



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Adam VOJTĚCH
ministr

Praha 14. května 2020

Č. j.: MZDR 18421/2020-2/DZP



MZDRX01A6X4A

Vážený pane poslanče,

odpovídám na Vaši interpelaci evidenční číslo 1141 ve věci "Hrazení léků na léčbu vážných nemocí" - zamítání úhrady léčivých přípravků ze strany zdravotních pojišťoven. Vámi zmiňovaná „ekonomická motivace“ vydávat negativní rozhodnutí o nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění není opodstatněná, a to zejména z následujících důvodů:

Zdravotní pojišťovny jsou právníckými osobami *sui generis*, kterým je výslovně uložen úkol provádět veřejné zdravotní pojištění. Zároveň mají právními předpisy zakázáno podnikat (srov. např. § 7 odst. 5 zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR), a tím pádem ani nevytváří zisk, který by bylo možné dále rozdělit. Jinými slovy, veškeré prostředky vybrané z plateb pojistného jsou následně využity pro úhradu hrazených zdravotních služeb, případně jsou ve výši limitované právními předpisy určeny na provozní výdaje. Případné přebytky vytvořené v účetním období kalendářního roku slouží jako rezervy pro neočekávané výdaje nebo období ekonomické recese. V současné době česká ekonomika i systém veřejného zdravotního pojištění touto složitou situací ostatně procházejí a právě úspory z minulých let jsou využívány k úhradě zdravotních služeb souvisejících s onemocněním COVID 19. Nedomnívám se proto, že by zdravotní pojišťovny měly „ekonomickou motivaci“, která by je vedla k zamítání či oddalování úhrady léčby jejich pojištěnců.

V řízeních o nároku pojištěnce na úhradu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „nárok pojištěnce“) vystupuje revizní lékař (resp. zdravotní pojišťovna) v pozici orgánu veřejné správy a vydané rozhodnutí je vrchnostenským aktem (srov. např. rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 30. září 2013, č.j. 4 Ads 134/2012-50. Toto rozhodnutí musí být vydáno postupem podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“), a pro přiznání nároku pojištěnce musí být splněny zákonné podmínky obsažené především v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“). Zdůrazňuji, že zdravotní pojišťovny nemohou tento postup obcházet či vydávat rozhodnutí bez dostatečných podkladů, neboť hospodaří s veřejnými prostředky a každý jejich výdaj tak musí mít pevný právní základ.





Mezi podmínky nároku pojištěnce v režimu § 16 zákona č. 48/1997 Sb., který je nejčastěji využíván pro úhradu nákladných léčivých přípravků standardně nehrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění, nepatří posuzování ekonomické náročnosti. Tzv. nákladová efektivita léčivého přípravku je zkoumána pouze v řízení o stanovení úhrady vedeného Státním ústavem pro kontrolu léčiv podle § 15 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. Naproti tomu revizní lékař v řízení podle § 16 zákona č. 48/1997 Sb. posuzuje především to, zda se jedná o zdravotní službu, která je z hlediska zdravotního stavu pojištěnce jedinou možností léčby.

Co se týká Vámi zmiňovaných průtahů v řízení, resp. oddalování vydání rozhodnutí, mám za to, že současná právní úprava je dostatečná. Ve správním řízení má zdravotní pojišťovna v souladu s ustanovením § 71 správního řádu povinnost vydat rozhodnutí bez zbytečného odkladu, v odůvodněných případech může tato lhůta činit 30 dní, zcela výjimečně pak 60 dní. Pokud je rozhodnutí zdravotní pojišťovny zrušeno správním soudem, neznamená to automatické přiznání nároku pojištěnce. Důvody zrušení jsou podle mých informací velmi často procesního charakteru a ani po vrácení věci zdravotní pojišťovně nelze rezignovat na procesní postup stanovený správním řádem. V tomto kontextu Vás opětovně odkazuji na připravovanou novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., která by měla celý postup v jednoznačných případech ještě více urychlit.

Vážený pane poslanče, rád bych Vás ujistil, že Ministerstvo zdravotnictví podporuje vstup nákladných léčivých přípravků do systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny ovšem nemohou zcela rezignovat na posuzování efektu léčby pro konkrétního pacienta a hradit bezdůvodně zdravotní služby, u nichž je vysoce pravděpodobné, že se na zdravotním stavu pacienta nijak pozitivně neprojeví (v zásadě experimentální léčba), nebo kdy existuje objektivně levnější alternativa standardně hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pokud bychom takový přístup akceptovali, nutně by to vedlo k tomu, že takto vynaložené prostředky by chyběly na léčbu těch pacientů, kteří z ní mohou jednoznačně profitovat.

S pozdravem


Vážený pan
Mgr. et Mgr. Jakub Michálek
poslanec
Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR
P R A H A