

PARLAMENT ČESKÉ REPUBLIKY
Poslanecká sněmovna

2017

VII. volební období

Pozměňovací návrh

k vládnímu návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

(sněmovní tisk č. 1017)

Předkladatel: Leoš Heger

Datum:

6.

3.

2017

Pozměňovací návrh poslance Leoše Hegera

V čl. I stávající text uvést jako novelizační bod 1 a dále doplnit novelizační bod 2, který zní:

„2. V § 39b odst. 10 písm. c) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 261/2007 Sb., zákona č. 59/2009 Sb., zákona č. 298/2011 Sb. a zákona č. 256/2014 Sb., se na konci písmene vkládají slova:

„přičemž předpokládaný dopad na prostředky veřejného zdravotního pojištění nemůže být jediným důvodem pro stanovení preskripčního omezení,“.

Odůvodnění

Současný stav a důvody ke změně

V současné době je u mnoha léčivých přípravků stanoveno tzv. **preskripční omezení**. Toto omezení jednoznačně stanovuje, jakou odbornou způsobilost musí mít lékař nasmlouvanou se zdravotní pojišťovnou, aby mohl daný lék **předepsat k úhradě** ze zdravotního pojištění (lékař jiné odbornosti takový lék sice předepsat může podle zákona o léčivech, ale v takovém případě nemůže být uhrazen ze zdravotního pojištění a pacient si jeho cenu musí zaplatit sám). Z medicínských důvodů je potřeba, aby při rozhodování byla posuzována hlavně odborná kvalifikace k poskytování péče, ale zákonem je umožněná často využívaná praxe, kdy je preskripční omezení stanoveno nikoliv z odborných, ale výlučně z finančních důvodů. To znamená, že je používáno jako nástroj limitace přístupu pacientů k léčbě s argumentem, že umožnění preskripce praktickými lékaři by vedlo k velkým nákladům, protože léčba by byla dostupná prakticky všem.

Uvedeným mechanismem je mj. narušen princip ekvity. Pokud totiž praktický lékař nemůže příslušný lék, hrazený zdravotní pojišťovnou předepsat, protože existuje obava ze zbytečně vysokých finančních nákladů z důvodu nepřesné či zbytečné indikace tohoto léku, a přitom zároveň není obhajitelné stanovení indikačního omezení, je preskripční omezení je dáno výlučně finančními důvody. Zákon tak v podstatě kodifikuje čistý obstrukční mechanismus, kdy je praktický lékař, přesvědčený o potřebnosti léku, nucen pacienta odeslat ke specialistovi. To vyvolává duplicitní vyšetření u specialisty a nebo dokonce preskripce zbytečně oddálí v případech, kdy je specialista časově hůře dostupný. Může to však vést i k negativní motivaci praktického lékaře, který v hraničních případech pacienta ke specialistovi nepošle a léčí ho levnějším alternativním způsobem. Tím se vytvářejí dvě medicínsky neodůvodněné umělé skupiny pacientů, léčených buď u specialistů nebo u praktických lékařů. Dochází tak k diskriminaci a nebo naopak ke zbytečnému zvyšování nákladů u jedné ze skupin.

Pro pacienta je komfortnější, pokud je maximální rozsah péče koncentrován do rukou praktického lékaře a je to doporučováno všemi experty na zdravotnické systémy. Díky soustředění informací je zvyšována bezpečnost pacientů, kteří někdy odcházejí od různých lékařů s recepty na léky se shodným nebo obdobným účinkem, což kvůli různým obchodním názvům nepoznají a užívají jich nadbytečná množství.

Zatímco pacienti nemají problém s dostupností péče praktických lékařů, tak v případě specialistů je v mnoha případech problémem dostupnost péče buď z důvodu vzdálenosti, nebo objednacích lhůt. Situace, kdy léčivý přípravek nemůže pacientovi předepsat jeho praktický lékař, ale pouze specialista, aniž by důvodem bylo, že praktický lékař objektivně nemá odborné předpoklady pro léčbu pacientova onemocnění, vede ke zbytečnému snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Je jednoznačně prokázáno, že posilování úlohy praktických lékařů vede k vyšší dostupnosti a ekonomické efektivitě poskytování zdravotní péče, kdy i ze strany zákonodárce lze dlouhodobě sledovat snahy o posilování role praktického lékaře v rozhodování o léčbě. Již podle současné legislativy je praktický lékař tím, u koho se soustředí informace o veškeré péči poskytované pacientovi registrovanému u daného praktického lékaře (viz § 24 odst. 3 zákona č. 551/1991 Sb. a § 21 odst. 3 zákona č. 280/1992 Sb.) a povinnost poskytovat informace registrujícímu praktikovi ukládá všem ostatním poskytovatelům zdravotních služeb zákon o zdravotních službách (§ 45) a rovněž zodpovědnost za účelnost a koordinaci dispenzární péče je podle § 32 zákona č. 48/1997 Sb. v rukách praktického lékaře.

Vzhledem ke způsobům financování péče poskytované praktickými a specializovanými lékaři **dochází v současnosti rovněž ke zbytečným výdajům zdravotního pojištění**, neboť péče poskytovaná specialisty je nákladnější. Zatímco péče praktických lékařů je většinou hrazena kapítací, tak ambulantní specialisté vykazují jednotlivá vyšetření a výkony (s vyšším bodovým ohodnocením).

Navrhovaný stav

Předkládaný pozměňovací návrh explicitně určuje, že není možné stanovit preskripční omezení pouze proto, že je předpokládáno, že umožnění preskripce praktickými lékaři může vést k zvýšení výdajů zdravotního pojištění. Smluvních, regulačních a kontrolních nástrojů, které umožňují zdravotním pojišťovněm zabezpečovat účelnou preskripci léků existuje dostatek. Proto **pozměňovací návrh zavádí fakt, že pokud neexistují odborné důvody proč by praktický lékař nemohl přípravek předepsat, nebude možné preskripční omezení stanovit**. Těmito odbornými důvody může být např. náročnost stanovení správné diagnózy nebo kontroly onemocnění, neexistence přesných doporučených postupů pro léčbu, potřebnost zvláštního vyšetření nebo použití přístroje, dostupného jen u specialisty, znalost interpretace klinického obrazu onemocnění, vázaná na specialistu, předpoklad výskytu méně častých nežádoucích účinků při péči specialisty apod. Jinými slovy, pouhé odkazování v zákoně na předpokládaný dopad do rozpočtu zdravotních pojišťoven nebude důvodem ke stanovení preskripčního omezení a k rozhodování SUKLu o tom, zda daný léčivý přípravek má či nemá být indikován primárně praktickým lékařem. Vyloučení praktických lékařů z preskripce hrazených léčiv bude spojeno jen s odbornými důvody.

Tím není nijak dotčena možnost stanovit **indikační omezení** (stav onemocnění, linie léčby, podmínky zahájení a ukončení terapie atd.) a definovat tak podmínky, za kterých je použití léčivého přípravku **nákladově efektivní** v rámci systému zdravotního pojištění. V situaci, kdy je použití léčivého přípravku shledáno nákladově efektivní, a neexistují odborné důvody, proč by jejich používání mělo být limitováno na specialisty, bude v maximální možné míře umožněna dostupnost takové péče.

Návrhem nedochází ke zpochybnění potřeby specializované odborné péče, ani k omezení přístupu pacientů k ní. V případě potřeby (např. rezistence nebo nestandardní odpovědi na léčbu) nebo komplikovaného pacienta, může praktický lékař takového pacienta předat do péče specialistovi. Případně pacient může, má-li pochybnosti o vedení léčby, specialistu navštívit sám bez doporučení praktického lékaře.

Návrh platného znění s vyznačením změn

§ 39b odst. 10

(10) Léčivému přípravku nebo potravině pro zvláštní lékařské účely lze i bez návrhu stanovit podmínky úhrady

- a) vyžadují-li to odborná hlediska nebo hlediska bezpečnosti spojená s léčbou tímto léčivým přípravkem nebo potravinou pro zvláštní lékařské účely,
- b) jestliže z dosaženého poznání v rámci výzkumu nebo použití léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely v praxi vyplývá, že léčivý přípravek nebo potravin pro zvláštní lékařské účely má významnou terapeutickou hodnotu právě pro určité skupiny pacientů, určité indikace, nebo za určitých podmínek klinické praxe,
- c) jestliže to je nezbytné k zajištění účelného a hospodárného používání léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, **příčemž předpokládaný dopad na prostředky veřejného zdravotního pojištění nemůže být jediným důvodem pro stanovení preskripčního omezení,**
- d) jde-li o vysoce nákladnou léčbu, jejíž náklady na rok představují alespoň jednu desetinu hrubého domácího produktu připadajícího na 1 osobu v České republice za uplynulý kalendářní rok,
- e) v případech, kdy příslušné omezení existuje a je uplatňováno v zemích referenčního koše, popřípadě v dalších členských státech Evropské unie.

* * *