

## Výjimečná úhrada podle § 16 v novém

Autor: KMVS advokátní kancelář, s.r.o.

S účinností od 1. ledna 2022 je třeba se připravit na zásadní změny v oblasti tzv. výjimečné úhrady podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. **Tyto změny jsou součástí velké novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která byla přednedávnem přijata po několikaletém legislativním procesu podrobeném nejen přísnému dohledu odborné veřejnosti, ale i postupně gradující mediální pozornosti.** Novela byla totiž schválena skutečně „na poslední chvíli“, a to v rámci úplně poslední schůze dosluhující Poslanecké sněmovny, doslova „pár dní“ před říjnovými volbami.

S přehledem novinek, které novela přináší a jež se spolu s příchodem nového roku nezadržitelně blíží, jste se mohli seznámit v rámci článku věnovaného přímo tomuto tématu, v němž je okrajově zmíněn i právě posun legislativy v oblasti výjimečné úhrady. **A právě na tu se v tomto článku zaměříme blíže, jelikož se jedná o velice důležité téma, které je bohužel stále velice aktuální nejen pro pacienty s onkologickým onemocněním.**

Nejprve bychom si krátce povšimli toho, co to vlastně ta „výjimečná úhrada“ je a proč je pro pacienty tak důležitá. **Výjimečná úhrada podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění umožňuje pacientovi získat od pojišťovny úhradu zdravotních služeb, která není v běžném režimu v rámci veřejného zdravotního pojištění poskytována.** Zákon totiž stanoví, že pojišťovna uhradí „*ve výjimečných případech zdravotní služby jinak ze zdravotního pojištění nehrazené, je-li poskytnutí takových zdravotních služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce*“. **Jedná se tedy o ustanovení mířící na mimořádné situace, kdy pacient potřebuje určitou léčbu, která však není v jeho případě hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a současně se jedná o tak závažný či výjimečný případ, že je umožněno „prolomení“ základních pravidel stanovujících „klasický“ režim úhrady.** Prostřednictvím § 16 se tak pacient může domoci úhrady léčivého přípravku, zdravotnického prostředku či kupříkladu operačního výkonu, na kterou v běžném režimu, ať už z jakéhokoli důvodu, nemá nárok. V praxi je tento institut využíván například v situacích, kdy je pacient alergický na indikovanou hrazenou léčbu a současně neexistuje žádná jiná hrazená alternativa nebo v situacích, kdy pacient trpí vzácným onemocněním, na které žádná hrazená léčba ani není k dispozici.

Pacient se v takových případech může obrátit na svou zdravotní pojišťovnu s žádostí o přiznání výjimečné úhrady. Již zde však nastává první problém. **Současná legislativa totiž proces posuzování a rozhodování o žádosti o výjimečnou úhradu nijak blíže nepopisuje. Zákon stanoví pouze to, že poskytnutí výjimečné úhrady ze strany zdravotní pojišťovny je navázáno na předchozí souhlas revizního lékaře.** Postupem času si tak každá zdravotní pojišťovna a současně i jednotliví ošetřující lékaři nastavili „svůj“ systém toho, jak při uplatnění nároku na výjimečnou úhradu postupují. Prvním krokem je zcela logicky žádost, kterou za pacienta zpravidla podává jeho ošetřující lékař. O žádosti rozhoduje zákonem zmíněný revizní lékař v rámci příslušné zdravotní pojišťovny. V případě zamítavého

rozhodnutí revizního lékaře pak valná většina zdravotních pojišťoven umožňuje podání odvolání k „vyšší složce“ zdravotní pojišťovny. Pokud pacient neuspěje ani na této úrovni, může se postupu pojišťovny bránit soudní cestou.

**A právě výše popsaný proces by se měl dle schválené novely zákona o veřejném zdravotním pojištění změnit. Jeho úpravy nespočívají pouze v koncepčních modifikacích daného procesu, ale rovněž ve formalizaci a konkretizaci jednotlivých kroků, z nichž se skládá.** První důležitou změnou je tzv. zákonné zastoupení pacienta při podání žádosti. Primárně má být žádost podána poskytovatelem zdravotních služeb. Pouze pokud si pacient nebude přát, aby za něj poskytovatel žádost podal, může si ji podat sám nebo k tomu využít kupříkladu svého právního zástupce. Pokud se však pacient rozhodne pro první z uvedených variant, není třeba, aby poskytovateli za tímto účelem uděloval plnou moc.

Zákon také nově výslovně stanoví, že pojišťovna je povinna buď do patnácti dní žádosti vyhovět, nebo zahájit tzv. správní řízení a vydat rozhodnutí ve třicetidenní lhůtě. **Zcela zásadní novinkou je to, že o odvolání proti zamítavému rozhodnutí pojišťovny bude rozhodovat tzv. revizní komise.** Jedná se o orgán, který jsou zdravotní pojišťovny přímo pro tyto účely povinny zřídit. Revizní komise musí mít pět členů, přičemž pouze dva z nich mohou být v pracovním či obdobném poměru vůči pojišťovně. Tím by měla být zajištěna nestrannost revizní komise. Současně je nutné, aby měl člen revizní komise právnícké nebo lékařské vzdělání, přičemž musí být zastoupen vždy minimálně jeden odborník z dané oblasti. Odvolání k revizní komisi je možné podat do patnácti dní ode dne doručení rozhodnutí pojišťovny, které je doručováno jak pacientovi, tak i poskytovateli zdravotních služeb, jenž žádost za pacienta podával. Samotná revizní komise by pak měla o podaném odvolání rozhodnout do třiceti dní. **Následný proces v případě neúspěchu pacienta u revizní komise zůstává stejný, tj. pacient se může obrátit prostřednictvím žaloby proti rozhodnutí zdravotní pojišťovny na soud.**

**Závěrem lze tedy konstatovat, že počátkem příštího roku dozná proces rozhodování o žádosti o přiznání výjimečné úhrady relativně zásadních změn, které jsou však spíše formálního charakteru.** Jak pacient, tak poskytovatel zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny budou mít (oproti nynějšímu stavu) pevně stanovena „pravidla hry“. Důležitou novinkou je bezesporu povinně zřizovaná revizní komise, která by měla do celého procesu vnést jistý prvek spravedlnosti a nestrannosti tím, že dochází k přesunu části pravomocí týkajících se rozhodování o nároku na výjimečnou úhradu do rukou orgánu, který by měl být, alespoň „na papíře“, částečně nezávislý na zdravotní pojišťovně.

**Neměnně podstatné je však i to, že samotné podmínky pro vznik nároku na výjimečnou úhradu se nijak nemění.** Pacient musí i nadále prokázat, že žádá o úhradu zdravotních služeb (ve svém případě a v dané situaci) nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a současně také to, že se jedná o výjimečnou situaci, kdy je léčba, jejíž úhradu požaduje, jedinou možností z hlediska jeho zdravotního stavu. Je tedy otázkou, zda se reálně pro pacienty od ledna příštího roku něco změní, či zda bude dopad procesních změn na celý systém minimální. **Z pohledu pacienta lze očekávat spíše druhou zmíněnou možnost, a to nejen z toho důvodu, že účelem novely zákona o veřejném**

**zdravotním pojištění bylo (v bodě týkajícím se modifikace výjimečné úhrady) zajistit, aby nebyl § 16 využíván plošně pro obcházení pravidel systému úhrad zdravotních služeb.** Jejím cílem má být pomyslný návrat ke koncepci výjimečné úhrady jakožto zcela mimořádného institutu, k němuž se mají pacienti uchýlovat pouze v extrémních případech, které nelze vyřešit jinou cestou.