

Správný předpis zdravotnických prostředků lékaři s důrazem na souběh ZP u jednoho pojištěnce

Podstata problému:

O co přesně jde. Již několik let přetrvává problém, kdy lékaři specialisté a ostatní lékaři oprávnění předepisovat zdravotnické prostředky vykonávají jejich předpis zcela nedostatečným způsobem. Závažné chyby v předpisu ZP se velmi často objevují jak v jejich samotném, přesném výběru pro konkrétního pacienta (musí co nejlépe kompenzovat celý rozsah jeho handicapu, včetně všech přidružených komplikací), tak v kvalitě podrobného zdůvodnění předpisu ZP. Kvalita a podrobnost zdůvodnění pak bývá hlavním a nejzávažnějším problémem. Nekvalitní předpis ZP předepisujícím lékařem se tak stává ve velmi vysokém procentu případů hlavním důvodem neschválení úhrady těchto ZP ze zdravotního pojištění a jejich nezapůjčení pojištěnci.

Úplně nejhorší situace pak většinou nastává v případech, kdy pojištěnec potřebuje, ze zdravotních důvodů, využívat současně dva a více nákladnějších ZP. Klasickým případem je zde nutnost souběžného užívání elektrického invalidního vozíku (EIV) a mechanického invalidního vozíku (MIV), nebo souběžného užívání obou typů vozíků, navíc ještě společně s elektricky polohovatelnou postelí, případně souběh protézy, nebo protéz nahrazujících dolní končetinu v souběhu s MIV.

Typicky chybný průběh předpisu ZP:

Pacienti neznalí této problematiky se s důvěrou obrátí na svého ošetřujícího lékaře specialistu (nejčastěji to bývá neurolog, ortoped, nebo rehabilitační lékař) a požádají ho o předpis ZP, který ze zdravotních důvodů nutně potřebují ke kompenzaci svého zdravotního stavu. Většina těchto specialistů se ale v současnosti bohužel vůbec nijak neškolí v aktuálním vývoji u těchto ZP. Naprostou většinu nejnovějších ZP tak vůbec nezná, nebo ze setrvačnosti, či jiných důvodů, předepisuje jejich stále stejné značky a typy. Pokud je tedy za této situace výběr konkrétního ZP, který má být zvolen velmi specializovaně na míru pacientovi, na samotném lékaři specialistovi, velmi často dochází k jeho zcela nesprávnému výběru. Často je pacientovi předepsán ZP, který pro něj není tím nejvhodnějším možným. V horším případě dokonce takový, který mu může při delším používání až způsobit další zdravotní komplikace. Revizní lékař zdravotní pojišťovny již následně, při svém schvalování úhrady ZP, takto nesprávný výběr již, z tohoto pohledu, nikterak nekoriguje.

Daleko častější a závažnější situací však je, že způsob předpisu takového ZP neodpovídá zákonu o veřejném zdravotním pojištění a požadavkům jednotlivých zdravotních pojišťoven obsaženým konkrétně v jejich jednotlivých metodikách. To je nejspíš zaviněno tím, že lékaři tento zákon dobře neznají a s aktuálním zněním metodik pojišťoven se ne vždy aktuálně seznamují. Nejčastěji je pak takový chybný předpis vybraného ZP předepisujícím lékařem zdůvodněn výhradně základní diagnózou pacienta, bez uvedení všech jeho přidružených zdravotních komplikací. Současně také bez uvedení jak přesně bude vybraný ZP konkrétně kompenzovat handicap pacienta včetně všech jeho přidružených, zdravotních komplikací. Maximálně někdy s dovětkem např. „pacient se již řadu let pohybuje výhradně pomocí invalidního vozíku“, nebo „pacient je zcela odkázán na invalidní vozík“. Takovéto zdůvodnění však nemá pro schvalujícího revizního lékaře takřka žádnou vypovídací hodnotu a tudíž ten nemůže často dobře rozhodnout.

Markantní je tento problém především u ZP, které jsou prakticky stavebníci, upravovanou konkrétnímu pacientovi na míru podle jeho základní diagnózy a přidružených zdravotních komplikací. Ty jako celek tvoří jeho zdravotní handicap. Revizní lékař zdravotní pojišťovny, samozřejmě pacienta a jeho přesný zdravotní stav, včetně všech jeho přidružených zdravotních komplikací, vůbec nezná. Proto rozhoduje o schválení, či neschválení úhrady ZP z veřejného zdravotního pojištění pouze na základě výše zmíněné, zcela nedostatečné,

zdravotní indikace. Musí se totiž řídit zákonem o veřejném zdravotním pojištění, který říká, že pojišťovna hraď pomůcku v provedení nejméně ekonomicky náročném. Z toho důvodu velmi často neschválí např. odlehčený invalidní vozík, nebo dokonce aktivní invalidní vozík, protože předpis ZP je odůvodněn tak, že pro uvedenou diagnózu zcela postačuje použití základního MIV. Následně tedy pojišťovna pacientovi „nutí“, místo vybraného ZP, nevyhovující levnější ZP. Ten však následně neumožňuje kompenzovat všechny přidružené zdravotní problémy pacienta, které by jinak, při lepším zdůvodnění, vybraný MIV uměl. Nebo je dokonce i špatně zaměřený. Takový ZP pak pacientovi samozřejmě, ze zdravotních důvodů, nevyhovuje. Dokonce se může stát, že takto vybraný ZP může i velmi výrazně poškodit, při jeho užívání tímto pacientem, jeho zdravotní stav.

Proto zmínění pojištěnci tyto ZP, které jim náhradou za předepsaný ZP, na základě špatného zdůvodnění předpisu vnucují pojišťovny, odmítají. Následně se odvolávají proti neschválení předepsaného ZP revizním lékařem pojišťovny a současně svalují všechnu vinu na zdravotní pojišťovnu. Pokud však tito pojištěnci ke svému odvolání nedoloží správný předpis ZP s potřebným adekvátním zdůvodněním, nebývají bohužel ani jejich následná odvolání úspěšná.

Nesprávný předpis ZP souběžně užívaných jedním pojištěncem:

Zvláště tristně se tato situace projevuje u tzv. souběhů ZP, kdy pojištěnec potřebuje souběžně užívat několik podobných ZP hrazených ze zdravotního pojištění. Typicky MIV společně s EIV, EIV s elektricky ovládanou postelí, MIV s elektricky ovládanou postelí, eventuálně EIV, MIV a elektricky ovládanou postelí. Obecně se dá říci, že pojišťovna může schválit pouze jednu pomůcku stejného druhu, pokud zákon neříká něco jiného. U některých ZP je ovšem výklad zákona natolik nejasný, že pojišťovny argumentují stanoviskem, které jim vyhovuje, tzn., že jejich užívání v souběhu není vůbec možné. Samotní pojištěnci samozřejmě tím, že se jedná o ZP zcela jiného typu, tedy nikoliv identické ZP.

Proto, aby souběh takovýchto ZP byl ze zákona možný a bylo zamezeno zamítání jejich schválení revizním lékařem pojišťovny, je nutné, aby předepisující lékař svůj předpis takového ZP velmi precizně zdůvodnil. A opět nejen základní diagnózou pojištěnce, pro kterého ZP předepisuje, ale i jeho přidruženými zdravotními komplikacemi.

Zde je nutné zdůraznit, že nestačí prostý výčet takovýchto diagnóz a komplikací. Je nutné, aby se lékař zabýval tím, jak konkrétní předepsaný ZP kompenzuje zdravotní handicap, či přidružené, zdravotní problémy pojištěnce v souvislosti s tím, jak tento stejný handicap neumí kompenzovat jiný ZP, který již pojištěnec užívá a má ho hrazený z veřejného zdravotního pojištění.

Schválit úhradu z veřejného zdravotního pojištění pak lze pouze u takových ZP, které slouží pojištěnci ke stabilizaci zdravotního stavu, jeho zachování, či zlepšení, či kompenzaci, nebo zmírnění následků zdravotní vady. Nejde schválit pomůcku zdůvodněnou tzv. „sociálními důvody“! V případě, že je konkrétní ZP pojištěnci do souběhu předepisován a zdůvodňován předepisujícím lékařem, v celém komplexu pojištěncem používaných ZP a zdůvodnění je provedeno správně, neexistuje zákonný důvod, proč by pojišťovna takovýto souběh ZP neschválila.

Je smutnou skutečností, že převážná část neschválených ZP, či jejich souběhů jde pouze na vrub předepisujících lékařů, ačkoliv samotní pacienti své problémy v drtivé většině případů přičítají zdravotní pojišťovně. Je sice pravdou, že určitou (a nemalou) část viny na neschválených ZP má i zdravotní pojišťovna, ale podle našich zkušeností špatné předpisy předepisujících lékařů bývají hlavní příčinou.

Co by měli pojištěnci a lékaři předepisující jim některý ze ZP vědět především:

- 1) Všechny zdravotní pojišťovny jsou povinny se řídit výhradně zdravotnickou legislativou a to především zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a souvisejícími předpisy. V žádném případě nejsou oprávněny odkazovat na sociální zákony při řešení úhrady zdravotnických prostředků (kompenzačních pomůcek). Stejně tak nejsou oprávněny odkazovat na jakoukoliv metodiku jedné z pojišťoven, která samozřejmě není obecně závazným, zákonným předpisem. Nemohou jednat ani na základě osobního názoru kteréhokoliv jejich zaměstnance, včetně ředitele zdravotní pojišťovny.
- 2) Pojišťovny jsou povinny řídit se ustanovením § 13 odst. 1, písmeno a), odst. 2, písm. b) a § 15 odst. 11, zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tato zákonná ustanovení ukládají pojišťovnám povinnost hradit pojištěncům všechny zdravotnické prostředky, které byly předepisujícím lékařem ze zdravotního hlediska řádně indikovány a zdravotními důvody řádně zdůvodněny.
- 3) V zákoně neexistuje ustanovení, které by zakazovalo zapůjčení EIV a MIV souběžně a jejich úhradu zdravotní pojišťovnou z veřejného zdravotního pojištění. Naopak, v zákoně jsou oba zmíněné typy vozíků v příloze č. 3, oddílu C, ve skupině 07, vedeny pod samostatným číslem položky a tudíž nejsou považovány za identický zdravotnický prostředek. Jakýkoliv výklad pojišťovny v tom směru, že se jedná o identický zdravotnický prostředek v případě souběhu MIV a EIV poskytnutý dvakrát a tudíž že může být poskytnut pouze jeden kus v rozmezí zákonné užité doby (u EIV 7 let, u MIV 5 let), je pouze jejich dezinterpretací zákona a nemá žádnou oporu v zákoně.
- 4) Pojišťovna není oprávněna revidovat své již jednou vydané rozhodnutí v případě, že byly oba vozíky pojištěnci ze zdravotního hlediska řádně indikovány, předepisujícím lékařem zdravotními důvody řádně zdůvodněny a revizním lékařem zdravotní pojišťovny následně schváleny. Zde se jedná o nepřipustnou retroaktivitu.
- 5) Pojišťovna v žádném případě není oprávněna odkazovat své pojištěnce při plnění svých zákonných povinností k úhradě zdravotnických prostředků na jejich částečnou, či úplnou úhradu ze sociálních zdrojů. Takovýto postup je v přímém rozporu s jejich zákonnou povinností.

Jaký by měl být správný postup předpisu ZP:

- 1) **Předpis jakéhokoliv ZP musí začít jeho správným výběrem**, odvozeným ze zdravotního stavu pacienta, včetně všech jeho přidružených komplikací. V případě, že předepisující lékař sám není dostatečně obeznámen s aktuální situací na trhu pomůcek, nebo neumí sám správně zvolit, doporučujeme mu výběr konzultovat se specializovaným zdravotnickým pracovištěm, nebo ve výběru ZP pacienta na něj odkázat. Poté teprve vybraný ZP následně předepsat.
- 2) **Výběr může předepisující lékař též konzultovat se samotným pacientem**. V případě, že je pojištěnec sám natolik dostatečně zkušený, že sám umí potřebný ZP vybrat, nebo ví na které specializované zdravotnické pracoviště, kde mu pomohou ZP správně vybrat, se má s výběrem obrátit a současně se předepisující lékař necítí být, z technického hlediska, pro výběr ZP dostatečně fundován, je možné věc konzultovat se zmíněným pracovištěm. Následně vybraný ZP předepsat.
- 3) **Pečlivě vybraný a příp. dobře zaměřený ZP předepsat a velmi dobře zdůvodnit medicínskými důvody**. Při zdůvodnění je nutné zohlednit i všechny přidružené zdravotní komplikace pacienta a všechny, které měly vliv na výběr ZP do odůvodnění uvést, včetně způsobu, jak tyto komplikace ZP kompenzuje. Je naprosto nedostatečné předpis zdůvodnit pouze základní diagnózou pacienta, bez doplnění všech jeho přidružených, zdravotních komplikací!

- 4) **V případě, že je ZP předepisován do souběhu s jiným, podobným ZP, je naprosto nutné se v odůvodnění předpisu zabývat tím, jak předepisovaná pomůcka kompenzuje zdravotní problém pacienta – pojištěnce v souvislosti s tím, jak jiná pomůcka, kterou též pacient již využívá, tento identický problém kompenzovat neumí a obráceně.** Při souběhu ZP je nutné hodnotit pomůcky jako „komplex“ vzájemně nezastupitelných ZP, které se při kompenzaci zdravotních problémů pacienta vzájemně doplňují. Bez zhodnocení těchto souvislostí pojišťovny souběh neschvalují!
- 5) **V případě, že zdravotní pojišťovna napoprvé správně vybraný, oprávněně a na základě zdravotní indikace předepsaný ZP neschválí a odmítne ho uhradit z veřejného zdravotního pojištění, je nutné pacienta informovat, že se může proti rozhodnutí pojišťovny odvolat.** A to u zdravotní pojišťovny i opakovaně. Vždy je však nutné k odvolání připojit důkladnější zdravotní zdůvodnění předpisu tohoto ZP.

Čeho by se měli předepisující lékaři a pojištěnci především vyvarovat:

- 1) **Špatného, subjektivního, nebo neodborného výběru ZP.** Mnoho ZP je ze zákona hrazeno na delší „směrnou užitnou dobu“, která může trvat i 7 – 10 let. Po tuto dobu je velmi obtížné, až nemožné špatně vybraný ZP změnit. Tato změna je prakticky možná pouze v případě radikálně změněného zdravotního stavu pojištěnce. V žádném případě tedy není možné vybírat pouze podle vzhledu, barvy, doporučení kamaráda se zcela jinou diagnózou, sympatií k nějaké značce, apod., jak často činí nezkušení pojištěnci.
- 2) **Zjednodušeného odůvodnění předpisu ZP pouze základní diagnózou, event. dovětkem** např. „pacient se již řadu let pohybuje výhradně pomocí invalidního vozíku“, nebo „pacient je zcela odkázán na invalidní vozík“, bez podrobného zmínění a rozboru ostatních, přidružených zdravotních komplikací pacienta.
- 3) **Odůvodnění předpisu ZP tzv. „sociálními“, nikoliv výhradně zdravotními důvody.** Sociálními důvody je např. váha vozíku v souvislosti se snadnější manipulací asistenta, možnost využívat ZP ve stísněných prostorech bytu, snadná přeprava ZP automobilem, snadnější manipulace se ZP pro asistenta, či rodinného příslušníka pojištěnce, nemožnost přepravovat těžší ZP např. z přízemí do patra, menší komfort používání ZP pro pacienta, pokud je schopen manipulovat s jednodušším ZP stejného typu, apod.
- 4) **Odůvodnění předpisu elektricky ovládaného, či sofistikovanějšího ZP potřebou pacienta využívat k ovládnutí mechanické, či jednodušší verze ZP služeb osobního asistenta.** Pokud pacient musí, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, běžně služeb osobního asistenta využívat, není tento argument považován za zdravotní zdůvodnění. Např. při potřebě změnit polohu pomocí mechanického, polohovacího zařízení vozíku (pojišťovny z takového zdůvodnění odvozují, že elektrické polohovací zařízení na vozíku nahrazuje absenci služeb asistenta a nemá primárně zdravotní funkci).
- 5) **Nezohlednění ostatních ZP již užívaných pojištěncem, ve zdůvodnění předepisovaného ZP, který je předepisován do tzv. „souběhu“ s jiným, podobným ZP.** Zde je nutné se zabývat tím, jak který ZP kompenzuje zdravotní problém pacienta a v souvislosti s tím zhodnotit, jak stejnou kompenzací ZP, které již pacient využívá, nedokážou.
- 6) **Výběr ZP pouze z nabídky jedné firmy, či pouze jednoho dodavatele, či distributora, nebo pouze z jednoho města.** Většina značek a firem nepokrývá zcela kompletní nabídku možností a variant ZP, které

jsou na trhu k dispozici v oblasti konkrétního předepisovaného ZP. ZP jiné značky může někdy kompenzovat handicap pacienta mnohem lépe a přesněji.

- 7) **Výběru a předpisu ZP bez znalostí domácích podmínek pacienta a bez zohlednění předpokládaného vývoje, či progresu jeho zdravotních problémů** s ohledem na použitelnost předepsaného ZP minimálně po celou směrnou užitnou dobu, stanovenou zákonem pro konkrétní ZP.
- 8) **Neinformování pacienta o jeho možnosti odvolat se proti rozhodnutí pojišťovny o neschválení úhrady ZP z veřejného zdravotního pojištění.** Pacient se zde může odvolávat i opakovaně, několikrát a pro toto odvolání není stanovena žádná lhůta. Každé odvolání by však mělo být důkladněji odůvodněno medicínskými důvody. Stejně tak není stanovena žádná lhůta pro rozhodnutí pojišťovny. Zde se používají pouze tzv. pořádkové lhůty „bez zbytečného odkladu“ a pojišťovna by měla rozhodovat většinou nejpozději do 30 dní. Správní řád se na toto řízení nevztahuje.

Vedle těchto zásad a postupů je velmi důležitá i dobrá informovanost pacientů svými ošetřujícími lékaři. Tito lékaři by měli mít především přehled o aktuálním vývoji na trhu ZP. Ten se velmi dynamicky vyvíjí a hlavně sofistikované ZP jsou velmi úzce zaměřeny na kompenzaci nejen základní diagnózy, ale i různých přidružených komplikací. Pokud tedy lékař nemá úplně aktuální informace z této oblasti, nebo si není jist výběrem, měl by umět vždy doporučit pracoviště, kam se mají jejich pacienti (pojištěnci) obracet, pokud potřebují vybrat a vyzkoušet některý ze sofistikovaných ZP.

Velmi důležitá je i informace těm pojištěncům, kteří přestupují od jedné zdravotní pojišťovny ke druhé a mají v užívání několik nákladných ZP hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Podle našich zkušeností v současné době jejich ošetřující lékaři vůbec zamýšlený přestup svých pacientů nikterak neřeší. Pro samotné pacienty je však velmi důležitá alespoň základní informace jak, z pohledu používaných ZP, přechod od jedné pojišťovny ke druhé provést tak, aby se pojištěnec nedostal do výrazných komplikací a nouze. V současnosti je totiž běžné, že ze strany ani jedné z pojišťoven se mu nedostává informace, že má nové pojišťovně oznámit druhy, značky a množství ZP, které má od původní pojišťovny zapůjčeny a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Proto se často stává, že stará pojišťovna svého původního pojištěnce velmi nepříjemně překvapí požadavkem na vrácení všech těchto zapůjčených ZP, ačkoliv se pojištěnec bez nich naprosto neobejde. To je ale způsobeno výhradně jeho neinformovaností, kdy neoznámí nové pojišťovně seznam jím používaných ZP pro účely jejich přeúčtování mezi pojišťovnami. Zde by výrazně napomohla k hladkému průběhu přechodu pojištěnce krátká informace od ošetřujícího lékaře.