

TISKOVÁ ZPRÁVA

Novela nepřináší jasná pravidla pro nárok na nehrazenou léčbu

Praha, 25.4.2019 – Jasně popsany odvolací proces a zajištění vymahatelnosti nároku pojištěnce jsou největšími nedostatky novely zákona 48/1997, již právě připravuje ministerstvo zdravotnictví (MZ). Hlavním cílem nové normy má přitom být průhlednější a jednodušší postup, jenž umožňuje pacientů dostat se k běžně nehrazené léčbě na známý paragraf 16 (více o paragrafu viz box).

„Domnívám se, že předložený návrh jednak neřeší rozdílná stanoviska pojišťoven k mimořádným úhradám, a navíc negarantuje transparentnost postupu. Původní příslib MZ na orgán „nad“ všemi pojišťovnami by mohl nahradit návrh, aby odvolacím orgánem byl Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním MZ. Tím by byla jasně dána odpovědnost za rozhodování, rozhodovali by úředníci v režimu služebního zákona, čímž by se vyřešily i případné podjatosti,“ zdůraznila ředitelka neziskové organizace Průvodce pacienta (PP) PhDr. Ivana Plechatá na semináři pro patientské organizace „Paragraf 16 a jak s ním dále....“. Spolu s PP seminář připravil Institut pro zdravotní ekonomiku iHETA a patientská organizace OnkoUnie.

Na rozdílný přístup zdravotních pojišťoven k pacientům, resp. jejich žádostem o hrazení léčby na paragraf 16, poukazuje například rozbor analytika Petra Řeháčka, syna pacientky, která dlouho s podporou rodiny usilovala právě o léčbu na paragraf 16. **„Analýza opravdu výjimečných pacientů s velmi výjimečnými léky, ukazuje diametrální rozdíly v přístupu VZP a malých pojišťoven, kdy VZP dvě třetiny žádostí zamítá, zatímco malé pojišťovny je schvalují v 90 až 100 %,“** vysvětlil Petr Řeháček.

Na druhou stranu počet žádostí o léčbu na paragraf 16 v posledních letech rychle roste, a zdravotní pojišťovny jsou jimi zahlceny. **„Novela předložená ministerstvem nepřináší žádné řešení primárního důvodu zahlcení paragrafu 16, a to dlouhodobého opoždování standardního stanovení úhrad a nedodržování zákonných lhůt ani požadavku Transparenční směrnice, na což jsou MZ i SÚKL stále upozorňováni,“** upozornil farmakoekonom MUDr. Tomáš Doležal z institutu iHETA.

Organizátoři semináře se také shodli, že paragraf 16 vyžaduje vedle procesních i věcné změny, např.:

- pravidla, jak určit „jedinou možnost“ léčby,
- definici „výjimečnosti“ případu
- otázku financování schválených služeb podle § 16 mimo současné rozpočty,
- pravidla stanovování úhrad inovativní léčby – účast pacienta v procesu, zahájení řízení, hodnocení efektivity léčby na bázi parametrů relevantních pro inovativní léky.

„Jsem ráda za tuto debatu laiků s odborníky, protože poskytuje pacientům informace. A jen díky informacím mohou patientské organizace účinně připomínkovat vznikající zákony a další normy. Je totiž důležité, aby se pacienti na tvorbě zdravotnické legislativy podíleli,“ zdůraznila ředitelka OnkoUnie Mgr. Petra Adámková.

Máte-li další dotazy, prosím kontaktujte:

Mgr. Petra Adámková - 607 216 236, petra.adamkova@onko-unie.cz

PhDr. Ivana Plechatá – 605 287 807, ivana.plechata@pruvodcepacienta.cz

MUDr. Tomáš Doležal – 724 324 414, dolezal@iheta.org

Petr Řeháček - 735 729 283, petr.rehacek@outlook.com

BOX: Co říká paragraf 16

Tento paragraf upravuje tzv. individuální a mimořádnou úhradu dosud nehrazené zdravotní péče, tedy také léku, a to v případech, kdy není zdravotní pojišťovna podle zákona oprávněna daný léčivý přípravek hradit. Děje se tak na základě žádosti pacienta a za podmínky, že to je jediná možnost léčby. Zejména jde o případy, kdy léku nebyla stanovena úhrada (výrobce nepožádal o úhradu či proces na Státním ústavu pro kontrolu léčiv – SÚKL - ještě nebyl dokončen) nebo vysoce inovativní lék (tzv.VILP) ztratil dočasnou úhradu a nová nebyla stanovena, či má lék přiznanou úhradu v jiných indikacích a za jiných podmínek. Takový souhlas o úhradě je vázán na rozhodnutí revizního lékaře dané pojišťovny.