitalizováno téměř 18 % pacientů s těžkou psoriázou, po zahájení terapie toto procento pokleslo na 4 %. Jinými slovy zvýšené náklady na farmakoterapii dokážou šetřit prostředky v jiných kapitolách zdravotní péče. Zahraniční farmakoekonomické studie také ukazují, že chronická zánětlivá onemocnění vedou k předčasné invaliditě a ztrátě pracovní produktivity. Například pacienti s revmatoidní artritidou jsou po 10 letech od diagnózy v téměř 50 % práce neschopní. V České republice provedená analýza pracovní produktivity pacientů s revmatoidní artritidou naznačuje, že tato léčba je schopna udržet pacienty v pracovním procesu produktivní a soběstačné. V průřezové analýze pacientů s revmatoidní artritidou na biologické léčbě, jejichž průměrná doba trvání onemocnění byla 13 let, se ukázalo, že více než 80 % pacientů je stále v pracovním procesu!

Z výše uvedených důvodů bychom neměli posuzovat moderní biologickou léčbu jen pohledem nákladů na léky. Zároveň bychom měli být schopni analyzovat veškeré její benefity a identifikovat skupinu pacientů s největším potenciálním přínosem z léčby. A v neposlední řadě je třeba si uvědomit, že tato léčba je schopna šetřit v jiných kapitolách zdravotního rozpočtu a zachovat ekonomickou aktivitu a soběstačnost nemocných.



Tomáš Doležal

**Mgr. Vendula Mrázková, LL.M., advokátní koncipientka,
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti, Praha**

Přeshraniční péče v rámci Evropské unie

Mnozí z nás občas vyrazí za dobrodružstvím, studiem či za prací do nějakého cizího státu. Ačkoli členské státy Evropské unie neposkytují tolik dobrodružství jako vzdálenější exotické destinace, velká část českých turistů vyrazí každoročně na dovolenou právě do těchto zemí. K nim se přidávají ještě někteří čeští studenti či pracovníci. Velká část těchto osob přežije pobyt v těchto státech bez úhony na zdraví. V některých případech je ale potřeba vyhledat lékařskou pomoc, a někdy je nutná i hospitalizace. Jak je v těchto případech lékařská péče poskytována? Jaká je její dostupnost? Je možné vycestovat do členského státu Evropské unie pouze za účelem podstoupení konkrétního lékařského zákroku? Na tyto otázky se pokusíme ve zkratce odpovědět v následujícím textu. Problematika poskytování přeshraniční zdravotní péče v rámci EU je natolik složitá, že detailnější pojednání jde mnohonásobně nad rozsah tohoto článku.

V rámci Evropské unie je poskytování přeshraniční zdravotní péče – tj. poskytování zdravotní péče zdravotnickými zařízeními na území jednoho členského státu pojištěncům členského státu jiného – upraveno několika nařízeními. Zejména se jedná o nařízení Rady (EEC) 1408/71 ze dne 14. června 1971, o aplikaci soustav sociálního zabezpečení na osoby zaměstnané, samostatně výdělečně činné a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství (dále jen „Nařízení 1408/71“), a Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 883/04 ze dne 29. dubna 2004, o koordinaci systému sociálního zabezpečení (dále jen „Nařízení 883/04“).¹ V návaznosti na pravidla uvedená v těchto právních předpisech EU lze rozlišit několik skupin osob, jež mají nárok na zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě Evropské unie. Na úvod je třeba uvést, že pokud se občan České republiky pohybuje v rámci svého aktivního života mezi dvěma či více státy EU, zůstává zdravotně pojištěn pouze v jednom členském státě, zpravidla v tom členském státě, ve kterém pracuje (jako zaměstnanec



nebo osoba samostatně výdělečně činná). Je-li ale český pracovník vyslán svým zaměstnavatelem na území jiného členského státu, aby zde po časově omezenou dobu pracoval, zůstává zdravotně pojištěn v zdravotní pojišťovně v České republice. To stejné platí pro českou osobu samostatně výdělečně činnou, která přechodně poskytuje své služby na území jiného členského státu. Otázka zdravotního pojištění studentů, kteří studují na území jiného členského státu, není ve výše uvedených nařízeních uspokojivě řešena. Obecně je pouze řečeno, že na osobu, která nepracuje, se vztahují právní předpisy členského státu bydliště. Dále je nutno uvést, že nezaopatření rodinní příslušníci občana některého členského státu EU podléhají stejným pravidlům jako tito občané, bez ohledu na stát, ve kterém bydlí.

Můžeme rozlišit následující skupiny osob dle rozsahu jejich nároků na zdravotní péči poskytnutou v jiném členském státě Evropské unie:

1. Čeští pojištěnci, kteří pobývají na území jiného členského státu Evropské unie, resp. Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarska pouze přechodně (např. studenti, turisté, vyslaní pracovníci):

Tyto osoby pak mají nárok na neodkladnou (nutnou) zdravotní péči na účet české zdravotní pojišťovny, která jim bude poskytnuta za stejných podmínek jako pojištěncům daného členského státu. Je potřeba se prokázat Evropským průkazem zdravotního pojištění nebo potvrzením, které jej dočasně nahrazuje. Musejí-li místní pojištěnci uhradit nějakou spoluúčasť za poskytnutou zdravotní péči, vztahuje se tato povinnost i na pojištěnce z jiného členského státu, jemuž je poskytnuta neodkladná péče. Je-li taková péče hrazena v hotovosti českým pojištěncem, může tento po návratu do České republiky požadovat náhradu vynaložených nákladů českou zdravotní pojišťovnou. Náklady budou hrazeny až do výše tarifů platných pro pojištěnce v členském

¹ Vstupem v účinnost Nařízení č. 883/04 došlo ke zrušení Nařízení č. 1408/71, které se však nadále použije zejména ve vztahu k občanům třetích států, kteří legálně pobývají v některém členském státě EU, a k jejich rodinným příslušníkům, a ve vztahu k zemím Evropského hospodářského prostoru (Norsko, Lichtenštejnsko, Island) a Švýcarsku, a to do doby, než budou přijaté nové právní předpisy.

státě, ve kterém byla neodkladná péče poskytnuta. Náklady na spoluúčast však hrazeny nebudou.

2. Pracovníci bydlící v jiném členském státě, než ve kterém jsou zdravotně pojištěni (např. diplomaté či tzv. pendleři):

Tyto osoby mají nárok na plnou zdravotní péči ve státě bydliště dle tamních právních předpisů, i ve státě, ve kterém jsou pojištěni, a to dle právních předpisů členského státu, ve kterém jsou pojištěni. Stejný rozsah zdravotní péče se uplatní pro nezaopatřenou rodinnou příslušníky pracovníka, kteří bydlí v jiném členském státě než pracovník.

3. Čeští důchodci, kteří bydlí v jiném členském státě:

Hlavním principem je, že důchodce je zdravotně pojištěn v tom členském státě, který mu vyplácí penzi. Pokud členský stát, ve kterém důchodce bydlí, není státem vyplácejícím mu důchod, je mu poskytována zdravotní péče na území členského státu, ve kterém bydlí, za stejných podmínek jako místním pojištěncům, i na území členského státu pojištění (a to za stejných podmínek jako tamním pojištěncům). Náklady na zdravotní péči přitom hradí členský stát pojištění. Je-li důchodce oprávněn pobírat penzi z více členských států a jedním z nich je i stát, ve kterém bydlí, bude náklady na péči hradit stát bydliště.

4. Žadatelé o plánovanou péči (tzv. vycestování za zdravotní péči):

Český pojištěnec může požádat svou zdravotní pojišťovnu o souhlas s čerpáním specifické zdravotní péče v jiném členském státě. Souhlas bude udělen, pokud dotyčné léčení patří mezi dávky stanovené právními předpisy v členském státě, kde má dotyčná osoba bydliště (a tedy je zpravidla pojištěna) a kde se jí nemůže dostat takového léčení v lékařsky odůvodnitelné lhůtě, s přihlédnutím k jejímu zdravotnímu stavu a pravděpodobnému průběhu její nemoci. Zdravotní péče bude poskytnuta za podmínek platných pro místní pojištěnce, přičemž hrazena bude do výše ceny v zemi léčení nebo do výše hrazené za stejný zákrok v systému českého zdravotního pojištění.

V souvislosti se žadateli o plánovanou péči je nutno uvést, že Evropský soudní dvůr (dále jen „ESD“) se několikrát zabýval případy, kdy pojištěnec některého

členského státu podstoupil léčení v jiném členském státě bez předchozího povolení příslušné instituce, a po návratu do svého členského státu pojištění požadoval náhradu nákladů vynaložených na takové léčení. ESD zařadil poskytování lékařské péče do kategorie volného pohybu služeb bez nutnosti rozlišovat, zda je daná péče poskytována v nemocničním zařízení či ne. Právní předpisy, které vyžadují existenci předchozího povolení k tomu, aby pojištěnci byly uhrazeny náklady vynaložené za lékařskou péči v jiném členském státě, představují překážku volnému pohybu služeb. Takové omezení může být odůvodněno jen podstatnými důvody obecného zájmu, spočívajícími v zabránění riziku vážného narušení finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení v daném členském státě či zajištění dostupnosti dostatečné a nepřetržité kvalitní nemocniční péče. Na uvedenou judikaturu ESD reagoval i evropský zákonodárce, který nedávno přijal Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011, o uplatňování práv pacientů při přeshraničním poskytování lékařské péče, jejíž pravidla musejí členské státy provést ve svých právních řádech do 25. října 2013. V návaznosti na tuto směrnici si budou moci občané členských států Evropské unie sami vybrat poskytovatele zdravotní péče, což znamená, že budou moci vycestovat za zdravotní péčí do jiného členského státu EU. V případě mimonemocniční zdravotní péče mohou pojištěnci vyhledat takovou péči v jiném členském státě bez předchozího povolení a po návratu do členského státu pojištění vyžádat náhradu vynaložených nákladů.

Systém předchozího povolení může být členskými státy zaveden jen v několika málo případech, např. jde-li o vysoce specializovanou a finančně náročnou zdravotní péči, nebo o nemocenskou zdravotní péči vyžadující alespoň jednodenní hospitalizaci. Zdravotní péče poskytnutá v jiném členském státě bude hrazena nejprve pojištěncem v hotovosti, a poté uhrazena příslušnou zdravotní pojišťovnou do výše nákladů, které by zdravotní pojišťovnou byly uhrazeny, došlo-li by k poskytnutí zdravotní péče v členském státě pojištění. S ohledem na judikaturu ESD i nově přijatou směrnici lze tedy pozorovat příklon k tomu, že zdravotní péče je považována za službu, jež může být volně poskytována v rámci Evropské unie.

