

Ukončování úhrady nákladné péče: Rady pro pojištěnce

Zpracoval JUDr. Ondřej Dostál, Platforma zdravotních pojišťovců ČR o.s.

Návod reaguje na stále častější problém, kdy zdravotní pojišťovna provede v nemocnici revizi, posoudí léčbu pacienta jako nepotřebnou či neúčinnou a odmítne nemocnici takovou léčbu uhradit. Následkem toho nemocnice odmítne pacienta nadále takto léčit, protože by ji nedostala uhrazenou a utrpěla by finanční ztrátu. Pacient a jeho lékař se však domnívají, že je léčba potřebná a její ukončení by pacienta poškodilo. Jde zejména o drahé léky, používané v tzv. centrech specializované péče, například pro pacienty s roztroušenou sklerózou, zhoubnými nádory, revmatoidní artritidou, ale i dalšími onemocněními.

1. O nejvhodnější léčbě se pacient především musí dozvědět!

Pacient má právo dozvědět se o všech možnostech léčby, které medicína zná, a o přínosech a rizicích každé z nich. Některé z těchto možností jsou hrazeny ze zdravotního pojištění bez dalšího, u některých lze požadovat mimořádnou úhradu, a některé si pacient musí hradit sám. Pokud se však pacient o některé možnosti vůbec nedozví, nemůže se domáhat jejího poskytnutí či úhrady. Lékař může některé možnosti opomenout z neznalosti; co je však ještě horší, lékař může pod tlakem svých nadřízených zamlčovat informace o hrazené nákladné léčbě, která je pro nemocnici ekonomicky nevýhodná. Pacient proto potřebuje mít lékaře, kterému odborně i lidsky věří. Pokud má pochybnosti, může požádat o druhý názor jiného nezávislého lékaře (právo na konzultační služby dle § 28 zákona 372/2011 Sb.) či v případě nutnosti využít svého práva zvolit si jiného poskytovatele (§ 11 zákona 48/1997 Sb.).

2. Pacient má právo znát důvod, proč mu ukončují či mění léčbu.

Pacient má právo na veškeré informace o své léčbě a navrženém individuálním léčebném postupu (§ 31 zákona 372/2011 Sb.). Pokud tedy lékař navrhuje ukončit podávání konkrétního léčivého přípravku, musí pacientovi sdělit důvod. Jakýkoliv zákrok musí být prováděn výhradně se souhlasem pacienta (§ 28 zákona 372/2011 Sb.), přičemž i podání léku je zákrokem. Bez souhlasu pacienta, kterému musí předcházet dostatečné poučení, není možno začít pacientovi podávat jiný léčivý přípravek, a to ani tehdy, pokud by byl s tím dříve podávaným v zásadě zaměnitelný co do účinné látky, zejména pokud by způsob podání či pomocné látky pacientovi nevyhovovaly.

3. Ukončení léčby nesmí být v rozporu s požadavky medicínské vědy

Není možno bez dalšího ukončit podávání léčivého přípravku pacientovi, pokud by to nebylo medicínsky správně (tedy šlo by o postup v rozporu s požadavkem „náležité odborné úrovně“ dle § 4 a § 28 zákona 372/2011 Sb.). Naopak, pacient má právo léčit se tak, jak medicínská věda stanoví, pokud takovou léčbu písemně neodmítne (tzv. negativní reverz, § 34 zákona 372/2011 Sb.) Medicínsky nesprávné a tudíž zakázané by bylo zejména ukončit léčbu pacienta proti jeho vůli tehdy, pokud by ukončením léčby vznikla zdravotní rizika či dokonce hrozba ohrožení života. Není-li léčba hrazena zdravotní pojišťovnou a pacient si ji ani není schopen platit z vlastní kapsy, není nemocnice povinna poskytovat ji pacientovi na svůj účet – i v takovém případě je však nutné, aby o takovém ukončení léčby pacient obdržel písemný záznam (§ 48 zákona 372/2011 Sb.). Je-li léčba hrazena ze zdravotního pojištění, smluvní nemocnice pacientovi ukončit léčbu proti jeho vůli nesmí.

4. Kdy je léčba hrazena ze zdravotního pojištění?

Ze zdravotního pojištění je hrazena péče, která splňuje požadavky zákona o veřejném zdravotním pojištění (§ 13 a násl. zákona 48/1997 Sb.) Obecně platí, že léčba musí odpovídat zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, musí být pro pojištěnce přiměřeně bezpečná, musí být v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a musejí existovat důkazy o její účinnosti vzhledem k účelu jejího poskytování; tyto podmínky musejí být splněny všechny současně (§ 13 zákona 48/1997 Sb.). U léků musí být navíc splněny podmínky úhrady, které stanoví Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) postupem a dle kritérií popsanych v zákoně (§ 39a a násl. zákona 48/1997 Sb.) Ty jsou u každého léčivého přípravku jiné a u těch velmi nákladných mohou být velmi přísné. Nalézt se dají na internetové stránce www.olecich.cz, kde je možno zadat obchodní název léčivého přípravku či název jeho účinné látky, dát „vyhledat“ a pak rozkliknout konkrétní položku ze seznamu vyhledaných (hrazená léčiva jsou zvýrazněna); podmínky pak nalezneme v tabulce „ceny a úhrady“, konkrétně v políčku „indikační omezení úhrady“.

Například léčivý přípravek pro pacienty s roztroušenou sklerózou, vyhledaný dle účinné látky „natalizumab“, má následující indikační omezení: *Natalizumab indikuje neurolog pacientům s remitující-relabující formou roztroušené sklerózy (RR,RS), u kterých nedošlo navzdory léčbě INF beta a nebo glatiramer acetátem k poklesu počtu relapsů pod 2 ataky ročně a nebo 3 ataky za 2 roky, nebo pacienti s rychle se vyvíjející těžkou RR, RS, kteří prodělali nejméně dva relapsy v jednom roce a současně vykazují jeden nebo více gadoliniem zkontrastnělé léze na MRI mozku nebo významné zvýšení zátěže T2 lézí ve srovnání s předchozí MRI (před 3-6 měsíci provedenou).* Zjistili jsme tedy, že SÚKL podmiňuje úhradu tohoto poměrně drahého léku ze zdravotního pojištění tím, že jej smí předepsat pouze neurolog specializovaného centra, a to jen pokud u pacienta nezabraly jiné, levnější léky, či dle uvedených příznaků a vyšetření má nemoc rychlý a závažný průběh.

Pouze pokud lék splňuje všechny obecné i zvláštní podmínky úhrady současně, může jej lékař předepsat „na pojišťovnu“. Pokud tyto podmínky splněny nejsou, lékař sice stále může lék předepsat, pokud se domnívá, že je pro pacienta nejlepší, pacient si však v takovém případě lék zaplatí ze svého.

5. K čemu jsou indikační omezení?

Indikační omezení úhrady vyjadřují kompromis mezi možnostmi medicínské vědy a finančními možnostmi solidárního systému zdravotnictví. Protože není možno dát drahou léčbu vždy každému, stanoví SÚKL podmínky, jejichž smyslem je využívat drahou léčbu co nejefektivněji. Proto smí ty nejdražší léky předepisovat „na pojišťovnu“ pouze lékaři ze specializovaných center, proto se prioritně využívají u pacientů, u kterých žádný levnější lék „nezabral“, a proto se u některých léků stanoví též omezení maximální délky podávání (pokud se neprokáže, že drahý lék přinesl zlepšení, není jeho podávání nadále hrazeno). Pro pacienta, který si léky nemůže či nechce zaplatit ze svého a je tedy podmínkami úhrady vázán, to může někdy znamenat nepříjemnosti a rizika, například je třeba nejprve vyzkoušet méně účinnou léčbu a riskovat zhoršení zdraví, aby mu pojišťovna uhradila tu účinnou. Jde však o omezení stanovená podle práva a dle zákonných kritérií, které vyjadřují veřejný zájem na finanční stabilitě zdravotnictví (§ 17 a § 39b zákona 48/1997 Sb.), jejich případná kritika tedy nepřísluší právníkům, ale je věcí politické debaty. V konkrétních případech ovšem zákon připouští výjimky, o tom viz dále.

6. Mohou se lišit indikační omezení úhrady a medicínská doporučení odborných společností či pacientova lékaře?

Ano, mohou. Poučení o léčebných možnostech od lékaře by mělo vždy zahrnovat ten medicínský postup, který je nejvýhodnější z hlediska pacientova zdraví, tedy nejúčinnější a s nejméně riziky, a to bez ohledu na úhradu. Naproti tomu indikační omezení uvedená v seznamech SÚKL zohledňují, co je z hlediska nákladů ještě únosné pro společnost a solidární systém zdravotnictví. Nejlepší pojišťovnou hrazená varianta tak může být až druhá či třetí nejlepší ze všech medicínských možností, typicky by však měla být nejlepší z hlediska poměru „cena/výkon“. Medicínsky může být pro pacienta například prospěšnější, aby dostal ihned nejmodernější léky, u kterých je nejvyšší pravděpodobnost, že „zaberou“; z hlediska nákladů zdravotních pojišťoven však může být lepší nejprve vyzkoušet, zda by stejně dobře nezabraly o řád levnější léky. Na rozdíl od minulosti, kdy o léčbě rozhodoval především lékař, prosazuje současné medicínské právo zásadu, že rozhodování mezi alternativami léčby přísluší pacientovi. Proto má pacient právo se o všech alternativách léčby od lékaře dozvědět (právo dle § 31 zákona 372/2011 Sb.), je však též povinen uhradit cenu péče nehrazené ze zdravotního pojištění (§ 41 zákona 372/2011 Sb.).

7. Kdy mám nárok na mimořádnou úhradu péče jinak nehrazené?

Zákon o veřejném zdravotním pojištění počítá s výjimkami, kdy u konkrétního pacienta není dodržení indikačních omezení medicínsky přijatelné (například proto, že by přineslo nepřiměřená rizika), nebo jediný medicínsky účinný léčivý přípravek není vůbec zařazený mezi hrazené. Proto zákon uvádí, že zdravotní pojišťovna hradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce (§ 16). Nehrozí-li nebezpečí z prodlení, musí ovšem tuto mimořádnou úhradu předem schválit revizní lékař. Pokud tedy medicínsky nejlepší řešení, doporučované ošetřujícím lékařem či stanovisky odborné společnosti, nespĺňuje podmínky úhrady, neznamená to nutně, že by pacient takovou léčbu musel vždy zaplatit, pokud ji požaduje. Může se obrátit na svou zdravotní pojišťovnu, tvrdit s pomocí informací od svého lékaře, že daná obecně nehrazená léčba je pro něj jedinou reálnou alternativou, a požadovat přiznání mimořádné úhrady. Pokud je nehrazená léčba skutečně jedinou možností, revizní lékař pojišťovny by ji měl schválit, v takovém případě ji pacient dostane bezplatně. Pokud však revizní lékař shledá, že některý hrazený lék pacientovi stačí, nebo že není medicínský důvod „obcházet“ indikační omezení, žádost zamítne. Vždy by se však měl vyjádřit k medicínským argumentům pacienta-žadatele, včetně odůvodněného stanoviska, jakou srovnatelně účinnou hrazenou léčbu navrhuje použít, zamítá-li uhradit pacientem navrhovanou nehrazenou alternativu s tím, že není jedinou možností. Pacient by se měl proti zamítnutí odvolat, neobsahuje-li odůvodnění, nebo navrhuje-li revizní lékař jako hrazenou alternativu postup, který je v konkrétním případě nepřiměřeně rizikový či v hrubém rozporu s poznatky medicínské vědy.

8. Co je to revize a co znamená, pokud pojišťovna nemocnici vytkne neoprávněné účtování léků?

Revize, tedy výkon kontrolní činnosti je jednou z nejdůležitějších funkcí zdravotních pojišťoven. Jejím cílem je bránit podvodům či plýtvání a chránit tak peníze daňových poplatníků – podobně jako když se zákazník v autoservisu brání zaplatit předraženou opravu, či výměnu součástky, která nebyla pokažena. Jen důslednou kontrolní činností je možno zajistit, aby byly bezplatné zdravotní služby dostupné všem a nemusela se neúměrně zvyšovat

daňová zátěž. Pokud proběhne v nemocnici revize a shledá, že u pacienta byla neoprávněně vykázána péče, pacienta by se to teoreticky nemělo dotknout. I kdyby mu byly v minulosti podány léky v rozporu s podmínkami úhrady a pojišťovna je odmítla nemocnici proplatit, nemůže nemocnice chtít zpětně po pacientovi, aby za léky nehrazené pojišťovnou zaplatil z vlastní kapsy. Povinnost platit za léčbu nehrazenou z pojištění má totiž pacient jen tehdy, vyslovil-li s ní informovaný souhlas, tedy byl-li poučen předem, že se jedná o placenou léčbu. Pokud se lékař zmýlil a poskytl pacientovi bezplatně lék, který ve skutečnosti podmínky úhrady nesplňoval, cena léku půjde k tíži nemocnice (pojišťovna jej neuhradí, ale od pacienta nebude zpětně možno cenu požadovat). Pro chronické pacienty je však významné, že vyhodnotila-li pojišťovna dosavadní léčbu jako nesplňující podmínky úhrady (a „potrestala“ nemocnici tím, že ji neproplatila), bude se stejně stavět i k pokračování takové léčby v budoucnu. Lékař, který se dozvěděl, že dle pojišťovny je léčba daného pacienta nehrazená, tak bude muset pacienta poučit o nutnosti tuto léčbu v budoucnu platit ze svého, nebo ji ukončit. Pokud by léčbu nadále poskytoval bezplatně, ač z revize ví, že ji zdravotní pojišťovna nebude hradit, způsobil by tím škodu svému zaměstnavateli.

9. Jak se pacient dozví o výsledcích revize?

Lékař je povinen poučit pacienta o všech okolnostech léčby (povinnost dle § 31 zákona 372/2011 Sb.) a zaznamenat informace o zdravotním stavu pacienta, o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotních služeb do zdravotnické dokumentace (povinnost dle § 53 zákona 372/2011 Sb.). Stanovisko zdravotní pojišťovny, že léčbu pacienta neuhradí, je nepochybně významnou okolností léčby se zásadním významem pro rozhodování pacienta. Pacient má právo pořídit si kopii části své zdravotnické dokumentace obsahující stanovisko zdravotní pojišťovny (§ 65 zákona 372/2011 Sb.) a má právo zeptat se svého lékaře na vše potřebné (§ 31 zákona 372/2011 Sb.), zejména zda je „úhradově sporná“ léčba medicínsky potřebná, zda je bezpečně možno ji ukončit nebo změnit, a zda lékař považuje stanovisko zdravotní pojišťovny za správné či nesprávné.

10. Co pro pacienta znamená, pokud léčba dle stanoviska zdravotní pojišťovny nesplňuje podmínky úhrady?

Zdravotní pojišťovna je veřejná instituce, která je odpovědná za zajištění dostupnosti hrazené léčby a současně je oprávněna hodnotit, zda léčba konkrétního pojištěnce splňuje podmínky úhrady. Ošetřující lékař je oprávněn hodnotit zdravotní stav pacienta a je odpovědný za navržení nejvhodnější léčby a jejích alternativ. Rolí lékaře je tedy navrhnout pacientovi možnosti léčby, a rolí pojišťovny je rozhodovat, které z těchto možností je povinna dle zákona uhradit a které ne.

Pokud je pacient přesvědčen (po diskusi s lékařem, po prostudování zdravotnické dokumentace a medicínské literatury, dle druhého názoru od nezávislého odborníka či jinak), že medicínsky nejlepší je pro něj postup, který pojišťovna označila za nehrazený, má následující možnosti:

- Čerpat takovou léčbu za své vlastní prostředky
- Zažádat zdravotní pojišťovnu o mimořádnou úhradu péče jinak nehrazené, s tvrzením, že se jedná o jedinou možnost péče dle § 16 zákona 48/1997 Sb. (viz bod 7)
- Napadnout stanovisko zdravotní pojišťovny, tedy tvrdit, že jeho zvolená léčba splňuje zákonné podmínky úhrady

V případě, že zdravotní pojišťovna schválí mimořádnou úhradu, nebo se podaří uspět s tvrzením, že péče spadá do zákonem vymezeného nároku, bude pacient nadále moci čerpat péči na účet zdravotní pojišťovny.

11. Jak může postupovat pacient, pokud chce napadnout zamítavé stanovisko zdravotní pojišťovny?

Zdravotní pojišťovna je oprávněna posoudit důvodnost úhrady dle zákonných kritérií, její rozhodnutí však je právně přezkoumatelné. Domnívá-li se pacient, že nárok na úhradu léčby má, a zdravotní pojišťovna tvrdí opak, může závazný výklad zákona v konečném důsledku podat soud, který spor rozřeší a rozhodne o pacientově nároku. Soudnímu řízení ovšem mohou předcházet snazší postupy, především jednání se zástupci zdravotní pojišťovny, předložení stížnosti Ministerstvu zdravotnictví či Veřejnému ochránci práv (ombudsmana). Prvním krokem pacienta je vždy opatřit si kopii záznamu ze zdravotnické dokumentace, která obsahuje odmítnutí úhrady a důvody, které pojišťovna uvádí. Protože je pacient zpravidla laikem, obvykle nebude moci argumentovat proti těmto závěrům sám; měl by si proto vyžádat kopii záznamu z dokumentace, obsahující popis jeho zdravotního stavu, doplněný o odborné vyjádření ošetřujícího lékaře nebo nezávislého odborníka. V pozdější fázi sporu může být vhodné opatřit znalecký posudek či stanovisko příslušné odborné společnosti.

Jakmile pacient opatří dokumenty, o které svůj nárok opírá, může vyzvat zdravotní pojišťovnu k jednání a své důkazy jí zaslat. Pokud nedojde k dohodě či pokud nastanou průtahy, lze zvážit podání stížnosti k Ministerstvu zdravotnictví, které vykonává dohled nad činností zdravotních pojišťoven (zejména § 45a a § 46 zákona 48/1997 Sb.), případně oslovit Veřejného ochránce práv, jehož rolí je chránit občany před protiprávním jednáním či nečinností orgánů veřejné správy (zákon 349/1999 Sb.). Veškeré stížnosti či podněty pojišťovnám či dalším úřadům je radno podávat tak, aby to bylo později možno prokázat. Tedy nejlépe písemně doporučeným dopisem, nebo e-mailem s elektronickým podpisem. Je také možné donést písemný dokument na podatelnu a nechat si na jeho kopii „orazítkovat“ jeho přijetí. Pro urychlení je možno též domluvit se s příslušným pracovníkem ústně či telefonicky, ale s tím, že písemný podnět je zaslán a očekává se na něj oficiální písemná odpověď.

12. Lze se domáhat poskytnutí péče soudně?

Pokud problém nebyl odstraněn jednáním ani cestou stížností, může pacient podat k soudu žalobu, kterou se domáhá, aby zdravotní pojišťovna splnila svou povinnost zajistit dostupnost hrazené péče, resp. uhradit péči dle zákonných podmínek. V žalobě musí tvrdit, na čem zakládá svůj nárok (přítomnost nemoci, naplnění zákonných kritérií), doložit svá tvrzení důkazy (kopie znalecké dokumentace popisující přítomnost onemocnění, znalecký posudek hodnotící naplnění podmínek úhrady léčby) a přesně popsat, co po soudu požaduje, aby druhé straně nařídil (typicky aby zajistila pacientovi dostupnost sporné léčby či ji uhradila). Žalobu může pacient sepsat i sám, nebo může využít služeb advokáta; ve spolupráci s patientskými sdruženími je někdy možno opatřit právní pomoc advokáta bezplatně.

13. Rozhodne soud o léčbě dostatečně rychle, aby byla léčba ještě účelná?

Soudní řízení bohužel v naší zemi trvají i dva nebo tři roky, což je v případě rychle postupující choroby příliš pomalé. Zákon však našťastí zná institut tzv. předběžného opatření, kterým může žalobce požadovat po soudu, aby prozatímne rozhodl o věcech, které nesnesou odkladu či jsou zapotřebí k zamezení nevratným škodám s tím, že definitivní rozhodnutí

padne až v rámci řádného procesu. Pokud je pacientův stav akutní a vyžaduje nasazení léčby v řádu dnů či týdnů, je vhodným požadavkem v rámci předběžného opatření, aby soud nařídil zdravotní pojišťovně prozatímně několik léčebných dávek uhradit. Předběžného opatření lze dosáhnout v dostatečně krátké době, aby pacientovo zdraví nebylo nevratně poškozeno a účel léčby (a tedy i smysl soudního sporu) nebyl zmařen. Kdo o předběžné opatření žádá, musí zpravidla složit určitou kauci – ve spolupráci s patientskými sdruženími však lze často získat prostředky z nadačních fondů za účelem pokrytí těchto nákladů, je-li pacient nemajetný.

14. Co dělat, pokud neléčením již vznikla škoda na zdraví či stres a újma na psychice pacienta?

Vznikla-li nesprávným postupem pracovníků zdravotní pojišťovny, ale i kohokoliv jiného (např. lékařů či vedení nemocnice) újma na zdraví pacienta, přísluší mu náhrada škody či zadostiučinění za újmu na osobnostních právech. Újmou na osobnostních právech může být též „nehmotná“ újma, například stres, pocit bezmoci, ztráty lidské důstojnosti či strachu ze zdravotních následků čekání. Spravedlivého zadostiučinění či náhrady škody se pacient může domáhat jiným typem soudní žaloby, nejlépe s pomocí advokáta.

15. Kde se lze dozvědět více a získat potřebnou pomoc?

Pokud pacient není schopen v důsledku onemocnění činit potřebné kroky sám, může pověřit plnou mocí někoho z příbuzných či blízkých, právního zástupce či dobrovolníka z patientského sdružení zaměřeného na danou diagnózu. Obecně lze doporučit, aby pacienti udržovali kontakt se svými patientskými sdruženími, případně aby tato sdružení sami zakládali, pokud v jejich regionu žádná neexistují – patientská sdružení plní nezastupitelnou informační a vzdělávací roli, mohou za své členy vyjednávat s různými institucemi či upozorňovat na problémy v médiích. Pokud se pacient či jeho blízcí setkají s jakýmkoliv problémy s dostupností hrazené zdravotní péče, potřebují poradit s právy pacienta dle nových právních předpisů, či pokud potřebují pomoc při komunikaci s lékaři, nemocnicemi, pojišťovnami či Ministerstvem zdravotnictví, mohou se též přímo nebo prostřednictvím svého patientského sdružení obracet na Platformu zdravotních pojišťenců ČR, o.s. Naše bezplatná linka na čísle 800 227 777 je v provozu vždy v pondělí, úterý a čtvrtek od 14 do 18 hodin, pacienti nám mohou též napsat e-mailem na linka@zdravotnipojistenci.cz.