Věstník MZd ČR, částka 7/2005

ZPRÁVY A SDĚLENÍ

2.

STANOVISKO K §16 ZÁKONA Č. 48/1997 SB., O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ A O ZMĚNĚ A DOPLNĚNÍ NĚKTERÝCH SOUVISEJÍCÍCH ZÁKONŮ, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ

Podle §16 hradí příslušná zdravotní pojišťovna ve **výjimečných případech** zdravotní péči jinak zdravotní pojišťovnou nehrazenou, jsou-li splněny následující podmínky:

1. poskytnutí zdravotní péče je **z hlediska zdravotního stavu jedinou možností zdravotní péče**.

2. existuje předchozí **souhlas revizního lékaře** s výjimkou případů kdy hrozí nebezpečí z prodlení.

Při postupu podle §16 tedy zdravotní pojišťovna rozhoduje prostřednictvím revizního lékaře o úhradě zdravotní péče nad rámec úhrady stanovené zákonem č. 48/1997 Sb., poskytnuté konkrétnímu pacientovi, na základě posouzení jeho zdravotního stavu a skutečností, které neumožňují poskytnutí zdravotní péče ze zdravotního pojištění hrazené. Jiné kritérium (např. sociální situace pacienta, vyšší komfort poskytnutí zdravotní péče a pod.) nemůže být při postupu podle §16 zvažováno, neboť zákon takovou možnost nepřipouští.

Příslušná zdravotní pojišťovna pak má, při splnění shora uvedených podmínek, povinnost takovou zdravotní péči uhradit.

Pro posouzení, zda podmínky stanovené v §16 jsou skutečně splněny, však má zdravotní pojišťovna prostřednictvím revizního lékaře právo požadovat, aby lékař, který pro úhradu zdravotní péče u svého pacienta navrhuje použití této výjimky, tyto skutečnosti doložil. Doložena musí být výjimečnost případu, tj. zejména skutečnost, že

navrhované poskytnutí zdravotní péče konkrétnímu pacientovi je jedinou možností jejího poskytnutí této osobě a že neexistuje jiná odpovídající hrazená alternativa péče, kterou by bylo možné s ohledem na zdravotní stav této osoby použít,
se poskytnutí této nehrazené zdravotní péče navrhuje poté, co bylo zjištěno, že zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění nevedla ke zlepšení zdravotního stavu, nebo způsobovala zdravotní komplikace, které zdravotní stav pacienta zhoršovaly,
existují důvody, pro které lze považovat ošetřujícím lékařem navrženou zdravotní péči, na rozdíl od předchozích použitých možností, za péči, která povede ke kvalitativnímu zlepšení zdravotního stavu a nebude působit komplikace.

Zdravotní pojišťovny jsou oprávněny a na základě zákona o finanční kontrole i povinny stanovit v návaznosti na předchozí zásady v příslušné Metodice podrobné požadavky na doporučující lékaře a pravidla vyžadování a posuzování podkladů, na jejichž základě budou revizní lékaři rozhodovat.

Teprve po řádném posouzení těchto skutečností podle stanovených pravidel a postupů může revizní lékař odpovědně posoudit výjimečnost situace a rozhodnout o úhradě takové zdravotní péče.