

Řešení ekonomicko-právních aspektů souvisejících s přípravou realizace výsledků projektu – shrnutí za druhé monitorovací období

Vzhledem k tomu, že jedním ze základních cílů projektu je prověření možnosti zlepšení časové dostupnosti záchranné zdravotní služby v příhraničních regionech Moravskoslezského a Žilinského kraje, je nutné respektovat legislativní podmínky, které vymezují pole působnosti projektu. Jednou z nich je maximální dojezdový čas. Tento parametr upravuje v obou státech zákon řešící zdravotnickou záchrannou službu. V České republice jde konkrétně o zákon č. 374/2011 Sb., který v § 5 Dostupnost zdravotnické záchranné služby ukládá povinnost příslušnému kraji zajistit plán pokrytí takovým rozmístěním výjezdových základen, aby výjezdová skupina dorazila na místo události nejpozději do 20 minut od přijetí tísňové výzvy, a to ve všech obydlených místech kraje. Tento limit musí být dodržen s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele; v těchto případech si poskytovatel zdravotnické záchranné služby vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému.

Na Slovensku je dostupnost ZZS upravena v rámci zákona č. 579/2004 Z. z. o záchranné zdravotnej službe, a vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR č. 386/2008 Z. z. Zákon v § 5 zákona stanovuje mezi jinými povinnostmi také zabezpečení provozních podmínek stanice zdravotnické záchranné služby tak, aby výjezd vozidla proběhl nejpozději do 2 minut od přijetí výzvy (čl.1 odst. b) s výjimkou událostí, kde je potřeba zásah v osobních ochranných prostředcích a při ohrožení biologickým faktorem 3. a 4.skupiny (čl. 1 odst. d), kdy je limit výjezdu 10 minut. Maximální dojezdový čas výjezdové skupiny je 15 minut od přijetí výzvy, a to ve většině případů v rámci běžného provozu. Materiál Výstavba a obnova stanic záchranné zdravotní služby – posouzení z hlediska pravidel pro státní pomoc z roku 2021 v části Popis opatření z Plánu obnovy a odolnosti – Komponent 11, Investice 4: Výstavba a obnova stanic zdravotnické záchranné služby uvádí, že „Cieľom reforiem a investícií do akútnej starostlivosti je zvýšiť dostupnosť záchranné zdravotnej služby do 15 minút pre 90 % populácie Slovenska, prioritou bude dojazd k život ohrožujúcim stavom do 8 minút pre 80 % populácie“. Zároveň konstatuje, že „Záchranná zdravotná služba bola v roku 2015 na území Slovenskej republiky dostupná do 15 minút (reakčný čas) pre 75 % populácie krajiny“. Materiál v grafické a tabulkové podobě prezentuje vývoj dojezdového času za období 3 let (2019 – 2021) s následujícími hodnotami: 2019 – 22,33 minut, 2020 22,9 minut a 2021 – 24,16 minut.

Co se týče úpravy pravidel financování přeshraniční spolupráce ZZS, tak základní právní rámec přeshraniční spolupráce ve zdravotnictví tvoří pravidla EU, a to konkrétně Směrnice 2011/24/EU o přeshraniční zdravotní péči a Nařízení (ES) č. 883/2004 o koordinaci sociálního zabezpečení, stručný souhrn včetně navazujících prováděcích dokumentů je uveden v přehledu Zdravotní péče v jiných zemích EU.

Směrnice 2011/24/EU řeší obecně přístup ke zdravotní péči občana v jiném členském státě EU, nejčastější oblastí jejího použití je přístup k plánované zdravotní péči (např. v případech cílené operace v zahraničí kvůli lepší dostupnosti nebo kratším čekacím dobám). Pacient péči uhradí a následně žádá refundaci od své zdravotní pojišťovny v cenách svého domovského státu. V případech plánované hospitalizace nebo využití specializovaného vybavení je třeba předchozího schválení zdravotní pojišťovny.

Nařízení (ES) č. 883/2004 řeší koordinaci sociálního zabezpečení včetně zdravotní péče a vztahuje se i na akutní situace a nutnou péči při dočasném pobytu. Způsob úhrady probíhá cestou přímého vyúčtování mezi státy (s využitím systému EESSI Elektronické výměny informací o sociálním zabezpečení a Evropského průkazu zdravotního pojištění EHIC).

Ekonomické a finanční aspekty přeshraniční spolupráce jsou řešeny v rámcových smlouvách. V zásadě lze konstatovat, že akutní zásahy jsou hrazeny podle pravidel EU (Nařízení č. 883/2004), ostatní zásahy podle ujednání konkrétních dohod (přímá fakturace, paušály, sdílení atd.) – viz například tisková zpráva MZ ČR o uzavření [Rámcové smlouvy mezi ČR a SRN](#). V souladu s tím např. Ujednání o přeshraniční spolupráci zdravotnických záchranných služeb mezi Ministerstvem vnitra svobodného státu Sasko a Karlovarským krajem, Libereckým krajem a Ústeckým krajem z roku 2015 v článku 7 Úhrada nákladů konstatuje „Vzhledem k očekávané reciprocitě pomoci se smluvní strany dohodly na bezplatnosti spolupráce“ s tím, že „Společná pracovní skupina vyhodnotí jedenkrát ročně náklady spojené s přeshraniční spoluprací a v případě nevyváženosti navrhne smluvním stranám příslušná opatření.“ A „Na požádání jedné ze smluvních stran, v návaznosti na zjištěnou nevyváženost nákladů spojených s přeshraniční spoluprací, bude sjednána dodatkem ke smlouvě úhrada zásahu posádky zdravotnické záchranné služby paušální částkou a způsob této úhrady.“

Ostatní náklady na přeshraniční spolupráci mimo přímých zásahů mohou být hrazeny z běžného rozpočtu poskytovatele - viz např. Metodika pro přidělování finančních prostředků na financování nákladů na připravenost poskytovatelů zdravotnické záchranné služby na řešení mimořádných událostí a krizových situací z roku 2021 výslovně uvádí: „Příjemce neinvestičních finančních prostředků může finanční prostředky využít mj. na úhradu: a) výdajů spojených s jazykovými kurzy a součinnostními cvičeními souvisejícími se zabezpečením přeshraniční spolupráce v rámci poskytování ZZS nebo činností složek IZS na základě připravovaných nebo uzavřených mezinárodních dohod o přeshraniční spolupráci; ...“

Dalším finančním zdrojem pro pokrytí nákladů na přeshraniční spolupráci v oblasti ZZS mohou být prostředky EU v rámci následujících programů:

1. Interreg (Evropská územní spolupráce):

- Cíl: Podpora spolupráce mezi regiony sousedních států, včetně zdravotnictví.
- Typy spolupráce: Interreg A – přeshraniční spolupráce (např. Česko–Sasko, Česko–Bavorsko, Česko–Polsko).
- Způsobilé aktivity:
 - Společné zdravotnické projekty (např. sdílené záchranné služby, výměna dat, prevence nemocí).
 - Investice do infrastruktury, vybavení, školení personálu.

- Financování: z Evropského fondu pro regionální rozvoj (EFRR), obvykle s 85% spolufinancováním.
- Podmínky:
 - Projekt musí mít minimálně dva partnery z různých států.
 - Musí být prokazatelný přeshraniční přínos.
 - Povinná registrace v některých případech (např. RPVS – Registr partnerů veřejného sektoru na Slovensku).

2. EU4Health (2021–2027)

- Cíle: Posílení zdravotních systémů a jejich připravenosti na zdravotní krizi, a to prostřednictvím např. podpory integrované a koordinované práce mezi členskými státy...
- Rozpočet: 5,1 miliardy EUR (po revizi 4,4 mld. EUR).
- Zaměření mj.:
 - Přeshraniční zdravotní hrozby.
 - Urychlení digitální transformace.
 - Přístup k léčivům a zdravotnickým prostředkům.
 - Spolupráce mezi zdravotnickými systémy členských států.
- Způsobilí žadatelé: právnické osoby-veřejné instituce, nemocnice, výzkumné organizace, neziskové organizace.
- Výzvy: publikovány každoročně, financování do výše 60 % nákladů, v případech výjimečné prospěšnosti až 80 % nákladů.

V rámci druhého monitorovacího období byly dále definovány varianty řešení přeshraniční spolupráce zdravotnických záchranných služeb (ZZS) mezi Moravskoslezským krajem (MSK) a Žilinským krajem (ŽK) v návaznosti na analýzu současného právního rámce. Právní rámec v obou státech vztahující se k poskytování zdravotnické záchranné služby je s ohledem na problematiku řešenou v projektu zejména definován:

- Primárním zákonem o zdravotnické záchranné službě (ZZS):
 - Česká republika – zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů, definuje ZZS jako veřejnou službu v působnosti krajů, mimo jiné řeší síť výjezdových základen, kompetence operačního střediska; na poskytování ZZS na území kraje se může podílet i poskytovatel ZZS zřízený jiným krajem, a to na základě písemné smlouvy uzavřené s jiným krajem (mezinárodní přesah není řešen). Jednotlivé stanice ZZS zřizují kraje (§ 8 z. č. 374/2011 Sb.), které provozují vlastní výjezdové základny, zdravotnické operační středisko (národní tísňové číslo 155) je jednotné.
 - Slovenská republika – zákon č. 579/2004 Z. z., o záchranné zdravotnej službe a o zmene a doplnení niektorých zákonov, mimo jiné definuje, že ZZS poskytuje neodkladnou zdravotní péči, stanovuje, že zásahovým územím může být i území jiného členského státu EU, pokud jde o neodkladnou přepravu a souhlasí zdravotní pojišťovna (§ 2 odst. 7). Sídla stanic ZZS vymezuje ministerstvo zdravotnictví ve vyhlášce (dle § 8 odst. 1 písm. a z. č. 579/2004 Z. z.), operační středisko zřizuje ministerstvo zdravotnictví (národní tísňové číslo 155) na zásahovém území, což je dle § 2 odst. 6 z. č. 579/2004 Z. z. území Slovenské republiky.
- Související právní úpravou:

- Česká republika – zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 239/2000 Sb. o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Slovenská republika – zákon č. 576/2004 Z. z., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov; zákon č. 129/2002 Z. z., o integrovanom záchrannom systéme.
- Způsobem financování zásahu u cizinců:
 - Česká republika – kryto veřejným zdravotním pojištěním; u přeshraničních zásahů podle příslušné mezinárodní smlouvy (viz § 2 odst. 1 písm. b) bod 7 a 8 z. č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění).
 - Slovenská republika – veřejné zdravotní pojištění; pro zásahy v EU navázáno na schválení poisťovne (§ 2 odst. 7 z. č. 579/2004 Z. z.).

Stávající mezinárodní úprava vztahů mezi ČR a SR v oblasti záchranné zdravotnické služby je shrnuta v první monitorovací zprávě s tím, že právní rámec mezi ČR a SR neobsahuje detailní procedury pro operativní přeshraniční zásah. Čl. 8 odst. 1 Smlouvy č. 48/2001 Sb. m. s. odkazuje na smlouvu z 29. 10. 1992 (zveřejněná ve sbírce mezinárodních smluv pod č. 234/1993), která ale řeší především pravidla při překračování státních hranic.

Obecná komparace s existující příhraniční spoluprací s Německem a s Rakouskem je obsažena v první monitorovací zprávě s tím, že rámcové mezivládní smlouvy mezi Českou republikou a Spolkovou republikou Německo a Českou republikou a Rakouskem nastaví základní právní režim (práva vozidel, profesní uznání, pojištění, odpovědnost) a následné dohody mezi dotčenými regiony (tedy kraj – okres/země) vymezují konkrétní spádová území, jazykové standardy rádiového provozu, postup předávání dat apod. a také detail přesměrování tísňové linky (operační protokoly dispečinků).

Základní charakteristiku navrhovaných možností řešení pro Moravskoslezský a Žilinský kraj v návaznosti na současný právní rámec obou států uvádí tabulka.

Variant	Popis	Výhody / Nevýhody	Nutné kroky
A – „Německý/Rakouský“ model	Nová rámcová smlouva ČR-SR o přeshraniční spolupráci ZZS, na ni naváže dohoda mezi MSK ŽK.	● Prověřená konstrukce. ● Jednoznačné řešení letecké i pozemní ZZS.	● Vyžaduje mezivládní vyjednávání a ratifikaci.
B – Dodatek ke smlouvě zveřejněné pod č. 48/2001 Sb. m. s.	Upravit - Rozšířit čl. 8 o podrobná pravidla, na ni naváže realizační dohoda mezi MSK-ŽK.	● legislativní zásah (změna existující smlouvy).	● Konstrukčně složitější – 48/2001 je smlouva řešící úhrady zdravotní péče. ● vyžaduje mezivládní vyjednávání a ratifikaci.
C – Dodatek ke smlouvě zveřejněné pod č. 234/1993 Sb.	Upravit – rozšířit čl. 18, případně doplnit o přílohu, na ni naváže realizační dohoda mezi MSK a ŽK.	● legislativní zásah (změna existující smlouvy). ● riziko – možnost otevřít další požadavky na úpravu této smlouvy	● Konstrukčně složitější. ● vyžaduje mezivládní vyjednávání a ratifikaci.

Další postup ve věci legislativních záležitostí je možno definovat v následujících bodech:

1. v rámci v projektu zjištěných dat je třeba iniciovat jednání na nejvyšší politické úrovni, podpořenou zjištěnými daty o dojezdových časech a dalších výhodách v případě realizace přeshraniční pomoci v rámci ZZS,
2. navrhnout následně řešení – variantu uvedenou pod A, vzhledem k tomu, že se takové uspořádání již osvědčilo, resp. přenáší osvědčené standardy a umožňuje případné rozšíření na další příhraniční kraje (Trenčínský, Zlínský),
3. zahájit paralelní práce mezi Moravskoslezským krajem a Žilinským krajem, případně se subjekty, které budou v této věci k jednání pověřeny, na prováděcí dohodě, kdy je třeba zejména vytyčit mapu „zásahového koridoru“ s dojezdem ≤ 20 min., případně jiným kritériem), zajistit propojení dispečerských systémů používaných v ČR a SR (NORA × AIS), sjednotit jazykové povely a radiové kanály, připravit společná školení posádek a definovat další podrobnosti spolupráce,
4. iniciovat řešení úhrad za poskytování takové péče, když obecné úhradové mechanismy již existují – viz čl. 3 Smlouvy 48/2001 Sb. m. s., tedy, že náklady nese pojišťovna státu, jehož pacient je ošetřen.

Závěrem je možno konstatovat, že pro možnost realizovat přeshraniční spolupráci spočívající v poskytování zdravotnické záchranné služby mezi krajem Moravskoslezským a Žilinským je nutné přijetí nové mezivládní smlouvy (A) nebo přijetí dodatku ke smlouvě zveřejněné ve sbírce mezinárodních smluv pod č. 48/2001 Sb. m. s. (B) nebo dodatku ke smlouvě mezi ČR a SR o úpravě režimu a o spolupráci na společných státních hranicích (C) a poté v návaznosti na toto ujednání uzavřít mezi příslušnými kraji prováděcí dohodu.

Inspirace modely s Německem a Rakouskem ukazují, že pro operativní přeshraniční výjezdy je nejefektivnější uzavření mezivládní rámcové smlouvy a na ni navazující regionální dohody – tedy varianta uvedená pod písm. A.