

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Právnická fakulta

Katedra trestního práva

**Trestný čin podvodu se zaměřením na podvodné  
jednání při poskytování zdravotní péče**

Rigorózní práce

MUDr. Mgr. Dušan Klos, Ph.D.

Olomouc 2013



## **Prohlášení o původnosti práce**

Prohlašuji, že jsem předkládanou rigorózní práci na téma „Trestný čin podvodu se zaměřením na podvodné jednání při poskytování zdravotní péče“ vypracoval samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného titulu.

Rád bych tímto také vyjádřil své upřímné poděkování za cenný čas a rady konzultantovi této práce prof. JUDr. Jiřímu Jelínkovi, CSc.. Za cenné informace pak také vděčím řediteli Fakultní nemocnice Olomouc doc. MUDr. Romanu Havlíkovi, Ph.D.

Tato práce vychází z platné právní úpravy k 30.9.2013.

V Dubanech dne 30.října 2013

MUDr. Mgr. Dušan Klos, Ph.D.

## Obsah

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Seznam zkratk.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>1. Úvod.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2. Hmotněprávní aspekty trestného činu podvodu.....</b>  | <b>13</b> |
| 2.1. Vymezení základní užívané terminologie.....  | 13        |
| 2.2. Historický vývoj hmotněprávní úpravy trestného činu<br>podvodu na území ČR.....  | 16        |
| 2.2.1. Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích.....  | 17        |
| 2.2.2. Trestní zákon č. 86/1950 Sb.....   | 19        |
| 2.2.3. Trestní zákon č. 140/1961 Sb.....  | 20        |
| 2.3. Trestný čin podvodu podle § 209 tr.zák.....  | 22        |
| 2.4. Speciální formy podvodu a další trestné činy s prvky<br>podvodného jednání.....  | 26        |
| 2.5. Trestný čin podvodu a trestní odpovědnost právnických<br>osob.....   | 27        |
| <b>3. Systém zdravotní péče v České republice a modely podvodného<br/>    jednání v něm.....</b>                                  | <b>29</b> |
| 3.1. Obecný úvod.....   | 29        |
| 3.2. Odhad finančních ztrát v systému zdravotnictví.....  | 35        |
| 3.3. Modelové příklady podvodného jednání v systému<br>poskytování zdravotní péče.....  | 39        |
| 3.3.1. Model I. – vyúčtování za zdravotní služby, které nebyly<br>pacientovi poskytnuty.....                                      | 39        |
| 3.3.2. Model II. – vyúčtování za služby v rozsahu větším či jiném,<br>než byly fakticky poskytnuty.....                           | 43        |
| 3.3.3. Model III. – zkreslující data o místu a poskytovateli zdravot-<br>ní služby.....   | 58        |
| 3.3.4. Model IV. – zdvojení vyúčtování za služby, které byly již pla-<br>ceny pacientem hotově, nebo hrazeny z jiných zdrojů..... | 63        |

|  |            |
|--|------------|
| 3.3.5. Model V. – nehospodárné nadužívání a plýtvání zdravotních služeb.....                                     | 66         |
| 3.3.6. Model VI. – falešné vydávání receptů.....   | 68         |
| 3.3.7. Model VII. – podvod ve spojení s vystavením nepravdivé lékařské zprávy.....                               | 78         |
| 3.3.8. Model VIII. – podvod ve spojení s korupcí.....  | 81         |
| <b>4. Kriminologická část – kriminologické aspekty podvodné delikvence v systému zdravotní péče.....</b>         | <b>84</b>  |
| <b>5. Procesněprávní část – zvláštnosti objasňování a dokazování trestných činů s medicínským prvkem.....</b>    | <b>92</b>  |
| <b>6. Komparativní část.....</b>   | <b>101</b> |
| 6.1. Spojené státy americké.....   | 101        |
| 6.2. Spolková republika Německo.....   | 106        |
| 6.3. Slovenská republika.....  | 110        |
| 6.4. Mezinárodní organizace zabývající se bojem proti podvodům v systémech poskytování zdravotní péče.....       | 113        |
| 6.4.1. GHCAN.....  | 113        |
| 6.4.2. CHCAA.....  | 113        |
| 6.4.3. EHFCN.....  | 114        |
| 6.4.4. HF MU.....  | 115        |
| 6.4.5. HICFG.....  | 115        |
| 6.4.6. NHCAA.....  | 116        |
| 6.4.7. Komunitární právo a boj proti podvodům.....   | 116        |
| <b>7. Přehled opatření k vyhledávání podvodů v systému zdravotní péče České republiky a jejich prevence.....</b> | <b>120</b> |
| 7.1. Aktuální stav prostředků boje proti podvodům ve zdravotnictví.....  | 120        |
| 7.1.1. Centrální úroveň.....   | 120        |
| 7.1.2. Orgány činné v trestním řízení.....   | 123        |
| 7.1.3. Zdravotní pojišťovny.....   | 124        |

|   |            |
|---|------------|
| 7.2. Preventivní opáření a návrhy směřující k posílení ochrany proti podvodnému jednání v systému poskytování zdravotní péče..... | 125        |
| 7.2.1. Centrální úroveň.....  | 127        |
| 7.2.2. Zdravotní pojišťovny.....  | 129        |
| 7.2.3. Orgány činné v trestním řízení.....  | 130        |
| 7.2.4. Poskytovatelé zdravotní péče.....  | 130        |
| 7.2.5. Pacienti.....  | 133        |
| <b>8. Závěr.....</b>  | <b>134</b> |
| <b>Resumé.....</b>  | <b>138</b> |
| <b>Seznam použité literatury.....</b>   | <b>142</b> |
| <b>Abstrakt.....</b>  | <b>155</b> |
| <b>Abstract.....</b>  | <b>156</b> |
| <b>Klíčová slova.....</b>   | <b>158</b> |
| <b>Keywords catalogue.....</b>  | <b>158</b> |

## Seznam zkratek

|               |  |
|---------------|--|
| Listina       | Listina základních práv a svobod, vyhlášená předsednictvem České národní rady dne 16.12.1992 jako součást ústavního pořádku České republiky (č. 2/1993 Sb.), ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. |
| obč. zák.     | zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů   |
| Sb. rozh. tr. | judikát uveřejněný ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek – část trestní   |
| tr. řád       | zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů   |
| tr. zák.      | zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů  |
| Ústava        | Ústava České republiky (ústavní zákon č. 1/1993 Sb., ve znění pozdějších předpisů)   |
| ZoZS          | zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich provozování, ve znění pozdějších předpisů  |
| VZP           | Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky   |
| MZ            | Ministerstvo zdravotnictví ČR  |
| FBI           | Federal Bureau of Investigation  |
| ČTK           | Česká tisková kancelář   |
| DRG           | Diagnosis Related Group  |
| NS            | Nejvyšší soud České republiky  |
| ČSÚ           | Český statistický úřad   |
| NKÚ           | Nejvyšší kontrolní úřad  |

|      |   |
|------|---|
| TOPO | zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů |
| ATC  | Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv  |



# 1. Úvod

Podvod, fraud, štrych, švindl, hack, cheat; nominativ vyjadřující jednání, nebo již reálnou skutečnost obohacení sebe ke škodě cizího majetku, nebo uvedení někoho v omyl, využití něčího omylu, nebo zamlžení podstatné skutečnosti a způsobení tak škody na cizím majetku. Známe je každý a to v různé podobě; od nevinných dětských podvodů, přes různé taháky a „studentské“ pomůcky k usnadnění školních, ale i akademických povinností, primárně však bez touhy po obohacení se na úkor majetku svých učitelů, až po skutečné, rozsáhlé a sofistikované podvody „bílých límečků“<sup>1</sup>, jež jsou často v podobě organizovaného zločinu způsobilé vyvolat, či přímo vyvolávají, rozsáhlou škodu na majetku různých organizací v soukromém, či státním sektoru i národním hospodářství. Těžko hledat oblast lidského jednání, kterému by se podvod vyhýbal. Institut interních auditorů (The Institute of Internal Auditors) definuje podvod takto<sup>2</sup>: „Jakákoli nezákonná činnost, při které dochází k podvodnému jednání, zatajování informací a narušení důvěry. Při této činnosti nemusí dojít k pohrůžce násilím nebo fyzickým násilím. Podvody páchají jednotlivci i společnosti s cílem získat finanční prostředky, majetek nebo služby, vyhnout se platbě za určité služby nebo jejich ztrátě a zajistit si osobní nebo podnikatelské zvýhodnění“, další definicí může být ta od Asociace certifikovaných vyšetřovatelů podvodu z USA (The Association of Certified Fraud Examiners)<sup>3</sup>: „Podvod je záměrné jednání či opomenutí za účelem oklamat další osoby, jež vede k tomu, že oběť utrpí ztrátu a/nebo pachatel dosáhne zisku.“

Jedná se často o propracovanou metodiku vyžadující dokonalé znalosti prostředí a vlastní problematiky, jež umožňuje zasáhnout do procesů v jejich nejslabších, zpravidla nejméně chráněných místech, a která není možná, bez jisté dávky inteligence a zkušeností. Ne nadarmo se v řecké mytologii stal bohem obchodu, lsti a podvodu, Hermés, syn Dia a Maii, posel všech bohů, který svého otce překvapil svou bystrostí a důvtipem, s níž si počínal, již jako malý, při krádeži krav ze stáda Apollónova.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> White-collar crime poprvé popsany Edwinem Sutherlandem v roce 1939 jako zločin způsobený osobami vysokého společenského postavení, byl zastáncem tzv. symbolického interakcionismu a věřil, že tento model kriminálního chování pochází z interpersonálních vztahů, více [http://en.wikipedia.org/wiki/White-collar\\_crime](http://en.wikipedia.org/wiki/White-collar_crime)

<sup>2</sup> Dostupné online na <<https://na.theiia.org/standards-guidance/topics/pages/fraud.aspx>>

<sup>3</sup> Dostupné online na <<http://www.acfe.com/fraud-101.aspx>>

<sup>4</sup> Rose J.H. *Griechische Mythologie*. 1. vydání. München: Beck, 2003.

V českém právním systému je trestný čin podvodu (§ 209 tr. zák.) řazen mezi trestné činy proti majetku uvedené v páté hlavě zvláštní části trestního zákoníku. Trestní zákoník pak rozlišuje mezi formou „obecného“ podvodu, jakkoli toto adjektivum není součástí platné právní úpravy pro obecnou skutkovou podstatu uvedenou ve výše uvedeném paragrafu, a dále „speciální“ formy podvodu, a to pojistný podvod (§ 210 tr. zák.), úvěrový podvod (§ 211 tr. zák.) a dotační podvod (§ 212 tr. zák.). Objektem trestného činu podvodu je cizí majetek. Objektivní stránka tohoto trestného činu spočívá v tom, že pachatel uvede někoho v omyl, využije něčího omylu, nebo zamlží podstatné skutečnosti. Subjekt je všeobecný a subjektivní stránka je úmyslná.

Základní charakteristikou podvodného jednání je nepoužití násilí, či jiného psychického, nebo fyzického nátlaku, při páchání této trestné činnosti (a pokud už se objeví, pak pouze jako sekundární produkt). Touto trestnou činností tak nedochází k ohrožení zdraví, či poškození zdraví podvedených jedinců.

Předmětem této práce je zaměření se a rozbor podvodného jednání v systému poskytování zdravotní péče v podmínkách České republiky, tedy v systému solidárního veřejného zdravotního pojištění. Listina základních práv a svobod, jako součást ústavního pořádku ČR, v článku 31 určuje, že občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Institut zákonného nároku na „bezplatnou zdravotní péči“ je jedním ze základních principů moderního právního a sociálního státu<sup>5</sup>, který byl opakovaně upevněn v rozhodnutích a nálezech Ústavního soudu ČR<sup>6</sup>. Ten se ve svém nálezu zabýval i genezí této části Listiny: „Touto ústavní garancí se Česká republika částečně vymyká zažitým demokraciím, toto právo chybí kupř. v Ústavě Nizozemí či Švédska; ve Francii či Belgii je toto právo deklarováno Ústavou pouze jako právo na lékařskou péči, ale nikoliv bezplatné. Ostatně i nejstarší dochované právní předpisy, např. Chammurapiho zákoník z 18. století před Kristem obsahuje ustanovení, z nichž lze dovodit, že lékařský výkon je spojen s náležitou odměnou lékaři.“<sup>7</sup> A i

---

<sup>5</sup> Briggs: Sociální stát je stát, ve kterém je demokraticky organizovaná moc (prostřednictvím sociálního zákonodárství a činností státních orgánů a státních institucí) užita k zajištění základního příjmu pro každého jedince a jeho rodinu, zmírnění nebo překonání sociálních rizik v důsledku možných sociálních událostí s cílem zajistit přiměřenou sociální úroveň, bezpečí a suverenitu jedince a poskytování veřejných sociálních služeb (zejména v oblasti školství a zdravotnictví) odpovídající úrovně pro všechny jedince bez ohledu na jejich sociální status“ in Briggs, Asa. The Welfare State in Historical Perspective. European Journal of Sociology, 1961, roč.2, č.2,s. 221-258

<sup>6</sup> Nález Ústavního soudu ČR ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

<sup>7</sup> V „§ 215“ zákoníku starobabylónského panovníka Chammurapiho z 18. století před Kristem se uvádí: „Jestliže lékař provedl plnoprávnímu občanu bronzovým nožem obtížnou operaci a plnoprávního občana uzdraví, nebo

v českých zemích byla lékařská péče až do první poloviny 20. století plně hrazena nemocným bez jakékoliv garance ochrany zdraví<sup>8</sup>. Naproti tomu je zmiňována italská Ústava z roku 1947, která v čl. 32 zaručuje léčení chudým zdarma.<sup>9</sup> Sociální práva a právo na bezplatnou péči bylo implementováno do evropských ústav až v průběhu 20. století. Paradoxně jako první garantovala bezplatnou péči tzv. stalinistická Ústava Svazu sovětských socialistických republik, schválená VIII. mimořádným sjezdem sovětu SSSR ze dne 5. prosince 1936, resp. v její hlavě X v čl. 120. Podle tohoto článku: „Občané SSSR mají právo na hmotné zaopatření ve stáří, jakož i pro případ nemoci a invalidity.“ Toto právo bylo zajištěno rozsáhlým rozvojem sociálního pojištění dělníků a zaměstnanců na účet státu, bezplatnou lékařskou pomocí pro pracující a rozsáhlou sítí lázeňských míst, která byla dána k používání pracujícímu lidu.“<sup>10</sup> V českých zemích bylo právo na ochranu zdraví poprvé zakotveno v § 29 odst. 3 Ústavy Československé republiky č. 150/1948 Sb. (dále jen „Ústava z r. 1948“). Při tvorbě Listiny v roce 1992 pak ústavodárce zvažoval, zda-li podmínku bezplatnosti výslovně uvede, nakonec zvítězilo politické rozhodnutí, že ano.“

Výše uvedené ustanovení Listiny na jedné straně zvyšuje legitimní důvěru a očekávání občana v zajištění bezplatné zdravotní péče v komfortu a v rovném přístupu k léčbě „dle současného poznání a stavu lékařské vědy“, na straně druhé přes pokračující reformní kroky v systému financování zdravotní péče trvale perzistuje vnitřní přesvědčení členů populace našeho národa, že zdravotní péče je zcela bezplatná a tento pocit rovnostářství eskaluje v nadužívání, zneužívání a různou typologii podvodného jednání v tomto systému. Nežku-li pak, o adhezním odsávání peněz ze systému, který je ročně dotován částkou téměř 250 miliard Kč, různým korupčním jednáním.

Na druhou stranu je nutné uvést, že míra podvodného jednání není odvislá od míry bezplatnosti systému zdravotní péče; spíše naopak. I v systémech, které jsou založeny, buď na úplném, nebo podstatném, spolufinancováním péče ze strany jejího spotřebitele, tedy pacienta, jsou tato podvodná jednání velmi často detekována, a ze systému podle odhadů vyvádí obrovské množství financí.

---

bronzovým nožem otevře oboční oblouk plnoprávního občana a uzdraví oko plnoprávního občana, vezme deset šekelů stříbra“, či „§ 216“, který stanoví, že odměna lékaře v případě příslušníka vrstvy naplno právních občanů vezme pět šekelů stříbra“ in Klíma, J.: Nejstarší zákony lidstva. Chammurapi a jeho předchůdci. Praha: Academia, 1979, s.193

<sup>8</sup> Svobodný, P., Hlaváčková, L. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. 247 s.

<sup>9</sup> Klokočka, V., Wagnerová, E. *Ústavy států Evropské unie*. 2. díl. Praha: Linde, 1997. 335 s.

<sup>10</sup> Malý, K. *Prameny ke studiu dějin státu a práva socialistických zemí. Část I. SSSR*. Vydání 2, upravené. Praha: 1987. 320 s.

Jakkoli v jiných systémech zdravotní péče, zejména pak ve Spojených státech amerických, ale i dalších zemích států EU, je problematice podvodu a korupce ve zdravotnictví věnována značná celospolečenská pozornost a problematice zajištění ochrany proti těmto negativním jevům a různým formám trestné činnosti se věnuje celá řada státních i občanských sdružení, v našich podmínkách a v českém právním písemnictví toho času ucelený přehled a koncepce obranných mechanismů chybí.

Cílem této práce je tedy popis aktuální trestněprávní ochrany proti podvodu v českém trestním právu a jeho úprava v Trestním zákoníku, dále vymezení forem jednotlivých modelů podvodného jednání v systému poskytování zdravotní péče, rozbor kriminologických aspektů podvodu se zaměřením na specifika zdravotníků, dále procesněprávní problematiku dokazování podvodného jednání v systému zdravotní péče s důrazem na znalecké posuzování a ochranu lékařského tajemství, a dále komparaci vztahu a ochrany proti podvodnému jednání v systémech zdravotní péče v USA, Spolkové republice Německo a na Slovensku i s odkazem na mezinárodní organizace zabývající se bojem proti podvodu ve zdravotnictví. V poslední části pak bude uveden nástin možných opatření vedoucích k odhalování a potírání těchto negativních jevů, jakož i přehled stávajících mechanismů obrany.

Tato práce si však v žádném případě neklade ambice na vytvoření kompletního a detailního přehledu různých forem podvodného jednání a korupce ve zdravotnictví; to ani rozsah rigorózní práce neumožňuje. Ambicí není ani vytvoření dokonalého přehledu vzhledem k rozsahu a typologii všech možných podvodných jednání v naší společnosti. Všeobecný úvod má být spíše jen odrazovým můstkem k rozboru podvodů v systému veřejného zdravotního pojištění v podmínkách České republiky. Za důležité však, jako aktivně praktikující lékař a manažer zdravotnického zařízení, považuji i to, že se budu snažit problém pojmenovat a vytipovat slabá místa českého zdravotnického systému ve vztahu k podvodnému jednání, a že se třeba někdy v budoucnosti odborné vědecké bádání kolegů právníků odvrátí jen od prostého zkoumání nejrůznějších forem odpovědnosti lékaře při výkonu povolání v souvislosti s jeho pochybením a potřebou jeho kriminalizace, k mnohem závažnějším, ale s odkazem na úvod, mnohem „hermésovštějším“, formám trestné činnosti, která se ve zdravotnictví vyskytuje, a jež z něj odčerpává prostředky, které by mohly být využity ku prospěchu zdraví nás všech.

## 2. Hmotněprávní aspekty trestného činu podvodu

### 2.1. Vymezení základní užívané terminologie

*Podvod* je v českém trestním právu řazen do páté hlavy zvláštní části trestního zákoníku, která zahrnuje trestné činy proti majetku. *Okruh chráněných zájmů* této části tr. zák. je velmi široký a poněkud různorodý, zahrnuje krom podvodu a jeho speciálních forem – pojistný, úvěrový, dotační podvod, dále trestný čin krádeže, zpronevěry, neoprávněného užívání cizí věci, neoprávněný zásah do práva k domu, bytu nebo k nebytovému prostoru, provozování nepoctivých her a sázek, podílíctví i z nedbalosti, legalizace výnosů z trestné činnosti i z nedbalosti, lichvu, zatajení věci, porušení povinnosti při správě cizího majetku i z nedbalosti, poškození či zvýhodnění věřitele, způsobení úpadku, porušení povinnosti a pletichy v insolvenčním řízení, porušení povinnosti učinit pravdivé prohlášení o majetku, poškození cizí věci, zneužívání vlastnictví, neoprávněný přístup k počítačovému systému a nosiči informací, opatření a přechovávání přístupového zařízení a hesla k počítačovému systému a jiných takových dat a konečně poškození záznamu v počítačovém systému a nosiči informací a zásah do vybavení počítače z nedbalosti.

Pod ochranu zákona se tak dostává v této hlavě zvláštní části tr. zák. zejména *vlastnictví* (trestný čin krádeže podle § 205 tr. zák.) a *majetek* (trestný čin podvodu podle § 209 tr. zák.). Předmětem ochrany však kupříkladu v podobě informací uložených na nosiči představují i *statky nehmotné*. Ochrana vlastnického práva je zaručena. Podle čl. 11 Listiny odst.1, má každý právo vlastnit majetek; vlastnické právo všech vlastníků má stejný zákonný obsah a ochranu, dědění se přitom zaručuje. Krom ochrany vlastnictví trestněprávní je tato zaručena především občanským zákoníkem.

Pátá hlava se přitom nedělí na díly, ale přesto tyto trestné činy můžeme podle Jelínka rozdělit do čtyř základních skupin<sup>11</sup>:

- a) jednání obohacovací – krádež, zpronevěra, podvod
- b) jednání poškozovací – poškození cizí věci
- c) tzv. furtum usus – neoprávněné užívání

---

<sup>11</sup> Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 2. Vydání. Praha: Leges, 2010. 912 s.

- d) získávání prospěchu z trestné činnosti.

Podobně i Ivor dělí právně a kriminologicky trestné činy z hlediska jednání a následku na tři skupiny<sup>12</sup>:

- a) první skupina je charakterizována *obohacením se ke škodě cizího majetku*, sem patří především krádež, zpronevěra či podvod a všechny jeho subtypy
- b) do druhé skupiny řadíme *úmyslné poškození majetku*, kam patří zejména trestné činy porušení povinnosti při správě cizího majetku, poškození a zvýhodnění věřitele a další.
- c) třetí skupina zahrnuje trestné činy *kořistění z trestné činnosti jiné osoby*, sem patří zejména podílnictví a legalizace výnosů z trestné činnosti.

Systematicky velmi komplikovaný je vztah trestných činů majetkových a trestných činů hospodářských, uvedených v následující, tedy šesté hlavě zvláštní části tr. zák. Tento nevyjasněný vztah pak může činit potíže v aplikační praxi při určení, podle kterého ustanovení určité jednání posoudit, a zda-li je některé jednání vůči druhému subsidiární, nebo jestli se může jednat i o souběh činů hospodářských a majetkových<sup>13</sup>. Příkladem může být například rozlišením skutkové podstaty trestného činu padělání a pozměňování peněz podle § 233 odst. 2 tr. zák., které však může být i podvodem, k tomu blíže citace usnesení Nejvyššího soudu ČR z 10. srpna 1990, sp. zn. 3 To 42/90, R 3/1991: „Padělanými penězi jsou jakékoli napodobeniny, které vzhledem ke své kvalitě mohou být při udávání, třeba jen za určitých okolností (např. při placení za snížené viditelnosti v nočním podniku a v podobných situacích), zaměněny s pravými penězi a dostat se tak do oběhu, tzn. že jsou způsobilé k tomu, aby pachatel jejich udáním ve smyslu ustanovení § 140 odst. 1 alinea 2 tr. zák. porušil zájmy záležející v ochraně měny (československé nebo cizí). Jestliže však pachatel jinému předstírá, že mu předává pravé peníze, přitom ale jde o takové jejich napodobeniny, které vůbec nejsou s to plnit funkci oběživa nebo platidla (např. bankovce jen tvarově či barevně přizpůsobený kus papíru), pak neudává padělané peníze, ale toliko jiného uvádí v omyl ve smyslu ustanovení § 250 tr. zák. o trestném činu podvodu.“<sup>14</sup> Podobně komplikovaný vztah může být při rozlišení mezi trestným činem porušování povinností při správě cizího majetku podle § 220 odst. 1 tr. zák. a trestným činem neodvedení daně, pojistného na sociálním zabezpečení

<sup>12</sup> Ivor, J. a kol. *Trestné právo hmotné. Osobitná část*. 2. Vydání. Bratislava: Iura edition, 2010. 625 s.

<sup>13</sup> Jelínek, J. a kol. *Trestní právo hmotné*. 2. Vydání. Praha: Leges, 2010. 912 s.

<sup>14</sup> zde ve vztahu k tehdy platné právní úpravě ustanovení zvláštní části Trestního zákona č. 140/1961 Sb., ve znění zák. č. 175/1990 Sb.

a podobné povinné platby dle § 241 odst. 1 tr. zák. K tomu rozhodnutí Nejvyššího soudu ze dne 19. června 1997, sp. zn. 2 Tzn 27/97, R 8/1998-I: „Jednání zaměstnavatele, který vyplatí mzdy zaměstnancům, ale neodvede za ně zálohy na daň, pojistné na zdravotní pojištění nebo pojistné na sociální zabezpečení správci daně, příslušné zdravotní pojišťovně, resp. správě sociálního zabezpečení, a použije ji k jinému účelu, naplňuje znaky skutkové podstaty trestného činu porušování povinnosti při správě cizího majetku podle § 255 tr. zák.“<sup>15</sup>

Podobně komplikované však může být i rozlišení skutkových podstat v rámci páté hlavy zvláštní části tr. zák., příkladem může být odlišení krádeže dle § 205 od trestného činu zatajení věci dle § 219. K tomu rozhodnutí Krajského soudu v Liberci ze dne 24. března 1954, sp. zn. 3 To 61/54, R 9/1955: „Kdo si přisvojí cizí věc, ačkoli mu je známa osoba, které věc náleží a která má ještě ztracenou věc ve svém dosahu, dopustí se tím trestného činu krádeže podle § 247 tr.zák. a ne trestného činu zatajení podle § 254 tr. zák.“<sup>16</sup>

*Objektivní stránka* spočívá v útoku proti cizímu majetku, či přisvojení si, nebo neoprávněné užívání cizí věci, čímž se pachatel obohatí ke škodě cizího majetku, a nebo kořistí z trestné činnosti jiné osoby.

*Subjekt* je všeobecný, ale u některých skutkových podstat se vyžaduje subjekt speciální - § 206 – pachatelem nemůže být kdokoli, ale pouze ten, jemuž byla věc „svěřena“.

*Subjektivní stránka* vyžaduje v případě podvodu úmyslné zavinění. U některých dalších zastoupených trestných činů se může jednat o nedbalost, resp. hrubou nedbalost, např. u podílnictví podle § 215, legalizace výnosů z trestné činnosti (§ 217) a některé další.

*Výše škody* je rozhodující pro určení společenské závadnosti takového protiprávního jednání. Při stanovení výše škody se vychází z ceny, za kterou se věc, která byla předmětem útoku v době a v místě činu, obvykle prodává. Nelze-li takto výši škody zjistit, vychází se z účelně vynaložených nákladů na obstarání stejné nebo obdobné věci, nebo uvedení věci v předešlý stav. Přiměřeně se postupuje při stanovení výše škody na jiné majetkové hodnotě.<sup>17</sup> Zákonodárce pak stanovil hranici výše škody *nikoli nepatrné* škodou dosahující částky nejméně 5 000 Kč, *škodou nikoli malou* se rozumí škoda dosahující částky nejméně 25 000 Kč, *větší škodou* se rozumí škoda dosahující částky nejméně 50 000 Kč, *značnou škodou* se

---

<sup>15</sup> zde ve vztahu k tehdy platné právní úpravě ustanovení zvláštní části Trestního zákona č. 140/1961 Sb., ve znění zák. č. 253/1997 Sb.

<sup>16</sup> zde ve vztahu k tehdy platné právní úpravě ustanovení zvláštní části Trestního zákona č. 140/1961 Sb.

<sup>17</sup> § 137 tr. zák.

rozumí škoda dosahující částky nejméně 500 000 Kč a *škodou velkého rozsahu* se rozumí škoda dosahující částky nejméně 5 000 000 Kč.<sup>18</sup>

*Svolení poškozeného*<sup>19</sup> je v trestním zákoníku nově výslovně uvedenou okolností vylučující protiprávnost jednání. Vychází se z toho, že tam, kde dotčená osoba může neomezeně vykonávat svoje práva, tedy i výkon práva vlastnického, aniž by tím však utrpěl zájem jiné oprávněné osoby, nebo zájem celospolečenský, je na vlastníkově, zda-li jinému svolí k tomu, aby do výkonu jeho práva daným konkrétním činem zasáhl. Tento souhlas by měl být dán dopředu; beztrestný zůstane takový čin, je-li svolení dáno až po jeho spáchání pouze tehdy, mohl-li subjekt důvodně předpokládat, že osoba oprávněná rozhodovat, by tento souhlas jinak udělila, vzhledem k okolnostem případu a svým poměrům.<sup>20</sup>

## **2.2. Historický vývoj hmotněprávní úpravy trestného činu podvodu na území České republiky**

Právní systém na českém území se vyvíjel percpcí římského práva. Rebro a Blaho ve své učebnici římského práva<sup>21</sup> o podvodu v římském právu píší takto: „ O podvodu (*dolus malus*) mluvíme, když byl konající uveden do omylu lstivým předstíráním a v důsledku toho učinil právní úkon, zpravidla dvojstranný. Jde vlastně o omyl, ale omyl vyvolaný zlomyslností druhého. Ochrana proti podvodu zavedl prétor poskytnutím žaloby z podvodu (*actio doli*) jako subsidiární žaloby trestního charakteru, námitkou podvodu (*exceptio doli*) proti žalobnému nároku z právního úkonu ovlivněného podvodem, výjimečně navrácením do původního stavu (*restitutio in integrum*). Podvod tak byl deliktem prétorského práva a měl širší význam než jen ovlivnění pohnutky. Proto bylo možné žalobu z podvodu použít všude tam, kde někdo utrpěl škodu na majetku ze zlomyslného jednání druhého a žalobou chtěl tuto újmu vymoci zpět formou náhrady škody.“

---

<sup>18</sup> § 138 odst. 1 tr. zák.

<sup>19</sup> § 30 odst. 1 tr. zák.: „Trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení oprávněně rozhodovat, jsou činem dotčeny.“

<sup>20</sup> § 30 odst.2 tr. zák.

<sup>21</sup> Rebro, K., Blaho, P. *Římské právo*. 4.přepřacované a doplněné vydání. Bratislava: Iura edition, 2010. 523 s.



### 2.2.1. Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích č. 117/1852 ř.z.

Na území bývalého Československa byl s přestávkou po dobu okupace účinný rakouský Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích č. 117/1852 ř.z., který byl při vzniku Československé republiky v roce 1918 převzat tzv. recepční normou, zák. čís. 11/1918 Sb., do právního řádu tohoto samostatného demokratického právního útvaru.

V této normě byl podvod upraven § 197-205 v hlavě 23 I. dílu nazvané „O podvodu, podvodném úpadku a poškozování cizích věřitelů“. Jednotlivé formy podvodu zde nebyly děleny na všeobecný a specializované.

#### § 197 Podvod

*Kdo lstivým předstíráním nebo jednáním jiného uvede v omyl, jímž někdo, budiž to stát, obec nebo jiná osoba na svém majetku nebo na jiných právech má škodu trpěti, anebo kdo v tom obmyslu a způsobem právě dotčeným užije omylu nebo nevědomosti jiného, dopustí se podvodu, nechť se k tomu dal svěsti zjištěností, naruživostí, obmyslem, aby tím někomu zjednal proti zákonu výhody nějaké, nebo jakýmkoliv obmyslem vedlejší.*

#### § 198 Okolnosti, za nichž se stává podvod zločinem

*Podvod stává se zločinem buď z povahy činu, nebo částky škody.*

#### § 199 a) povaha činu

*Jsou-li tu podmínky § 197, stane se podvod již z povahy činu zločinem,*

- a) když se někdo ve své vlastní věci před soudem ku křivé přísaze nabídne, nebo křivou přísahu skutečně vykoná, anebo když se někdo ucházel o křivé svědectví, jež před soudem má se vydati, nebo když se někdo ke křivému svědectví soudu nabídnul nebo je vydal, byť i ve svědectví tom nabízení se ku přísaze nebo vykonání přísahy zároveň obsaženo nebylo;*
- b) když někdo nepravdivě na se bere charakter veřejného úředníka, nebo lživě předstírá nějaký příkaz vrchnostenský, nebo nějaké zvláštní právo, jež prý od veřejného úřadu obdržel;*
- c) když se ve veřejné živnosti užívá nepravé míry nebo váhy, nebo míry a váhy takové, která v sobě méně obsahuje, nechť jest cejchovaná nebo není;*
- d) když někdo napodobuje nebo falšuje veřejnou listinu, nějaké veřejným ústavem zavedené poznamenání kolkem, pečeti nebo známkou;*
- e) když se mezníky určení hranic vsazené odstraní nebo přesadí.*

#### § 200 b) větší škoda

*Jiné podvody stanou se zločinem, když škoda, která byla způsobena, nebo k níž zlý úmysl směřoval, činí více než šest set korun.*

#### § 201 Hlavní druhy podvodů, jež podle vyšší částky stávají se zločinem

*Způsoby podvodu nedají se sice pro jejich přílišnou rozmanitost všechny v zákoně vypočíst. Vzhledem však ku škodě právě dotčené dopustí se zločinu zvláště ten:*

- a) *kdo falešné listiny soukromé zhotovuje nebo pravé falšuje; kdo listiny, která mu buď zcela nenáleží, nebo mu nenáleží výhradně, na újmu jiného zmaří, poruší nebo je potlačí; kdo napodobené anebo zfalšované veřejné úvěrní papíry, jakož i ten, kdo zfalšovanou minci, nemaje s padělateli nebo s účastníky žádného srozumění, vědomě dále rozšiřuje;*
- b) *kdo něčího slabého rozumu zneužívá pověřeným nebo jiným lstivým zaslepováním jemu nebo jinému na škodu;*
- c) *kdo věci nalezené nebo omylem ho došle úmyslně ukryje a sobě přivlastní, což se však na zatajení pokladu nalezeného nevztahuje;*
- d) *kdo si dá falešné jméno, falešný stav nebo charakter, vydává se za vlastníka cizího jmění nebo jinak nepravou tvářností se ukryvá, aby si protiprávní zisk přivlastnil, někomu na jmění nebo právech škodu způsobil, anebo někoho ke škodlivým jednáním svedl, k nimž by se nebyl odhodlal, kdyby tento podvod na něm nebyl býval proveden;*
- e) *kdo ve hře užívá falešných kostek, falešných karet, nějakého lstivého srozumění nebo jiných lstivých úskoků.*

#### § 202 Trest na zločin podvodu

*Trestem podvodu jest vůbec žalář od šesti měsíců až do jednoho roku, ale jsou-li tu okolnosti přitěžující, od jednoho roku až do pěti let.*

#### § 203

*Převyšuje-li však částka nebo cena toho, co si pachatel zločinem přisvojil, nebo k čemu jeho úmysl směřoval, sumu šesti tisíc korun; nebo spáchal-li zločinec podvod s obzvláštní smělostí a lstí; a nebo vzal-li si provozování podvodů ve zvyk, tresce se to těžkým žalářem od pěti až do deseti let.*

#### § 204

*Spáchá-li zločin podvodu křivou přísahou (§199, lit.a.), odsouzen býti má podvodník k trestu těžkého žaláře na tak dlouho, jak to v § 202 a 203 ustanoveno, a způsobil-li křivou přísahou škodu velmi důležitou, k těžkému žaláři až i na dvacet let, podle okolností doživotnímu.*

Pro tehdy platnou zákonnou úpravu bylo typické subsumování řady nesourodých trestných činů pod trestný čin podvodu, čímž se výrazně liší od současné právní úpravy, kde je poměrně detailní rozbor jednotlivých typů podvodného jednání.

*Objektivní stránka* spočívala v:

- uvedení lstivým předstíráním nebo jednáním v omyl,
- nebo použití omylu nebo nevědomosti jiného.

*Škodlivý následek* se má projevit na majetku nebo jiných právech státu, obce, nebo jiné osoby. *Úmyslem* tohoto trestného činu v dané trestní normě byla zjištěnost, narušivost a obmysl, aby tím někomu zjednal proti zákonu výhody nějaké. V tehdejší úpravě se uplatňoval

tzv. princip tripartice, tedy, aby určité jednání bylo hodnoceno jako trestný čin, muselo naplnit konkrétní, v trestním kodexu uvedené, okolnosti u jednotlivých skutkových podstat, pokud jej nesplňovalo, pak se jednalo o přestupek. V případě podvodu to byly dvě okolnosti a to povaha činu a nebo částka škody, které jsou podrobně rozebrány v §§ 199-200. V § 201 jsou pak taxativně vyjmenovány hlavní druhy podvodů, které se podle výše částky stávají zločinem; zajímavý je pokus a snaha zákonodárce o odklon od všeobecného popisu k detailnímu pojmenování nejčastějších forem podvodného jednání, přičemž tuto svoji snahu již vstupně poměrně devaluje úvodem „*způsoby podvodu nedají se sice pro jejich přílišnou rozmanitost všechny v zákoně vypočítati*“. Zde je pak nutné zmínit, že tato jednání v dnešní době již nenaplnují skutkovou podstatu trestných činů, a nebo se dostala svou kvalifikací mimo úroveň podvodu. Např. v § 201 písm. c) trestního kodexu uvedená jednání by dnes byla kvalifikována jako trestný čin zatajení věci dle § 219 tr. zák. Zajímavé je v této souvislosti, že na zatajení přivlastnění si nalezeného pokladu se trestní postih nevztahoval, protože podle všeobecného zákoníku občanského<sup>22</sup> byl poklad zapomenutou věcí ukrytou ve věci jiné. Kvalifikovanou skutkovou podstatu pro použití vyšší trestní sazby bylo přisvojení částky nebo ceny vyšší než šest tisíc korun, nebo pokud pachatel spáchal tento trestný čin s obzvláštní smělostí a lstí, a nebo, pokud si provozování vzal ve zvyk (recidiva jako přitěžující okolnost). Velmi zásadní, co do výše trestu a způsobu trestní represe u podvodného deliktního jednání, bylo páčání podvodu křivou přísahou, kdy při způsobení škody velmi důležité hrozil trest těžkého žaláře až na dvacet let, či doživotí (§204).

## 2.2.2. Trestní zákon č. 86/1950 Sb.

### § 249 Podvod

- (1) *Kdo jiného úmyslně poškodí na majetku nebo právech tím, že*
  - (a) *jeho nebo někoho jiného uvede v omyl, nebo*
  - (b) *využije omylu jeho nebo někoho jiného,*  
*bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.*
- (2) *Odnětím svobody na jeden rok až deset let bude pachatel potrestán,*
  - (a) *dopustí-li se činu uvedeného v odstavci 1 výdělečně, nebo*
  - (b) *je-li tu jiná zvláště přitěžující okolnost.*

---

<sup>22</sup> Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch für die gesammten Deutschen Erbländer der Österreichischen Monarchie = ABGB, v české právní praxi označovaný jako obecný občanský zákoník, vyhlášený 1.června 1811 patentem císaře Františka I. č. 946 Sb. z.s., který platil na území Čech a Moravy až do roku 1950, na rozdíl od Slovenska, kde do té doby platilo uherské zvykové právo

Skutková podstata trestného činu podvodu a s tím související trestný čin rozkrádání majetku v socialistickém vlastnictví byla v trestním zákoně č. 86/1950 Sb., s právní účinností od 1. srpna 1950, jež v podmínkách tehdejší ČSSR nahradil úpravu rakouskou, obsažena v osmé hlavě zvláštní části jako „trestné činy majetkové“. Celý trestní kodex úzce navazoval na tehdejší politické poměry s rozsáhlými změnami na poli občanskoprávním<sup>23</sup> s potlačením osobního vlastnictví a preferencí tzv. majetku v socialistickém vlastnictví. Jelikož okruhem společenských zájmů, které chránila tato hlava zvláštní části kodexu, bylo vlastnictví a majetek, je nutné v této souvislosti okrajově zmínit i skutkovou podstatu trestného činu rozkrádání majetku v socialistickém vlastnictví podle § 245 daného kodexu. Jednalo se o úmyslný trestný čin, kterým pachatel rozkrádá majetek v socialistickém vlastnictví tím, že se ho zmocní s cílem nakládat s ním jako s vlastním, nebo nakládá s věcí, která mu byla svěřena jako s vlastní, a nebo ke škodě tohoto majetku obohatí sebe nebo jiného.

Trestný čin podvodu v této právní úpravě byl činem úmyslným, kdy pachatel jiného poškodí na majetku nebo právech. Chráněny tedy byly věci movité, nemovité, práva majetková i nemajetková. Vyžadoval se vznik škody, která byla tehdy vykládána jako zmenšení hospodářské hodnoty majetku, nebo nezajištění hodnoty oprávněného, na kterou má nárok. V této právní úpravě chyběl úmysl pachatele ke škodě jiného obohatit sebe nebo jiného, tento trestný čin byl koncipovaný zcela jako poškozovací. Objektivní stránka zahrnovala uvedení poškozeného nebo jiného v omyl (tj. vystupuje zde osoba oklamaná a poškozená), nebo využití omylu poškozeného nebo jiného.

### **2.2.3. Trestní zákon č. 140/1961 Sb.**

*1. ve znění účinném od 1.1.1962 do 30.6.1990*

*§ 250 Podvod*

- (1) Kdo ke škodě cizího majetku sebe nebo jiného obohatí tím, že
  - a) uvede někoho v omyl, nebo*
  - b) využije něčího omylu,*  
*bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až na tři léta nebo nápravným opatřením nebo peněžitým trestem.**
- (2) Odnětím na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
  - a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 výdělečně, nebo**

---

<sup>23</sup> Dnem 1.1.1951 nabyl účinnosti Občanský zákoník zák. č. 141/1950 Sb., který nahradil původní všeobecný občanský zákoník a zrušil původní občanskoprávní dualismus mezi českou částí tehdejší ČSSR, kde platila původní rakouská norma a slovenskou částí, která až do přijetí tohoto kodexu používala uherské zvykové právo

b) způsobí-li takovým činem značnou škodu nebo jiný zvlášť závažný následek.

II. ve znění zák. č. 175/1990 Sb., účinném od 1.7.1990 do 31.12.1991

§ 250 Podvod

- (1) Kdo ke škodě cizího majetku sebe nebo jiného obohatí tím, že uvede někoho v omyl nebo využije něčího omylu, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti nebo peněžitým trestem nebo propadnutím věci.
- (2) Odnětím svobody na šest měsíců až na tři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 škodu nikoli malou.
- (3) Odnětím svobody až na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,
  - (a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 výdělečně, nebo
  - (b) způsobí-li takovým činem značnou škodu nebo jiný zvlášť závažný následek.
- (4) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 škodu velkého rozsahu.

III. ve znění zák. č. 557/1991 Sb., účinném od 1.1.1992 do 31.12.1993

Ustanovení zůstala identická s výjimkou:

Odst. 1., kde se trestní sazba zvyšuje až na dvě léta a

Odst. 3, písm. c), spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny nebo výdělečně.

IV. ve znění zák. č. 290/1993 Sb., účinném od 1.1.1994 do 31.12.1997

Ustanovení zůstala identická, jen z odst.3 písm. c) vypadlo slovo „výdělečně“

V. ve znění zákona č.253/1997 Sb., účinném od 1.1.1998 do 31.12.2009

Zde v odstavci 1 přibyla objektivní stránka „zamlží podstatné skutečnosti“, ostatní zůstalo beze změny.

Trestní zákon, zák. č. 140/1961 Sb., účinný od 1. ledna 1962, byl na území České republiky s řadou novel platný až do konce roku 2009, na rozdíl od Slovenské republiky, která kodifikaci svého samostatného trestního práva dokončila vydáním Trestného zákona, zák. č. 300/2005 Z.z., již v roce 2005, s účinností od 1. ledna 2006. Struktura a členění tohoto kodexu odpovídala době, ve které vznikl s cílem maximální ochrany socialistického státního zřízení. V části týkající se podvodu se od předcházející úpravy odlišoval tím, že objektivní stránka trestného činu spočívala v uvedení nebo využití někoho, či něčího omylu s cílem

obohatit sebe nebo jiného ke škodě cizího majetku. Rozhodující v kontrastu s úpravou z padesátých let byla změna i v možnosti uložení alternativních trestů a to uložení nápravného opatření či peněžitého trestu. Naproti tomu kodex předcházející, ač znal i jiné formy trestu, než jen trest odnětí svobody (a to především trest propadnutí jmění, trest peněžité, či zákaz činnosti), uložení těchto alternativních trestů u trestných činů proti majetku nezaváděl.

V následujících rozsáhlých novelizacích v souvislosti se společenskými změnami po roce 1989 a se změnami struktury pachatelů ve vztahu k organizovaným skupinám se skutková podstata trestného činu podvodu a jeho trestní postih přibližovala úpravě aktuální. Důležité je zmínit novelu trestního zákona zák. č. 253/1997 Sb., účinnou od 1. ledna 1998, která nově zavedla speciální formy podvodu, a to pojistný podvod (§250a) a úvěrový podvod (§250b).

### **2.3. Trestný čin podvodu podle § 209 trestního zákoníku**

#### *§209 Podvod*

- (1) Kdo sebe nebo jiného obohatí tím, že uvede někoho v omyl, využije něčího omylu nebo zamlčí podstatné skutečnosti, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci nebo jiné majetkové hodnoty.*
- (2) Odnětím svobody na šest měsíců až tři léta bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 a byl-li za takový čin v posledních třech letech odsouzen nebo potrestán.*
- (3) Odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 větší škodu.*
- (4) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán,*
  - (a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 jako člen organizované skupiny,*
  - (b) spáchá-li takový čin jako osoba, která má zvlášť uloženou povinnost hájit zájmy poškozeného,*
  - (c) spáchá-li takový čin za stavu ohrožení státu nebo za válečného stavu, za živelní pohromy nebo jiné události vážně ohrožující život nebo zdraví lidí, veřejný pořádek nebo majetek, nebo*
  - (d) způsobí-li takovým činem značnou škodu.*
- (5) Odnětím svobody na pět až deset let bude pachatel potrestán,*
  - (a) způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 škodu velkého rozsahu, nebo*
  - (b) spáchá-li takový čin s úmyslem umožnit nebo usnadnit spáchání trestného činu vlastizrady (§309), teroristického útoku (§311) nebo teroru (§312)*
- (6) Příprava je trestná.*

Novou kodifikací trestního práva samostatně České republiky byl trestný čin podvodu převzat z předcházející zákonné normy v podstatě beze změny a to včetně druhů trestů a výměry trestu odnětí svobody, vyjma toho, že byly stanoveny podobné přitěžující okolnosti

jako u trestných činů krádeže, zpronevěry, nebo neoprávněného užívání cizí věci, aby tím byly vyjádřeny typově závažnější případy.<sup>24</sup>

*Objektem trestného činu podvodu je zde cizí majetek. Cizím majetkem* rozumíme majetek, který nenáleží pachateli, nebo nenáleží pouze jemu. *Majetkem* se rozumí soubor všech věcí, movitých i nemovitých, pohledávek a jiných práv a penězi ocenitelných hodnot, které jsou ve vlastnictví určitého subjektu nebo subjektů, a dohromady tvoří souhrn všech majetkových hodnot, tedy majetek subjektu jako celek. Jedná se tedy i např. o autorská práva, obchodní podíly, vklady tichého společníka apod. Dotčen trestným činem však nemusí být majetek celý, ale byť jen jedna jeho část, které náleží trestněprávní ochrana, jako součásti majetku poškozeného.

*Škodou na cizím majetku* se rozumí újma majetkové povahy, což je nejen zmenšení majetku (*damnum emergens*), charakterizovaný úbytkem hospodářské hodnoty, ale i ušlý zisk (*lucrum cessans*), tj. to, o co měl, nebo mohl být majetek poškozeného, jinak oprávněně navýšen. Škoda vznikne subjektu i tehdy, pokud daná věc nemá dohodnuté vlastnosti a nelze ji použít k účelu, ke kterému je určena. Trestný čin podvodu nastane, pokud škoda na cizím majetku dosáhne nejméně 5 000 Kč.<sup>25</sup> Za škodu na cizím majetku se nepovažuje uložení majetkové sankce v důsledku protiprávního jednání pachatele, zde např. pokuta za jízdu načerno. Škodou na cizím majetku není ani to, pokud oklamaná osoba obdržela ekvivalent svého plnění, který je možné využít pro svůj účel.

*Obohacení* je neoprávněné rozmnožení majetku pachatele, nebo někoho jiného, bez toho aniž by náklady na toto rozšíření, šly k tíži pachatele, či někoho jiného, a bez kterých by k tomuto rozmnožení, nedošlo. Je shodné, ale i odlišné, od skutečné škody způsobené trestným činem podvodu. Z koncepce občanskoprávní úpravy bezdůvodného obohacení se jím rozumí majetkový prospěch získaný plněním bez právního důvodu, plněním z neplatného právního úkonu nebo plněním z právního důvodu, který odpadl, jakož i majetkový prospěch získaný z nepoctivých zdrojů.<sup>26</sup>

*Objektivní stránka* trestného činu podvodu je charakterizována:

- uvedením jiného v omyl, využití jeho omylu, nebo zamlčení podstatné skutečnosti jinému, v důsledku čehož, tato osoba provede majetkovou dispozici a tím

---

<sup>24</sup> Důvodová zpráva k návrhu trestního zákona, sněmovní tisk 410/0, část č.1/9

<sup>25</sup> § 138 odst. 1 tr. zák.

<sup>26</sup> § 451 obč. zák.

- vznikne škoda nikoli nepatrná na cizím majetku a
- dojde k obohacení pachatele nebo jiného.

*Uvedení v omyl* je jednání pachatele předstírajícího okolnosti, které jsou v rozporu s reálnou a faktickou skutečností. Uvést v omyl lze fyzickou, ale i právnickou osobu či úřad a to konáním, např. předkládáním nekrytých šeků<sup>27</sup>, opomenutím (zde však spíše půjde o zamlčení podstatných skutečností), a konečně konkludentním jednáním, např. konzumace jídel a nápojů v restauraci s úmyslem nezaplatit.<sup>28</sup> Uvedení v omyl může nastat i pouhým poskytnutím nepravdivé informace, resp. informace neověřené v běžném denním kontaktu, nemusí jít tedy pouze o použití lsti.

*Využití omylu jiného* spočívá v jednání pachatele, které k vyvolání omylu nepřispělo, ale po poznání omylu jiného, bez toho, aby jakkoli setrval v mýlce jiného, či bránil odhalení reálné skutečnosti, tento omyl, využije k obohacení sebe, či jiného, ke škodě cizího majetku.

*Zamlčení podstatných skutečností* je takovým jednání pachatele, který při svém podvodném jednání neuvede jakékoli skutečnosti, které pro reakci a rozhodnutí poškozeného, nebo podvedeného, mají natolik zásadní postavení, že jsou způsobilé vyvolat vydání věci, nebo plnění poškozeným v pachatelův, či jiného prospěch a ke škodě poškozeného, a kdyby tyto informace poškozený nebo podvedený měl, k takovému jednání by nedošlo, nebo jistě ne v takové výši, jako při zamlčení těchto okolností.

Mezi omylem u podváděné osoby, majetkovou dispozicí, kterou provede oklamáný, a na základě ní vzniklou škodou u poškozeného, a obohacením pachatele, popř. jiné osoby, musí být *příčinná souvislost*.<sup>29</sup> Podvodem je však i to, pokud podvedený učiní z jiného důvodu stejnou majetkovou dispozicí, aniž by se mýlil.

---

<sup>27</sup> R 45/1996: „Předložením nekrytých šeků k vyplacení v peněžním ústavu s vědomím, že na příslušný postžirový účet nebude v brzké době poskytnuto náležitě krytí, je jednáním, které má znaky trestného činu podvodu podle § 209 odst. 1 TrZ.“

<sup>28</sup> R 57/1978-I: „Jestliže pachatel měl v úmyslu nezaplatit útratu v pohostinství již v době konzumace, dopouští se trestného činu podvodu.“

<sup>29</sup> R 5/2002-I.: „Naplnění skutkové podstaty trestného činu podvodu podle § 209 trestního zákona předpokládá existenci příčinné souvislosti mezi omylem určité osoby (resp. její neznalostí všech podstatných skutečností) a jí učiněnou majetkovou dispozicí a dále příčinnou souvislost mezi touto dispozicí na jedné straně a škodou na cizím majetku a obohacením pachatele nebo jiné osoby na straně druhé. Na podvodu mohou být zainteresováni celkem čtyři osoby: pachatel, osoba jednáající v omylu, osoba poškozená a osoba obohacená. Kromě pachatele může jít u ostatních osob také o právnické osoby. Má-li být trestný čin podvodu spáchán s využitím omylu (nebo neznalosti všech podstatných skutečností) právnické osoby, musí jednat v omylu (resp. s uvedenou neznalostí) fyzická osoba, která je nebo by byla v dané věci učinit příslušný právní úkon spojený s majetkovou dispozicí jménem právnické osoby nebo v jejím zastoupení.“



*Subjektivní stránka* vyžaduje úmyslné zavinění. K úmyslnému zavinění pak blíže usnesení Nejvyššího soudu České republiky ze dne 3. prosince 2008, sp. zn. 7 Tdo 1373/2008 : „I. Po subjektivní stránce se u trestného činu podvodu vyžaduje úmysl, přičemž úmyslné zavinění pachatele musí zahrnovat všechny znaky objektivní stránky uvedeného trestného činu, tj. jednání, následek i příčinný vztah mezi jednáním a následkem. Trestný čin je spáchán úmyslně, jestliže pachatel chtěl způsobem v trestním zákoně uvedeným porušit nebo ohrozit tímto zákonem chráněný zájem nebo věděl, že svým jednáním může takové porušení nebo ohrožení způsobit, a pro případ, že je způsobí, byl s tím srozuměn. II. Závěr o tom, zda tu je zavinění ve smyslu trestního zákona a v jaké formě, je závěrem právním. Tento závěr o subjektivních znacích trestného činu se musí zakládat na skutkových zjištěních soudu vyplývajících z provedeného dokazování. Okolnosti subjektivního charakteru lze zpravidla dokazovat jen nepřímou, z okolností objektivní povahy, ze kterých se dá podle zásad správného myšlení usuzovat na vnitřní vztah pachatele k porušení nebo ohrožení zájmů chráněných trestním zákonem.“

*Pachatelem* může být fyzická i právnická osoba.

*Příprava podvodu* je trestná jen tehdy, pokud směřuje k některé zvlášť přitěžující okolnosti uvedené v odstavci 5 § 209 tr. zák.<sup>30</sup> Použije se přitom té sazby, která je stanovena pro zvlášť závažný zločin, k němuž příprava směřovala.<sup>31</sup>

---

<sup>30</sup> § 20 odst.1 tr. zák.

<sup>31</sup> § 20 odst.2 tr. zák.

## 2.4. Speciální formy podvodu a další trestné činy s prvkem podvodného jednání

Vzhledem ke zkušenostem z praxe a společenským a ekonomickým změnám v české společnosti v průběhu devadesátých let minulého století se ukázala potřeba zvláštní úpravy pojistného (§210) a úvěrového podvodu (§211), které byly jen stěží postižitelné podle všeobecné úpravy podvodu, což vedlo ke značným ztrátám v činnosti bank a pojišťoven s rozsáhlými důsledky pro celé hospodářství země. Tato trestněprávní úprava tedy byla provedena již novelou trestního zákona zák. č. 253/1997 Sb., s účinností od 1. ledna 1998. A dále pak byla rozšířena o dotační podvod (§212) v novém trestním zákoníku.

Ve vztahu k této práci a popisu podvodného jednání v rámci systému poskytování zdravotní péče, který je založen na zákonném zdravotním pojištění, je nutné rozlišit, zda-li toto jednání je možné subsumovat pod obecný trestný čin podvodu (§209), či jeho speciální formu – pojistný podvod (§210). Pojištěním se pro potřeby skutkové podstaty trestného činu pojistného podvodu rozumí určitý způsob zabezpečení proti následkům vyvolaným skutečností, předpokládanou pojistným nebezpečím nebo pojistným rizikem. Jedná se o majetkový závazkový právní vztah upravený v zákoně č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Podle tohoto zákona rozlišujeme *pojištění dobrovolné*, které je plně založeno na kontraktní svobodě a rovném postavení smluvních stran, a *pojištění povinné*, kdy je zájem společnosti na ochraně proti následkům činnosti, které jsou zpravidla zdrojem vyššího rizika (nejznámější je jistě pojištění odpovědnosti provozovatelů vozidel za škodu způsobenou provozem vozidla, zákon č. 168/1999 Sb.). Tato právní úprava tedy nezahrnuje veřejné zákonné pojištění, tedy veřejné zdravotní pojištění upravené zákonem o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, zákon č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Pokud tedy budeme studovat podvodná jednání v tomto systému, musíme využít všeobecné formulace podvodu uvedené v § 209 tr.zák.

Podvodná jednání však mají vztah i k celé řadě jiných skutkových podstat trestných činů. Pokud se zabýváme zdravotním systémem a zdravotními službami je nutné zmínit, že jestliže

lékař za předstírané přerušování těhotenství přijme úplatu, jedná se o trestný čin podvodu a nikoli o trestný čin záležející v nedovoleném zákroku proti životu lidského plodu.<sup>32</sup>

Dále pak je to skutková podstata trestného činu padělání a vystavení nepravdivé lékařské zprávy a posudku podle § 350 tr. zák., jehož koncepce byla převzata z předcházejícího trestního zákona č. 140/1961 Sb., do kterého byla zařazena zákonem č. 134/2002 Sb. Účelem bylo především postihnout nebezpečnou činnost lékařů ve vztahu k orgánům sociálního zabezpečení v řízení o sociálních dávkách a službách dle zvláštního zákona, ale i při řízení před orgány veřejné moci. Tohoto trestného činu se dopustí ten, kdo padělá lékařskou zprávu, posudek nebo nález nebo podstatně změní jejich obsah, a nebo, kdo jako lékař nebo jiná způsobilá zdravotnická osoba vystaví nepravdivou, nebo hrubě zkreslenou zprávu, posudek nebo nález nebo v něm zamlčí podstatné skutečnosti o zdravotním stavu svém, nebo jiného, v úmyslu užít je v řízení před orgánem sociálního zabezpečení anebo před jiným orgánem veřejné moci v trestním, občanském nebo jiném soudním řízení<sup>33</sup>. Ve vztahu k podvodnému jednání ve zdravotnictví musím také uvést skutkovou podstatu trestného činu zpronevěry, které se dopustí ten, kdo si přisvojí cizí věc nebo jinou majetkovou hodnotu, která mu byla svěřena, a způsobí tak na cizím majetku škodu nikoli nepatrnou.<sup>34</sup> A dále trestný čin padělání a pozměnění veřejné listiny podle § 348 a nedovolené výroby a držení pečetidla státní pečeti a úředního razítka podle § 349 tr. zák.

Dále už jen popisně lze zmínit znaky podvodného jednání u trestných činů poškozování spotřebitele, padělání a pozměnění peněz, zkreslování údajů o stavu hospodaření a jmění, poškozování cizích práv, poškozování věřitele, a další.

## **2.5. Trestný čin podvodu a trestní odpovědnost právnických osob**

Dne 1. ledna 2012 nabyl účinnosti zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, a to souběžně s doprovodným zákonem č. 420/2011 Sb., o změně některých zákonů v souvislosti s přijetím zákona o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, který novelizoval řadu dalších zákonů. Tento zákon, přes jeho složitou genezi, upravuje podmínky trestní odpovědnosti právnických osob, tresty a ochranná opatření,

---

<sup>32</sup> R 50/1992-I.

<sup>33</sup> § 350 odst. 1 tr.zák.

<sup>34</sup> § 206 odst. 1 tr.zák.

které lze za spáchání stanovených trestných činů právními osobám uložit a také upravuje postup řízení proti právními osobám.<sup>35</sup>

Z pohledu problematiky této kvalifikační práce je nutné uvést, že trestný čin podvodu (§ 209 tr. zák.), stejně jako speciální typy podvodu (pojistný podvod podle § 210 tr. zák., úvěrový podvod § 211 tr. zák., dotační podvod § 212 tr. zák.) jsou taxativně vyjmenovanými trestnými činy v § 7 zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právními osob a řízení proti nim (dále jen „TOPO“), a lze tak vést trestní řízení proti právními osobám pro tento trestný čin. I po zakotvení zákona o trestní odpovědnosti právními osob do českého právního řádu je totiž tato pouze doplňkem trestní odpovědnosti osob fyzických a to z důvodu taxativně vyjmenovaného počtu omezeného okruhu právními osob podléhajících trestní odpovědnosti (§ 6 TOPO), stejně jako omezeném taxativním výčtu trestných činu (§ 7 TOPO), za které lze tyto stíhat.<sup>36</sup>

V dané právní úpravě, byť v tomto smyslu ještě není k dispozici judikatura soudů, lze tudíž ve vztahu k problematice podvodného jednání v systému poskytování zdravotní péče, z pohledu orgánů činných v trestním řízení, uvažovat i o stíhání nikoli jen konkrétních fyzických osob, ale i osob právními, což je velká část poskytovatelů zdravotní péče. Jedná se zejména o situaci ve vztahu k podvodnému vykazování poskytnuté zdravotní péče, jak bude uvedeno dále.

Podle mého názoru se jedná o zajímavý a při správném využití účinný nástroj v boji proti této trestné činnosti ve zdravotním systému a to i vzhledem k možným sankcím pro právními osoby, které mohou mít pro poskytovatele i existenční důsledky. Jedná se především o trest zrušení právními osoby, propadnutí majetku, zákaz činnosti a uveřejnění rozsudku.<sup>37</sup>

V dané chvíli je nutné vyčkat na aplikační praxi, zda-li se podaří tato očekávání naplnit, či nikoli.

---

<sup>35</sup> § 1 odst. 1 zákona č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právními osob a řízení proti nim

<sup>36</sup> Jelínek, J.; Herczeg, J. *Zákon o trestní odpovědnosti právními osob. Komentář s judikaturou.*

2.aktualizované a přepracované vydání. Praha: Leges, 2013. 256 s.

<sup>37</sup> § 15 TOPO

### 3. Systém zdravotní péče v České republice a modely podvodného jednání v něm

#### 3.1. Obecný úvod do systému veřejného zdravotního pojištění v úpravě a podmínkách České republiky

S rozvojem moderního státu, jak již bylo v úvodu řečeno, souvisí i jeho přebírání garance za zdravotní péči a zdravotní stav obyvatelstva a vytvoření tu více, tu méně, sociálně konformního modelu zdravotní péče na jeho území. Vycházelo se přitom z jednoduché historické premisy, že pro stát, království, císařství, knížectví či emirát, je vždy výhodnější starat se o zdravotní stav jeho obyvatel, než podstupovat rizika chybějící pracovní síly, či vojáků k dosažení státních cílů, nebo zabránění chudinské revolty.

Aby systém zdravotní péče fungoval musí splňovat nejméně tři základní podmínky a to *personální a materiální úroveň* (profesní obsah zdravotní péče), dále *organizaci zdravotní péče a konečně její financování*.<sup>38</sup> K těmto základním složkám se pak váže platná legislativa, kterou je nutné jen heslovitě zmínit:

##### A) *personální a materiální úroveň*

*zákon č.220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře*

*zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*

*vyhláška č.185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhl. č. 361/2010 Sb. a vyhl. č. 286/2013 Sb.*

*vyhláška č. 186/2009 Sb., o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech)*

*vyhláška č. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství*

*vyhláška č. 188/2009 Sb., o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů)*

---

<sup>38</sup> Havlíček, K., Hemelík, K. *Nad veřejným zdravotním pojištěním*. Praha: Orac, 1998. 164 s.

vyhláška č. 271/2012 Sb., o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka)

zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)

vyhláška č. 189/2009 Sb., o atestační zkoušce, zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních)

nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

#### B) organizace zdravotní péče

zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách

zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě

zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů

zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských městech a o změně některých souvisejících zákonů

#### C) financování zdravotní péče

zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami

nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

*zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách*

*zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění*

Pro české zdravotnictví je charakteristická jeho vysoká odborná úroveň. V řadě oborů jsou čeští odborníci lídry evropského či mezinárodního výzkumu a tedy žádaným „artiklem“ v zahraničí, dále je to vysoká kvalita a „up-to-date“ rozvoje jednotlivých léčebných postupů a prakticky on-line kontakt s celosvětovými nejmodernějšími trendy. Charakteristická je také i na evropské poměry nebývalá hustota a dostupnost zdravotních služeb, stejně jako vysoká úroveň ochrany veřejného zdraví či hygienické služby. Mnohem problematičtější je pak financování této péče, kdy i jedinec stojící mimo veřejné zdravotní pojištění má zákonný nárok na poskytnutí adekvátní akutní péče, byť třeba i na úkor úhrady jejího poskytovatele, a také obecně nízká znalost nejen populace, ale i lékařů odborníků, forem úhradových mechanismů a systémů financování zdravotní péče. Formy a způsoby financování zdravotní péče v jednotlivých zemích se výrazně liší a jejich rozbor není předmětem této kvalifikační práce. Lze jen obecně uvést v podstatě tři modely jejího financování a to *Bismarckův model* průběžného financování, který je typický pro středoevropský prostor, a charakterizovaný financováním z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samostatnými zdravotními pojišťovnami, *Beveridgeův model* s hlavním příjmem ze všeobecných daní (Národní zdravotní služba Velké Británie) a *smíšený model*. Krajní formou Beveridgeova modelu je *Semaškův model* financování zdravotní péče v bývalých socialistických zemích, který je charakterizován úplným zestátněním správy, financování i poskytování zdravotní služby.<sup>39</sup>

Příčiny současného problematického financování a fungování českého zdravotnictví, které jen pomalu a velmi neochotně prochází reformními kroky, lze sledovat jednak v rovině obecné filozofie systému zdravotní péče, která je založena na dominanci veřejného sektoru s jeho masivní regulací, a druhou rovinou je pak neustálé selhávání či obcházení stávajících stabilizačních a regulačních prvků<sup>40</sup>. To poté vede nikoli ke zrychlení reformních kroků pod hrozbou kolapsu systému, ale naopak v nekonceptních jednorázových dotacích či oddlužení systému.

<sup>39</sup> Němec, J.. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing. 2008, 240 s.

<sup>40</sup> TRANSPARENCY INTERNATIONAL ČESKÁ REPUBLIKA. *Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice*. 2007. Dostupné na <<http://www.transparency.cz/odhad-ztrat-titulu-netransparentniho-neeaktivniho-nastaveni/>>

Financování zdravotní péče představuje nejen politický, ekonomický, ale i právní a legislativní problém. Základním východiskem je zde doslovné znění čl. 31 Listiny, který je systematicky zařazen ve čtvrté části hospodářských, sociálních a kulturních práv, zní: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Diskuze o „bezplatnosti“ a úrovně poskytované bezplatné zdravotní péče představuje nekončící diskuzi nejen politických subjektů, ale i běžných občanů. Názory na úroveň poskytované standardní a případné nadstandardní péče se významně liší. Neschopnost našich politických představitelů určit rozsah a úroveň bezplatného standardu a případného nadstandardu z hlediska zdravotních služeb a provedení skutečně radikální reformy zdravotnictví, včetně revize struktury jejich poskytovatelů, pak rezultuje v rozšiřování „šedé zóny“ v oblasti zdravotnictví i zvyšující se požadavky na hledání zdrojů financování rostoucích nákladů mimo tento resort. Tato trvalá politická impotence a odborná nechuť a neschopnost provést radikální, voličsky neatraktivní, reformu, se pak projevuje i v nekonečných soudních sporech a ústavních stížnostech. „Z pohledu Ústavního soudu je podstatné, aby obsah čl. 31 Listiny nebyl zákonem fakticky vyprazdňován. V jeho duchu musí být prostředky veřejného zdravotního pojištění plně kryta kvalitní, plnohodnotná a účinná péče jakožto péče základní, standardní. Jak bylo řečeno v nálezu Ústavního soudu, sp. zn. Pl. ÚS 14/02: „Z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na jakousi základní, ‚levnější‘, ale méně vhodnou a méně účinnou, a na nadstandardní, ‚dražší‘, ale vhodnější a účinnější. Rozdíl mezi standardní a nadstandardní péčí nesmí spočívat v rozdílech ve vhodnosti a účinnosti léčby. Zákon neupravuje, jakou zdravotní péči může lékař, resp. zdravotnické zařízení poskytovat, ale jakou musí v obecném zájmu poskytovat, aby všichni pojištěnci měli stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vývojová orientace zdravotnictví, podložená zákony, je tedy založena nikoli na přesunu ‚lepších‘ úkonů zdravotní péče z bezplatné péče do sféry pojištěnci přímo hrazené, ale naopak ve směru zlepšování úkonů poskytovaných bezplatně z veřejného zdravotního pojištění“. Je nutno konstatovat, že stávající právní úprava takové obavy sice zásadně nebudí, neboť zákon o veřejném zdravotním pojištění v § 13 odst. 1 vymezuje kvalitativní podmínky zdravotní služby hrazené z veřejného pojištění shodně pro obě varianty péče tak, že a) odpovídají zdravotnímu stavu pojištěnce a účelu, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo, a jsou pro pojištěnce přiměřeně bezpečné, b) jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, c) existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování. Na druhé straně nelze vyloučit, že při více možnostech léčby, z nichž každá



splňuje shora uvedené parametry, může být dražší postup vhodnější než levnější s ohledem na individuální podmínky konkrétního pacienta. V takovém případě musí být dána ošetřujícímu lékaři možnost rozhodnout v zájmu ochrany života a zdraví pacienta o vhodnosti použití ekonomicky dražší varianty, která při splnění stanovených podmínek bude i tak plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Pacient se nemůže dostat do situace, k níž stávající úprava svádí: bude poučen o základním a ekonomicky náročnějším léčebném postupu, přičemž ošetřující lékař jej seznámí s tím, že mu bude plně uhrazen ze zdravotního pojištění pouze léčebný zákrok v základní variantě, ale současně, s ohledem na jeho specifické podmínky, doporučován jako pro něho vhodnější léčebný postup ve variantě ekonomicky náročnější. Je tedy třeba stanovit zákonem hranice mezi informováním o základní variantě a ekonomicky náročnější variantě či variantách a doporučením k použití jedné z možných variant léčebného postupu. Pokud se ošetřující lékař rozhodne doporučit pro konkrétní diagnózu ekonomicky náročnější variantu, může tak učinit jedině za té podmínky, že bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nelze přehlížet, že pacient je slabší stranou při sjednávání podmínek léčebného postupu, a poskytuje-li právní úprava ochranu spotřebiteli v oblasti závazkových právních vztahů majících materiální podstatu, tím spíše musí právní úprava poskytovat ochranu pacientovi, kde jde o hodnoty podstatnější. Příkladem takové situace mohou být pacienti s přidruženými chorobami, u kterých by základní varianta výkonu znamenala zvýšené riziko komplikací, eventuálně ohrožení života, a proto je u nich nutno ekonomicky náročnější výkon považovat za výkon základní v zájmu ochrany zdraví konkrétního pacienta. V takovém případě je vyloučeno, aby tento, vzhledem k individuálním podmínkám pacienta vhodnější výkon nebyl plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění.“, tolik citace z posledního zásadního nálezu Ústavního soudu ČR ve vztahu ke zdravotnímu pojištění a jeho rozsahu při nápadu zdravotnických nadstandardů skupinou poslanců.<sup>41</sup>

Základním zákonem regulující tok financí ve zdravotnictví je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, a dále zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, dále zákon č. 280/1992, o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a konečně zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění

---

<sup>41</sup> Nález Ústavního soudu ze dne 20. června.2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

pozdějších předpisů. Tyto pak tvoří páteří systém financování a stanovují základní charakteristiky a principy českého veřejného zdravotního pojištění<sup>42</sup>:

- 1) *obligatornost pojišťovacího systému* – charakterizována omezením autonomie vůle pojištěnce, který nemůže svým projevem vůle přímo ovlivnit vznik, změnu, nebo zánik pojištění,
- 2) *sociální solidarnost pojištěnců* – charakterizována solidaritou bohatých s chudými a zdravých s nemocnými,
- 3) *pluralita pojišťovacích institucí* – pojištěnec má právo zvolit si plátce pojištění maximálně jedenkrát za rok,
- 4) *svobodná volba povinných subjektů* – pojištěnec má právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb, pokud zákon nestanoví jinak<sup>43</sup>,
- 5) *ingerence státu* – tato je charakterizována jednak garancí státu jako plátce do systému za tzv. státní pojištěnce a jednak výkonem kontroly a regulace nad zdravotními pojišťovnami.

Znepokojující jsou stále zvyšující se výdaje na zdravotnictví i přes všeobecnou ekonomickou krizi. Podle údajů z ročenky za rok 2011 Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, citují: „V roce 2011, jako i v předchozích letech, byla převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění, které krylo 78,2 % výdajů. Státní a územní rozpočty uhradily 5,8 % celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 16,0 %. Podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví vzrostl zejména po roce 2008 se zavedením regulačních poplatků. Celkové výdaje na zdravotnictví se oproti roku 2010 snížily o 463 milionů Kč a v roce 2011 dosáhly v absolutním vyjádření 288 572 milionů

---

<sup>42</sup> Tröster, P. K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění. Právo a zákonnost, roč. 1992, č. 4, s. 216-223.

<sup>43</sup> § 48 odst.1 zák.č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování : „Poskytovatel, kterého si pacient zvolil, může odmítnout přijetí pacienta do péče, pokud : a) by přijetím pacienta bylo překročeno únosné pracovní zatížení nebo jeho přijetí brání provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické či věcné vybavení zdravotnického zařízení; překročením únosného pracovního zatížení se rozumí stav, kdy by zajištěním zdravotních služeb o tohoto pacienta došlo ke snížení úrovně kvality a bezpečnosti zdravotních služeb poskytovaných pacientům již přijatým, b) by vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňovala v případě poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost výkon návštěvní služby, nebo c) není pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou má poskytovatel uzavřenu smlouvu o veřejném zdravotním pojištění; toto právo se nevztahuje na pojištěnce států Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru, Švýcarské konfederace, či ze států, se kterými má Česká republika uzavřenu smlouvu o sociálním zabezpečení, zahrnující ve věcném rozsahu nároky na zdravotní péči.“  
§ 48 odst. 3 zák. č. 372/2011 Sb.: „Poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče podle odstavce 1, jde-li o pacienta, kterému je potřebné poskytnout nedokladnou péči, jde-li o porod nebo jde o zdravotní služby, které jsou nezbytné z hlediska ochrany veřejného zdraví, nebo ochrany zdraví při práci, dále jde-li o krizové situace nebo výkon ochranného léčení nařízeného soudem, pokud jiný právní předpis nestanoví jinak.“

Kč, tj. 27 492 Kč na 1 obyvatele. Uvedené celkové výdaje představují 7,51 % HDP roku 2011. Veřejné výdaje, tzn. výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění, činily 242 410 milionů Kč, o 871 milionů Kč méně než v roce 2010. Pokles veřejných výdajů je způsoben snížením prostředků z veřejných rozpočtů (o 18,9 %), zatímco výdaje veřejného zdravotního pojištění mírně rostly.“ Dá se očekávat, že tento růst výdajů bude pokračovat, v současné době, tj. v polovině roku 2013, se odhaduje kumulativní deficit v systému zdravotnictví cca 8 miliard Kč, který bude nutné částečně vyřešit zvýšením platby za tzv. státní pojištěnce, což do systému přinese odhadem 4,7 miliardy Kč a státní půjčkou Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR<sup>44</sup>.

### **3.2. Odhad finančních ztrát v systému zdravotnictví České republiky podvodným jednáním, korupcí a nadužívání z pohledu nevládních organizací**

V současné době v České republice není přesně kvantifikován odhad ztrát z finančních prostředků zdravotnictví vlivem podvodného jednání a korupce. Pokud by bylo možné vycházet skutečně jen z uzavřených kauz podvodů, zejména pak falešných receptů a částečně podvodného vykazování poskytnuté, tedy v tomto případě neposkytnuté, péče, byly by tyto ztráty v kontrastu s obrovskou částkou, kterou je zdravotnictví každoročně subvencováno, zanedbatelné. Oficiální odhady, nebo rozbor problematiky na úrovni vládních organizací chybí, musíme tedy vyjít z odhadu ztrát, které formulovaly mezinárodní nevládní organizace, resp. jejich české pobočky. Roční odhad ztrát ve zdravotnickém systému celosvětově podle zprávy organizace European Healthcare Fraud and Corruption Network, o jejíž činnosti bude zmíněno dále, dosahuje částky přibližně 180 miliard eur, což tvoří cca 5,99 % všech nákladů<sup>45</sup>. Podobně šokující čísla přinesla přehledná zpráva české pobočky mezinárodní organizace Transparency International o odhadovaných ztrátách v našem zdravotnictví,

---

<sup>44</sup> ČTK.VZP požádala o půjčku od státu 2,5 mld., peníze chce ještě letos [online]. MedicalTribune.cz, 20. září 2013. Dostupné na <<http://www.tribune.cz/clanek/30961>>

<sup>45</sup> INK. Plýtvání ve zdravotnictví se údajně blíží 200 miliardám eur. [online]. Zdn.cz., 25.dubna 2010. Dostupné na <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/plytvani-ve-zdravotnictvi-se-udajne-blizi-200-miliardam-eur-449309>>

naposledy z roku 2007<sup>46,47</sup>, která uvádí odhad ztrát v roce 2005 v úrovni nejméně 20,1 miliard Kč, což odpovídá 0,67 % HDP ČR a 9,5% z celkových nákladů na kapitolu zdravotnictví. I když se tento odhad přibližuje odhadům celoevropským, resp. celosvětovým, tato informace vyvolala samozřejmě značné pobouření zejména na straně dodavatelů léčiv a zdravotních pomůcek. Tito upozorňují na to, že v této analýze chybí především konkrétní údaje a že informace typu „odhadujeme“, „hrubý odhad“ a používání řady zjednodušujících příkladů mají spíše informativní charakter, která mohou vyvolat spíše jen skutečnou odbornou diskuzi, než aby měla reálný dopad na změnu v systému, který je však nedokonalý a náchylný k podvodnému jednání a korupci, což připouští i zástupci firem.<sup>48</sup> Na obranu této zprávy je však zdvořilé podotknout, že i podobné zprávy nejen z nevládních organizací, ale i státních úřadů (kupř. v USA informace FBI, či úřadu státního návladního a Ministerstva zdravotnictví USA), mají spíše aproximativní podobu a jsou zatíženy jistou mírou statisticky přípustné odchylky.

Zde je tedy přehledná tabulka ze zprávy Transparency International ČR z roku 2007:

---

<sup>46</sup> TRANSPARENCY INTERNATIONAL ČESKÁ REPUBLIKA. *Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice*. 2007. Dostupné na <<http://www.transparency.cz/odhad-ztrat-titulu-netransparentniho-neeaktivniho-nastaveni/>>

<sup>47</sup> TRANSPARENCY INTERNATIONAL ČESKÁ REPUBLIKA. 2007. *Transparentní zdravotnictví. Výzva pro každou vládu*. 2006. Dostupné na <<http://www.transparency.cz/transparentni-zdravotnictvi-ceske-republice-vyzva-kazdou-vla/>>

<sup>48</sup> CZECHMED. *CzechMed. Korupce ve zdravotnictví za 27 miliard. Nesmysl*. [online]. Zdn.cz, 26. srpna 2011. Dostupné na <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/komentare/czechmed-korupce-ve-zdravotnictvi-za-27-miliard-nesmysl-461189>>

Hlavní problémová místa v systému financování zdravotnictví v ČR

| Oblast  | Dílčí oblast                                     | Podrobnější vymezení problému   | Odhad ztrát (pokud byl již proveden) mil. Kč |
|---|--|---|--|
| Léky a léková politika                              | Vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů | „Motivování“ lékařů k předepisování určitých léčiv dealery jednotlivých firem. Touto motivací jsou např. výjezdy na zahraniční konference. Vzhledem k pozici farmaceutických firem lze předpokládat plný přesun těchto nákladů do ceny léků.            | ?  |
|   | Falešné recepty                                  | Obtížná identifikace a zachycení falešných receptů.   | 380  |
|   | Postupy v kategorizační komisi                   | Fungování kategorizační komise je poměrně netransparentní. Lze identifikovat nedostatečné zapojení soutěžních metod mezi dodavateli léků.   | ?  |
| Zdravotnický materiál                               | Vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů | „Motivování“ lékařů k využívání určitého typu zdravotnického materiálu dealery jednotlivých firem. Touto motivací jsou např. výjezdy na zahraniční konference. Vzhledem k pozici těchto firem lze předpokládat plný přesun těchto nákladů do ceny léků. | ?  |
| Investice   | Přístrojová technika                             | Neoptimální prostorová alokace speciálních přístrojových zařízení vedoucí ke vzniku regionů s nadměrnými kapacitami.  | ?  |
|   | Stavební investice                               | Neoptimální prostorová alokace stavebních investic vedoucí k nevyužívání některých rozsáhlých stavebních celků.   | ?  |
| Nemocnice   | Nadbytečná kapacita lůžkové péče                 | Nadprůměrné množství akutních nemocničních lůžek a příliš dlouhá průměrná ošetrovací doba.  | 7 000  |
| Korupce v ordinacích, neefektivní nastavení systému | Nemocenská                                       | Současný systém nemocenského pojištění se ukazuje jako neefektivní a generuje příliš vysokou nemocnost.   | 2 400  |
|   | Operační výkony                                  | Podplácení s cílem získání zvýhodnění při operaci.  | ?  |
|   | Diagnostika                                      | Neefektivní využívání nejmodernějších diagnostických postupů i v případech, kdy by postačovalo vyšetření nižšího řádu.  | ?  |
|   | Preskripce a příliš vysoká návštěvnost lékařů.   | Nadměrná návštěvnost ambulantních lékařů často spojená s předepisováním volně prodejných léků.  | 6 000  |
| Nezohlednění nových léčebných postupů               | Lázeňské poukazy                                 | Neaktuální indikační seznam, který předepisuje lázeňský pobyt i v případech, kdy to nové léčebné postupy nevyžadují.  | 450  |

|   |   |  |               |
|---|---|--|---------------|
| Politická korupce a nekompetentnost   | Netransparentní obsazování manažerských pozic | Řada vysokých manažerských postů je obsazována bez otevřených výběrových řízení. Výkony takto dosažených manažerů s sebou pak přinášejí ekonomické ztráty zdravotnických zařízení.   | ?             |
|   | Schvalování sporné legislativy                | Zákony v oblasti zdravotní péče jsou v řadě případů vzájemně nekonzistentní a některé jejich části i protiústavní. Jejich implementace s sebou přináší vysoké transakční a v některých případech i utopené náklady.                    | ?             |
| Veřejné zakázky   | Nerespektování platné legislativy             | Časté obcházení a porušování zákona o veřejných zakázkách a nedostatečná funkce kontrolního systému vede k tomu, že řada zakázek je realizována za vyšší cenu, než by bylo možné dosáhnout při otevřených a transparentních procesech. | 3 900         |
| Akreditační a grantová komise   | Rozdělování dotací                            | Netransparentní rozdělování dotačních titulů spojená s absencí vyhodnocování efektivnosti.   | ?             |
| <b>Celkem systém veřejného zdravotního pojištění</b>                          |   |  | <b>20 130</b> |
| Ztráty v systému nemocenského pojištění                                       |   |  | 7 500         |
| <b>Celkem systém veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění</b> |   |  | <b>27 630</b> |

Pozn.: ? – pro odhad není k dispozici dostatečné množství dat nebo není vyvinuta použitelná metodika.

*Zdroj: Transparency International Česká republika. Odhad ztrát z titulu netransparentního a neefektivního nastavení systému veřejného zdravotnictví v České republice. 2006.*

Rozbor jednotlivých těchto položek přesahuje rámec této práce, a pokud má vztah k modelům podvodného jednání, bude uveden v následujících kapitolách.

### **3.3. Modelové příklady podvodného jednání v systému poskytování zdravotní péče**

V systému poskytování zdravotní péče se střetávají zájmy jednak regulátora (tj. Ministerstvo zdravotnictví, specializovaných komisí, apod.), plátce (pojišťovna), poskytovatelů zdravotní péče (lékaři, Česká lékařská komora, Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů, Česká stomatologická komora, lékárníci, Česká lékárnická komora, odborné lékařské společnosti – Česká lékařská společnost- Společnost Jana Evangelisty Purkyně), jejich dodavatelů (především farmaceutických firem) a spotřebitelů, tedy pacientů. Každý z těchto účastníků, samozřejmě s naprosto odlišnými zájmy, představuje silnou lobbistickou skupinu, která má možnost reálně ovlivňovat vyváženost vzájemných vztahů.

Vzhledem k výše popsanému, tedy rozboru skutkové podstaty trestného činu podvodu v podmínkách českého trestního práva a nástinu financování zdravotní péče v České republice, bych typologii podvodného jednání rozdělil takto:

- I. model – vyúčtování za zdravotní služby, které nebyly pacientovi poskytnuty (tedy bez faktického ošetření pacienta)
- II. model – vyúčtování za služby v rozsahu větším či jiném, než byly skutečně poskytnuty (při faktickém ošetření pacienta)
- III. model – zkreslující data o místu a poskytovateli zdravotní služby
- IV. model – zdvojení vyúčtování za služby, které byly již placeny pacientem hotově, nebo hrazeny z jiných zdrojů (granty, studie apod.)
- V. model – nehospodárné nadužívání a plýtvání zdravotních služeb
- VI. model – falešné vydávání receptů nebo vydávání nepotřebných léků
- VII. model – podvod ve spojení s vydáním nepravdivé lékařské zprávy - kauza falešných neschopenek
- VIII. model – podvodné jednání ve spojení s korupcí

#### **3.3.1. Model I. - Vyúčtování za zdravotní služby, které nebyly pacientovi poskytnuty**

Největší část výdajů zdravotních pojišťoven představují náklady na zdravotní péči. Hlavním úkolem pojišťoven je tak mít tyto prostředky, kterých je každoročně nedostatek, pod kontrolou a to pomocí co nejefektivnějších mechanismů úhrady této péče. V dnešní době se u

smluvních lékařů či zdravotnických zařízení tyto kombinují, ale v podstatě můžeme rozlišit tyto základní typy (pozn.autora: jedná se skutečně jen o hrubý a obecný popis mechanismů úhrad zdravotní péče, pro pochopení základních souvislostí a významu vzájemných souvislostí):

- a) *výkonová platba – je charakterizována fixní platbou za určitý typ výkonu podle stanoveného seznamu výkonů; byla typickou formou pro financování zdravotní péče v ČR v letech 1992-1997, dnes je vyhrazena především ambulanci sféře a laboratorní diagnostice s dohodnutými malusy a bonusy podle dalších smluvně ujednaných kritérií,*
- b) *paušální platba – jedná se o zaplacení určené, předem stanovené částky za určitý komplex výkonů, bez ohledu na skutečně a reálně poskytnutou péči, jednalo se např. o stanovení paušálu za rodné číslo, ošetrovací den a dnes nejčastěji používaný systém financování hospitalizační péče a to platbu za případ, neboli casemixové klasifikační systémy a to na základě zařazení určitého případu podle DRG – Diagnostic Related Groups, velmi zjednodušeně můžeme říci, že výsledná platba za případ je dána na základě zařazení daného případu pod určitou diagnostickou skupinu se zohledněním případných komorbidit a výsledný casemix pak násobí základní sazbu pro dané zdravotnické zařízení<sup>49</sup>,*
- c) *kapitační platba – znamená pravidelnou měsíční platbu „za hlavu“ registrovanou u daného lékaře bez ohledu na to, zda-li mu v daném měsíci byla poskytnuta nějaká zdravotní služba či nikoli, tento systém je pak limitován degresivními malusy, při překročení určitého počtu registrovaných pojištěnců, jedná se o typickou platbu např. pro praktické lékaře pro dospělé či děti a dorost.*

---

<sup>49</sup> „Koncept casemixu se vztahuje k poznání, že výsledky a náklady zdravotnického zařízení jsou výrazně determinovány určitými atributy pacientů, které zdravotnické zařízení léčí. Tyto atributy zahrnují několik rozdílných, i když vzájemně souvisejících charakteristik pacientů a jejich onemocnění. Zatímco kliničtí pracovníci budou nejvíce zdůrazňovat závažnost onemocnění pacienta, jeho prognózu, riziko úmrtí nebo obtížnost léčeni, pro administrátory nemocnic nebo pro zdravotní pojišťovny bude důležitá intenzita nasazení zdrojů pro léčení a nákladů s tím spojených. Ne vždy větší závažnost onemocnění nebo větší riziko úmrtí znamená i větší náklady na léčení. Casemixové klasifikační systémy klasifikují případy skutečného léčení do skupin z hlediska klinické příbuznosti a z hlediska některé, nebo několika výše uvedených charakteristik, nejčastěji z hlediska nákladové podobnosti. Klinická příbuznost je důležitá pro to, aby pro zdravotnické pracovníky byly takové klasifikace srozumitelné a akceptovatelné a podobnost dalších charakteristik onemocnění pacienta naplňuje vlastní cíl casemixových klasifikací, tj. odhadnout výdaje plátců zdravotní péče, resp. náklady poskytovatelů zdravotní péče spojené s jejím poskytováním, nebo odhadnout složitost léčení, prognózu léčení či riziko úmrtí pacienta“ in KOŽENÝ, P. a kol. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada Publishing, 2010. 206 s.



V průběhu rozvoje strategie financování zdravotní péče se tyto mechanismy úhrad různily s dominancí té či oné skupiny. Tyto formy se liší dle zásady smluvní volnosti mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní služby, těžko tedy hledat úplnou shodu mezi všemi typy poskytovatelů zdravotních služeb. Tato nejednotnost úhradových mechanismů a smluvních ujednání nejen mezi pojišťovnami a daným zdravotnickým zařízením, jejich nepředvídatelnost a transparentnost, je trvale napadána nevládními organizacemi jako jeden ze základních kamenů neprůhlednosti vazeb financování českého zdravotnictví.

Vlastní podvodné jednání pak spočívá ve vědomém vykazování zdravotní služby pacientům, kteří ani nebyli skutečně ošetřeni nebo vyšetřeni v daném zdravotnickém zařízení. Toto jednání je postižitelné jako podvod podle § 209 tr. zák. při naplnění všech znaků skutkové podstaty tohoto trestného činu.

#### Příklady podvodu – model č. I.:

##### *Případ 1)*

*Policie vyšetřuje v Přerově rozsáhlý podvod při převozech pacientů. Dnes už neexistující firma Profiambulace údajně připravila Všeobecnou zdravotní pojišťovnu kvůli fingovaným výjezdům o nejméně 700.000 korun. Informovala o tom televize Nova.*

*Policie vyšetřuje v Přerově rozsáhlý podvod při převozech pacientů. Dnes už neexistující firma Profiambulace údajně připravila Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) kvůli fingovaným výjezdům o nejméně 700.000 korun. Informovala o tom v úterý televize Nova.*

*Společnost prý od roku 2003 vykazovala jízdy, které se nikdy neuskutečnily. Pojišťovna na to přišla při pravidelné kontrole. Její pracovníci zjistili nesrovnalosti při vyúčtování a VZP předala případ policii.*

*Podvod vyšel najevo, když firma chtěla peníze za převoz pacientů, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni a nebo už nežili, uvedla Nova.*

*Policisté televizi řekli, že škoda činí více než 700.000 korun. Cifra však nemusí být konečná, kriminalisté případ stále prověřují. Viníkovi hrozí až osm let vězení.<sup>50</sup>*

##### *Případ 2)*

*Strakoničtí kriminalisté specializující se na hospodářskou kriminalitu objasnili závažnou trestnou činnost jedné zubní lékařky ze Strakonice. Ta si s úmyslem získat pro sebe majetkový prospěch od počátku roku 2004 do konce roku 2008, vykazovala 5ti zdravotním pojišťovnám provedení stomatologických úkonů svých pacientů, ačkoliv je ve skutečnosti neprovedla.*

<sup>50</sup> ČTK. *Policie vyšetřuje podvod při převozech pacientů.*[online]. Zdravotnické noviny, 18. července 2007. Dostupné na <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/nova-policie-vysetruje-podvod-pri-prevozech-pacientu-313237?category=z-domova>

Lékařka si neoprávněně vyúčtovala několik tisíc úkonů u celkem 530 pacientů za bezmála 2 120 000 korun.

Operativní a důslednou činností zajistili kriminalisté veškerou zdravotní dokumentaci a včerejšího dne zahájili trestní stíhání podezřelé lékařky pro podezření ze spáchání trestného činu podvodu.<sup>51</sup>

### *Případ 3)*

Ačkoliv průměrný pacient potřebuje za rok méně než jednu plombu, devadesát zubařů vykázalo Všeobecné zdravotní pojišťovně čtyři i více plomb na pacienta. Pojišťovna je chce prověřit. Pokud se podezření z podvodů potvrdí, pojišťovna bude chtít peníze zpátky.

Až 25 milionů korun z 800 milionů, které zaplatí Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) ročně za plomby, zřejmě vykážali zubaři neoprávněně. VZP to zjistila porovnáním dat za uplynulých šest let ze všech 6156 zubních ordinací, s nimiž má smlouvy.

Pokud se pochybení potvrdí, VZP bude chtít zaplacené peníze zpět. Celkem dala VZP loni za ambulantní zubní péči 5,8 miliardy korun, v průměru 940 korun na jednoho pojištěnce.

"Analýza ukázala, že 90 zubařů opakovaně šest let vykazuje, že ročně udělali každému svému ošetřenému pacientovi čtyři a více plomb, zatímco průměr v ČR je méně než jedna plomba na pacienta za rok," upřesnil Tichý.

Podle náměstka ředitele VZP Petra Hoňka šlo ve všech případech o malé ordinace, kde pracuje jen jeden lékař. "Do třetiny z nich už VZP poslala své revizní pracovníky," řekl s vysvětlením, že dřív to VZP udělat nemohla - teprve porovnání dat za více let umožnil srovnání s průměrem a ukázalo dlouhodobé problémy v konkrétních ordinacích.

Prezident České stomatologické komory Pavel Chrz řekl, že vyčká na výsledky revizí v konkrétních ordinacích. Zatím má od VZP jen celková čísla, neví, o které zubaře jde.

"V první řadě se musí prokázat, že opravdu podváděli. Teď je to na straně pojišťovny. Pokud se pochybení potvrdí a VZP dá podnět, zahájíme s těmito kolegy disciplinární řízení a dostanou pokutu," uvedl.

Podle Chrze se nedá vyloučit, že někteří zubaři opravdu mohou takové množství plomb dělat. "Když třeba bude někdo ošetřovat obyvatele ústavu sociální péče, kde chovanci se o sebe sami nedokážou postarat, tak se samozřejmě může stát, že budou mít kazů hodně," vysvětlil.

Právě revize VZP má prokázat, jaké spektrum pacientů lékař má a zda by mohl udělat tolik plomb, kolik vykážal. Chrz potvrdil, že VZP v její aktivitě podporuje. "Není možné, aby pár desítek nepoctivců kazilo dobré jméno všem ostatním stomatologům. Je správné, že to VZP hlídá," shrnul.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> BAJCURA, M. *Objasněn podvod ve zdravotnictví*. Zpráva Policie ČR, 30. prosince 2010. Dostupné na <http://www.policie.cz/docDetail.aspx?docid=21569194&doctype=ART&>

<sup>52</sup> ČTK. *Zubaři podvádí s plombami, tvrdí VZP. Ročně pojišťovnu připraví o 25 miliónů*. [Online]. iHNed.cz., 13. srpna 2013. Dostupné na <http://zpravy.ihned.cz/c1-60415400-vseobecna-zdravotni-pojistovna-zubari-kontrola-analyza-plomba>

Rozbor kazuistik z hlediska hmotněprávního:

1. *objekt* – cizí majetek; v daném případě majetek zdravotní pojišťovny, tedy odlišný od vlastního majetku pachatele,
2. *objektivní stránka* – jednoznačně v těchto případech „uvedení někoho v omyl“; a to nepravdivým výkazem skutečně provedených výkonů na „živých“ či „mrtvých“ účtech pojištěnců; *škoda na cizím majetku* přesáhla v těchto případech úrovně 5 000 Kč, tedy alespoň úrovně škody nepatrné a to v přímé příčinné souvislosti s jednáním pachatele,
3. *subjekt* – poskytovatel zdravotní služby, v daném případě lékař, zubař či poskytovatel zdravotní služby,
4. *subjektivní stránka* – úmysl; jeho prokázání představuje nejsložitější část procesněprávní problematiku trestného činu podvodu. V tomto případě je nutné beze vší pochybnosti prokázat, že se jednalo o úmysl a nikoli náhodný omyl, chybu, která je zcela mimořádná a tolerabilní.

### **3.3.2. Model II. - vyúčtování za služby v rozsahu větším či jiném, než byly skutečně poskytnuty (při faktickém ošetření pacienta)**

Zejména v devadesátých letech 20. století při dominujícím výkonovém mechanismu úhrady bylo naprosto běžnou praxí vykazování i za zdravotní služby, které běžně při dané návštěvě lékaře skutečně nebyly poskytnuty. (Příklad: „Chronicky nemocná starší žena si přišla k lékaři vyzvednout recept na svoji běžně užívanou medikaci, k návštěvě, která byla čistě formálně administrativní, lékař vykázal výkon – vyšetření pacienta praktickým lékařem, provedení EKG, apod.) Dnes je tato forma neposkytnutých služeb potlačena díky kapitační platbě u praktiků, kde je zvýšená poptávka po lékařské službě pro daného poskytovatele, tedy lékaře nevýhodná; stejně jako u laboratorních výkonů, kde zvýšená produkce je postižena malusy po dosažení určité úrovně bodové produkce.

Ohrožen tak zůstává především mechanismus úhrad nemocničních zařízení, tedy klasifikace dle DRG. V tomto systému mluvíme o podvodném jednání jako o tzv. „upcodingu“, tedy jednání, které přidáváním stavů, které komplikují základní diagnózu, pro kterou byl nemocný přijat, a nebo nesprávné uvedení základní diagnózy nemocného (příkladem budiž vykazání péče u nemocného přijatého s akutním infarktem myokardu jako primární manifestací ischemické choroby srdeční – pokud je zadána základní diagnóza jako

akutní infarkt a ischemická choroba srdeční dostaneme výsledný casemix pro zjednodušení třeba 1.0, pokud ale zadáme jako základní diagnózu, pro kterou byl nemocný přijat do nemocnice ischemickou chorobu srdeční, a za hospitalizace se tato zkomplikovala akutním infarktem, je výsledná hodnota 3.0, což ve výsledku může znamenat rozdíl ve prospěch poskytovatele i sto tisíc korun). Zatímco ve Spojených státech amerických je toto jednání považováno jako jednoznačný typ podvodu a má povahu trestného činu, v našich podmínkách zatím není znám případ, že by se pojišťovna obrátila na orgány činné v trestním řízení z důvodu upcodingu k zahájení úkonů trestního řízení pro podezření ze spáchání trestného činu podvodu. Důvodem je především otázka subjektivní stránky tohoto trestného činu a dostatečná ochrana proti tomuto jednání v rámci tzv. úhradové vyhlášky (platí zde zásada ultima ratio trestněprávního postihu). Podle této tzv. „úhradové vyhlášky“, vyhláška č.475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, obsahuje i sankční postup v případě tzv. upcodingu, a to v příloze č. 1 k této vyhlášce v písmenu c) odst. 1.1. se uvádí: „Pokud zdravotní pojišťovna zjistí při kontrole odchylky od pravidel ve vykazování a kódování podle Klasifikace, v jejichž důsledku došlo k nesprávnému zařazení případu do DRG skupiny s vyšší hodnotou relativní váhy u konkrétního poskytovatele, sníží casemix v této výši: u konkrétního případu (casemix původní – casemix revidovaný) x 3. To znamená, že poskytovatel zdravotní služby bude sankcionován trojnásobkem rozdílu výsledných hodnot.“

#### Příklady podvodu – model č. II.:

##### *Příklad 1)*

*Zajímavou kazuistikou ve vztahu ke způsobu vykazování zdravotní péče a naplnění skutkové podstaty trestného činu je případ z roku 2000, kdy usnesením vyšetřovatele Policie ČR – Okresního úřadu vyšetřování v Opavě ze dne 14. března 2000 bylo pravomocně zastaveno stíhaných obviněných sester a lékařů jednoho místního zdravotnického zařízení pro podezření ze spáchání trestného činu podvodu, kterého se měli dopustit tím, že v blíže nezjištěné době roku 1995 vydali staničním sestřím RÚ Ch. ústní příkaz, na jehož základě staniční sestry vědomě neoprávněně vykazovaly v období od 22. 12. 1995 do 29. 9. 1996 nepravdivé údaje o stavech pacientů v ústavní léčbě RÚ Ch., přičemž tyto údaje v příslušných formulářích následně sloužily k proplacení ošetřovacích dnů zdravotními pojišťovnami, a tím došlo k neoprávněnému obohacení R. Ú. H., který účtoval zdravotním pojišťovnám tzv. ošetřovací dny, ve výši 971 561 Kč ke škodě VZP, ve výši 6 700 Kč ke škodě ZP MV, ve výši*

15 725 Kč ke škodě SZP, ve výši 88 604 Kč ke škodě RBZP a ve výši 21 590 Kč ke škodě OZP. Toto podvodné jednání spočívalo v tom, že pacienti byli z rehabilitačního ústavu na víkend propuštěni domů na tzv. propustky, ale ve výkazu pro zdravotní pojišťovnu však byly hospitalizováni i po dny pracovního klidu, bez přerušení. Policejní orgán v odůvodnění uvedl, že: „Vyšetřovatel odůvodnil zastavení trestního stíhání tím, že zdravotní pojišťovny původně hradily náklady na zdravotní péči, i když byli pacienti na základě propustky či dovolenky mimo ústav, že tato jejich praxe se změnila a tuto péči přestaly hradit, že na tuto skutečnost upozornil ředitel R. Ú. H., pod který spadal RÚ Ch., že v této souvislosti vydal příkaz směřující k maximálnímu snížení počtu propustek a dovolenek, že stále docházelo téměř pravidelně k propouštění pacientů na dobu víkendů a svátků, že i nadále byla tato doba vůči zdravotním pojišťovnám vykazována jako tzv. ošetřovací dny, že tím RÚ neoprávněně získával platby od zdravotních pojišťoven, avšak není možné prokázat, že pachatel tohoto skutku jsou obvinění. Ve vztahu k obviněné vrchní sestře A. B. vyšetřovatel vycházel z její obhajoby, že se řídila pouze instrukcemi či nařízenými svých nadřízených, že tak postupovala i tehdy, když sama instruovala staniční sestry ohledně vykazování ošetřovacích dnů a propustek ve formuláři "Vyúčtování výkonů v ústavní péči", a že si nebyla vědoma žádných nesprávností. Ve vztahu k obviněným staničním sestrám A. P., A. L., R. O. a M. M. vyšetřovatel vycházel z jejich obhajoby, v níž popřely opodstatněnost celého obvinění s odkazem na to, že za vykazování tzv. ošetřovacího dne, které v příslušném formuláři mělo formu pětimístního číselného kódu, odpovídal lékař, neboť pouze ten mohl pacienta propustit na víkend, na svátky či na jiné dny. Ve vztahu k obviněným lékařům MUDr. H. B., MUDr. J. K., MUDr. M. H., MUDr. D. B. a MUDr. J. T. vyšetřovatel vycházel z jejich obhajoby, v níž se od vyplňování formuláře "Vyúčtování výkonů v ústavní péči" distancovali s tím, že v tzv. dekurzech pacientů měli vykázané správné údaje. V této spojitosti vyšetřovatel poukázal na to, že tato obhajoba se potvrdila, neboť bylo zjištěno, že pokud byl pacient doma, byl v dekurzu lékařem vykazován jako nepřítomný v RÚ Ch. Vyšetřovatel v odůvodnění svého usnesení zdůraznil také to, že ošetřovací den byl v příslušném formuláři vykazován čárkou v odpovídající kolonce a že podle toho není možné identifikovat osobu, která čárku do kolonky zanesla, zvláště když některé sestry, které nebyly stíhány, ve svých svědeckých výpovědích připustily možnost, že i ony samy ve formuláři dělaly čárku v kolonce vyznačující ošetřovací den v případech, kdy se tak stát nemělo.“

Tento případ je zajímavý především tím, že v usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 24. října 2010, sp. zn. 7 Tz 199/2000, kterým byla zamítnuta stížnost pro porušení zákona, kterou

v neprospěch obviněných podal ministr spravedlnosti, se soud velmi kriticky vyjádřil k problému financování českého zdravotnictví, zde citace z rozhodnutí: „Obecně vzato je projednávaný případ projevem širšího problému, jímž je financování zdravotnictví. Tento problém se ukázal jako aktuální i pokud jde o RÚ H. RÚ Ch. je detašovaným pracovištěm R. Ú. H.

RÚ H. byl zřízen rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví jako příspěvková organizace přímo řízená tímto ministerstvem. Podstatným zdrojem prostředků, jimiž je chod ústavu financován, jsou platby zdravotních pojišťoven za výkony zdravotní péče poskytované pacientům jako pojištěncům té které zdravotní pojišťovny. V souvislosti se zdravotní péčí poskytovanou hospitalizovaným pacientům je významná mimo jiné otázka způsobu úhrady tzv. ošetrovacího dne. Ve vztahu k této otázce se vyvinula a v podstatě dlouhodobě ustálila praxe spočívající v tom, že ústav účtoval zdravotním pojišťovnám ošetrovací dny i za dobu, po kterou byl pacient na základě propustky či dovolenky ve skutečnosti mimo ústav, a že zdravotní pojišťovny uhrazovaly ústavu i takto účtované ošetrovací dny. Lze jen poznamenat, že tato praxe kolidovala již s nařízením vlády České republiky č. 216/1992 Sb., neboť podle § 25 odst. 3 tohoto nařízení z léčebných důvodů bylo možno pojištěnce propustit do domácího ošetření a po dobu trvání propustky nebylo zdravotnické zařízení oprávněno účtovat zdravotní pojišťovně náklady za ústavní péči s výjimkou léčiv a prostředků, kterými pojištěnce na propustku vybavilo. Nicméně tato praxe přispívala k tomu, že se ve stávajících podmínkách dařilo financovat chod ústavu. O tom, jak byla tato praxe vžitá, svědčí např. i okolnost, že na poradě konané dne 10. 1. 1994 u ředitele R. Ú. H. bylo staničním sestřám vysloveno poděkování za vedení podkladů pro zdravotní pojišťovny (viz zápis z této porady na č. 1. 1034 spisového svazku IV). Uvedený způsob účtování a úhrady ošetrovacích dnů měl z hlediska ekonomiky ústavu svou logiku v tom, že lůžko obsazené pacientem, byť byl právě fyzicky mimo ústav na propustce či dovolence, zajišťovalo ústavu finanční přínos ve formě úhrady ošetrovacího dne, což bylo významné zejména proto, že ústav na toto lůžko nemohl přijmout jiného pacienta a získávat tak prostředky účtováním výkonů zdravotní péče, popř. účtováním ošetrovacích dnů za tohoto jiného pacienta. Financování zdravotnických zařízení, pokud má formu úhrad od zdravotních pojišťoven, však je závislé nejen na ekonomických potřebách samotných zdravotnických zařízení, ale i na tom, jakými prostředky ve formě vybraného zdravotního pojištění disponují zdravotní pojišťovny. V tomto ohledu se postupně prohlubovala nerovnováha mezi prostředky, jimiž disponovaly zdravotní pojišťovny, a částkami účtovanými zdravotnickými zařízeními, neboť účtované částky se ukázaly jako

výrazně vyšší než zdroje, z nichž mohly být uhrazeny. Zdravotní pojišťovny proto logicky hledaly způsob, jak platby poskytované zdravotnickým zařízením omezit. V tomto rámci došlo v roce 1994 ke změně dosavadní praxe v tom, že zdravotní pojišťovny přestaly hradit ošetřovací dny za pacienty, kteří fakticky byli mimo ústav na propustce nebo dovolence. Toto opatření sice bylo určitou cestou ke zlepšení ekonomiky zdravotních pojišťoven, avšak zároveň znamenalo nepříznivý zásah do ekonomiky ústavu, což na straně ústavu vyvolalo dvě tendence: jednak minimalizovat počet propustek a dovolenek bez ohledu na medicínská hlediska jejich prospěšnosti pro psychický a vůbec zdravotní stav pacientů, jednak pokračovat v dosavadní praxi transformované do podoby, při které byli pacienti nacházející se mimo ústav na propustce či dovolence vykazováni jako pacienti přítomní v ústavu. Ředitel R.Ú.H.vydal dne 27. 6. 1994 příkaz. V bodě 6 tohoto příkazu bylo konstatováno, že zdravotní pojišťovny přestávají hradit jakékoli náklady na zdravotní péči pacientů za všechny dny, kdy byli pacienti na dovolence. V bodě 6 písm. a) příkazu bylo uloženo počet propustek na dovolenou snížit na maximální možnou míru při současném dodržení zásady, že žádný z pacientů nebude mít dovolenku ve dnech pracovního klidu (sobota a neděle) více než jedenkrát za měsíc, přičemž veškeré výjimky měl povolovat písemně ředitel ústavu předem, tj. před nástupem dovolenky, na žádost primáře oddělení. V bodě 6 písm. b) příkazu bylo stanoveno, že počty pacientů na oddělení přes sobotu a neděli včetně jmenného seznamu pacientů na dovolence budou staniční sestry předávat na úsek zúčtování se zdravotními pojišťovnami, a to každé pondělí, přičemž v souvislosti s RÚ Ch. byla uvedena "p. Š.". V závěru citovaného příkazu ředitele R. Ú. H. bylo uvedeno, že jeho splnění bude nezbytnou podmínkou k přiznání osobních příplatků všem vedoucím pracovníkům ústavu. Je ovšem evidentní, že ředitel R. Ú. H. sám ve skutečnosti nebyl ztotožněn se svým příkazem. Svědčí o tom jeho dopis ze dne 16. 9. 1994 adresovaný řediteli okresní pobočky VZP v O. (č. 1. 684 spisového svazku III.) Tento dopis je označen jako "Žádost o přiznání platby za ošetřovací dny vykázané RÚ H. při krátkodobých propustkách pojištěnců VZP". V dopise je vyloženo, že za změněného stavu, kdy ošetřovací den není uhrazován u pacientů na propustce, představuje každý den propustky pacienta pro ústav ekonomickou ztrátu. Tato ztráta je v dopise vyčíslena částkou minimálně 376 Kč za pacienta a den a zároveň je charakterizována jako takový úbytek finančních prostředků, který si ústav nemůže dovolit. V dopise je poukazováno na to, že domácí pobyt po určité době ústavní péče působí vysoce pozitivně po zdravotní a psychologické stránce, a na to, že u pacientů s komplikovaným zdravotním stavem, jichž je v ústavu většina, rozhoduje častější styk s rodinou a možnost pobytu v rodinném prostředí mnohdy i o celé další budoucnosti a resocializaci zdravotně postiženého. V dopise je

apelováno na zachování dosavadního způsobu úhrady ošetrovacích dnů. Pokud jde o ekonomická hlediska tohoto požadavku, je v dopise zdůrazněno, že i když někteří pacienti odejdou na propustku, v ústavu nadále zůstává zachován plný třísměnný provoz, protože to vyžaduje stav pacientů, kteří na propustku nemohou odejít, a že ústav je hodnocen paušální sazbou za jeden ošetrovací den a tudíž musí provádět vnitřní přerozdělování získaných finančních prostředků, to znamená, že vyšší náklady na léčbu pacientů s těžším zdravotním postižením jsou kompenzovány nižšími náklady spojenými s léčbou pacientů s lehčím zdravotním postižením.

Za této situace nebylo účtování ošetrovacích dnů za pacienty, kteří ve skutečnosti byli na propustce či dovolence mimo ústav, avšak formálně byli vykázáni jako přítomní v ústavu, ničím jiným než pokračováním předchozí praxe a zároveň postupem, jímž bylo fakticky dosahováno toho, o co usilovalo samotné vedení R. Ú. H., byť bezvýsledně, pokud volilo legální cestu ve formě žádosti ředitele ústavu adresované řediteli okresní pobočky VZP v O. Rozsáhlé a dlouhodobé pokračování předchozí praxe pak lze sotva považovat za jev, který by ve skutečnosti nevyjadřoval zájmy vedení ústavu a od kterého by se vedení ústavu nějak zřetelně distancovalo. Předchozí způsob účtování ošetrovacích dnů ve skutečnosti pokračoval v zastřené formě v takovém rozsahu a po takovou dobu, že je nutno považovat prakticky za vyloučené, aby o něm vedení ústavu nevědělo a aby k němu nedalo mlčky souhlas.“

Zdůraznit je poté nutné vlastní závěr: „*Pokud vyšetřovatel zastavil trestní stíhání obviněných zdravotních sester a lékařů, vyjádřil svým rozhodnutím citlivé a spravedlivé posouzení celého případu i v kontextu s obtížnými podmínkami financování zdravotnictví a nijak neporušil zákon. Nejvyšší soud proto stížnost pro porušení zákona zamítl.*

*Toto rozhodnutí Nejvyššího soudu se nedotýká nároku zdravotních pojišťoven na vrácení nedůvodně proplacených částek od R. Ú. H. Jde však o vztah mezi zdravotními pojišťovnami na straně jedné a ústavem na straně druhé. Kriminalizaci tohoto vztahu formou trestního stíhání obviněných zdravotních sester a lékařů považuje Nejvyšší soud za neopodstatněnou.“*

Z výše uvedeného dovozují několik důležitých závěrů, které jsou z rozhodnutí Nejvyššího soudu patrné:

1. nárok na vrácení neoprávněně proplacených částek je nepochybný, ale na podkladě porušení smluvního vztahu mezi dvěma stranami – pojišťovnou a poskytovatelem, tedy občanskoprávní cestou,



2. není možné zásadní problém smluvního vztahu, který měl vyústit buď v racionalizačním zrušení, nebo omezení péče v daném rehabilitačním zařízení (tedy výrazně snížit poptávku péče ze strany jejího plátce), a nebo zajištění takových plateb ze strany pojišťovny, aby v reálných hospodářských podmínkách bylo možné provoz zařízení udržet, řešit formou kriminalizace zdravotníků.

#### *Příklad 2)*

*Obviněný byl rozsudkem Městského soudu v Brně ze dne 23. 3. 2009, sp. zn. 91 T 17/2007, uznán vinným trestným činem podvodu podle § 250 odst. 1, 2 tr. zák. a odsouzen podle § 250 odst. 2 tr. zák. k trestu odnětí svobody na šestnáct měsíců. Podle § 58 odst. 1 tr. zák. byl výkon tohoto trestu podmíněně odložen na zkušební dobu stanovou podle § 59 odst. 1 tr. zák. na čtyřicet měsíců. Podle § 250 odst. 2 tr. zák. za použití § 53 odst. 1, odst. 2 písm. a), § 54 odst. 1 tr. zák. mu byl uložen peněžitý trest 40 000 Kč. Podle § 54 odst. 3 tr. zák. byl pro případ, že by peněžitý trest nebyl ve stanovené lhůtě vykonán, stanoven náhradní trest odnětí svobody na šest měsíců. Podle § 228 odst. 1 tr. ř. byla obviněnému uložena povinnost nahradit poškozené zdravotní pojišťovně škodu ve výši 592 832 Kč. Podle § 229 odst. 2 tr. ř. byla poškozená zdravotní pojišťovna odkázána se zbytkem svého nároku na náhradu škody na řízení ve věcech občanskoprávních.*

*Podle skutkových zjištění soudu prvního stupně se obviněný trestného činu podvodu podle § 250 odst. 1, 2 tr. zák. dopustil tím, že v období od 2. ledna 1999 do 17. května 2005 uplatnil v B. v pobočce zdravotní pojišťovny jako privátní psychiatr provozující praxi v nestátním zdravotnickém zařízení v B. nárok na finanční úhradu poskytnuté zdravotní péče nejméně 111 pacientů dle výkazů zaslaných obviněným poškozené zdravotní pojišťovně, přičemž provedeným šetřením, dle písemných sdělení pacientů a výpovědí revizního lékaře zdravotní pojišťovny, bylo zjištěno, že úkony vykázané obviněným pojišťovně k úhradě buď nebyly provedeny vůbec, když část pacientů nebyla obviněným nikdy léčena, nebo byly úkony vykázané v četnosti, která neodpovídala skutečnosti, a úkony byly zdravotní pojišťovnou přesto proplaceny; shora uvedeným jednáním tak zdravotní pojišťovně způsobil škodu ve výši 592 832 Kč.*

*Rozsudek soudu prvního stupně napadl obviněný odvoláním, které směřovalo proti výroku o vině a na něj navazujícím výrokům. Usnesením Krajského soudu v Brně ze dne 2. 9. 2009, sp. zn. 3 To 336/2009, byl podle § 258 odst. 1 písm. b), odst. 2 tr. ř. rozsudek soudu prvního stupně zrušen ve výroku o uloženém peněžitém trestu a ve výroku o náhradním trestu odnětí svobody.*

Na základě projednání dovolání obviněného tato rozhodnutí nalézacích soudů Nejvyšší soud ČR svým usnesením ve věci ze dne 23. června 2010, sp. zn. 8 Tdo 262/2010, zrušil a konstatoval: „Soud prvního stupně v daných souvislostech argumentoval a odvolací soud se jeho úvahami ztotožnil, že počet nedoložených výkonů a především počet osob, u nichž byly shledány nedostatky ve výkazech zdravotních výkonů, jednoznačně přesahuje to, co by bylo možno jinak označit za laxní, nezodpovědný či nesvědomitý přístup obviněného, a oba soudy vyloučily, že se jednalo o pouhé pochybení v rovině formální a že by bylo vyloučeno naplnění

subjektivní stránky trestného činu podvodu. Soudy pak dovozovaly, že obviněný předstíráním lékařských výkonů, které vůbec nerealizoval, nebyl schopen je doložit, stejně jako předstíráním léčby u části pacientů, které ve skutečnosti nikdy neléčil, uváděl poškozenou zdravotní pojišťovnu v omyl, aby sebe ke škodě cizího majetku obohatil, a činil tak v úmyslu přímém. Přesvědčivost této argumentace je však snižována tím, že závěry soudů o objemu nedoložených zdravotních výkonů, stanovení výše škody a potažmo i úvahy o naplnění subjektivní stránky trestného činu podvodu byly opřeny o revizní zprávy, výpověď jejich zpracovatele svědka MUDr. J. Z., o zprávu MUDr. P. T. či odborné vyjádření členů odborné sekce psychiatrické při České lékařské komoře. Za stěžejní pro skutková zjištění soudů byly označeny též výpovědi svědků J. K., MUDr. A. P., A. P., a J. P. vyjadřujících se k rozsahu lékařské péče či k otázce, zda byli či nebyli pacienti obviněného. V tomto směru není možné přehlédnout, jak namítá i státní zástupce ve svém vyjádření k dovolání obviněného, že soudy učinily svůj závěr o tom, že obviněný naplnil i subjektivní stránku trestného činu, toliko na základě revizních zpráv revizního lékaře a výslechů několika málo v podstatě namátkově vybraných osob z celkového počtu 111 osob, které podle pravomocného rozsudečného výroku měly být pacienti obviněného, ačkoliv ve skutečnosti alespoň zčásti (není však uveden konkrétní počet ani jmenovitý výčet) pacienti obviněného nebyly, respektive které sice pacienti obviněného byly, avšak v jejich případech obviněný vykazoval u zdravotní pojišťovny zdravotní výkony, které ve skutečnosti neprovedl. Ani v tomto případě není zřejmé, o které konkrétní pacienti se jednalo, a není ani zřejmý počet a charakter výkonů, které měl obviněný neoprávněně zdravotní pojišťovně vykazovat za účelem proplácení. Obviněný proto opodstatněně vytýkal, že soudem vyslechnutí svědci tvoří zcela zanedbatelný vzorek z celkového objemu jeho pacientů a že rozsah dokazování provedený soudem prvního stupně je zcela nedostatečný. Za takových okolností nebyla bez jakýchkoliv pochybností vyloučena obhajoba obviněného, že se z jeho strany v podstatné míře jednalo o "pouhé" nedostatky ve výkaznictví provedených zdravotních výkonů. Tato pochybnost o naplnění subjektivní stránky trestného činu podvodu podle § 250 tr. zák. není vyvrácena ani soudem prvního stupně zdůrazněnými okolnostmi, tj. charakterem stíhané trestné činnosti, způsobem provedení skutku či délkou páchaní trestné činnosti. K řádnému zjištění skutkového stavu bylo třeba (a to již v přípravném řízení) vyslechnout svědky - pacienti obviněného, u nichž byly podle revizní zprávy zjištěny nedostatky ve vykazování zdravotních výkonů, a teprve na podkladě dokazování provedeného v tomto rozsahu bylo možno spolehlivě zjistit rozsah a povahu nedoložených zdravotních výkonů a posoudit, nakolik je toto zjištění akceptovatelné ve světle obhajoby obviněného, že jde toliko o formální nedostatky ve vykazování

zdravotních výkonů. Je však na soudu prvního stupně, aby rozumně zvážil, zda lze opodstatněně očekávat, že by tak obsáhlé a obtížně proveditelné dokazování mohlo přinést relevantní výsledky, a to jak vzhledem k časovému odstupu od doby spáchání činu, tak i povaze kontaktu svědků s obviněným.“

*Příklad 3)*

*Obviněný MUDr. V. Š. byl rozsudkem Okresního soudu v Liberci ze dne 4. 10. 2005, sp. zn. 5 T 34/2002, uznán vinným trestným činem podvodu podle § 250 odst. 1, 2 tr. zák., který spáchal tím, že jako lékař provozující gynekologickou praxi v době od počátku ledna 1998 do konce dubna 1999 neoprávněně vyúčtoval a nechal si proplatit od zdravotní pojišťovny neprovedené lékařské úkony a předepsaná léčiva, čímž této zdravotní pojišťovně způsobil škodu ve výši nejméně 32 256 Kč. Za to byl odsouzen podle § 250 odst. 2 tr. zák. k trestu odnětí svobody na šest měsíců. Výkon trestu mu byl podle § 58 odst. 1 tr. zák. a § 59 odst. 1 tr. zák. podmíněně odložen na zkušební dobu jednoho roku. Soud prvního stupně rozhodoval i nároku na náhradu škody uplatněném zdravotní pojišťovnou a podle § 229 odst. 1 tr. řádu ji odkázal na řízení ve věcech občanskoprávních. Rozsudek Okresního soudu v Liberci obviněný MUDr. V. Š. napadl odvoláním, které Krajský soud v Ústí nad Labem - pobočka v Liberci usnesením ze dne 14. 6. 2006, sp. zn. 31 To 448/2005, jako nedůvodné zamítl podle § 256 tr. řádu.*

Při projednávání dovolání v tomto případě se Nejvyšší soud ČR ztotožnil s odůvodněním nalézacích soudů a odvolání obviněného svým usnesením ze dne 3. května 2007, sp. zn. 5Tdo 511/2007, odmítl. „Pro právní kvalifikaci jednání obviněného je podstatné, že vyúčtované úkony zdravotní péče nebyly poskytnuty pojištěncům, na které byly jmenovitě vykazovány, a rovněž léky nebyly vydány pojištěncům, na jména kterých byly předepsány, takže poškozená zdravotní pojišťovna k zaplacení těchto úkonů lékařské péče a k úhradě léků neměla žádný relevantní důvod. Majetkové plnění ve výši 32 256 Kč rovnající se součtu nedůvodně proplacených lékařských úkonů a uhrazených léků, které poškozená zdravotní pojišťovna poskytla, je škodou, která jí vznikla na majetku v důsledku protiprávního jednání obviněného, neboť to byl on, kdo ji úmyslně uvedl v omyl předstíráním, že jak lékařské úkony tak léky byly poskytnuty v rámci zdravotní péče jejím konkrétním pojištěncům a je tudíž nutné, aby za ně poškozená zdravotní pojišťovna zaplatila.“

*Příklad 4)*

*Rozsudkem Městského soudu v Brně ze dne 25. 1. 2008, sp. zn. 90 T 94/2006, byl obviněný MUDr. M. K. uznán vinným trestným činem podvodu podle § 250 odst. 1, 3 písm. b) tr. zák., dílem dokonaným, dílem ve stadiu pokusu podle § 8 odst. 1 tr. zák. a byl odsouzen podle § 250 odst. 3 tr. zák. k trestu odnětí svobody v trvání dvou let. Podle § 58 odst. 1, § 59 odst. 1 tr. zák. mu byl výkon trestu podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání tří let. Podle § 228 odst. 1 tr. ř. bylo rozhodnuto o uplatněném nároku na náhradu škody. Tímto rozsudkem byl*

spoluobviněný MUDr. J. F., nar. 19. 11. 1949, podle § 226 písm. c) tr. ř. zproštěn obžaloby pro skutek uvedený v rozsudku.

*Proti tomuto rozhodnutí podali odvolání státní zástupce v neprospěch obou obviněných, v případě obviněného MUDr. M. K. proti výroku o trestu, a obviněný MUDr. M. K. proti všem výrokům napadeného rozhodnutí. Krajský soud v Brně usnesením ze dne 5. 6. 2008, sp. zn. 9 To 172/2008, podle § 256 tr. ř. odvolání státního zástupce a obviněného MUDr. M. K. jako nedůvodná zamítl.*

*Proti rozhodnutí soudu druhého stupně podal obviněný prostřednictvím obhájce řádně a včas dovolání opírající se o dovolací důvod podle § 265b odst. 1 písm. g) tr. ř. Namítal, že jednání, jak je popsáno ve výrokové části rozsudku soudu prvního stupně, nevykazuje znaky trestného činu. Uvedl, že aniž by chtěl zpochybňovat hodnotící závěry soudu prvního stupně, je nucen poukázat na některé podstatné okolnosti, které soudy obou stupňů žádným způsobem nezohlednily, což podle něj mělo za následek nesprávné právní posouzení skutku, v němž byl shledán trestný čin podvodu. Obviněný nesouhlasil se závěrem soudů, že škoda, která vznikla zdravotním pojišťovnám, byla způsobena trestným činem, a že se tohoto trestného činu dopustil on. Zdůraznil, že v rámci trestního řízení bylo provedeno rozsáhlé dokazování, byli mj. vyslechnuti lékaři, kteří vesměs uváděli, že jim není v podrobnostech znám postup vykazování lékařských výkonů z pohledu fungování příslušného počítačového systému, prostřednictvím kterého k evidenci a vykazování lékařské péče docházelo, přičemž dodávali, že s ohledem na své vzdělání, profesní zaměření a praktické dovednosti této administrativní části nevěnovali takovou pozornost. Zejména neměli žádného důvodu tuto otázku blíže zkoumat, zpravidla i z toho důvodu, že tuto nemohli či neuměli posoudit z hlediska její správnosti. Obviněný uvedl, že však v jeho případě soud učinil závěry, že se nesprávného vykazování lékařské péče dopouštěl úmyslně. V této souvislosti zdůraznil, že takovému závěru nesvědčí obsah provedených důkazů. Z hlediska své odbornosti byl vybaven prakticky stejnými znalostmi předmětného počítačového systému jako ostatní kolegové lékaři. Jeho stěžejní pozornost vždy směřoval ke kvalitě samotné lékařské péče, nikoli k jejímu administrativnímu zpracování, které by mělo zůstat podle obviněného z pohledu povolání lékaře otázkou marginální, tedy na okraji zájmu toho kterého lékaře. Obviněný poukázal, že se vědomě nesprávného vykazování lékařské péče nedopouštěl a tato skutečnost měla být předmětem řádného posouzení ze všech hledisek, přičemž neměl a nemá žádného důkazního prostředku, kterým by toto tvrzení mohl prokázat, čímž se podle jeho názoru ocitl v rovině bezbrannosti. V tomto směru vyjádřil své přesvědčení, že to ani nebylo jeho povinností, nýbrž orgánů činných v trestním řízení, aby jeho obhajobu vyvrátily, k čemuž podle něj nedošlo. Důkazní situace zůstala podle obviněného na úrovni, kdy nelze vyslovit spolehlivý závěr o tom, že by v souvislosti s vykazováním lékařských výkonů docházelo k páčání trestné činnosti. Uzavřel, že k pochybení docházelo nikoli úmyslně, nýbrž z příčin, které je možno posoudit jako nedbalostní a zopakoval, že se trestného činu podvodu nedopustil.*

Ani v tomto případě Nejvyšší soud nepřisvědčil námitkám v dovolání obviněného a svým usnesením ze dne 3. prosince 2008, sp. zn. 7 Tdo 1373/2008, toto odmítl. V odůvodnění se konstatuje: „Také z obsahu spisu a z odůvodnění rozhodnutí soudů obou stupňů je zřejmé, že se otázkou subjektivní stránky uvedeného trestného činu náležitě zabývaly a obhajoba obviněného ohledně jeho nevinu byla důkazy provedenými v průběhu trestního řízení zcela vyvrácena. Z obsahu spisu je totiž nepochybné, že obviněný MUDr. M. K. byl určen jako lékař pro styk se zdravotními pojišťovnami. Byl to obviněný, kdo pravidelně a po dobu již

několika roků připravoval podklady, na jejichž základě byly vystavovány faktury jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Z obsahu spisu dále vyplývá, že obviněný MUDr. M. K. dobře znal mechanismus zápisů pacientů a lékařských výkonů do počítačového programu používaného nemocnicí D. a věděl (viz č. l. 574) o postupu - o mechanismu, který musí být užit v případě, že byla pacientovi v nemocnici provedena operace karpálního tunelu, aniž by byl tento pacient současně hospitalizován. S problematikou zápisů právě u těchto operací byl seznámen. Jeho úkolem bylo mj. zpracovávat podklady pro fakturaci zdravotním pojišťovnám a tedy v případě výše uvedených operací vykazovat výkony, které skutečně byly provedeny. Při této činnosti zpracovával a kontroloval údaje vložené do počítače jednotlivými lékaři k jednotlivým pacientům k jejich kartám. Věděl, že zdravotním pojišťovnám lze vykazovat pouze skutečně provedené výkony. S ohledem na jeho pozici v nemocnici, jeho praxi se zpracováváním podkladů pro fakturaci a vědomost o tom, že již dlouhodobě je operace karpálního tunelu pouze výjimečně prováděna s hospitalizací pacienta, je zřejmé, že vědomě vykazoval vůči zdravotním pojišťovnám operaci karpálního tunelu jako úkon hospitalizační, ačkoli věděl, že hospitalizace provedena nebyla. Námitka obviněného, že k vykazování hospitalizací mohlo docházet nanejvýš z důvodu nedbalosti, nemůže obstát. Obviněnému totiž při zpracovávání podkladů pro fakturaci muselo být zřejmé, že počty hospitalizací v průvodních listech disket, tedy v položce, kde je u druhu dávky uveden typ 99 (hospitalizace), nesouhlasí se skutečným stavem a s tímto vědomím předával podklady pro vystavení faktur jednotlivým pojišťovnám. Možnost zjistit nesprávnost vykazovaných hospitalizací a jejich odstranění přitom vyplývá z výpovědi svědkyně P. V., jak ji soud prvního stupně podrobně uvádí na str. 10 - 11 rozsudku, obviněný to ani nepopírá a doznal, že právě jeho úkolem bylo fiktivně vykazované hospitalizace odstraňovat. Byl si tedy vědom, že uvedené operace karpálního tunelu byly prováděny ambulantně, přesto je vykazoval jako hospitalizační. Tímto jeho trestním jednáním došlo ke vzniku škody v uvedeném rozsahu na straně jedné a k obohacení nemocnice D. na straně druhé. Námitka obviněného ohledně absence zavinění je tedy zjevně neopodstatněná a jednání, které je popsáno ve výroku o vině rozhodnutí soudu prvního stupně vykazuje všechny znaky trestného činu podvodu podle § 250 odst. 1, 3 písm. b) tr. zák. Ani v případě, že by soudy obou stupňů nevyhodnotily obhajobu obviněného jako vyvrácenou provedenými důkazy, nebylo by možné dojít k závěru, že se jedná pouze o nedbalost a nikoli úmysl. Obviněný si totiž byl plně vědom skutečnosti, že původně jsou i ambulantně prováděné operace karpálního tunelu vedeny, ať již v písemné nebo elektronické podobě, vesměs jako hospitalizační. Jeho úkolem bylo uvádět tyto, pro vnitřní potřebu nemocnice účelové údaje, do souladu se skutečností tak, aby nebyly jako nepravdivé také

vykazovány pojišťovně. Byl si tedy vědom, že bez jeho zásahu a kontroly, budou pro účely úhrady ze strany pojišťovny neoprávněně uplatňovány úhrady za hospitalizace. Pokud by přesto tuto kontrolu neprováděl musel by být srozuměn s tím, že od zdravotní pojišťovny mohou být tyto neoprávněné úhrady požadovány a s tímto by byl srozuměn. Jednal by tak nadále úmyslně, byť ne v úmyslu přímém, ale v úmyslu nepřímém [§ 4 písm. b) tr. zák.]. I v takovém případě by však byla subjektivní stránka trestného činu podvodu podle § 250 odst. 1, 3 písm. b) tr. zák. naplněna a tato změna formy úmyslného zavinění by zejména s ohledem na uložený trest, nijak nezměnila postavení obviněného.“

Výše uvedený případ je velmi zajímavý z toho důvodu, že pachatel, tedy lékař, pověřený zpracováním podkladů a vyúčtování zdravotních služeb pro zdravotní pojišťovny sice způsobil škodu primárně na majetku účtu zdravotního pojištění, ale fakticky obohaceným zde bylo zdravotnické zařízení, které získávalo větší finanční prostředky, než na jaké mělo skutečně nárok. A pro posouzení subjektivní stránky pak není nutné zjišťovat, zda-li obviněný lékař z takto nadhodnocené péče měl, nebo mohl mít nějaké finanční zvýhodnění, tedy zda-li docházelo, třeba jen na základě konkludentní dohody, mezi ním a zaměstnavatelem, zdravotnickým zařízením, k obohacení i jeho samotného.

Rozhodující a naprosto zásadní je zde význam správného vedení zdravotnické dokumentace, která se stává nejen zdrojem informací o pacientovi samotném, ale je i podkladem pro zařazení pacienta do příslušné DRG skupiny a slouží jako podklad pro kontrolní činnost zdravotní pojišťovny event. orgánů činných v trestním řízení. Protože ve způsobu a podobě vedení zdravotnické dokumentace panovala značná nejednotnost a vlastní tvořivost jednotlivých pracovišť, stanovilo jednotnou podobu a minimální rozsah dokumentace Ministerstvo zdravotnictví v souvislosti s prováděcími normami k zákonu o zdravotních službách. Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, stanoví, že dokumentace vzhledem k rozsahu poskytovaných zdravotních služeb, obsahuje údaje o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech o zdravotním stavu pacienta a skutečnostech souvisejících s poskytováním zdravotních služeb pacientovi, a to identifikační údaje poskytovatele, identifikační údaje pacienta, pohlaví pacienta, jméno, popřípadě jména, příjmení a podpis zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, který provedl zápis do zdravotnické dokumentace; to neplatí v případě poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby vlastním jménem, datum provedení zápisu do zdravotnické dokumentace, datum a čas poskytnutí neodkladné zdravotní péče nebo vykonání návštěvní služby u pacienta, razítko poskytovatele, jde-li o

součástí zdravotnické dokumentace, která je předávána pacientovi nebo podle jiných právních předpisů jiné fyzické nebo právnické osobě, která je oprávněna zdravotnickou dokumentaci převzít, v případě poskytování jednodenní nebo lůžkové péče datum a čas přijetí pacienta do jednodenní nebo lůžkové péče, ukončení péče o pacienta, přeložení pacienta k jinému poskytovateli, popřípadě jeho přeložení na jiné oddělení zdravotnického zařízení, úmrtí pacienta. Zdravotnická dokumentace v návaznosti na zjištěné informace o zdravotním stavu pacienta dále obsahuje a) pracovní závěry a konečnou diagnózu, b) návrh dalšího léčebného postupu a informace o průběhu léčení, jestliže to zdravotní stav pacienta vyžaduje, c) záznam o rozsahu poskytnutých nebo vyžádaných zdravotních služeb, d) záznam o aktuálním vývoji zdravotního stavu podle hodnocení sděleného pacientem a cílený objektivní nálezný, e) záznam o předepsání léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně dávkování a počtu předepsaných balení, nebo zdravotnických prostředků, podání léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely, včetně podaného množství; v případě podání transfuzního přípravku jednoznačné evidenční číslo transfuzního přípravku, včetně kódu identifikujícího zařízení transfuzní služby, datum, čas a podpis zdravotnického pracovníka, který transfuzní přípravek podal, vybavení pacienta léčivými přípravky, potravinami pro zvláštní lékařské účely, včetně množství, nebo zdravotnickými prostředky, f) záznam o vystavení příkazu ke zdravotnické přepravě, včetně druhu dopravního prostředku, g) záznamy o provedené ošetrovatelské péči, včetně záznamů o poskytnuté nutriční péči a léčebně rehabilitační péči, h) záznam o provedení očkování, včetně uvedení názvu očkovací látky a čísla šarže, i) písemný souhlas pacienta nebo jeho zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb, j) záznam o odmítnutí poskytnutí zdravotních služeb, k) záznam o použití omezovacích prostředků. Dále obsahuje záznam o uznání nebo ukončení dočasné pracovní neschopnosti, posuzování zdravotního stavu v době jejího trvání, údaje o stanoveném režimu dočasné práce neschopného pojištěnce a jeho změnách, záznam o započatí potřeby ošetřování a jeho délce; záznam o ukončení dočasné pracovní neschopnosti provede poskytovatel, který pacienta vedl v evidenci dočasné práce neschopných občanů před jejím ukončením; jestliže byl pacient v průběhu dočasné pracovní neschopnosti předán do evidence jiného poskytovatele nebo převzat od jiného poskytovatele, je součástí zdravotnické dokumentace též záznam o dni jeho předání nebo převzetí, záznamy lékaře orgánu nemocenského pojištění související s kontrolou posuzování zdravotního stavu, dočasné pracovní neschopnosti a potřeby ošetřování, záznamy o jiných významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta, které byly zjištěny v souvislosti s

poskytováním zdravotních služeb, záznam o podezření lékaře ze syndromu týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte, o přijatých opatřeních a o splnění oznamovací povinnosti v souladu s příslušnými právními předpisy.

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou také výsledky vyšetření ve formě písemných popisů, grafických, audiovizuálních, digitálních nebo jiných obdobných záznamů těchto vyšetření, operační protokol, anesteziologický záznam, písemné informace o zjištěných skutečnostech o zdravotním stavu pacienta, průběhu a ukončení jeho léčení nebo doporučení a návrhy na poskytnutí dalších zdravotních služeb, které si předávají poskytovatelé v rámci zajištění návaznosti zdravotních služeb o pacienta, v případě lůžkové péče souhrn informací (epikríza) o průběhu vyšetření a léčby a plán dalšího léčebného postupu, pokud lůžková péče trvá déle než 7 dnů, záznamy o vyšetřovacích, léčebných nebo administrativních výkonech, záznamy o výskytu závažných nebo neočekávaných nežádoucích příhod v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, s podáním léčivého přípravku, s použitím zdravotnického prostředku, o podání léčivého přípravku v rámci klinického hodnocení nebo použití zdravotnického prostředku v rámci klinického zkoušení, záznamy o provádění ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena, záznam o hlášení infekční nemoci, podezření na infekční nemoc, úmrtí na infekční nemoc nebo vylučování původců infekčních onemocnění místně příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Na každém listu zdravotnické dokumentace se uvede jméno, popřípadě jména, příjmení a rodné číslo pacienta, datum narození, není-li rodné číslo přiděleno, dále identifikační údaje poskytovatele, popřípadě název oddělení zdravotnického zařízení. Za provedení zápisu do zdravotnické dokumentace je odpovědný zdravotnický pracovník nebo jiný odborný pracovník, který pacientovi poskytl zdravotní službu.

Význam vedení a jednotné podoby dokumentace byl posílen zákonem o zdravotních službách, kdy poskytovateli je možné udělit ve správním řízení pokutu až do výše 500 000 Kč, pokud poruší povinnost vést nebo uchovávat zdravotnickou dokumentaci nebo nakládat se zdravotnickou dokumentací podle § 53 odst. 1 ZoZS (§117 odst. 4 písm. b) ZoZS). Kromě toho může příslušný správní orgán pozastavit nebo odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb, jestliže poskytovatel nevede zdravotnickou dokumentaci, nebo ji vede v rozporu s tímto zákonem, nebo jiným právním předpisem. (§ 24 odst. 3 písm. c) ZoZS).



Závěrem této kapitoly je také zajímavé uvést příklad týkající se vykazování hospitalizační péče v DRG systému, který byl letos prezentován v tisku, a který představuje minimálně etický a morální problém. Bohužel toto jednání jednoznačně nenaplnuje jednotlivé znaky skutkové podstaty trestného činu, přesto však vzhledem k objemu finančních ztrát, které vyvolal, vyžaduje, aby byl zmíněn.

„Doktor Petr Čech je odborník na vykazování péče, kterou nemocnice chtějí zaplatit od pojišťoven. Pracuje pro sdružení, které platí zdravotní pojišťovny - Národní referenční centrum (NRC), kde vytváří nová pravidla pro to, jak mají nemocnice v daném roce svou práci účtovat. A pak je tu soukromá firma Consult Hospital. Nabízí nemocnicím službu: zaplatte, známe nejlépe systém a jeho díry, takže můžeme mimo jiné efektivně pomoci k penězům od pojišťoven. A tady sedí opět doktor Petr Čech - je totiž polovičním majitelem firmy. Křišťálově jasnější střet zájmů se vidí málokdy. Zdravotní pojišťovny si už léta samy platí člověka, který protistraně radí, jak z nich dostat co nejvíc peněz. Mnohé nemocnice si totiž firmu najímaly, aby jim pomohla takzvaně "optimalizovat" léčbu pacientů. "To znamenalo, že si nemocnice najednou vzpomněla, že zapomněla VZP vyúčtovat některé komplikace u pacientů. Takže jsme jim pak dopláceli desítky milionů," popisuje bývalý ředitel VZP Pavel Horák, pod jehož vedením si pojišťovna začala "optimalizaci", odborně řečeno upcoding, hlídat. Trik s "optimalizací" dělá podle propočtů firmy, která se falešným vykazováním zabývá a své výsledky představila minulý týden v Poslanecké sněmovně, až dvě miliardy korun ročně. Jsou to peníze vyplacené zbytečně z veřejného zdravotního pojištění. Přitom nad vykazovanými komplikacemi zůstává rozum stát. Třeba před rokem či dvěma bylo hitem "zkomplikovat", a tím pádem prodražit péči o novorozence nebo vozíčkáře kódem "imobilní". Přitom tito lidé jsou nepohybliví jaksí z principu, ne že by se právě kvůli tomu ocitli v nemocnici. Největší zdravotní pojišťovna se na tyto podvody zaměřila, a tak Národní referenční centrum muselo měnit i pravidla pro vykazování péče. Tedy - práce pro pana doktora Čecha. A protože jeden trik pojišťovna zarazila, takže podle nových pravidel už nejde imobilitu přilepit k diagnóze pacienta jen tak, je tu stále ještě firma, která poradí nemocnicím jiný trik. Letošním hitem je inkontinence. "Nejprve pravidla zkomplikují a pak vám radí, jak se tomu vyhnout," popsal Miloslav Ludvík, šéf Fakultní nemocnice Motol. Mezi špitály, které služeb firmy využívaly, patří ostravská fakultní nemocnice. "Ušetřili nám určitě miliony nebo desítky milionů korun. Poměrně vysoké sumy to byly," říká ředitel Petr Němeček. O tom, že spolumajitel této firmy pracuje pro NRC, prý nic neví. Sám Čech ve své práci střet zájmů nevidí. "Změny v DRG sice prezentují ročně na národní konferenci, jenže se podílím jen na

části vývoje DRG," říká. "Poskytuji také analytické a poradenské služby nemocnicím i pojišťovně v oblasti efektivity, kvality a úhrad péče, což dělají všichni externisté. Optimalizace produkce nemocnic k nim patří." Pro představu: jen VZP při loňských kontrolách v nemocnicích zjistila podvodné vykazování za 212 milionů korun, z toho jedna nemocnice má vrátit 65 milionů korun, což je pro ni likvidační. "Bude to téma, o němž chceme hovořit s nemocnicemi při jednání o vyúčtování za rok 2012," sdělil mluvčí VZP Oldřich Tichý. A byznys Petra Čecha? "Má to určitě veliký etický rozměr. Jenže narážíme na personální nedostatečnost. Nemáme dost odborníků," posteskl si náměstek ministra zdravotnictví, předseda správní rady VZP a člen představenstva Národního referenčního centra (NRC) Petr Nosek. Totéž tvrdí i ředitel NRC Pavel Kožený. "Dejte mi deset jiných lidí a já to vyřeším," říká s dovětkem, že na doktora Čecha osobně dohlíží, takže je vše v pořádku.<sup>53</sup>

### **3.3.3. Model III. - zkreslující data o místu a poskytovateli zdravotní služby**

Poskytovatelem zdravotní služby může být pouze fyzická či právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle ZoZS. Zdravotními službami se rozumí především poskytování zdravotní péče, tedy soubor činností a opatření, preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony, prováděné u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení nebo odstranění nemocí, vady nebo zdravotního stavu; udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu; udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení; pomoci při reprodukci a porodu; posuzování zdravotního stavu a preventivní vyšetření, a to zdravotnickými pracovníky. Místem poskytování zdravotní péče je zdravotnické zařízení, tedy prostory určené k poskytování zdravotních služeb.<sup>54</sup> Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Podmínky způsobilosti k výkonu lékařského povolání upravuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších

---

<sup>53</sup> Petrášová L. Určí pravidla, radí, jak je obejít. [online]. Medical Tribune.cz, 30. května 2013, dostupné na <<http://www.tribune.cz/clanek/30142-nemocnice-caruji-s-vykazovanim-pece>>

<sup>54</sup> § 4 odst. 1 ZoZS

předpisů. Způsobilost k výkonu lékařského povolání má ten, kdo je odborně způsobilý, zdravotně způsobilý a bezúhonný.<sup>55</sup> Odbornou způsobilost získá ten, kdo absolvuje nejméně šestileté prezenční magisterské studium programu všeobecné lékařství.<sup>56</sup> Podmínkou pro samostatný výkon lékařského povolání je získání specializované způsobilosti na základě úspěšného ukončení specializačního vzdělávání v příslušném oboru<sup>57</sup> atestační zkouškou podle tohoto zákona.

Při poskytování zdravotních služeb pak vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů, stanovuje bližší podmínky na vybavení a hygienické normy míst, kde je zdravotní péče poskytována.

*Vzmemme-li si jako příklad i tu nejjednodušší ambulanci praktického lékaře musí splňovat tyto náležitosti:*

*Požadavky na technické a věcné vybavení pracovišť lékařů a zubních lékařů, pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a pracovišť jiných odborných pracovníků: A. Společné požadavky*

*1. Základní provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou:*

*a) ordinace lékařů a ordinace zubních lékařů<sup>2</sup> (dále jen "ordinace lékaře"), pracoviště dalších zdravotnických pracovníků nebo pracoviště jiných odborných pracovníků<sup>3</sup>, ve kterých jsou prováděny zdravotní výkony (dále jen "výkon"), b) čekárna, c) WC pro pacienty, d) zákrokový sál, pokud jsou prováděny - operační výkony, nebo - endoskopické výkony s porušením integrity tělesného povrchu nebo se zvýšeným rizikem infekce e) přípravná pro výkony, pokud je zřízena.*

*2. Vedlejší provozní prostory zdravotnických zařízení ambulantní péče jsou: a) sanitární zařízení pro zaměstnance, b) skladovací prostory, c) místnost pro odpočinek zaměstnanců, pokud je zřízena. Vedlejší provozní prostory mohou být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.*

*3. Ordinace lékaře a pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků musí mít minimální podlahovou plochu (dále jen "plocha") 13 m<sup>2</sup>.*

*4. Přípravnou pro výkony se rozumí místnost, kde je připravován pacient k výkonům a dále kde jsou připravovány zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a léčivé látky před jejich*

---

<sup>55</sup> § 3 odst. 1 zák.č. 95/2004 Sb.

<sup>56</sup> § 4 odst. 1 zák.č. 95/2004 Sb.

<sup>57</sup> Blíže vyhláška č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhl. č. 361/2010 Sb. a vyhl. č. 286/2013 Sb.

aplikací pacientovi a vykonávány další činnosti s tím související. Přípravna pro výkony musí mít minimální plochu 10 m<sup>2</sup>.

5. Čekárna musí mít minimální plochu 7 m<sup>2</sup>, pokud není dále uvedeno jinak, a musí být vybavena sedacím nábytkem. Čekárna může být společná pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud má minimální plochu 10 m<sup>2</sup>. Pokud je zdravotní péče (dále jen "péče") poskytována kojencům, musí mít čekárna minimální plochu 8 m<sup>2</sup> a být vybavena přebalovacím stolem, není-li tento stůl v ordinaci lékaře.

6. WC pro pacienty musí mít předstíh vybavenou umyvadlem, není-li umyvadlo umístěno v kabině WC. WC může být společné pro zaměstnance a pacienty v případě, kdy zdravotnické zařízení ambulantní péče sestává maximálně ze 2 ordinací lékařů nebo pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, pokud není dále uvedeno jinak. WC pro pacienty může být společné pro více ordinací lékařů a pracovišť dalších zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

7. Základový sál musí mít minimální plochu 10 m<sup>2</sup> a mít podlahy, stropy i stěny odolné proti poškození při pravidelném čištění, mytí a dezinfekci.

8. Skladovací prostory se vyčleňují pro oddělené skladování materiálu, prádla a uklízacích a dezinfekčních potřeb. Skladovací prostory lze nahradit vhodnými skříněmi. Skladování věcí musí být zabezpečeno tak, aby nedošlo ke kontaminaci čistých věcí znečištěnými věcmi.

9. Vybavení ordinace lékaře, pracoviště dalších zdravotnických pracovníků a pracoviště jiných odborných pracovníků: a) vyšetřovací lehátko, b) umyvadlo, c) dřez na mytí pomůcek, pokud je prováděno mytí a čištění pomůcek použitých k manipulaci s biologickým materiálem, d) nábytek pro práci zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, e) židle nebo křeslo pro pacienta, f) skříň na léčivé přípravky, g) stolky na přístroje a nástroje, h) nepřenosná uzamykatelná schránka z kovu, pokud se skladují omamné nebo psychotropní látky nebo přípravky je obsahující, i) skříň na nástroje a pomůcky, j) kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě nebo pokud není zřízena centrální kartotéka, k) chladnička na léčivé přípravky vybavená teploměrem, pokud se uchovávají léčivé přípravky nebo pomůcky, které pro své uchování vyžadují nižší teplotu než pokojovou, a chladnička na biologický materiál vybavená teploměrem, pokud je uchováván biologický materiál, l) tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, osobní váha, výškoměr, m) přebalovací stůl, pokud je poskytována péče novorozencům a kojencům, n) pomůcky a léčivé přípravky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška nebo samorozpínací vak včetně masky, vzduchovody, rukavice, výbava pro stavění krvácení a prostředky k zajištění žilního vstupu; pracoviště pracovníků nelékařských zdravotnických povolání nemusí být vybaveno léčivými přípravky pro poskytnutí první pomoci a prostředky k zajištění žilního vstupu, o) sterilizátor, pokud se používají nástroje a pomůcky vyžadující sterilitu a není zajištěna služba centrální sterilizace nebo dodávka veškerého materiálu na jednorázové použití anebo pokud není dodáván veškerý materiál sterilizovaný. Pokud je používána sterilizace formaldehydem, musí být sterilizátor umístěn mimo místnost pro provádění výkonů, p) lokální svítidlo vyšetřovací, q) prostor pro svlékání pacienta a odložení oděvu.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> Příloha 2 vyhl. Č. 92/2012 Sb.

Dále musí splňovat náležitosti o personálním zabezpečení zdravotních služeb podle vyhlášky č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. I v tomto modelu nacházíme příklady podvodného jednání i v České republice.

### Příklady podvodu – model č. III.:

#### *Příklad 1)*

*Česká stomatologická komora podala trestní oznámení na zubní lékařku z Prahy 2, která ošetřovala pacienty na základě padělku diplomu. Zaměstnavatel jí ukončil pracovní poměr dohodou.*

*Poslední červnový den oznámil tuto událost prezident České stomatologické komory (ČSK) Pavel Chrz. „Byl jsem drzostí této ženy šokován,“ řekl prezident. Falešná zubařka má pravděpodobně vzdělání zdravotní sestry. „To, že Edita Porebská zubní lékařství nestudovala, zjistila komora na děkanátu 1. lékařské fakulty UK,“ dodal právní poradce komory Jiří Slavík. „Komora podala na Porebskou trestní oznámení pro podezření z podvodu, poškozování cizích práv, eventuálně padělání a pozměňování úřední listiny,“ upřesnil Slavík. ČSK vše oznámila také zdravotnímu odboru pražského magistrátu a komunikuje se zaměstnavatelem údajně zubařky. „Ten už s ní ukončil pracovní smlouvu dohodou,“ řekl právník.*

*Na případ se podle Slavíka přišlo náhodou. Bývalý kolega nepravé lékařky oznámil komoře, že si myslí, že zubní lékařství nestudovala. Komora neprodleně kontaktovala děkanát, odkud přišla zpráva, že fakulta ji jako absolventku neeviduje. Falešná zubařka údajně promovala v roce 1990.*

*Úředně ověřená kopie diplomu se podle Chrze při bližším zkoumání jeví jako padělek. Zaměstnavatel prý tvrdí, že o ničem nevěděl. Při kopírování diplomu na menší formát totiž ochranné prvky mohou částečně zmizet. Údajný diplom nebyl ověřen notářem, ale na matrice, což však má stejnou právní váhu, vysvětlil prezident. Ten, kdo listinu ověřil, podle něj nepostupoval správně.*

*Pavel Chrz dále uvedl, že už se dohodl s děkanem 1. LF UK Tomášem Zimou na vzájemném propojení registrů školy a komory, aby se situace v budoucnu už neopakovala. Chce kvůli tomu oslovit i děkany ostatních lékařských fakult, kde se studuje obor zubní lékařství. Prezident stomatologické komory dle svých slov doufá, že „snad už nikdo jiný nebude tak drzý, aby se vydával za zubaře“<sup>59</sup>*

---

<sup>59</sup> ČTK. Komora objevila falešnou zubařku a podala trestní oznámení. [online]. Zdn, 12. července 2010. Dostupné na <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/komora-objevila-falesnou-zubarku-a-podala-trestni-oznameni-453105>>

## *Příklad 2)*

*Sandra Slobodová, slovenský transsexuál přeoperovaný na ženu, která se v Bechyni vydávala za gynekoložku, má jít do vězení na pět let. Rozhodl o tom tábořský soud. Slobodová byla úhrnným trestem potrestána za to, že se vydávala za lékařku a že na otevření ordinace získala peníze úvěrovým podvodem. Podvedla i dva lékaře, několik pacientek nebo firmy, od kterých si naobjednala zboží.*

*U soudu chtěla být jen první den - začátkem července. Se silnou vrstvou make-upu, brýlemi na očích, podrobnými poznámkami a rozhodným projevem. Když jí soud dal možnost se k obžalobě vyjádřit, ukázala, že si za mřížemi paragrafy pečlivě studuje.*

*Slobodová, která se před změnou pohlaví jmenovala Michal Sloboda, si v roce 2012 otevřela kliniku multioborové zdravotnické péče v Bechyni, k jejímuž provozování získala povolení podvodem. Pod falešnými jmény Bc. S. Slobodová, MUDr. Alexandra Slobodová, Dr. Slobodová a MUDr. Alexandra Sandra Slobodová si elektronicky objednávala zdravotnické přístroje, zboží i služby, jako například přístroj na měření EKG nebo gynekologické křeslo. Podle státní zástupkyně Pavlína Loudínové jednala v úmyslu vystavené faktury nezaplatit.*

*Slobodová u soudu trvala na tom, že většinu zboží vrátila, celkovou škodu odhadla na 30 tisíc korun. Za svou "praxi" stihla vyšetřit třicet pacientek, některým předepsala i opiáty. Policie ovšem Slonkovou, která byla v podmínce, po pár dnech zadržela. Obyvatelka Bechyně Zdeňka Vontrobová provoz ordinace potvrdila. "No, deset dnů asi nebo kolik a pak to zavřeli," odpověděla na dotaz TV Barrandov, zda ordinace fungovala. Podle Vontrobové pacientky do ordinace chodily a na podvod se přišlo náhodou.*

*Slobodová podle svých slov chtěla sehnat lékaře a pak ordinaci provozovat pouze jako manažer.*

*Za hru na falešnou gynekoložku vyměřil tábořský soud Slobodové loni dva roky vězení, pak jí za úvěrový podvod přihodil soud v Českých Budějovicích půl roku navíc. Do třetice se - a to znovu před tábořským soudem - zpovídala z dalších podvodů. Na pacientkách v Praze, kde se vydávala za zdravotní sestru, na lékařích, kteří ji dali práci nebo na firmách, od kterých si do bechyňské ordinace objednala zboží, ale už za něj nezaplatila.*

*Slobodová již dříve v letech 2004 a 2005 provozovala v Praze sdružení Vnitrostátní a mezinárodní arbitráž, které sama založila. Svévole rozhodovala různé obchodní spory, za což si od pražského vrchního soudu v roce 2010 odnesla sedm let vězení. Část si odseděla ve věznici Světlá nad Sázavou, v lednu roku 2011 byla propuštěna s pětiletou podmínkou.*

*Poté údajně podvedla i pražského gynekologa, který ordinoval právě v ženské věznici na Vysočině, kde byla jeho pacientkou. Doktor ji doporučil svému příteli jako zdravotní sestru, nevěděl, že Slobodová měla zfalšovaný diplom. Jako zdravotní sestra inkasovala peníze za zákroky, které slibovala pacientkám, jako například léčbu neplodnosti nebo interrupci.<sup>60</sup>*

---

<sup>60</sup> RED. Falešná gynekoložka si podvody odsedí pět let.[online]. Tyden.cz, 14. září 2013. Dostupné na <[http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/falesna-gynekolozka-si-za-podvody-odsedi-pet-let\\_282656.html](http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/falesna-gynekolozka-si-za-podvody-odsedi-pet-let_282656.html)>

### **3.3.4. Model IV. – zdvojení vyúčtování za služby, které byly již placeny pacientem hotově, nebo hrazeny z jiných zdrojů (granty, studie apod.)**

Uvedení tohoto modelu podvodného jednání ve zdravotnictví je nutné, protože se jedná o situaci poměrně častou; popravdě však možnosti jeho prokázání jsou velmi nízké, ne-li nulové.

Jedná se především o model, kdy je pacient vyzván lékařem (a uveden v omyl), aby financoval, nebo spolufinancoval výkon, jeho část, nebo materiál k tomu použitý, hotově, mimo systém veřejného zdravotního pojištění, a lékař tento výkon pak znovu vykáže smluvní zdravotní pojišťovně. Předpokládám, že s touto formou podvodného jednání byl konfrontován každý z nás, aniž by o tom třeba věděl. Běžná je tato situace u zubaře; ten zvykle provede ošetření zubního kazu, vybere za příplatkovou plombu platbu hotově, ale na pojišťovnu vykáže výkon s provedením klasické amalgánové plomby, která je hrazena z pojištění. Ještě častěji se s tímto jednáním setkávají ženy v gynekologické ambulanci; je běžnou praxí, že je žena gynekologem vyzvána, aby si připlatila za jednorázovou vyšetřovací pomůcku (běžně vybíráno až 100 Kč hotově), ale k tomu lékař pojišťovně vykáže výkon, jejímž obsahem je i použití této standardní pomůcky – vyšetřovacího zrcadla, bez něhož by ani vyšetření nebylo možné. Běžnou praxí soukromých gynekologických ambulančí při pravidelných předporodních dispenzárních kontrolách je také vyšetření základních životních a tělesných parametrů – výška, váha, tlak krve a puls – na vyšetřovacím přístroji, který ochotně dodá firma, která je jeho výrobcem, přitom je za toto jediné vyšetření vybíráno od 20 do 50 Kč. Pojišťovně je však vykázáno komplexní porodnické vyšetření, které samozřejmě zahrnuje i vyšetření těchto životních parametrů, a žena na ně má bezplatný nárok.

Jak už bylo uvedeno, prokázat objektivní i subjektivní stránku trestného činu podvodu podle § 209 tr. zák. v tomto případě je prakticky nemožné. Většinou toto jednání probíhá za souhlasu obou partnerů, tedy jak poskytovatele služby, tak jejího spotřebitele, bohužel souhlas plátce, zde chybí.

Ještě komplikovanější situace nastává v případě provádění klinických studií. Legislativní rámec provádění klinických studií upravuje zákon č. 378/2007 Sb., zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a vyhláška č. 226/2008 Sb., o správné klinické praxi a bližších podmínkách klinického hodnocení léčivých přípravků, ve znění pozdějších předpisů. Klinickým hodnocením rozumíme systematické testování jednoho nebo několika hodnocených léčivých přípravků s cílem ověřit bezpečnost

nebo účinnost léčivého přípravku, včetně klinických hodnocení v jednom nebo několika místech v České republice, popřípadě dalších členských státech prováděné na subjektech hodnocení za účelem zjistit nebo ověřit klinické, farmakologické nebo jiné farmakodynamické účinky, stanovit nežádoucí účinky, studovat absorpci, distribuci, metabolismus nebo vylučování; multicentrickým klinickým hodnocením je takové hodnocení, které je prováděné podle jednoho protokolu, ale na několika místech klinického hodnocení, a tudíž i několika zkoušejícími, přičemž místa hodnocení se mohou nacházet v České republice, popřípadě v dalších členských státech anebo i v třetích zemích; hodnoceným léčivým je přípravek, léková forma léčivé látky nebo přípravek získaný technologickým zpracováním pouze pomocných látek (placebo), které se testují nebo používají pro srovnání v klinickém hodnocení; hodnoceným léčivým přípravkem může být i již registrovaný léčivý přípravek, pokud se používá nebo zhotovuje (včetně změn složení lékové formy nebo obalu) způsobem, který se liší od registrované podoby léčivého přípravku, nebo pokud se používá pro neregistrovanou indikaci nebo za účelem získání dalších informací o registrované variantě léčivého přípravku.<sup>61</sup> Jedná se o vztah mezi zadavatelem (farmaceutickou firmou, nebo jejím zástupcem), zkoušejícím (konkrétní lékař zdravotnického zařízení, který vede praxi klinického testování léčiva) a subjektem hodnocení, což je fyzická osoba, která se účastní klinického hodnocení, buď jako příjemce hodnoceného léčivého přípravku, nebo jako člen srovnávací nebo kontrolní skupiny, kterému není hodnocený léčivý přípravek podáván, a to podle tzv. protokolu studie, což je dokument, který popisuje cíl, uspořádání, metodiku, statistické rozvahy a organizaci klinického hodnocení, a to včetně jeho případných následných verzí a dodatků. To vše na základě svobodného informovaného souhlasu nemocného o vstupu do klinického hodnocení. Informovaným souhlasem je projev vůle k účasti v klinickém hodnocení, který 1. má písemnou formu, 2. je opatřen datem a vlastnoručním podpisem subjektu hodnocení, 3. je učiněn svobodně po obdržení podrobných informací o povaze, významu, dopadech a rizicích klinického hodnocení, 4. je příslušně zdokumentován, 5. je učiněn osobou způsobilou k jeho udělení, nebo, pokud tato osoba není k udělení informovaného souhlasu způsobilá, jejím zákonným zástupcem; pokud zmíněná osoba není schopna psát, je přípustný ústní souhlas učiněný za přítomnosti alespoň jednoho svědka; o udělení takového ústního souhlasu musí být pořízen písemný záznam; text informovaného souhlasu musí být srozumitelný a v jazyce, kterému subjekt hodnocení dobře rozumí.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup> § 51 odst. 2 zák. č. 378/2007 Sb.

<sup>62</sup> § 51 odst. 2 písm. h) zák. č. 378/2007 Sb.



Základním předpokladem provádění klinického hodnocení je souhlasné vyjádření etické komise, což je nezávislý orgán tvořený odborníky z oblasti zdravotnictví a osobami bez vzdělání z oblasti lékařství, jejichž povinností je chránit práva, bezpečnost a zdraví subjektů hodnocení a zajistit tuto ochranu i vyjádřením svého stanoviska k protokolu klinického hodnocení, vhodnosti zkoušejících a zařízení, k metodám a dokumentům používaným pro informaci subjektů hodnocení a získání jejich informovaného souhlasu. Etickou komisi je oprávněn ustavit poskytovatel zdravotních služeb. Etická komise může na základě písemné dohody uzavřené s poskytovatelem zdravotních služeb, který ji neustavil, působit i jako etická komise pro tohoto poskytovatele zdravotních služeb. Etickou komisi je oprávněno ustavit také Ministerstvo zdravotnictví; v takovém případě jmenuje členy etické komise ministr zdravotnictví. Podmínky pro činnost etické komise zajistí subjekt, který ji ustavil. Tento subjekt rovněž odpovídá za zveřejnění pravidel jednání a pracovních postupů etické komise a seznamu jejích členů a v případě, že etická komise vyžaduje náhradu nákladů vynaložených v souvislosti s vydáním stanoviska, též zveřejnění výše nákladů. Etická komise není správní orgán a na vydávání stanoviska a postup etické komise se správní řád nevztahuje.<sup>63</sup>

V současnosti podle informací dostupných na webových stránkách Státního úřadu pro kontrolu léčiv probíhá v České republice 1139 klinických hodnocení v různé fázi.<sup>64</sup> Nejvíce je nových léčiv zkoušeno v oborech onkologie, hematoonkologie, neurologie, očního lékařství a kardiologie. Zájem o jejich provádění je poměrně velký. Pro řešitele přináší značnou finanční odměnu, která může dosáhnout za rok řádově i několik desítek miliónů korun a jednak je jistou formou úspory a přístupu k formám léčiv, které jsou jinak velmi nákladné a pro některé indikace v systému veřejného zdravotního pojištění zatím nedostupné. Jinými slovy léčbu může dostat i pacient, který by na ni ve standardním indikačním prostředí nedosáhl, protože její benefit v daném případě ještě nebyl jednoznačně dokázán.

Jak už bylo řečeno vlastní osnova a design studie určuje tzv. protokol. Pokud pacient vstoupí na základě podpisu informovaného souhlasu do klinického hodnocení, veškeré náklady na jeho léčbu by tak měly být hrazeny z rozpočtu zadavatele této studie. Děje se tak u samotného léčiva a jeho podání. Naproti tomu však u krevních testů či jiných laboratorních vyšetření, nebo některých dalších vyšetření, které je nutné podle protokolu doplnit (CT,

---

<sup>63</sup> § 53 odst. 1. Zák. č. 378/2007 Sb.

<sup>64</sup> [online]. K datu 2. října 2013. Dostupné na [http://www.sukl.cz/modules/evaluation/search.php?data%5Bstudy\\_title%5D=&data%5Bid\\_indication\\_group%5D=0&data%5Bindication%5D=&data%5Byear%5D=&data%5Baddress%5D=&data%5Bvalidity%5D=run&search=Vyhledat](http://www.sukl.cz/modules/evaluation/search.php?data%5Bstudy_title%5D=&data%5Bid_indication_group%5D=0&data%5Bindication%5D=&data%5Byear%5D=&data%5Baddress%5D=&data%5Bvalidity%5D=run&search=Vyhledat)

magnetická rezonance apod.), bývají často současně vykázána na pojišťovnu s cílem investigátora minimalizovat vedlejší náklady a maximalizovat svoji odměnu a podíl z rozpočtu zadavatele na dané klinické hodnocení. Stejně tak informace o vstupu do klinického hodnocení nejsou předávány mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, a proto je běžnou praxí, že kupř. jeden den dostane pacient ve velkém centru chemoterapii v rámci studie, ale další den je vyšetřen ve spádovém zdravotnickém zařízení pro akutní zvracení, či jiné potíže, jako důsledek den předem podané chemoterapie. Samozřejmě by všechny komplikace v rámci protokolu hodnocení hlášené jako nežádoucí událost („serious adverse event“) měly být zaplacený z rozpočtu studie. Tomu tak samozřejmě není a akutní péče poskytnutá ve spádovém zařízení je účtována zdravotní pojišťovně. Podobně je tomu i v rámci grantových projektů.

Prokázat úmyslný trestný čin, jakkoli je úmysl obohatit se na cizím majetku z jednání zřejmý, je prakticky nemožné. Otázkou by samozřejmě byl již samotný podnět k zahájení úkonů v trestním řízení. Snad by mohl vzejít od pojišťovny, vzhledem k tomu, že dokumentace o klinickém hodnocení je vedena separátně od zdravotnické dokumentace, byť v ní musí být zmínka o tom, že je nemocný do tohoto hodnocení zařazen, tak ani revizní lékař pojišťovny při běžné revizi, nemá šanci tuto formu podvodného jednání odhalit. A protože ostatní vztahy v tomto modelu jsou smluvně upraveny, lze těžko očekávat podněty od těchto účastníků.

### **3.3.5. Model V. - nevhodné nadužívání a plýtvání zdravotních služeb**

Nadužívání a plýtvání zdravotními službami je běžným nešvarem našeho zdravotnictví, je v nás a v systému trvale zakořeněno a je fakticky podporováno celou řadou faktorů. Náprava by si vyžadovala nutnost provedení rozsáhlých reformních kroků ve struktuře sítě poskytovatelů, v systému úhrad zdravotní péče a změně chování spotřebitelů, zde pacientů. Zajímavé je porovnání četnosti návštěv u lékaře mezi lety 2006 a 2010, tedy před a po zavedení tolik diskutovaných a kritizovaných tzv. „regulačních poplatků“, jež měly omezit spotřebu a poptávku po zdravotních službách<sup>65</sup>. Tyto nakonec těsnou většinou „posvětil“

---

<sup>65</sup> § 16a a 16b zák.č.48/1997, o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č.261/2007 Sb.

Ústavní soud ČR ve svém nálezu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/2008<sup>66</sup>. Ze studie SHARE<sup>67</sup> („Survey of Health, Retirement, and Ageing in Europe“) prezentované výstupy z počátku roku 2013 vyplývá, že význam regulačních poplatků zásadně nezměnil chování pacientů ve vztahu k četnosti návštěv, naopak byla zde mírná tendence k růstu celkových počet návštěv u lékaře, ale poklesu návštěv u praktického lékaře. V roce 2006 tvořily návštěvy praktického lékaře 2/3 všech návštěv, zatímco v roce 2010 to byla polovina. Obecně tedy stoupala návštěvnost specialistů. Ve vztahu k Evropě navštíví český pacient lékaře průměrně 8x ročně, více je to v Německu a Maďarsku (průměrně 9 návštěv ročně) a nejvíce v Itálii, kde připadá na jednoho jedince 10 návštěv lékaře za 12 měsíců.



*Zdroj: Boháček, R. Jak často chodí čeští občané k lékařům? Zpravodaj Share, 2013, č. 1, s. 1-4*

<sup>66</sup> I v tomto nálezu Ústavní soud velmi kriticky varoval před nahrazením politické soutěže různých názorů prostým výkladem soudním: „Mají-li navrhovatelé, jako představitelé moci zákonodárné, za to, že jimi napadená právní úprava je nevhodná či vyvolávající negativní důsledky, mohou usilovat o změnu v rámci politické soutěže, nikoliv v rámci soudní kontroly ústavnosti, která ze své podstaty musí být omezena pouze na otázky ústavně právní povahy. Pokud by snad Ústavní soud návrhu vyhověl, a rozhodoval sám místo zákonodárce, porušil by nejen shora citovaná ustanovení Ústavy ČR, ale zejména by učinil zbytečnou soutěž politických stran.“ (Srv. nálezn sp. zn. Pl. ÚS 2/08)

<sup>67</sup> [online]. Dostupné na < [http://share.cerge-ei.cz/zpravodaj/SHARE\\_Zpravodaj\\_2013\\_01.pdf](http://share.cerge-ei.cz/zpravodaj/SHARE_Zpravodaj_2013_01.pdf) >

Tento model však z pohledu trestněprávní ochrany před podvodem ve zdravotnickém systému v České republice nemá význam, protože nenaplnuje znaky skutkové podstaty trestného činu. Byl však zmíněn ve vztahu k podobným studiím v zahraniční literatuře.

### **3.3.6. Model VI. – falešné vydávání receptů (poukazů na léčebnou pomůcku či indikací k lázeňské péči) nebo vydávání nepotřebných léků (a léčebných pomůcek)**

Jedná se o nejčastěji trestněprávně postihovaný model podvodu v systému zdravotní péče ČR. Formy zneužívání a machinací mají velmi různorodou podobu. V podstatě všem je ale společné předepisování léčiv osobám, které je nepotřebují, ale pak je předávají či prodávají jiným, nebo jsou za účasti lékárníka tyto recepty vykazovány k proplacení pojišťovně, bez toho, aby došlo k faktickému vydání léku, a nebo po dohodě s lékárníkem jsou místo předepsaného léčiva vydávána jiná, či úplně jiné podpůrné a kosmetické přípravky. Tímto způsobem tedy vzniká škoda zdravotní pojišťovně. Podobně se chová i falešné vydávání poukazů na léčebnou pomůcku a indikací k lázeňské péči.<sup>68</sup>

Recept ve smyslu zákona č. 378/2007 Sb., zákona o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a provádějící vyhlášky č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajů uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů, představuje jakýsi písemný příkaz lékaře lékárníkovi, aby vydal (recept – recipe – vezmi) předepsané léčivo a zároveň jako určitý šekový účetní doklad sloužící jako podklad pro platbu od zdravotní pojišťovny. Seznam léků, které jsou hrazeny v dané ATC<sup>69</sup> skupině buď zcela, nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění zveřejňuje Státní ústav pro kontrolu léčiv a Číselník VZP. Recept nesmí obsahovat více než jeden druh léčivého přípravku, který obsahuje omamné látky nebo psychotropní látky, nebo dva druhy ostatních léčivých přípravků; má-li se výdej na receptu předepsaného počtu balení opakovat, lze předepsat dva druhy léčivých přípravků, jen

---

<sup>68</sup> ŘEHÁK, V. Neoprávněná a podvodná preskripce anabolik, antiastmatik a dalších léků neurologem. *Revizní a posudkové lékařství*, 2011, roč. 14, č.3, s.101-107

<sup>69</sup>Anatomicko-terapeuticko-chemická klasifikace léčiv (zkráceně ATC-klasifikace) je mezinárodní systém třídění léčiv, který spravuje Spolupracující centrum Světové zdravotnické organizace pro metodologii statistiky léčiv (World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology), které sídlí v norském Oslo. Systém poprvé publikován v roce 1976. Léčiva jsou rozdělena dle působení na jednotlivé orgány.

pokud je počet opakování u obou druhů léčivých přípravků stejný.<sup>70</sup> Je-li léčivý přípravek předepisován na účet veřejného zdravotního pojištění, lze na jeden recept předepsat více než jedno balení jednoho druhu léčivého přípravku pro zajištění léčby pacienta do jeho další kontrolní návštěvy u ošetřujícího lékaře, nejdéle však na dobu tří měsíců a zpravidla do počtu tří balení, není-li dále stanoveno jinak.<sup>71</sup> Recept musí obsahovat číslo zdravotní pojišťovny, tedy plátce, jméno, příjmení, rodné číslo a bydliště pojištěnce, předepsaný léčivý přípravek a počet jeho balení v latinské číslovce, datum, razítko poskytovatele a jmenovku lékaře s podpisem.<sup>72</sup> Předpis omamných a psychotropních látek je vybaven modrým pruhem s průpisem a jeho výrobu a distribuci zajišťují obecní úřady obcí s rozšířenou působností.<sup>73</sup>

#### Příklady podvodu – model č. VI:

##### *Příklad 1)*

*Rozsudkem Okresního soudu v Bruntále, pobočka v Krnově, ze dne 2. 11. 2005, sp. zn. 3 T 139/2003, ve spojení s opravným usnesením tohoto soudu ze dne 6. 2. 2006, sp. zn. 3 T 139/2003, byl obviněný Pharm. Dr. Z. E. v bodě II. [původně bod 3)] uznán vinným, že:*

*"jako lékárník lékárny v období od 1. 7. 1997 do 10. 2. 2000 přijímal poukazy na léčebné a ortopedické pomůcky a recepty na léky vystavené obviněným MUDr. V. B., o kterých věděl, že jsou fiktivní, předepsané pomůcky a léky pacientům nevydal, přičemž léky a pomůcky vykazoval jednotlivým zdravotním pojišťovnám jako vydané pacientům, na základě čehož byly lékárně proplaceny, čímž způsobil:*

*A) Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 61)] a způsobil tak poškozené škodu v celkové výši 145.816,20 Kč,*

*B) O. zdravotní pojišťovně z. b., p. a s., v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 14)] a způsobil tak poškozené škodu v celkové výši 29.664,- Kč,*

*C) Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 20)] a způsobil poškozené škodu v celkové výši 48.596,- Kč,*

*D) Vojenské zdravotní pojišťovně ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 6)] a způsobil poškozené škodu v celkové výši 13.739,80 Kč,*

<sup>70</sup> § 5 odst. 1 vyhlášky č. 54/2008 Sb.

<sup>71</sup> § 5 odst. 2 vyhlášky č. 54/2008 Sb.

<sup>72</sup> § 6 odst. 1 vyhlášky č. 54/2008 Sb.

<sup>73</sup> § 3 odst. 1 vyhlášky č. 54/2008 Sb.

*takže celkovou trestnou činností páchanou v uvedeném období způsobil škodu ve výši celkem 237.816,- Kč".*

*Obviněná Mgr. L. Ch. byla stejným rozsudkem ve spojení se stejným opravným usnesením v bodě III. [původně bod 4)] uznána vinnou, že:*

*"jako lékárnice lékárny v období od 12. 1. 1998 do 19. 7. 1999 a od 1. 2. 2000 přijímala poukazy na léčebné a ortopedické pomůcky a recepty na léky vystavené obžalovaným MUDr. V. B., o kterých věděla, že jsou fiktivní, předepsané pomůcky a léky pacientům nevydala, přičemž léky a pomůcky vykazovala jednotlivým zdravotním pojišťovnám jako vydané pacientům, na základě čehož byly lékárně proplaceny, čímž způsobil:*

*A) Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 28)] a způsobil tak poškozené škodu v celkové výši 65.943,50 Kč,*

*B) O. zdravotní pojišťovně z. b., p. a s., v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 26)] a způsobil tak poškozené škodu v celkové výši 62.216,60 Kč,*

*C) Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 16)] a způsobil poškozené škodu v celkové výši 37.577,80 Kč,*

*D) Vojenské zdravotní pojišťovně ČR, v případě poukazů na léčebné a ortopedické pomůcky vypsanych na jméno [ve výroku rozsudku pod body 1) až 18)] a způsobil poškozené škodu v celkové výši 42.640,10 Kč,*

*takže celkovou trestnou činností páchanou v uvedeném období způsobil škodu ve výši celkem 208.378,- Kč".*

*Takto zjištěné jednání soud právně kvalifikoval u obou obviněných jako trestný čin podvodu podle § 250 odst. 1, 2 tr. zák. a každému z nich uložil podle § 250 odst. 2 tr. zák. trest odnětí svobody v trvání dvaceti měsíců, jehož výkon u každého z nich podle § 58 odst. 1, § 59 odst. 1 tr. zák. podmíněně odložil na zkušební dobu v trvání dvou roků a šesti měsíců. Zároveň každému z nich uložil peněžitý trest podle § 53 odst. 1 tr. zák. ve výměře 50.000,- Kč a pro případ, že by peněžitý trest nebyl ve stanovené lhůtě vykonán, u každého z nich stanovil podle § 54 odst. 3 tr. zák. náhradní trest odnětí svobody v trvání čtyř měsíců. Dále každému z obviněných uložil podle § 49 odst. 1, § 50 odst. 1 tr. zák. trest zákazu činnosti spočívající v zákazu výkonu činností, ke kterým je třeba zvláštního povolení, a to lékárníků v souvislosti s přijímáním, výdejem a fakturací receptů na léky a poukazů na léčebné pomůcky na dobu dvou roků. V neposlední řadě soud podle § 228 odst. 1, § 229 odst. 2 tr. ř. rozhodl o povinnosti obviněných nahradit jednotlivým poškozeným způsobenou škodu, resp. o odkázání poškozených se zbytky uplatněných nároků na náhradu škody na řízení ve věcech občanskoprávních.<sup>74</sup>*

<sup>74</sup> Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 24. října 2007, sp. zn. 8 Tdo 735/2007

## *Příklad 2)*

*Obviněná MUDr. V. N. byla rozsudkem Okresního soudu v Blansku ze dne 26. 7. 2011 sp. zn. 7 T 81/2010 uznána vinnou trestným činem podvodu podle § 250 odst. 1, odst. 2 tr. zák. účinného do 31. 12. 2009 (dále jen tr. zák.), jehož se dopustila tím, že v době od 1. 1. 2007 do 31. 12. 2007 z pracovní pozice lékařky hematologické ambulance Nemocnice Boskovice, s.r.o., O. K., B., vědomě a záměrně vystavovala neoprávněně lékařské předpisy s využitím osobních dat pacientů hematologické ambulance a osobních dat dárců krve transfuzní stanice Nemocnice Boskovice, s.r.o., které získala v souvislosti s výkonem svého povolání, takto vystavené lékařské předpisy s předepsanými léčivými dotčeným osobám nepředávala, ale lékařské předpisy byly prostřednictvím blíže nezjištěných osob, případně jinak blíže nezjištěným způsobem předkládány k vydání léčiv v jednotlivých případech v lékárně BH AGAPÉ, s.r.o., B., O. K., v lékárně LEBO, s.r.o., B., O. K., v Lékárně N. n., B., M. n., v lékárně Mgr. J. Z., B., M. n. a v lékárně M. b., L., M. n., načež následně došlo dle evidence lékáren vydaných jednotlivých léčiv k jejich proplacení, a to Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále také jen "VZP ČR"), Zdravotní pojišťovnou ministerstva vnitra České republiky (dále také jen "MV ČR"), Vojenskou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále také jen "VOJZP ČR") a Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (dále také jen "OZP"), jednotlivá léčiva tak byla uvedenými zdravotními pojišťovnami skutečně proplacena v jednotlivých případech pacientů hematologické ambulance, případně dárců krve transfuzní stanice Nemocnice Boskovice, s.r.o., O. K., přičemž se jednalo o případy předepsaných léčiv na jednotlivé pacienty-pojištěnce a konkrétní léčiva specifikovaná ve skutkové větě výroku o vině odsuzujícího rozsudku soudu prvního stupně, čímž způsobila Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, se sídlem P., O., škodu ve výši 84.352,85 Kč, Zdravotní pojišťovně ministerstva vnitra České republiky, se sídlem P., N. M., škodu ve výši 10.848,60 Kč, Vojenské zdravotní pojišťovně České republiky, se sídlem P., D., škodu ve výši 7.703,68 Kč a Oborové zdravotní pojišťovně zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, se sídlem P., R., škodu ve výši 1.617,36 Kč.*

*Za to byla obviněná odsouzena podle § 250 odst. 2 tr. zák. k trestu odnětí svobody v trvání šesti měsíců, jehož výkon byl podle § 58 odst. 1, § 59 odst. 1 tr. zák. podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání osmnácti měsíců. Dále byl podle § 53 odst. 1, odst. 2 písm. a) tr. zák. obviněné uložen peněžitý trest ve výměře 50.000,- Kč. Pro případ, že by tento peněžitý trest nebyl ve stanovené lhůtě obviněnou vykonán, byl jí uložen podle § 54 odst. 3 tr. zák. náhradní trest odnětí svobody v trvání tří měsíců.*

*Podle § 228 odst. 1 tr. ř. byla obviněné uložena povinnost zaplatit náhradu škody poškozeným: Vojenské zdravotní pojišťovně České republiky, se sídlem P., D. ve výši 7.703,68 Kč a Oborové zdravotní pojišťovně zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, se sídlem P., R., ve výši 1.617,36 Kč. Podle § 229 odst. 2 tr. ř. byly poškozené Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky a Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví odkázány se zbytky nároků na náhradu škody na řízení ve věcech občanskoprávních. Poškozená Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, se sídlem P., O., byla podle § 229 odst. 1 tr. ř. odkázána s uplatněným nárokem na náhradu škody na řízení ve věcech občanskoprávních.*

*Proti uvedenému rozhodnutí podala obviněná odvolání, jež Krajský soud v Brně usnesením ze dne 22. 11. 2011 sp. zn. 8 To 448/2011 podle § 256 tr. ř. zamítl.<sup>75</sup>*

*Příklad 3)*

*Rozsudkem Okresního soudu v Olomouci ze dne 9. 11. 2010, sp. zn. 2 T 227/2007, byl obviněný I. M. uznán vinným přečinem podvodu podle § 209 odst. 1 tr. zákoníku, kterého se podle skutkových zjištění dopustil tím, že v období od 14. 1. 2005 do 22. 12. 2005 v Olomouci opakovaně přepisoval a dopisoval nové údaje do lékařských receptů vystavených ve dnech 14. 1. 2005, 8. 2. 2005, 9. 3. 2005, 5. 4. 2005, 11. 4. 2005, 3. 5. 2005, 9. 6. 2005, 25. 7. 2005, 23. 8. 2005, 20. 9. 2005, 18. 10. 2005, 21. 11. 2005, 14. 12. 2005 a 22. 12. 2005 praktickou lékařkou MUDr. M. Č. se sídlem v O., když do receptů jednak dopisoval větší množství balení léků a vpisoval léky s vyšším účinkem, než které byly předepsány, a na takto upravené recepty neoprávněně vyzvedával větší množství léků a léky s vyšším účinkem v lékárně u St. J. v O., čímž způsobil Zdravotní pojišťovně Ministerstva vnitra České republiky - pobočka v O. škodu v celkové výši minimálně 30 261,93 Kč.*

*Za tento přečin byl obviněný odsouzen podle § 209 odst. 1 tr. zákoníku k trestu odnětí svobody v trvání pěti měsíců, jehož výkon byl podle § 81 odst. 1 a § 82 odst. 1 tr. zákoníku podmíněně odložen na zkušební dobu v trvání dvanácti měsíců. Podle § 82 odst. 2 tr. zákoníku byla obviněnému uložena povinnost, aby ve zkušební době podle svých sil nahradil škodu, kterou trestným činem způsobil. Rovněž bylo rozhodnuto o náhradě škody.*

*Odvolání obviněného podané proti uvedenému rozsudku soudu prvního stupně Krajský soud v Ostravě - pobočka v Olomouci usnesením ze dne 8. 2. 2011, sp. zn. 55 To 472/2010, podle § 256 tr. ř. zamítl.<sup>76</sup>*

Shora uvedené příklady jsou nejtypičtější formou podvodného jednání v tomto modelu.

#### Ad případ 1:

Zde se jednalo o tuto konstrukci trestného činu podvodu:

1. lékař vypíše fiktivní recept na existujícího pojištěnce a předá jej lékárníkovi,
2. lékárník, jako spolupachatel, věděl o tom, že se jedná o fiktivní recepty, léky nevydal, ale recept předložil zdravotní pojišťovně k úhradě jako vydané,
3. pojišťovna uvedena v omyl na základě předloženého receptu proplatila lékárníkovi úhradu za fiktivní výdej léku, o tuto částku se obohatil lékárník i s podílem pro vystavujícího lékaře.

*Objektem skutkové podstaty je zde majetek pojišťovny. Objektivní stránkou je uvedení pojišťovny v omyl. Ta předpokládala, že platí za skutečně poskytnuté plnění pojištěnci, který na něj měl nárok v systému solidárního veřejného zdravotního pojištění. Pachatelé zde*

<sup>75</sup> Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 9. května 2012, sp. zn. 4Tdo 340/2012

<sup>76</sup> Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 22. září 2011, sp. zn. 8Tdo 784/2011



namítali, že nebyla prokázána žádná dohoda mezi lékařem a lékárníkem, která by dovozovala tuto konstrukci trestného činu. Tuto námitku odmítl Nejvyšší soud ČR ve svém usnesení ze dne 24. října 2007, sp. zn. 8 Tdo 735/2007, když uvedl: „Taková výhrada nemůže obstát, neboť pro závěr o trestní odpovědnosti pachatelů výslovná dohoda mezi nimi není nezbytně nutná a zcela postačuje, je-li uzavřena třeba jen konkludentně. V dané věci bylo prokázáno, že každý z dovolatelů z jednotlivých receptů či poukazů zjistil, že byl vystaven MUDr. V. B. a že za něj jeho předkladateli (jímž nemusel být jmenovaný spoluobviněný) neposkytuje protihodnotu v podobě léku nebo zdravotnické pomůcky, ačkoli je příslušné zdravotní pojišťovně vyúčtoval jako vydaný, takže věděl, že platba za ně bude poukázána na účet lékárny. Podstata jejich podvodného jednání tedy nespočívala v tom, zda věděli či nevěděli, zda ten který pacient byl či nebyl vyšetřen a zda předložený recept nebo poukaz je či není fiktivní, nýbrž v tom, že (jednotlivě) uvedli zdravotní pojišťovnu v omyl tvrzením, že léky nebo zdravotnické pomůcky byly skutečně vydány, ačkoliv se tak nestalo.“ *Škoda, která vznikla v příčinném jednání odsouzených*, dosáhla v daném případě souhrnné hodnoty 446 194 Kč. *Subjektem* zde byli tedy lékař a dva lékárníci. *Subjektivní stránka* je pak přímo zmíněna ve výše uvedeném usnesení NS, kterým bylo odmítnuto odvolání odsouzených, takto: „Právě z formulace skutkové věty odsuzujícího rozsudku je zřejmé, že k naplnění subjektivní stránky uvedeného trestného činu došlo tím, že oba dovolatelé jako lékárníci uvedli v omyl zdravotní pojišťovny tvrzením, že léčebné a ortopedické pomůcky či léky byly vydány příslušným pacientům, ačkoliv ve skutečnosti k tomu nedošlo; je tak evidentní, že přijímali jednotlivé poukazy a recepty a přitom dobře věděli, že tyto nejsou vybírány konkrétními osobami, následně je účtovali zdravotním pojišťovnám jako vyexpedované a spolupodíleli se na tom, že zdravotní pojišťovny následně platily na účet lékárny (srov. str. 55 odůvodnění rozsudku soudu prvního stupně). Protiprávního jednání se tak oba dovolatelé dopustili v úmyslu přímém podle § 4 písm. a) tr. zák., jak správně dovodily soudy obou stupňů.“

#### Ad případ 2:

Zde se jednalo o tuto konstrukci:

1. lékařka vědomě a úmyslně vystavovala v hematologické ambulanci na základě dat pacientů ze své kartotéky recepty na nepotřebná léčiva,
2. tyto recepty byly předkládány neurčenou skupinou osob v různých lékárnách, které na základě nich vydaly potřebná léčiva,

3. lékárna tyto recepty vyúčtovala k proplacení příslušné zdravotní pojišťovně, které tak vznikla újma na majetku.

*Objektem trestného činu je zde opět majetek, který spravuje zdravotní pojišťovna. Objektivní stránkou je uvedení pojišťovny v omyl. Ta na základě receptů na jména reálných a existujících účtů pojištěnců, kteréžto splňovaly všechny náležitosti podle zvláštního předpisu<sup>77</sup>, platila vyúčtování lékárnám na základě počtu vydaných balení léků. Zajímavá je otázka, kdo v tomto případě byl „uveden v omyl“. Zda-li lékárník tím, že přijal recept a vydal léčiva bez toho, aniž by věděl, že recept není vystaven za účelem léčby konkrétního onemocnění, či pojišťovna, která sice mylně, ale na základě reálného vyúčtování lékárny a počtu balení vydaných léků na základě předloženého receptu, proplatila tento účet lékárně. Podle názoru Nejvyššího soudu v ČR v usnesení o zamítnutí dovolání v tomto případě ze dne 9. května 2012, sp.zn. 4 Tdo 340/2012-45, je primární osobou uvedenou v omyl lékárník, resp. lékárna, což však nemá důsledek pro naplnění objektivní stránky trestného činu podvodu. K tomu citace: „Souhlasit je třeba naopak s názorem státního zástupce Nejvyššího státního zastupitelství uvedeným ve vyjádření k dovolání obviněné, že primárním subjektem uvedeným v omyl jednáním obviněné byli jednotliví pracovníci lékáren, v nichž byly předmětné recepty předloženy jinými než oprávněnými osobami za účelem vydání konkrétních léčiv, které osoby na něž byly tyto recepty vystaveny neobdržely a namnoze je ke své léčbě ani nepotřebovaly. Ale ani tato okolnost týkající se zákonného znaku "uvedení v omyl" nemůže na správnosti výsledného právního posouzení soudy zjištěného jednání obviněné cokoli podstatného změnit, a není tudíž ani důvodné a souladné se zásadou proporcionality, aby Nejvyšší soud inicioval pouze kvůli nepřesnosti tohoto dílčího závěru uvedeného v rozhodnutí okresního soudu příslušnou změnu napadeného rozhodnutí odvolacího soudu nebo dokonce soudu nalézacího.“ Ve vztahu k *obohacení sebe nebo jiného*, lékařka namítala, že jako odborný pracovník, neměla potřebu získávat další nepotřebné léky a že soud dostatečně neprokázal, zda-li léky v lékárnách odebírala sama, či jiné osoby, ke kterým neměla dle odsouzené vazby. K tomu dovolací soud uvádí: „Vyhotovila-li obviněná jako lékařka dané recepty s využitím jmen a identifikačních čísel pojištěnců-pacientů hematologické ambulance a dárců krve transfuzní stanice Nemocnice Boskovice, s.r.o., k nimž měla jako lékařka hematologické ambulance Nemocnice Boskovice, s.r.o. přístup s tím, že tyto recepty nevystavila dotčeným pacientům k jejich léčbě, ani jim je nepředala a sama či*

---

<sup>77</sup>Vyhláška č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů, ve znění pozdějších předpisů

za pomoci jiných osob předložila tyto recepty v jednotlivých lékárnách, díky nimž byla jí nebo jiným takovým osobám vydána předepsaná léčiva a podle evidence lékáren došlo k proplacení vydaných léčivých přípravků předmětnými pojišťovnami, jako úhrady léků ze zdravotního pojištění shora uvedených pojištěnců, je třeba dospět k závěru, že z takového jednání zcela jasně vyplývá naplnění znaku skutkové podstaty trestného činu obohacení se. Obviněná rozšířila sobě nebo někomu jinému majetek tím, že v konečném důsledku byla získána částka tvořící souhrn všech těchto úhrad pojišťoven za poskytnuté léčivé přípravky, když došlo k ušetření totožné sumy jako nákladů, které by bylo nutné na získání předmětných léčiv vynaložit. Obviněná či jiná osoba tak získala daná léčiva jako obchodovatelnou komoditu, jíž bylo možné zhodnotit prodejem. Je pak nerozhodné, zda obviněná sama či jiná osoba byla nucena vynaložit finanční prostředky za regulační poplatky či částky spojené s doplátky za léky při jejich získání v lékárnách. Současně pro shledání viny obviněné nebylo třeba, aby bylo bezpodmínečně prokázáno, že došlo k obohacení přímo obviněné, když trestný čin podvodu podle § 250 odst. 1 tr. zák. je spáchán ke škodě cizího majetku obohacením pachatele nebo jiného, přičemž zákonný znak "obohacení jiného" uvedený v § 250 odst. 1 tr. zák. je naplněn i obohacením blíže neurčené osoby anebo skupiny osob (srov. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. 4. 1990 sp. zn. 2 Tzf 4/90 publ. pod č. 18/1991 Sb. rozh. tr.).“

Nejvyšší soud se také zabýval otázkou *subjektivní stránky* tohoto činu a konstatoval: „K naplnění subjektivní stránky jednání obviněné nalézací soud shrnul, že s ohledem na aktivní jednání obviněné nelze dospět k jinému závěru, než že se obviněná popsaného jednání dopouštěla zcela vědomě a záměrně, neboť od počátku neměla v úmyslu vystavené recepty předávat osobám, na jejichž jméno je předepsala, ale naopak je opakovaně a po dlouhou dobu předávala třetím osobám s vědomím, že tyto mohou být uplatněny v lékárnách a tím zneužity. Nalézací soud proto s poukazem na zjištěný skutkový stav uzavřel, že obviněná naplnila po stránce objektivní i subjektivní všechny zákonné znaky trestného činu podvodu podle § 250 odst. 1, odst. 2 tr. zák., když jednala v úmyslu přímém. Překážkou o rozhodnutí o vině obviněné není podle nalézacího soudu ani to, že se nepodařilo objasnit, koho přesně obviněná obohatila, tzn. kdo měl z vyzvednutých léků prospěch. Postačí dostatečný závěr o tom, že k obohacení muselo dojít ať již u obviněné či u třetích osob, kterým se léky prokazatelně dostaly do dispozice, ať už s nimi naložili jakkoliv, nebo u obou, protože bylo prokázáno, že osobám, kterým podle receptů byly léky výlučně určeny, se do dispozice nedostaly. Rozhodnutí o vině pak podle nalézacího soudu nebrání ani skutečnost, že se nepodařilo zjistit,

zda měla obviněná spolupachatele a jejich totožnost.“ S touto argumentací nalézacího soudu se dovolací soud zcela ztotožnil. *Subjektem* trestného činu je zde odsouzená lékařka.

### Ad případ 3:

Zde tato konstrukce:

1. praktická lékařka vydala odsouzenému recept na léčivo,
2. ten jej úmyslně pozměnil tak, že dopsal větší množství balení léků, či vepsal léky s vyšším účinkem,
3. lékárník uveden v omyl léčivo vydal a vyúčtoval zdravotní pojišťovně,
4. zdravotní pojišťovna zaplatila za nepotřebné léčivo a vznikla jí tak újma na jejím majetku.

*Objektem* je opět majetek zdravotní pojišťovny. *K objektivní stránce* se opět vyjádřil ve svém usnesení o zamítnutí dovolání Nejvyšší soud ČR dne 22. září 2011, sp. zn. 8 Tdo 784/2011: „Jestliže pachatel podvodným jednáním vyláká vydání léků v lékárně tím, že je sám připíše do lékařského předpisu (receptu), který lékař vystavil na jiné léky nebo na jejich menší množství, přičemž lékárna mu vydá takto připsané léky a poté příslušná zdravotní pojišťovna na ně poskytne lékárně finanční úhradu, je takto uhrazená částka škodou způsobenou trestným činem podvodu ve smyslu § 209 tr. zákoníku. V takovém případě jde totiž o úhradu poskytnutou mimo podmínky veřejného zdravotního pojištění (viz zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů), přičemž o uhrazenou částku byl zkrácen majetek zdravotní pojišťovny, která je povinna hradit cenu léčiv na základě lékařského předpisu (receptu), který stanovuje, jaký lék, v jakém množství a v jakých jednotkách má být pojištěnci (pacientovi) vydán, a je tak povinna činit pouze na základě rozhodnutí lékaře, který vydal lékařský předpis (recept). Obohacení pachatele zde spočívá v tom, že na základě jeho podvodného jednání mu byly vydány léky, na které neměl nárok, a výše tohoto obohacení odpovídá hodnotě vydaných léků, které pachateli lékař nepředepsal, popřípadě snížené o částku, kterou pachatel uhradil při výdeji léků.“ *Subjektivní stránka* zde spočívá v úmyslu získat majetkový prospěch vydáním většího množství léků, jako obchodovatelnou komoditu, než jakou skutečně potřeboval a v rámci veřejného zdravotního pojištění měl nárok. *Subjektem* je zde pacient.

Ochrana před tímto jednáním spočívá především v další a pokračující elektronizaci zdravotnictví projektem tzv. „elektronického receptu“. Tento způsob e-preskripce spočívá

v tom, že lékař předepíše elektronický recept, tato informace putuje do Centrálního úložiště elektronických receptů (CÚER) a pacient dostane „nosič“ (čárový kód, heslo, později se počítá s čipovými kartami pro pacienty – např. přímo na elektronické kartě pojištěnce), se kterým půjde do lékárny, která si stáhne z CÚER lékařský předpis a vydá lék. Předepisující lékař díky tomuto systému bude mít přehled o tom, jak pacient dodržuje léčebný režim, a zároveň se zabrání chybám způsobeným přepisem dat při fakturaci mezi lékárnou a zdravotní pojišťovnou. Tímto způsobem bude významně omezena především možnost jakéhokoli vnějšího zásahu a ve vazbě na zaručený elektronický podpis i pochybnosti o tom, kdo je autorem takto a v takovém množství preskribovaného léčiva. Povinnost elektronické preskripce pro lékaře již byla schválena a tato novela zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 70/2013 Sb., nabude účinnosti dnem 1. ledna 2015.

Pro úplnost k tomuto modelu podvodného jednání je nutné se ještě zmínit o tzv. „farmaceutické kriminalitě“. Jedná se o moderní a rozvíjející se trend kriminálního jednání spočívající v distribuci padělaných léčiv, která jsou zejména v internetovém prostředí vydávána za originální.<sup>78</sup> Tato problematika v prostředí České republiky i díky velmi silné regulaci ze strany státních orgánů (Ministerstvo zdravotnictví, Státní ústav pro kontrolu léčiv, hygienická služba) zatím není příliš častá. I když se občas objeví některé informace o prodeji falšovaných léčivých přípravků. Bohužel se však ani České republice nevyhnul skandální případ zavedení nebezpečných silikonových prsních implantátů firmy Poly Implant Prothese z Francie v roce 2011, kdy vyšlo najevo, že díky nekvalitnímu silikonu mohou způsobit ženám, kterým byly implantovány, závažné zdravotní potíže.<sup>79</sup> Podvod spočíval v tom, že firma k výrobě prsních implantátů, které produkovala od roku 2001, na základě řádné certifikace ve Francii, od blíže neurčené doby začala používat méně kvalitní silikon, který hrozil protržením se všemi dalšími důsledky pro zdraví a život žen žijících s tímto typem implantátu. V České republice bylo jejich používání zakázáno rozhodnutím SÚKL v dubnu 2011 a počet postižených žen u nás činil zhruba 200. Protože se jedná o trestné činy primárně směřující proti životu a zdraví či obecně ohrožující jsou zmíněny jen k doplnění problematiky.

---

<sup>78</sup> K tomu blíže např. zpráva Interpolu dostupná [online] na < <http://www.interpol.int/Crime-areas/Pharmaceutical-crime/Pharmaceutical-crime>>

<sup>79</sup> K tomu například NOVINKY. *Nebezpečné prsní implantáty v ČR: úřad ženy posílá k lékaři.* [online]. Novinky.cz, 3. ledna 2011. Dostupné na < <http://www.novinky.cz/domaci/255124-nebezpecne-prsni-implantaty-v-cr-urad-zeny-posila-k-lekari.html>>

### 3.3.7. Model VII – podvod ve spojení s vystavením nepravdivé lékařské zprávy – kauza falešných neschopenek

Oddělení systému nemocenského pojištění od veřejného zdravotního pojištění nahrává, nebo nahrávalo jejich zneužívání. V průběhu devadesátých let a i v uplynulém desetiletí bylo běžnou praxí zneužívání systému nízkopříjmovými skupinami obyvatel, ale často i firmami, které v době aktuálního výpadku zakázek a sníženého nároku na pracovní výkon svých zaměstnanců, tyto odesílaly k praktickým lékařům k vyřízení jejich dočasné pracovní neschopnosti. Vlivem zásadních změn systému a především převedením povinnosti vyplácet náhradu mzdy od třetího do dvaadvacátého dne pracovní neschopnosti na zaměstnavatele, došlo i k zásadní změně chování jak zaměstnavatelů, tak zaměstnanců. To dokazují i statistické údaje: „Průměrné procento pracovní neschopnosti udává, kolik ze 100 pojištěnců je průměrně každý den v pracovní neschopnosti pro nemoc či úraz. Hodnota průměrného procenta pracovní neschopnosti se na počátku devadesátých let pohybovala okolo 5, následně se do roku 2003 postupně zvyšovala, až dosáhla svého maxima 6,814. Od roku 2005 se projevila klesající tendence v hodnotách průměrného procenta pracovní neschopnosti, která byla silně umocněna legislativními změnami v roce 2009, kdy výše průměrného procenta pracovní neschopnosti dosáhla historicky nejnižší úrovně od počátku šedesátých let 4,184, v roce 2010 se jeho úroveň ještě více snížila na hodnotu 3,763. Průměrné procento pracovní neschopnosti v roce 2011 dosáhlo hodnoty 3,638. V roce 2012 pokračuje trend poklesu hodnoty průměrného procenta pracovní neschopnosti, hodnota činí 3,452.“<sup>80</sup>

Obecná pravidla systému nemocenského pojištění upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociálním zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Tyto zahrnují komplexní úpravu systému nemocenského pojištění, okruhu účastníků, jejich nároky z tohoto systému plynoucí, dále posuzování zdravotního stavu pro potřeby nemocenského pojištění i jeho organizační uspořádání a organizaci.

Lékař se na tomto systému podílí při posouzení zdravotního stavu nemocného pro účely nemocenského pojištění a pro potřeby úřadu práce. Bližší podrobnosti o posudkové péči a

---

<sup>80</sup> Český statistický úřad. *Pracovní neschopnost pro nemoc a úraz za rok 2012*. [online]. Dostupné na <<http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3305-12>>

lékařských posudcích stanovuje zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.<sup>81</sup>

Podvodné jednání lékařů ve smyslu vystavování nepravdivých lékařských zpráv nebylo možné postihnout podle všeobecné úpravy trestného činu podvodu, proto bylo nutné do předcházejícího trestního zákona přidat zákonem č. 134/2002 Sb. s účinností od 1. července 2002, skutkovou podstatu trestného činu padělání a vystavení nepravdivé lékařské zprávy, posudku a nálezu, který pak převzal i nový trestní kodex tak, jak už bylo výše uvedeno.

*Příklad trestného činu kombinující podvod a vystavení nepravdivé lékařské zprávy, resp. posudku:*

*Krajský soud v Brně v pátek poslal na osm let do vězení lékařku Alenu Kubáčovou z brněnského Nového Lískovce. Vystavovala falešné neschopenky a potvrzení o pracovní neschopnosti pro známé a příbuzné, které pár dní předtím naoko za vysokou mzdu zaměstnal její komplic Michal Rusňák.*

*Podle slov soudkyně Jaroslavy Bartošové připravil sedmičlenný gang podvodníků kolem Kubáčové a Rusňáka okresní správy sociálního zabezpečení v Kroměříži a v Brně na dávkách nemocenského pojištění během dvou let dohromady o 11,4 milionu korun.*

*Kubáčovou uznal krajský soud z trestných činů podvodu a také padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů. Kromě osmiletého vězení jí soud vyslovil osmiletý zákaz výkonu lékařské praxe a udělil jí i půlmilionovou pokutu.*

*Za hlavu mimořádně společensky nebezpečného gangu podvodníků označila soudkyně osmadvacetiletého Michala Rusňáka. Muž, který vychodil pouze šest tříd základní školy, odešel od soudu s trestem deseti let ve vězení se zvýšenou ostrahou. Juraj Karala si odsedí ve vězení pět a půl roku, Helena Nad'ová a Miroslav Badi pět let, Helena Růžičková čtyři roky a Lukáš Strnad stráví za mřížemi tři roky.*

*Princip trestné činnosti sedmičlenné skupiny podvodníků spočíval v tom, že fiktivní zaměstnanci krátce po uzavření lukrativních pracovních smluv "onemocněli", přičemž od státu dostávali vysokou nemocenskou. O tu se pak sedmičlenná skupinka dělila.*

---

<sup>81</sup> § 41 zák.č. 373/2011 Sb.: Součástí posudkové péče je posuzování

a) zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a v průběhu vzdělávání (dále jen "vzdělávání") pro potřeby škol a školských zařízení nebo k tělesné výchově a sportu nebo k jiným činnostem podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů,

b) zdravotní způsobilosti pro potřebu a na žádost správních orgánů nebo jiných orgánů v případech stanovených jinými právními předpisy,

c) zdravotní způsobilosti na vyžádání pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta nebo s jejich souhlasem na vyžádání právnickou osobou,

d) zdravotní způsobilosti k práci nebo k výkonu služby na základě pracovnělékařské prohlídky; součástí posuzování zdravotní způsobilosti k práci nebo k výkonu služby je zejména posuzování zdravotní způsobilosti zaměstnanců podle § 53 až 58,

e) zdravotního stavu v souvislosti s nemocí z povolání nebo ohrožením nemocí z povolání (dále jen "nemoc z povolání"),

f) zdravotního stavu pro účely nemocenského pojištění a pro potřeby úřadu práce,

g) zdravotního stavu pacienta pro jiné účely.

*Skupina působila v letech 2006 až 2008 po celé jižní Moravě, především na Brněnsku, Vyškovsku a Hodonínsku. Fiktivně zaměstnávala známé a příbuzné v nastrčených firmách v Brně, Kojetíně, Kroměříži, Cetechovicích, Dražůvkách a Čejkovicích.*

*Přibližně dva roky fungující systém u soudu podrobně vysvětlil samotný Rusňák. "Každý zaměstnanec, který nastoupil, zaplatil za smlouvu patnáct tisíc korun. To bylo něco jako jednorázový poplatek. Kubáčová inkasovala za jednu neschopenku dva tisíce korun, za tři potvrzení pak pět tisíc. Zdálo se jí to málo, a tak jsme se domluvili na měsíčním paušálu. Ten činil třicet tisíc korun," přiznal Rusňák před soudem.*

*Na základě potvrzení o pracovní neschopnosti vyplácela Česká správa sociálního zabezpečení fiktivně nemocným lidem peníze. Ti pak část odevzdali členům skupiny, ale zbytek si nechali. Měsíčně si tak každá ze čtyřiatřiceti "černých duší" přišla na nemocenské zhruba na třicet tisíc korun. Soudkyně v pátek četla seznam 85 takto naoko zaměstnaných lidí, figurovaly mezi nimi i celé rodiny.*

*Zaměstnanci, kteří pracovali u podnikatelů na oko, vykazovali v pracovních smlouvách nejrůznější funkce. "Hlavně to byli zedníci, dlaždiči, řidiči a svačínářky. Za hlavní a vedlejší pracovní poměr měli takovou hrubou mzdu, aby jejich nemocenská byla maximální. Tedy osm set korun za den nemoci v hlavním pracovním poměru a zhruba polovinu za vedlejší," uvedl státní zástupce Rudolf Misák.*

*Složité a rozsáhlý případ skupiny podvodníků kolem Rusňáka a Kubáčové si vyžádal dvacet dní projednávání. Trestní spis čítal 5,5 tisíce stran, samotný rozsudek četla soudkyně Bartošová nepřetržitě bezmála hodinu a půl. Verdikt soudu ještě není pravomocný, někteří účastníci se proti němu hned v soudní síni odvolali, jiní si nechali zákonnou lhůtu na rozmyšlení.*

*"Nic jsem nespáchala, sama jsem se stala obětí podvodu. Soud špatně vyhodnotil důkazy. Rusňák si stavěl dům, a potřeboval tak zřejmě nějak pokrýt jeho financování," řekla po vynesení rozsudku lékařka Kubáčová.<sup>82</sup>*

Tento případ je zajímavý především svým rozsahem, který nemá ve spojení s nemocenským pojištěním a vystavováním nepravdivých lékařských posudků srovnání, a především pak škodou, která byla způsobena České správě sociálního zabezpečení, a která dosáhla téměř 11,4 miliónu Kč, které byly neoprávněně vyplaceny na osoby fiktivně zaměstnané a obratem uznané za dočasně práce neschopné. Dovolání podané obviněnými bylo Nejvyšším soudem ČR odmítnuto usnesením ze dne 15. prosince 2010, sp. zn. 6 Tdo 1384/2010, stejně jako Ústavní soud odmítl jejich ústavní stížnost nálezem ze dne 1. září 2011, sp. zn. ÚS 733/11-1. Odsouzené lékařce pak prezident republiky ČR Václav Klaus svou milostí z 11. července 2011 prominul zbytek trestu. Podle tiskové zprávy: „Přihlédl k vyššímu věku jmenované, jejímu dosavadnímu řádnému a společnosti prospěšnému životu a

---

<sup>82</sup> MEDIAFAX. Lékařka dostala za falešné neschopenky osm let vězení. [online]. TVNova.cz, 11.září 2009. Dostupné na <<http://tn.nova.cz/zpravy/cernakronika/lekarka-dostala-osm-let-za-podvody-s-neschopenkami.html>>



současnému špatnému psychickému stavu. Jmenovaná část trestu již vykonala a v minulosti nebyla trestána.“<sup>83</sup>

Tento případ by v důsledku změn v systému vyplácení dávek tak, jak bylo uvedeno výše, dnes již neměl význam, resp. takový výnos, jako v době, kdy k páchání trestné činnosti došlo. Kromě toho Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR dále pracuje, podobně jako již Ministerstvo zdravotnictví prosadilo *e-preskripci*, na zavedení elektronického online způsobu vystavování potvrzení o dočasné pracovní neschopnosti. Zatím tento naráží na odpor ze strany praktických lékařů.<sup>84</sup>

### 3.3.8. Model VIII. - model – podvodné jednání ve spojení s korupcí

Popisovat rozsah korupce ve zdravotnictví by bylo na další kvalifikační práci. Snad jen ve stavebnictví je počet korupčních jednání srovnatelný s její úrovní ve zdravotnickém systému. Pro potřeby této práce uvedu jen jednu z mnoha základních definicí korupce a to podle Baláže<sup>85</sup>: „Korupce je přijímání úplatku nebo jiné náležité výhody, podplácení nebo nepřímá korupce, kdy osoba přímo nebo prostřednictvím zprostředkovatele pro sebe či jinou osobu přijme, žádá, nechá si slíbit úplatek, a nebo poskytne, slíbí úplatek, neoprávněný prospěch za zneužití zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce, a nebo v souvislosti s obstaráváním věci všeobecného zájmu, či při realizaci mezinárodního obchodu poruší svoje povinnosti, nebo neodůvodněně upřednostní určitou osobu před jinými osobami, nebo svým vlivem bude působit na výkon pravomoci osob tak, aby porušili svoje právní normou stanovené povinnosti.“

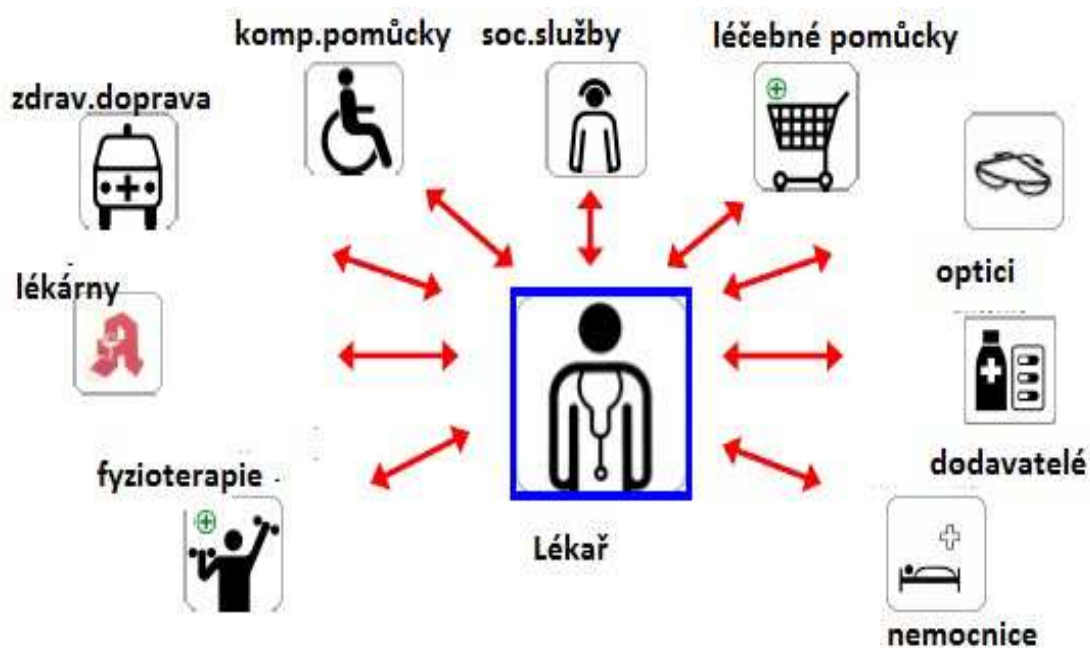
V centru zdravotnického systému stojí lékař, který indikuje různé typy následné péče, kterou poskytují ostatní poskytovatelé. Jeho rada a doporučení je tak rozhodujícím prvkem, který ovlivňuje chování pacienta, a je tak klíčovým článkem v procesu korupčního a podvodného jednání ve zdravotnictví (viz. následující graf, využito materiálu pojišťovny

---

<sup>83</sup> ČTK. *Klaus udělil milost lékařce, která falšovala neschopenky*. [online]. Novinky.cz., 11. července 2011. Dostupné na < <http://www.novinky.cz/domaci/238658-klaus-udelil-milost-lekarce-ktera-falsovala-neschopenky.html>>

<sup>84</sup> ČTK. *Lékaři vyhráli. Elektronické neschopenky se odkládají o dva roky*. [online]. iDnes.cz, 10. Září 2013. Dostupné na < [http://zpravy.idnes.cz/elektronicke-neschopenky-lekari-nemocenska-fzt-/domaci.aspx?c=A130910\\_155353\\_domaci\\_aha](http://zpravy.idnes.cz/elektronicke-neschopenky-lekari-nemocenska-fzt-/domaci.aspx?c=A130910_155353_domaci_aha)>

<sup>85</sup> Baláž, P., Jalč, A. *Společensko-právní ochrana před korupciou*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo SAV, 2006. 200 s.



V tomto systému lze uvést řadu příkladů, kde dochází ke spojení podvodného jednání a korupce. Příkladem může být například jednání farmaceutické firmy, která uplatí lékaře k tomu, aby svým pacientům ve zvýšené míře předepisoval léčivé přípravky pouze jejich firmy. Korupce spočívá v úplatku, podvodné jednání pak v předepisování nadměrného množství léčiva, které je plně nebo částečně hrazeno z veřejného zdravotního pojištění.

Dalším příkladem může být jednání firmy obchodující se zdravotnickými pomůckami, třeba pomůckami pro stomiky (pacienti, jež mají vyvedeno střevo na povrch stěny břišní a používají kompenzační pomůcky, které slouží k zachycení stolice, nejčastěji se jedná o

nemocné po operacích pro nádorové či zánětlivé onemocnění tlustého, ale i tenkého střeva). Firma poskytne úplatek odbornému lékaři za to, že bude předepisovat pouze stomickou pomůcku určitého výrobce. Korupce spočívá v poskytnutí úplatku, podvodné jednání pak ve zvýšeném předepisování pomůcek, které pacient třeba skutečně ani nepotřebuje.

Příkladů by se v této kombinaci dala uvést celá řada, protože se však jedná spíše o korupční jednání, ponechávám ho k samostatnému rozboru v rámci jiné práce.

## 4. Kriminologická část - kriminologické aspekty podvodné delikvence v systému zdravotní péče

Poté co byly rozebrány jednotlivé modely a konstrukce podvodného jednání ve zdravotnickém systému a možnosti jejich trestněprávního postihu, je nutné popsat také některé důležité kriminologické aspekty vztahující se k podvodné delikvenci v systému zdravotní péče.

Jak už bylo výše popsáno, jedná se o vzájemnou propojenost a vazby a také odlišné zájmy účastníků na veřejném zdravotním pojištění, a to regulátora (MZ), plátce (pojišťovna), poskytovatele (státní, či soukromé), spotřebitele (pacienty) a dodavatele (a to dodavatele všeobecné a dodavatele léčiv, léčebných pomůcek a zdravotnického materiálu. Typické pro systém veřejného zdravotního pojištění, kde je péče, alespoň z největší části<sup>86</sup> poskytnuta bezplatně, a to buď z titulu nutné akutní péče, nebo prokázání příslušnosti v systému zdravotního pojištění předložením karty pojištěnce, je především *vzájemná důvěra* mezi účastníky, díky níž může celý tento systém vůbec fungovat. Každé narušení této důvěry a rovnováhy v systému, např. podvodným vykazováním péče, vede k narušení této stability a přechází do kriminálního jednání. Typická je také *nerovnost mezi účastníky* tohoto systému, Příkladem budiž např. nemožnost odmítnutí přijetí nemocného s akutními obtížemi, byť jsou třeba finanční možnosti daného zdravotnického zařízení na základě záloh od zdravotních pojišťoven v daném čase a místě vyčerpány, nebo naprosto omezená možnost obrany proti zneužívání péče pacienty, kteří stojí mimo systém veřejného zdravotního pojištění. Stejná situace je i v případě omezené hospodářské soutěže u léčiv, které pro svou jedinečnost nemají alternativu, zde je pak možnost soutěže o nákup za nejvýhodnější cenu zcela nemožná. Zajímavá je také nerovnováha mezi pachatelem a obětí výše uvedených modelových jednání podvodů. Zatímco *obětí* je primárně vždy majetek a účet pojišťovny, *pachatelem* je pacient či poskytovatel zdravotní služby (ať už faktický, či zdánlivý), případně ve spojení s dodavatelem, nikdy však jednání pojišťovny. *Nepřímou obětí* pak může být pacient či lékárník.

Protože je systém založen na vzájemné důvěře, tak také typicky, podobně jako u další hospodářské kriminality, není podvodné jednání zřejmé na první pohled a k jeho odhalení (pokud je tedy vůbec odhaleno) dochází až s poměrně dlouhým odstupem. Řada procesů v účetním systému probíhá na základě pouze listinných účetních dokladů, tedy bez přímého

---

<sup>86</sup> Rozuměj ve smyslu „bezplatnosti“ podle čl. 31 Listiny a § 13 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

kontaktu se spotřebitelem služby, což ztěžuje možnost rychlého a přímého odhalení. K tomu dojde zpravidla až s odstupem na základě revizního šetření pojišťovny. Stejně tak může být vyšetřována řada jednání, která na první pohled mají podvodný charakter, ale u kterých se v závěru neprokáží všechny skutečnosti, jimiž by toto jednání naplnilo skutkovou podstatu trestného činu podvodu.

Charakteristické z pohledu možnosti odhalení podvodného jednání a procesněprávní je *limitace dostupnosti informací* předávaných mezi poskytovatelem a plátcem v podobě ochrany dat, lékařského tajemství a osobnosti, což jednak způsobuje to, že podvodné jednání nemusí být zjevné a jednak ztěžuje jeho dokazování. Charakteristická je také a to pro trestné činy hospodářské obecně, poměrně značná *latence* od spáchání trestného činu k jeho prošetřování a objasnění.

Typická ve vztahu mezi obětí a pachatelem podvodného jednání je i určitá glorifikace lékařského povolání. Lékařské povolání je dlouhodobě v České republice považováno za povolání s nejvyšší prestiží<sup>87</sup>. Představa, že by pacient aktivně oznamoval ve vztahu ke svému lékaři, ke kterému jej pojí důvěra, v našich podmínkách přetrvávající podřízenost a paternalismus, popř. i vděčnost za uzdravení, je téměř nemožná. Zajímavé v této souvislosti je i naprosto odlišné vnímání korupce ve vztahu k lékaři. Láhev dobrého pití, ale i finanční dary pro lékaře, jakési „všimné“, není v žádném případě vnímáno jeho poskytovatelem jako úplatek, byť je s ním vázáno jeho očekávání, že o něj bude dobře a lépe postaráno, než kdyby tento neposkytl.<sup>88</sup> A to i přesto, že málokteré povolání má tak silný morální a etický kodex jako povolání lékaře. I Hippokratova přísaha, jakkoli je na ní nutné z pohledu moderní medicíny pohlížet s jistou rezervovaností (např. Hippokrates nepovažoval chirurgy za lékaře<sup>89</sup>), stojí na základním kameni v podobě „*primum non nocere*“, primárně nepoškodit, a to nejen pacienta. Příčinu můžeme hledat v perzistující zkušenosti nejčastějších spotřebitelů zdravotních služeb, tedy starších pacientů, z dob socialistického zdravotnictví.

---

<sup>87</sup> Naposledy výzkum agentury CVVM z roku 2012. ČTK. *Nejméně prestižní povolání v ČR? Uklízečka a poslanec*. [online]. Lidovky.cz. 26. Července 2012. Dostupné na <[http://byznys.lidovky.cz/nejmene-prestizni-povolani-v-cesku-poslanec-porazil-uklizecku-ppsp-firmy-trhy.aspx?c=A120726\\_130542\\_firmy-trhy\\_rka](http://byznys.lidovky.cz/nejmene-prestizni-povolani-v-cesku-poslanec-porazil-uklizecku-ppsp-firmy-trhy.aspx?c=A120726_130542_firmy-trhy_rka)>

<sup>88</sup> Baláž, P., Jalč, A. *Společensko-právní ochrana před korupciou*. Bratislava: Veda, vydavateľstvo SAV, 2006. 200 s.

<sup>89</sup> Citace Hippokratovy přísahy: „...Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu lidské tělo řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo dělají...“

Čírtková<sup>90</sup> dělí podvodná jednání podle diferenciaci na *vnější a vnitřní*. *Vnější podvod* můžeme definovat podle pachatele, který stojí vně následkem trestného činu stížené entity, má jednorázový charakter a můžeme sem zařadit například jednání pacienta uvedeného v příkladu č.3 modelu VI. podvodného jednání – tedy úmyslné pozměnění počtu balení léčiva. *Vnitřní podvod* způsobují osoby, které stojí uvnitř systému, jsou dokonale obeznámeni se způsobem jeho fungování i zpracováním dat a těchto svých znalostí poté zneužijí k podvodnému jednání; můžeme je zařadit k tzv. kriminalitě bílých límečku, která již byla zmíněna. Typickým příkladem je vyúčtování za zdravotní služby, které nebyly poskytnuty.

Rozvoj podvodného jednání v systému zdravotní péče podněcuje několik faktorů – jsou to faktory politické, ekonomické, sociální i kulturní charakteristiky celé společnosti. I když neexistuje teorie, která by vysvětlovala rozvoj delikvence v systému zdravotní péče, můžeme použít jiné teorie, které se vztahují k hospodářské kriminalitě. V německém písemnictví<sup>91</sup> je zmiňována jednak:

#### *1/ teorie racionální volby - ekonomický přístup*

Vychází z toho, že každé jednání tohoto typu podvodu má ekonomické pozadí a způsobí jej osoba „jejíž očekávané potřeby jsou větší než potřeby, které by skutečně mohla realizovat, kdyby svůj čas a další zdroje soustředila na jiné aktivity“. Tato teorie je pro české porevoluční prostředí typická. Vlivem ekonomických změn došlo k výrazné sociální diferenciaci a z toho plynoucí deprivaci některých jejích členů, kteří nebyli schopni se těmto změnám přizpůsobit. Došlo k rozvoji a vytvoření střední vrstvy obyvatel. Standard a sociální úspěšnost je měřena podle typu osobního automobilu, používaného mobilního přístroje a počítače. Běžným standardem se staly zahraniční dovolené a cestování obecně. Podobně tyto změny zasáhly i oblast zdravotnictví, kde draví a úspěšní lékaři, kteří se rychle vymanili ze systému státního zdravotnictví a zažili „zlatou éru“ smluvních vztahů s pojišťovny na počátku devadesátých let, kde ve výkonovém systému si někteří specialisté mohli přijít i na několik set tisíc korun měsíčně, podnítili sociální diferenciaci mezi lékaři v sektoru soukromém a státním. Tato postupně narůstající frustrace „státních lékařů“ pak vyvrcholila v demonstrativní akci „Děkujeme, odcházíme“ v únoru roku 2011 a způsobila podstatný nárůst mzdových prostředků zaměstnaných lékařů.

<sup>90</sup> Čírtková, I. *Podvody, zpronevěry, machinace (možnosti prevence, odhalování a ochrany před podvodným jednáním)*. Praha: Armex, 2005. 247 s.

<sup>91</sup> Meier, B.-D. *Kriminologie*, 4. Vydání. München: C.H.Beck, 2010. 327 s.

## *2/ znalost „etiky byznysu“*

Jako hlavní příčina rozvoje obecné hospodářské kriminality i jednání podvodného je zmiňována velmi nízká právní gramotnost společnosti. Postkomunistická společnost, která přežila totální revoluci svého právního systému, kdy se objevily zcela nové právní instituty, kdy došlo k přechodu vlastnictví od státního k soukromému a došlo k rozvoji soukromého podnikání, se jen velmi obtížně potýkala s pochopením jednotlivých změn právního řádu. Tato neznalost byla ještě podnícena obecně nízkou důvěrou v právní systém a vymahatelností práva, až pocitem bezmoci. Společnost prožívala řadu velkých korupčních a podvodných kauz, které skončily nicotným výsledkem a které řadu lidí připravily o celé jmění. Naproti tomu v systému zdravotnictví, který taktéž procházel složitou transformací, přetrvává pocit jisté „bezplatnosti“ a automatického nároku, typický pro socialistický model zdravotnictví. Pro řadu pachatelů podvodů ve zdravotnictví se jeho finance podle mého názoru staly „širokou řekou, ze které se dalo velmi snadno a dlouze dobře napojit, a pokud jedinec nesklouzl k pití excesivnímu, bylo prakticky nemožné jej odhalit.“ Objektivně je ale nutné říci, že touto „negramotností“ trpěly ve vztahu k ekonomické a hospodářské kriminalitě i orgány činné v trestním řízení. Vyšetřování těchto trestných činů je totiž velmi náročné na odbornou erudici policejních vyšetřovatelů, státních zástupců i soudců, neřku-li v systému zdravotní péče. Díky tomu obecně došlo k výraznému prodlužování vyšetřování a některé kauzy z devadesátých let byly skončeny až nedávno, což výrazně snižuje výchovné působení uloženého trestu, resp. důvěru občanů v právo jako takové.

## *3/ teorie anomie*

Tato teorie pochází od sociologa Émile Durkheima, který tak označoval sociálně patologický stav nedostatečné sociální regulace a charakterizoval tak společnost, kde dochází k oslabení norem a morálních hodnot. Podle Durkheima je anomie pro moderní společnosti typická díky tomu, že ekonomické vztahy prostoupené kapitalistickou etikou zisku, bohatství, prestiže a moci podminovaly tradiční vzorce produkované etikou náboženství. Tuto teorii dále rozvedl americký sociolog Leo Srole, který ji na rozdíl od Durkheima vztáhl od společnosti k jednotlivci. Podle Sroleovy operacionalizace sestává anomie z pěti komponent. První komponentu tvoří názor aktéra, že političtí vůdcové se nezajímají o potřeby obyčejného člověka. Druhou komponentu názor, že společenský řád je bez pravidel a nepředvídatelný, což způsobuje, že člověk nemůže uskutečnit své plány a cíle. Třetí komponentou je postoj, že obyčejný člověk se má spíše hůře než lépe, čtvrtou, že život nemá význam, a pátou dojem, že

osobní vztahy, které má člověk k jiným lidem, nejsou vůbec uspokojující. Anomické osobnosti jsou tak odcizeny od politického, kulturního a ekonomického systému, od internalizovaných sociálních norem a hodnot a od primárních skupin.<sup>92</sup>

#### 4/ *teorie sebekontroly*

Jedná se o teorie podmiňování a učení, kdy delikventní chování je považováno za naučené formy sociálního chování. Vysvětlují, proč se jedinec chová ve společnosti konformně přes působení prostředí a jiných vlivů, které podněcují kriminální chování. Je to dáno existencí vnitřních a vnějších kontrolních mechanismů, kterými je jedinec vybaven. Představitelem této teorie je Michael R. Gottfredson a Travis Hirschi.<sup>93</sup>

Pachatelé trestného činu podvodu zpravidla nevykazují zvláštní psychologické rysy, často se vůbec nepovažují za kriminálníky. A obzvláště ne lékaři jako poskytovatelé zdravotních služeb. Naopak díky velmi silné aktivitě České lékařské komory, která ve svých počátcích spíše suplovala odbornou odborovou organizaci, kterou později převzal Lékařský odborový klub, jsou v očích veřejnosti lékaři představováni jako oběti zdravotnického systému, kteří jsou trvale znevýhodňováni až zotročováni. Tento názor přebírá i veřejnost. Přitom však toto povolání představuje dlouhodobou jistotu zaměstnání, na rozdíl od jiných oborů, a šanci na velmi solidní ohodnocení výkonu této práce.

Čírtková<sup>94</sup> popisuje *pět základních profilů pachatelů vnějších podvodných jednání*, která jsou charakterizována úmyslem obohatit se: „1./ *Recidivující pachatel primitivnějších podvodů* – dopouští se především drobných obecných podvodů. Nemusí se vyhraněně orientovat pouze na klamavá obohacující jednání, páchá i jiné majetkové trestné činy. Společensky nebezpečným jednáním si obstarává zdroje umožňující vést bezstarostný život, přičemž zanechává velké množství stop.

2./ *Recidivující pachatel sofistikovanějších podvodů* trestnou činností důkladněji promýšlí a usiluje o zisk větších majetkových hodnot. Využívá styků se známými osobami z poškozené entity buď jen k získání informací, anebo jsou pracovníci poškozeného přímo účastníky trestné činnosti.

---

<sup>92</sup> Rabušic, L., Mareš, P. Je česká společnost anomická? Sociologický časopis, 1996, roč. 32, č. 2, s.175-178

<sup>93</sup> Gottfredson, M.R., Hirschi, T. A general theory of crime. Stanford: Stanford University Press, 1990. 316 s.

<sup>94</sup> Čírtková, I. *Podvody, zpronevěry, machinace (možnosti prevence, odhalování a ochrany před podvodným jednáním)*. Praha: Armex, 2005. 247 s.



3./ *Krizovým pachatelem* se stává působením vnějších faktorů, jež přivodí tíživou finanční situaci, i bezúhonná osoba. Pachatel např. přijde o zaměstnání, čímž ztrácí zdroj uspokojení svých životních potřeb. Hrozí, že se jeho majetkové standardy stanou minulostí, s čímž se rozhodně nehodlá smířit. V aktivitách vykonávaných dosud v souladu se zákonem spatří nástroj obohacení.

4./ *Příležitostný pachatel* se delikvence dopouští pouze, když se náhodou dozví o lákavé možnosti neoprávněného zisku. Statky, které mají být nabyty, cenou a významem pro pachatele převyšují nebezpečí neúspěchu a pocity špatného svědomí. Pro tuto skupinu pachatelů je příznačný hluboký vnitřní souboj mezi motivy pro a proti spáchání podvodu.

5./ *Pachatel z vnitřního založení* neboli *psychologický typ pachatele* se vyznačuje mj. značnou lhavostí, potřebou vzrušujících zážitků, někdy dokonce přímo psychopatickou osobností. Spáchání podvodu pro něj představuje nástroj odreagování se. Z hlediska kvantity se jedná o nejméně zastoupenou skupinu.“

Ve vztahu ke zdravotnictví byl jako jeden ze základních příčin neekonomického či dokonce podvodného jednání lékařů popsán tzv. „burn – out – syndrom, nebo-li syndrom z vyhoření“. Vzniká v důsledku chronického stresu a přepracování. Povolání lékaře je charakterizováno vysokými nároky na výkon, a závažnými následky v případě omylu, které se projeví nejen v podstatné změně zdravotního stavu či dokonce až smrti ošetřovaných nemocných, ale i častějšími disciplinárními, správními či soudními důsledky těchto omylů. Výkon takové práce bývá spojen s velkou odpovědností a nasazením, často i s pocitem profesního „poslání“. Vyhořelý (nebo můžeme říci přetížený) lékař je velmi zranitelným místem celého zdravotnictví. Chtít pak po něm používání racionální léčby, léčebných standardů, vyžadovat efektivní a ekonomickou léčbu, zároveň chtít, aby pacient měl pocit pochopení a individualizovanou péči, lze jen obtížně. Naopak takovýto lékař indikuje zbytečná a další nákladná vyšetření s cílem zjednodušit si svoje rozhodování. A pod tíhou zodpovědnosti často indikuje zbytečný a nebo, na základě mylného rozhodování, přímo neindikovaný způsob léčby. Jádrem veškerých reforem zdravotnictví, a v tom je jednoznačná shoda napříč řadou odborných studií, je kvalitní péče o lékaře. Spokojený lékař, který má dostatek času na vzdělávání i pacienta a zároveň je odpovídajícím způsobem ohodnocen, je lékem pro moderní zdravotnictví. V letošním roce byly publikovány výsledky rozsáhlé studie

Ptáčka a Rabocha<sup>95</sup> o stavu syndromu vyhoření v české lékařské společnosti, které se aktivně zúčastnilo celkem 7428 hodnotitelných odpovědí lékařů. Výsledkem bylo, že 92% všech lékařů, kteří se zúčastnili studie, hodnotí výkon lékařské profese jako zdroj dlouhodobého stresu. Více než polovina lékařů se cítí přetížena administrativními úkony, které s výkonem práce souvisí. Jako největší stresovou zátěž lékaři hodnotí časový stres, zdravotnickou legislativu a nadměrné pracovní požadavky. Naopak to, co by mohlo jejich práci ulehčit, vidí dotazovaní především ve větší právní ochraně a jistotě, snížení počtu pacientů jako jejich zdroje pracovního přetížení, a samozřejmě lepší finanční podmínky. Celkově pak byly popsány aspoň nějaké projevy syndromu vyhoření u 92% všech zúčastněných, z toho velmi mírné projevy prokazovalo 27% účastníků („zažívám velmi zřídka“), 31% vykazuje mírné projevy („zažívám zřídka“), 23% projevy přítomné („zažívám někdy“), výrazné projevy byly popsány u 8%, a velmi závažné projevy u 3% vzorku lékařů.

Pokud se týká počtu případů podvodů ve zdravotním systému ČR, musíme vycházet jen z obecných informací týkající se podvodů jako takových, jež bývají ve statistikách řazeny k hospodářské kriminalitě. Obecně je vztah mezi majetkovou a hospodářskou kriminalitou přes všechny snahy ještě ne zcela vyjasněný. Podvod a zpronevěra, jinak zařazené do oblasti majetkové kriminality, bývají často řazeny k hospodářské kriminalitě uvedené v šesté hlavě zvláštní části trestního zákoníku. Rozdíl je chápán především v subjektu poškozeného, pokud je jím soukromá osoba, bývají podvod a zpronevěra řazeny k majetkové kriminalitě, pokud je však poškozenou právnická osoba, či stát, jako v tomto případě zdravotní pojišťovna, tyto trestné činy bývají řazeny ke kriminalitě hospodářské. Důležitý je tedy způsob spáchání trestného činu, tzv. *modus operandi*.<sup>96</sup>

V policejních statistikách je za rok 2012 uvedeno, že celkový počet zjištěných trestných činů na území České republiky ve stadiu zjištěných byl 304 528, ukončeno prověřování u 268 074, objasněno bylo celkem 133 369 trestných činů. Trestný čin podvodu se na tomto podílel takto: zjištěno 5 403/ ukončeno prověřování 3 752/ objasněno 3 571. Naproti tomu v roce 2010 bylo zjištěno celkem 313 387 trestných činů/ ukončeno prověřování u 277 796/ 130 734 objasněno; trestný čin podvodu 4 962 zjištěno/ ukončeno prověřování u 3 246/ objasněno 3 201<sup>97</sup>. K tomu se ve zprávě Ministerstva vnitra ČR o situaci v oblasti vnitřní bezpečnosti a veřejného pořádku na území České republiky uvádí: „V roce 2010 bylo v

<sup>95</sup> Ptáček, R., Raboch, J. Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0. Stres a vyhoření českých lékařů. *Tempus Medicorum*, 2013, roč. 22, č.9, s.3-9.

<sup>96</sup> Dianiška, G. a kol. *Kriminologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. 326 s.

<sup>97</sup> Zdroj. Statistika Policie ČR. Dostupné online na <<http://www.policie.cz/clanek/statisticke-prehledy-kriminality-za-rok-2010.aspx>>

oblasti hospodářské kriminality zjištěno celkem 28 371 (-1 403) trestných činů a objasněno 13 382 (-524) trestných činů, což představuje mírné snížení počtu zjištěných i objasněných skutků. Objasněnost zůstala téměř na stejné úrovni 47,2 % (+0,5 %). Největší podíl na poklesu hospodářské trestné činnosti měl trestný čin úvěrový podvod. Bylo zjištěno 3 768 (-1 428) trestných činů úvěrového podvodu a objasněno bylo 2 984 (-924) těchto trestných činů. Hospodářská kriminalita podle celostátních statistik představuje dlouhodobě cca do počtu přibližně desetinu všech zjištěných trestných činů (9 % v roce 2010), které ale způsobují cca 60 % evidované celkové škody (58,7 % v roce 2010, 60,3% v roce 2009). Nejvyšším počtem hospodářských trestných činů se vyznačuje hlavní město Praha (6 274), Jihomoravský (3 162) a Moravskoslezský (3 114) kraj; naopak teritorii, v nichž počet hospodářských trestných činů nepřekročil 1 tisíc, jsou Vysočina a Karlovarský kraj.“

Co se týče preventivních programů před podvodným jednáním v systému poskytování zdravotní péče, budou tyto uvedeny v samostatné kapitole.

## 5. Procesněprávní část – zvláštnosti objasňování a dokazování trestných činů s medicínským prvkem

Při objasňování trestných činů v systému poskytování zdravotní péče by orgány činné v trestním řízení měly především vycházet ze zásady *subsidiarity trestní represe*. Jak i Nejvyšší soud ve svém judikátu uvedl, není možné trestní řízení zneužívat ke kriminalizaci zdravotníků, kteří svým jednáním řešili složitou hospodářskou situaci svého zdravotního řízení s cílem udržet jeho chod v komplikovaném systému úhrad péče<sup>98</sup>. Musí zde být dodržována zásada *ultima ratio*, kdy klasifikaci určitého jednání jako trestný čin musí být až krajním prostředkem ochrany společenských vztahů. Na druhou stranu musí být orgány činné v trestním řízení schopny vzhledem k závažnosti tématu, možným dopadům a finančním ztrátám, aktivně prokazovat tato podvodná jednání ve zdravotnickém systému a účinně je chránit.

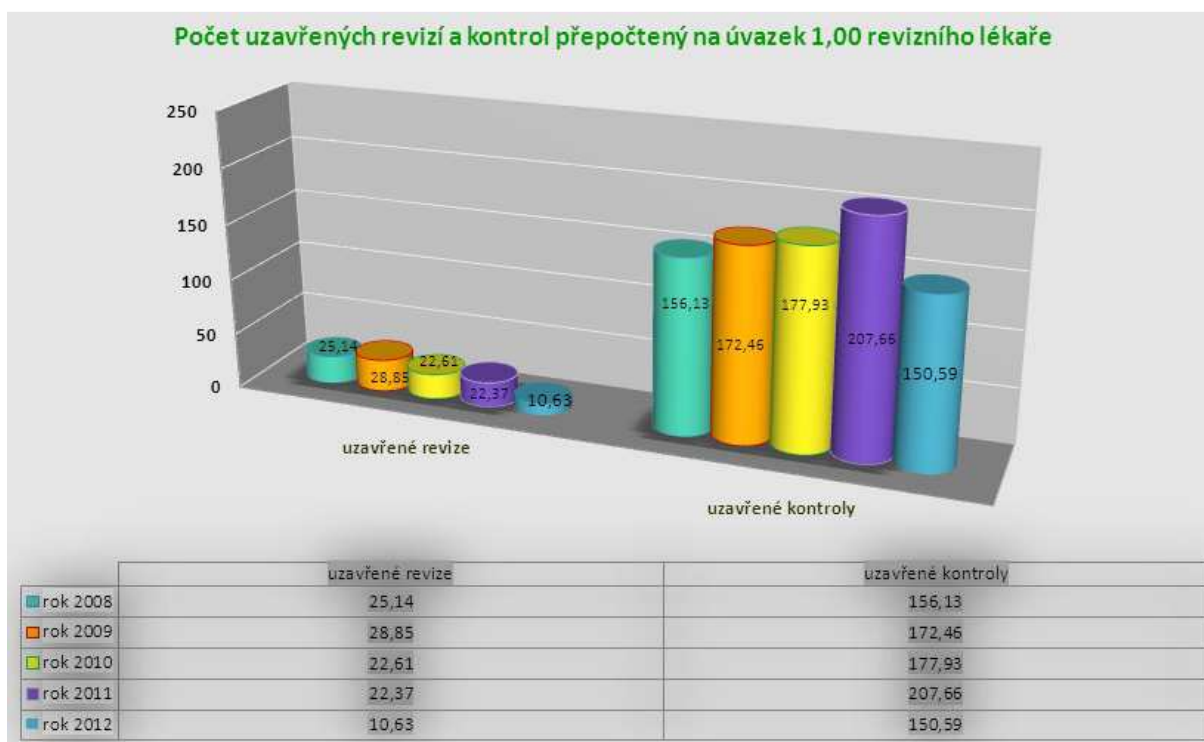
Podle § 158 odst. 1 trestního řádu je policejní orgán povinen na základě vlastních poznatků, trestních oznámení i podnětů jiných osob a orgánů, na jejichž základě lze učinit závěr o podezření ze spáchání trestného činu, učinit všechna nezbytná šetření a opatření k odhalení skutečností nasvědčující k tomu, že byl spáchán trestný čin a směřující k zajištění jeho pachatele. Rozhodujícím podnětem pro zahájení úkonů v trestním řízení pro podezření ze spáchání trestného činu podvodu v systému zdravotní péče v přípravném řízení jsou zpravidla výsledky kontrolních šetření jednotlivých zdravotních pojišťoven. Při možnosti kontroly osobního účtu vedeného na každého pojištěnce u zdravotní pojišťovny, do kterého každý pojištěnec může nahlédnout, mohou být informace získávány i od samotných pacientů<sup>99</sup>. Podnětem také může být zpráva zdravotnického zařízení o jednání některého z jejich zaměstnanců.

---

<sup>98</sup> Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 24. října 2010, sp. zn. 7 Tz 199/2000

<sup>99</sup> „Pojištěnec má právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách.“, § 11 odst. 1 písm. g) zák.č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů; resp. § 43 odst. 2 zákona: „Zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na hrazené služby poskytnuté tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu podle § 16 b odst. 1. Na vyžádání pojištěnce je zdravotní pojišťovna povinna písemně bezplatně a bez zbytečného odkladu poskytnout jedenkrát ročně formou výpisu z osobního účtu údaje o hrazených službách uhrazených za tohoto pojištěnce v období posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků podle § 16a a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely za toto období, popřípadě tyto údaje za počet měsíců, po které byl pojištěnec v průběhu posledních 12 měsíců u této zdravotní pojišťovny pojištěn. Zdravotní pojišťovna je povinna na vyžádání pojištěnce zajistit dálkový přístup k jeho osobnímu účtu. Dá-li k tomu pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce písemný souhlas, může být tento osobní účet zpřístupněn i ošetřujícími lékaři pojištěnce.“

Kontrolní činnost pojišťovny je oprávněním pojišťovny podle § 42 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a souvisí s ním i oprávnění k ukládání pokut a přírážek k pojistnému dle § 44 tohoto zákona. Vlastní kontrolní činností jsou pověřeni revizní lékaři pojišťovny. Ve smyslu tohoto zákona je nutné rozlišit mezi kontrolou správnosti a oprávněnosti vykázané a vyúčtované zdravotní péče, jako kontrolou provedenou přímo z informačního systému pojišťovny (např. kontroly na dodržení stanovené frekvence výkonu, sledování nedovolených kombinací výkonu, apod.), a *revizí*, kdy revizní lékaři kontrolují, zda vykázaná zdravotní péče odpovídá záznamům v příslušné zdravotnické dokumentaci, zda byly vyúčtovány jen ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit, resp. zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá popsanému zdravotnímu stavu, popř. tuto skutečnost ověří přímo šetřením s pojištěncem. Jedná se přitom o velmi složitou a náročnou činnost ve formě jakési auditní zprávy a kontroly, a proto i samotný počet těchto kontrol je poměrně omezený. Jako příklad uvádím graf uzavřených revizí a kontrol Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR:



Zdroj: [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz) [online]

Je v této souvislosti však nutné dodat, že tato kontrolní činnost pojišťoven a jejich sankční oprávnění, které vyvolává značný nepoměr ve vztahu mezi plátcem a poskytovatelem zdravotní služby, je nyní trvale napadána ze strany poskytovatelů. A to především za situace, kdy pojišťovny s cílem omezit výdaje prostředků na zdravotní péči, tyto revize zintenzivňují a

řada sankcí má pro některé poskytovatele až existenční důsledky. Poskytovatelé oprávněně kritizují pokřivená a netransparentní pravidla uzavírání smluv o poskytování péče mezi pojišťovny a zdravotnickými zařízeními; kdy o bytí a nebytí soukromého lékaře, resp. zdravotnického zařízení rozhoduje fakticky přízeň či nepřízeň úředníka monopolní zdravotní pojišťovny, nikoliv preference pacientů. Pojišťovně je toto oprávnění dáno, ačkoliv nejsou orgány veřejné moci a nejsou zásadně vůči poskytovatelům zdravotních služeb ani v nadřazeném postavení, ani v postavení orgánu oprávněného uplatňovat vůči nim veřejnou moc. Vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb stojí na soukromoprávním základě a uplatňuje se mezi nimi princip privátní autonomie vůle. Zdravotní pojišťovny tak mají velmi širokou volnou úvahu při ukládání pokut, a to jak co do výše, tak i jejího opakovaného ukládání. Maximální výše pokut je značná. Naproti tomu poskytovatel zdravotních služeb žádným podobným veřejnoprávním sankčním oprávněním vůči zdravotní pojišťovně nedisponuje. K této nerovnosti se vyjádřil i Ústavní soud ČR ve svém nálezu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11-1, když oprávnění pojišťoven k sankcím částečně korigoval: „Dominantní postavení pojišťoven, zejména Všeobecné zdravotní pojišťovny, v kombinaci se sankčním oprávněním a regulacemi vůči poskytovatelům zdravotních služeb, konkrétně limitací výkonů, finančními sankcemi za preskripci léků a vyžádanou péči při překročení stanovených limitů, není na straně poskytovatelů zdravotních služeb ničím vyváжено, například kontraktační povinností ze strany pojišťoven v případech, kdy jsou splněny objektivně obecně závaznými právními předpisy stanovené podmínky. Sankční oprávnění zdravotních pojišťoven, které vyplývá z napadených ustanovení § 16a odst. 10 a 11, jakož i § 32 odst. 5 a § 44 odst. 5 a odst. 6 ve slovech "uložená podle odstavců 1 až 5" zákona o veřejném zdravotním pojištění, tak vybočuje z mezí ještě ústavně přijatelné nerovnosti, jak ji Ústavní soud vymezil ve shora citovaných nálezech. Tuto nerovnost ještě navíc násobí velké rozpětí většiny sankcí, které samo o sobě není protiústavní, jak bude dále uvedeno, ale zvýrazňuje ji právě v kombinaci se shora uvedenými skutečnostmi. Označená zákonná ustanovení jsou tak v rozporu s čl. 1 Listiny garantujícím rovnost v právech.“ K tomu ještě obiter dictum z tohoto nálezu: „Obiter dictum Ústavní soud konstatuje, že rozsah sankčních oprávnění nemůže být vyvážen ani legitimním cílem, který je jejich ukládáním sledován, tj. šetrné nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění. Takové opatření se jeví jako nepřiměřené za situace, kdy s těmito veřejnými prostředky hospodaří kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které mají charakter ryze soukromoprávních subjektů. Zákonodárce by měl zvážit úspornější způsob nakládání s prostředky veřejného zdravotního

pojištění i z pohledu organizačního uspořádání. Pokud jde o horizontální vztah zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, aby bylo zabráněno jeho pokračující distorzi, k níž dochází mimo jiné i svěřením sankčního oprávnění zdravotním pojišťovnám, mělo by být za současných podmínek subjektem nadaným tímto oprávněním buď samo Ministerstvo zdravotnictví, příp. (alternativně) v případě státních a krajských poskytovatelů zdravotních služeb jejich zřizovatelé a v případě soukromých poskytovatelů zdravotních služeb k tomu kompetentní subjekty, jakými jsou např. odborná profesní sdružení lékařů.“

Na základě podnětu tedy dochází k vlastnímu prověřování skutečností vztahující se ke konkrétnímu případu podvodného jednání v systému zdravotní péče. K tomu je policejní orgán oprávněn zejména vyžadovat vysvětlení od fyzických osob, právnických osob a státních orgánů; vyžadovat odborné vyjádření od příslušných orgánů, a je-li to potřebné i znalecké posudky; obstarávat potřebné podklady, zejména spisy a jiné písemné materiály. Úspěch orgánů činných v trestném řízení při odhalování této trestné činnosti je limitován specifičností zdravotního prostředí ve vztahu k utajovaným skutečnostem o zdravotním stavu nemocného, dále specifikami složitosti účetních dokladů mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče, někdy provázenou značným nepořádkem a neúplnými údaji ve zdravotní dokumentaci a také poměrně silnou stavovskou sounáležitostí zdravotnického prostředí, kde „společensky škodlivým“ je vnímáno jednání pojišťovny, nikoli zdravotníka.

Pokud v přípravném řízení byly zjištěny skutečnosti, které nasvědčují, že byl spáchán trestný čin a odůvodňují dostatečně závěr, že jej spáchala určitá osoba, může být zahájeno trestní stíhání (§ 160 tr. řádu) a to ve formě usnesení o zahájení trestního stíhání. Tím vstupuje řízení do fáze vyšetřování. V této fázi se pak shromažďují v potřebném rozsahu důkazy o skutečnostech důležitých pro posouzení případu včetně osoby pachatele a následku trestného činu (§ 89 odst. 1 tr. řádu). Trestní stíhání pro trestný čin podvodu dle § 209 tr. zák. lze zahájit a v již zahájeném pokračovat jen se souhlasem poškozeného (§ 163 odst. 1 tr. řádu). Tento souhlas je dán písemně, nebo výslovně do protokolu a lze jej vzít svým prohlášením kdykoliv zpět, dokud se odvolací soud neodebere k závěrečné poradě (§ 163 odst. 2 tr. řádu)

Cílem vyšetřování je určit pachatele, popsat trestný čin, zajistit dostatek důkazního materiálu. Ve vztahu k trestnému činu podvodu je tedy nutné určit pachatele, poškozeného, vyčíslit a doložit škodu, která nastala, prokázat příčinnou souvislost mezi jednáním pachatele a škodlivým následkem, a úmysl pachatele.

K tomu slouží všechny dostupné důkazní prostředky, na základě kterých orgány činného v trestním řízení rekonstruují skutek, který se stal v minulosti a který osobně nepozorovaly: výpověď obviněného, svědecká výpověď, listinné důkazy, odborné vyjádření a znalecký

posudek, event.další, tj. konfrontace, rekognice, vyšetřovací pokus, rekonstrukce či operativně pátrací prostředky zejména u organizované kriminality.

Ve vztahu k výpovědi lékaře jako obviněného, či svědka je nutné vymezit i pojem tzv. „lékařského tajemství“. Rozsah zachování mlčenlivosti v souvislosti se zdravotními službami určuje § 51 zák. č. 372/2011 Sb., ZoZS. Poskytovatel (resp. zdravotnický a jiný odborný pracovník, ať už aktivní, nebo již své povolání nevykonávající, ve vztahu k informacím ze současného, či bývalého výkonu povolání, osoby získávající způsobilost k výkonu zdravotnického pracovníka, nebo jiného odborného pracovníka, členové odborných komisí podle zákona o specifických zdravotních službách či další osoby, které se v souvislosti se svojí činností vykonávanou na základě jiných právních předpisů dozví informace o zdravotním stavu pacienta) je povinen zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Za porušení této povinné mlčenlivosti se nepovažuje předávání informací nezbytných pro zajištění návaznosti poskytovaných zdravotních služeb, sdělování údajů nebo jiných skutečností; je-li poskytovatel zproštěn pacientem, popřípadě zákonným zástupcem pacienta, mlčenlivosti a sděluje-li údaje nebo tyto skutečnosti v rozsahu zproštění, sdělování, popřípadě oznamování údajů nebo jiných skutečností podle tohoto zákona nebo jiných právních předpisů, pokud z tohoto zákona nebo jiných právních předpisů vyplývá, že údaje nebo skutečnosti lze sdělit bez souhlasu pacienta, sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti přezkoušet nebo oznámit spáchání trestného činu.<sup>100</sup> Za porušení povinné mlčenlivosti se dále nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností poskytovatelem v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení, občanskoprávním řízení, rozhodčím řízení a ve správním řízení nebo sdělování skutečností soudu nebo jinému orgánu, je-li předmětem řízení před soudem nebo jiným orgánem spor mezi poskytovatelem, popřípadě jeho zaměstnancem, a pacientem nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo ochranu osobnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb; v této souvislosti je poskytovatel oprávněn předat soudnímu znalci, znaleckému ústavu, komoře nebo odborníkovi, kterého si zvolí, též kopii zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi za účelem vypracování znaleckého nebo odborného posudku vyžádaného obhajobou, nebo účastníkem v občanském soudním řízení. Za porušení

---

<sup>100</sup> § 51 odst. 2 ZoZS



povinné mlčenlivosti se též nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností zdravotnickým pracovníkem, který je členem komory, v nezbytném rozsahu pro účely řízení prováděných orgány komory.<sup>101</sup>

Rozhodující průlom do tzv. lékařského tajemství ve vztahu k podvodným jednáním v zdravotním systému a provádění kontrol a revizí ze strany plátců zdravotní péče je právo nahlížet (pořizovat si její výpisy či kopie) do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi *bez jeho souhlasu*; tímto oprávněním jsou vybaveny osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání pověřené zdravotními pojišťovnami k provádění činností v rozsahu stanoveném zákonem o veřejném zdravotním pojištění<sup>102</sup>; toto platí i pro soudní znalce ve zdravotnických oborech a osoby se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání, které byly pověřeny vypracováním znaleckého posudku znaleckým ústavem, poskytovatelem nebo zdravotnickým pracovníkem, v rozsahu nezbytném pro vypracování znaleckého posudku pro potřebu trestního řízení nebo pro řízení před soudem podle jiných právních předpisů<sup>103</sup>.

Prolomení zásady mlčenlivosti pro potřeby trestního stíhání může zdravotnického pracovníka zbavit soudce, resp. může nahradit souhlas oprávněné osoby. Podle nálezu Ústavního soudu ČR ze dne 18. prosince 2006, sp. zn. I. ÚS 321/06, platí že : „Ve vztahu k mlčenlivosti založené § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu je nutné informace pro trestní řízení vyžadovat postupem podle § 8 odst. 5 trestního řádu<sup>104</sup>.“ V praxi se postupuje tak, že se žádostí Policie ČR o součinnost je dokládán i souhlas soudce. Tedy v povinnosti policie získat souhlas soudce podle § 8 odst. 5 tr. řádu pro možnost vyžadovat sdělení údajů o zdravotním stavu či léčbě pacienta se tedy po účinnosti ZoZS od 1.4.2012 nic nezměnilo. Tato pravidla popsaná pro sdělování informací Policii ČR platí i pro případ, že tazatelem je státní zástupce a rovněž soud, avšak pod žádostí určenou lékaři je podepsán jakýkoli jiný zaměstnanec soudu než sám soudce. Výjimkou z těchto pravidel jsou toliko tyto případy: a) ustanovení § 68 odst. 3 písm b) zákona č. 273/2008 Sb., o Policii ČR, ve znění pozdějších úprav, kdy policie může pro účely zahájeného pátrání po konkrétní hledané nebo pohřešované osobě žádat od zdravotní pojišťovny nebo poskytovatele zdravotních služeb poskytnutí informací o době a místě poskytnutí zdravotních služeb této osobě (tedy skutečně jen informace o době a místě poskytnutí péče, nikoli informace o zdravotním stavu); b) povinnost

<sup>101</sup> § 51 odst. 3 alinea 4 ZoZS

<sup>102</sup> § 65 odst. 2 písm. e) ZoZS

<sup>103</sup> § 65 odst. 2 písm. i) ZoZS

<sup>104</sup> „Nestanoví-li zvláštní zákon podmínky, za nichž lze pro účely trestního řízení sdělovat informace, které jsou podle takového zákona utajovány, nebo na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce. Tím není dotčena povinnost mlčenlivosti advokáta podle zákona o advokacii.“

překazít či oznámit trestný čin podle §§ 367-368 tr. zák. u taxativně vyjmenovaných trestných činů, jestliže se lékař o přípravě či spáchání dozví; c) povinnost poskytovatele způsobilého pro tento druh zdravotních služeb sdělit výsledky odběru biologického materiálu tomu, kdo tyto odběry nařídil za účelem zjištění přítomnosti alkoholu nebo jiných návykových látek podle § 16 odst. 7 zákona č. 379/2005 Sb., o ochraně před škodami způsobenými tabákem, alkoholem nebo návykovými látkami, ve znění pozdějších úprav. K tomu tedy i stanovisko MZ ČR: „Ministerstvo zdravotnictví sděluje své právní stanovisko k ust. § 51 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve vazbě na § 8 odst. 1 a 5 trestního řádu. Zákon o zdravotních službách v zásadě nijak neposunul právní úpravu prolomení mlčenlivosti zdravotnických pracovníků pro účely trestního řízení oproti právní úpravě ve zrušeném zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Ustanovení § 51 odst. 2 písm. b) zákona o zdravotních službách stanoví, že za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností pro potřeby trestního řízení způsobem stanoveným právními předpisy upravujícími trestní řízení; za porušení povinné mlčenlivosti se rovněž nepovažuje sdělování údajů nebo jiných skutečností při plnění zákonem uložené povinnosti překazít nebo oznámit spáchání trestného činu. Zákon o zdravotních službách tedy odkazuje na trestní řád a jeho úpravu sdělování údajů, které jsou jinak chráněny povinností mlčenlivosti. Trestní řád stanoví, že v případě informací, na něž se vztahuje povinnost mlčenlivosti, lze tyto informace pro trestní řízení vyžadovat po předchozím souhlasu soudce, a to v § 8 odst. 5. Ustanovení § 8 odst. 1 trestního řádu upravuje sdělování tzv. prostých informací, tedy údajů nechráněných povinností mlčenlivosti nebo např. bankovním tajemstvím. Ministerstvo zdravotnictví ČR tedy shrnuje, že § 51 odst. 2 písm. d) zákona o zdravotních službách prolamuje povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb pro účely trestního řízení při zachování postupu dle § 8 odst. 5 trestního řádu.“

Na druhou stranu jsou nositeli informační povinnosti ve vztahu k poskytnuté péči a způsobu jejího proplácení jednotlivým zdravotnickým zařízením i samotné zdravotní pojišťovny. Podle rozsudku Nejvyššího správního soudu ČR ze dne 16. května 2007, sp. zn. 3 Ads 33/2006-57, platí že: „I. Všeobecná zdravotní pojišťovna je podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, subjektem s informační povinností, neboť prostředky, které jsou získávány v systému zdravotního pojištění, mají charakter veřejných prostředků a slouží k úhradě zdravotní péče, která má charakter veřejné služby.II. Údaje o

platbách poskytnutých Všeobecnou zdravotní pojišťovnou jejím jednotlivým smluvním zdravotnickým zařízením nepředstavují informaci, jejíž neposkytnutí by bylo možné odůvodnit odkazem na ochranu informací o majetkových poměrech těchto zařízení podle § 10 zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, neboť představují pouze dílčí informace o příjmech těchto zařízení (příčemž zdravotnická zařízení mají příjmy i od jiných zdravotních pojišťoven, tyto údaje navíc nezahrnují náklady a výdaje na zdravotnický materiál, zaměstnance, provoz atd.), poskytnutí informací nebrání ani obsah rámcových a individuálních smluv, povinnost mlčenlivosti podle zákona ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a nejedná se ani o obchodní tajemství podle § 9 zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.“

V řadě případů se orgány činné v trestním řízení neobejdou bez provedení důkazu znaleckým posudkem. V trestním řádu je problematika znalců upravena §§ 105 až 111. Znalec je definován jako osoba odlišná od procesních stran a orgánů činných v trestním řízení, která je vybavena speciálními odbornými znalostmi a vědomostmi v určitém oboru. Tuto funkci mohou vykonávat zásadně osoby zapsané v seznamu znalců, ústavy nebo jiná pracoviště specializovaná na znaleckou činnost a vědecké ústavy, vysoké školy a vědecké instituce, případně osoby, které jsou jmenovány znalcem ad hoc po složení slibu.<sup>105</sup> Je-li k objasnění skutečnosti důležité pro trestní řízení třeba odborných znalostí, vyžádá orgán činný v trestním řízení odborné vyjádření. Jestliže pro složitost posuzované otázky takový postup není dostačující, přibere orgán činný v trestním řízení znalce. Pokud se tedy jedná o odborné vyjádření až na úrovni běžných znalostí, kterými je vybaven každý specialista v dané odbornosti, není třeba znalce přibírat. Odborné vyjádření tedy může vypracovat osoba, která má odborné předpoklady, znalce nevyjímaje. Toto vyjádření nemá stanovené přesné formální náležitosti, na rozdíl od náležitostí znaleckých posudků<sup>106</sup>. Naopak v případě složitějších otázek je nutné přibrat znalce a to v kterémkoli stadiu trestního řízení.

---

<sup>105</sup> Zák.č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších předpisů

<sup>106</sup> § 13 vyhlášky č. 37/1967 Sb., k provedení zákona o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších předpisů: „ (1) Příslušný orgán, který v řízení ustanovil znalce, vymezí ve svém opatření jeho úkol, podle okolností případu též formou otázek tak, aby se znalec zabýval jen takovými skutečnostmi, k jejichž posouzení je třeba jeho odborných znalostí.

(2) V posudku uvede znalec popis zkoumaného materiálu, popřípadě jevů, souhrn skutečností, k nimž při úkonu přihlížel (nález), a výčet otázek, na které má odpovědět, s odpověďmi na tyto otázky (posudek).

(3) Písemný znalecký posudek musí být sešit, jednotlivé strany očíslovány, sešivací šňůra připevněna k poslední straně posudku a přetištěna znaleckou pečeti.

(4) Na poslední straně písemného posudku připojí znalec znaleckou doložku, která obsahuje označení seznamu, v němž je znalec zapsán, označení oboru, v němž je oprávněn podávat posudky, a číslo položky, pod kterou je úkon zapsán ve znaleckém deníku.

Znalecký posudek i odborné vyjádření se vyžádají formou tzv. opatření, které je rozhodnutím sui generis, a stížnost proti němu není možná. Proti osobě znalce však lze vznést námitky v případě pochybností jeho nepodjatosti<sup>107</sup>. V této souvislosti je na místě zdůraznit trestněprávní odpovědnost znalce při podání vědomě nepravdivého znaleckého posudku a to případným naplněním skutkové podstaty trestného činu křivé výpovědi a nepravdivého znaleckého posudku.<sup>108</sup> Tato odpovědnost je založena i při posudku, resp. odborného posudku na objednávku procesní strany, pokud ji zpracuje osoba vedená v seznamu znalců a tlumočnicků.<sup>109</sup> Kromě znalců v oboru zdravotnictví, je někdy také nutné přibrat znalce v oboru ekonomiky, odvětví účetní evidence, k objasnění finančních pochodů a event. podvodného jednání v účetnictví zdravotnických zařízení.

---

(5) Znalec je povinen písemný posudek na požádání státního orgánu osobně stvrdit, doplnit nebo jeho obsah blíže vysvětlit.

(6) Při ústním posudku podaném do protokolu uvedou se též údaje, které jsou předmětem znalecké doložky.“

<sup>107</sup> Usnesení Nejvyššího soudu ČR ze dne 8. února 2007, sp. zn. 4 Tz 90/2006: „K řádnému posouzení otázky podjatosti je nezbytné vždy přihlížet k rozdílům v procesním postavení jednotlivých osob, na něž by podjatost mohla dopadat. Osamocená skutečnost, že posuzované osoby (znalci) byly v pracovněprávním vztahu ke stejnému zaměstnavateli, aniž by zde byl dán jiný důvod, z něhož by bylo možno na podjatost usoudit (např. pokud by zaměstnavatel byl zároveň účastníkem trestního řízení), nemůže vést k automatickému závěru, že tyto osoby nemohou objektivně hodnotit práci jedna druhé, a k automatické presumpci podjatosti. Takto široce pojaté chápání institutu podjatosti u osob daného procesního postavení by nutně vedlo k vylučování celých skupin odborníků pracujících popř. kooperujících na specializovaných pracovištích a jejich nepoužitelnosti v trestním řízení.“

<sup>108</sup> § 346 tr. zák. křivá výpověď a nepravdivý znalecký posudek

<sup>109</sup> Usnesení NS ČR ze dne 23. června 2010, sp. zn.: 3 Tdo 1483/2009: „I. Činnost znalce zapsaného v seznamu znalců (popřípadě přibráného ad hoc) spočívající v podání znaleckého posudku může být obstaráváním věcí obecného zájmu ve smyslu § 160 odst. 1 tr. zák., neboť objektivní a nestranné vypracování znaleckých posudků, a tedy řádný výkon znalecké činnosti, je v zájmu celé společnosti, zejména je-li podkladem pro rozhodování nebo jiný postup státního orgánu. Jestliže takový znalec v souvislosti s vypracováním znaleckého posudku (např. pro potřeby státního orgánu za účelem kontroly hospodaření s veřejnými finančními prostředky) požaduje úplatek za to, že v posudku uvede hrubě zkreslené údaje, může se dopustit trestného činu přijímání úplatku podle § 160 odst. 2 tr. zák. II. I když zadavatel požadoval vypracování "odborného posudku", pro závěr, že jde o znalecký posudek ve smyslu § 175 odst. 1 tr. zák. o trestném činu křivé výpovědi a nepravdivého znaleckého posudku, je rozhodující skutečnost, že posudek vypracovala osoba, která je znalcem ve smyslu zákona o znalcích a tlumočnících, a že obsahuje zákonem vyžadované formální a obsahové náležitosti znaleckého posudku. Zákoný znak spočívající v "podání znaleckého posudku" podle § 175 odst. 1 tr. zák. je v případě písemně vypracovaného znaleckého posudku naplněn tím, že znalec vyhotoví posudek a předá ho zadavateli, popřípadě i jiné osobě.“

## 6. Komparativní část

V následující části budou popsány zkušenosti s podvody v systému zdravotní péče jednak Spojených států amerických, dále Spolkové republiky Německo a Slovenské republiky. Budou také popsány základní mezinárodní organizace, které se touto problematikou zabývají.

### 6.1. Spojené státy americké

Vzhledem k probíhající rozsáhlé zdravotnické reformě prezidenta Baracka Obamy, která se právě v těchto dnech aplikuje do praxe v USA a která je považována za nejmambicióznější projekt v oblasti sociální a zdravotní od 60. let 20. století, s možností zajistit zdravotní pojištění miliónům Američanů, kteří je doteď nemají, nebudou dále rozebírány podmínky a systém zdravotní péče ve Spojených státech. (ostatně i pro jeho složitost, vazby a fungování) Zdravotnická reforma bude státní rozpočet USA v průběhu příštích deseti let stát více než miliardu dolarů. Zároveň si od ní Obama slibuje snížení rostoucích výdajů ve zdravotnictví každoročně o desítky miliard. V konečném výsledku by reforma měla přispět i ke snížení deficitu rozpočtu; jen za prvních deset let by se tak měl snížit o 200 miliard dolarů. Republikáni reformu schválenou Kongresem v roce 2010 a posléze potvrzenou Nejvyšším soudem USA odmítají a měsíce se ji intenzivně snaží zrušit nebo alespoň oslabit. Tvrdí, že naopak zvýší cenu zdravotního pojištění.

To ale nic nemění na možnosti popisu tzv. „healthcare fraud“, tedy podvodu ve zdravotnickém systému, kterému se ve Spojených státech věnuje velká pozornost již několik desítek let. V roce 1993 generální státní návladní USA Janet Reno prohlásila podvody ve zdravotnictví jako „kriminální problém USA č.2“, a to hned po násilných trestných činech. Sparrow<sup>110</sup> jej řadí do kategorie zločinu „bílých límečků“. Tento profesor veřejného managementu na Harvardské univerzitě označuje tento zločin za podobný „přesýpacímu písku“, kdy nikdo nemůže dopředu přesně odhadnout, o jakou částku systém tento zločin v daném čase připraví. Tak např. agentura AHRQ (The Agency for Healthcare Research and Quality) uvádí, že podvody, zneužívání a nadužívání zdravotní péče, stojí tento systém každou hodinu 24 miliónů dolarů (!), a proto také dochází ke každoročnímu nárůstu výdajů na

---

<sup>110</sup> Sparrow, M. Fraud in the U.S. healthcare system: Exposing the vulnerabilities of automated payments system. *Social research*, 2008, roč. 75, č.4, s.1151-1180

zdravotní péči v USA o 15%.<sup>111</sup>. V již uvedené práci Sparrow uvádí také příčiny tohoto zneužívání zdravotního systému: „Zdá se, že všichni využívají atraktivní příležitosti k podvodu v systému zdravotní péče. Ale proč okrádají zrovna tento systém? Jednoduše proto, že je to systém, kde lze v USA najít peníze a příležitost. Žádný jiný stát na světě nevydává takové výdaje na zdravotní péči jako právě Spojené státy.“ Přesná data však také nejsou známa a vychází se z odhadů. Všeobecně se přijímá názor, že 3% z celkových výdajů na zdravotnictví v USA je spotřebováno podvodným jednáním. Tento názor převládá i v odborných kruzích, uvádí jej například organizace NHCAA (The National Health Care Antifraud Association). NHCAA v roce 2009 uvedla, že očekávaná roční ztráta zdravotnictví vlivem podvodu dosáhne mezi 67 až 224 miliardami dolarů. To je částka převyšující hrubý národní produkt více jak 138 zemí světa. Jak uvedl senátor Patrick Leahy před senátním finančním výborem: „Stupeň podvodu ve zdravotnickém systému Spojených států je ohromující. Náš národ vydá ročně více jak 2,2 biliónů dolarů na zdravotní péči a federální a státní vládní úřady jej zvyšují ještě o dalších 800 miliard. I nejkonzervativnější odhady tvrdí, že okolo 3% výdajů je spotřebováno podvodem ve zdravotním systému, tedy více jak 60 miliard dolarů za rok.“

Příležitost k podvodnému jednání v systému zdravotní péče USA je veliká. Je to dáno velmi složitou strukturou systémů plátců a pojišťoven, která zahrnuje jednak federální systémy (např. Medicare – centrálně dotovaný zdravotní program pro staré a postižené či Medicaid – centrálně a vládami jednotlivých států dotovaný program pro nízkopříjmové skupiny obyvatel), a k tomu stovky další soukromých společností, které poskytují jak zaměstnanecké zdravotní programy, tak privátní. Jako možné příčiny podvodného jednání v tomto systému jsou uváděny jednak:

- a) pokladniční systém plateb – pacienti ve většině případů platí za zdravotní služby hotově a na základě potvrzení od poskytovatele tyto pak uplatňují u pojišťovacích společností, jejich agentů či zprostředkovatelů – fakticky již nedochází k ověření, zda-li daná služba byla poskytnuta či nikoliv,
- b) vysoce automatizovaný styk plátce-poskytovatel – drtivá většina účetních transakcí probíhá automaticky jako data předávaná online nebo ve velkých datových souborech, tedy s vyloučením prvku osobní kontroly,

---

<sup>111</sup> Pyrek, K.M. *Healthcare Crime. Investigating Abuse, Fraud and Homicide by Caregivers*. Boca Raton: CRC Press. 2011. 314 s.

- c) proces platby předchází jejímu ověření – systém plateb navržený možná pro slušné, ale často přepracované, a chybující lékaře, dělá jen málo, nebo vůbec nic k tomu, aby zaplatil jen za skutečně poskytnuté a provedené zdravotní služby, když platba předchází kontrole či jinému ověření,
- d) audity po provedené platbě se zaměřují na vhodnost dané léčby, nikoliv na pravdivost vykázané služby.<sup>112</sup>

Podoba podvodů v tomto systému je různorodá. Může se jednat o provádění falešných, nebo zcela neindikovaných léčebných výkonů pacientům, předkládání falešných účtů za provedené služby, falšování lékařské dokumentace a záznamů, podvádění a lhaní o dosaženém vzdělání a kvalifikaci apod.

Do boje proti tomuto zneužívání systému je zařazena řada institucí – Ministerstvo spravedlnosti a zdravotnictví, FBI, další organizace, již zmíněné NHCAA, AHRQ a další. Byla připravena řada projektů s cílem prevence, potírání a účinného odhalování tohoto zločinu. Již v roce 1997 Clintonova administrativa připravila program HCFAC (The Health Care Fraud and Abuse Control) a v roce 2009 byl představen nový mezipříslušný program HEAT (The Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team).

V květnu 2009 přednesl komisař pro zdravotní pojištění Státu Wisconsin Sean Dilweg před Komisí pro právo Senátu USA svůj příspěvek o stavu podvodů ve zdravotním systému a oznámil, že na základ provedeného šetření a sběru dat organizace NAIC (The National Association of Insurance Commissioners) určila v dalším boji s touto trestnou činností tyto body, které by měly být součástí reformy zdravotního systému USA:

- vytvořit státem řízenou strukturu povinné koordinace a výměny informací mezi federálními agenturami a regulátory pojišťoven jednotlivých států,
- vložit ustanovení o povinnosti státních regulačních autorit při ochraně spotřebitelů zdravotní péče před podvodem,
- vložit ustanovení do federální administrativy, že osoba, která je součástí pojištění, je subjektem práva státní regulace, a subjektem ochrany federálního práva před schématy podvodného jednání v systému zdravotní péče,

---

<sup>112</sup> Pyrek, K.M. *Healthcare Crime. Investigating Abuse, Fraud and Homicide by Caregivers*. Boca Raton: CRC Press. 2011. 314 s.

- vložit ustanovení o vytvoření koordinačního orgánu, který bude zaměřen na potírání podvodného jednání v systému zdravotní péče či využívání mezer v zákonech regulujících tento systém,
- podpořit a rozšířit systém trestněprávních i občanskoprávních postihů pro poskytovatele zdravotní péče podílející se na této trestné činnosti, včetně odebrání licence k provozování poskytování zdravotních služeb,
- zajistit odborně vzdělaný personál a finance k zajištění státního dohledu nad systémem,
- zajistit odborně vzdělaný personál a finance k rozvoji preventivních programů a edukace spotřebitelů zdravotní péče<sup>113</sup>

Účinnou ochranou je také zařazení podvodu v systému zdravotní péče do federálních zločinů podle § 1347 US. Code, Titul 18, část I., kapitola 1347, který zní takto<sup>114</sup>:

- a) *Ten, kdo vědomě a záměrně vykoná, nebo se pokusí vykonat čin či lest*
- 1) *ke škodě jakéhokoli zdravotního programu, nebo*
  - 2) *s cílem získat, prostřednictvím falešných nebo podvodných záminek, zastoupení nebo slibů jakékoli prostředky, nebo majetek, ve vlastnictví, správě nebo řízení kteréhokoli zdravotního programu, a to v souvislosti s dodáním nebo platbou za poskytnuté zdravotní služby či předměty, se uloží pokuta, nebo trest odnětí svobody až na 10 let, nebo obojí. V případě, že v důsledku tohoto porušení zákona dojde k vážnému zranění osob (jak je definována § 1365), uloží se pachateli pokuta nebo trest odnětí svobody až na 20 let, nebo obojí; a pokud je důsledkem smrt osoby, pak se uloží pokuta, nebo trest odnětí svobody na jakoukoli dobu či doživotí, nebo obojí.*

---

<sup>113</sup> Busch, R. *Healthcare fraud. Auditing and Detection Guide*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons, 2007. 340 s.

<sup>114</sup> Anglické znění: (a) Whoever knowingly and willfully executes, or attempts to execute, a scheme or artifice— (1) to defraud any health care benefit program; or (2) to obtain, by means of false or fraudulent pretenses, representations, or promises, any of the money or property owned by, or under the custody or control of, any health care benefit program, in connection with the delivery of or payment for health care benefits, items, or services, shall be fined under this title or imprisoned not more than 10 years, or both. If the violation results in serious bodily injury (as defined in section 1365 of this title), such person shall be fined under this title or imprisoned not more than 20 years, or both; and if the violation results in death, such person shall be fined under this title, or imprisoned for any term of years or for life, or both. (b) With respect to violations of this section, a person need not have actual knowledge of this section or specific intent to commit a violation of this section.



b) *Pokud se jedná o porušení tohoto paragrafu, nemusí mít pachatel znalosti o této části, nebo konkrétní úmysl spáchat porušení tohoto oddílu.*

V důsledku těchto opatření ohlásilo Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo ochrany zdraví a sociálních služeb rekordní zpětně získané částky vyplývající ze společného úsilí v boji proti podvodům v systému poskytování zdravotní péče. Vládní tým ohlásil vrácení částky 4,2 miliardy dolarů ve fiskálním roce 2012 do státního rozpočtu. Generální státní návladní Eric Holder a zástupkyně Sekretariátu zdravotnictví a sociálních služeb (HHS) Kathleen Sebeliusová vydaly v únoru 2013 novou zprávu<sup>115</sup> o tom, že na každý dolar vynaložený na vyšetřování podvodů souvisejících se zdravotní péčí, se vládě podařilo vrátit do systému 7,90 dolarů. Jedná se o nejvyšší tříletý průměr návratnosti investice do šestnáctileté historie programu boje proti podvodům a zneužívání zdravotní péče. Za poslední čtyři roky boje se podařilo zachránit a vrátit do systému 14,9 miliard dolarů, předcházející čtyřleté období to bylo jen 6,7 miliard. Od roku 1997 program boje HCFAC zachránil 23 miliard dolarů. Tento úspěch společného úsilí Ministerstva spravedlnosti a zdravotnictví bylo možné prosadit díky aktivitě týmu (HEAT) vytvořeném v roce 2009 s cílem zabránit podvodům, nadužívání a zneužívání programů Medicare a Medicaid. "Byl to rekordní rok pro Ministerstvo spravedlnosti a ochrany zdraví a sociálních služeb v našem společném úsilí s cílem chránit cenné dolary daňových poplatníků ve zdravotním systému," řekl generální státní návladní Holder. „V roce 2012 se díky naší neúnavné snaze o zničení podvodu ve zdravotnictví podařilo přerušit a zničit množství sofistikovaných podvodů a způsobů vymáhání peněz daňových poplatníků a pacientů a to s takovým úspěchem, jako nikdy předtím.“ Správa tohoto projektu také zvyšuje sdílení dat napříč vládou a v celém zdravotním systému. V červenci 2012 generální státní návladní a ministryně zdravotnictví představili projekt průkopnického partnerství mezi federální vládou, administrativou jednotlivých států, vedením soukromých zdravotních pojišťoven a dalších subjektů v systému zdravotní péče, v boji proti podvodům, vytvořením skupiny pro sdílení informací a auditorských postupů, s cílem zlepšit detekci a bránit finančním transakcím na základě podvodného jednání, které se dotýká a útočí nejen na veřejné, ale i na soukromé plátce.

V roce 2012 ministerstvo spravedlnosti registrovalo celkem 1131 nových trestní řízení pro podezření ze spáchání trestného činu podvodu ve zdravotnickém systému. K tomu se váže

---

<sup>115</sup>[online]. Dostupné na webových stránkách Ministerstva spravedlnosti USA <<http://www.justice.gov/opa/pr/2013/February/13-ag-180.html>>

celkem 2148 vznesených obvinění v daném roce. Celkem 826 osob bylo v roce 2012 odsouzeno za tyto zločiny podvodu v systému zdravotní péče. Průměrná délka trestu odnětí svobody dosahovala 48 měsíců. V květnu 2012 ministerstvo koordinovalo tzv. akci Takedown, která zahrnovala prověřování zatím největšího počtu falešných fakturací pojišťovny Medicare. Akce Takedown se zúčastnilo celkem 107 vyšetřovatelů a auditorů, včetně lékařů a zdravotních sester a to v sedmi městech různých států USA a byly prověřeny účty za poskytnutou zdravotní péči celkem v rozsahu 452 miliónů dolarů. Výsledkem této akce Takedown z května 2012 bylo pozastavení oprávnění k poskytování zdravotních služeb celkem 52 poskytovatelům a to na základě podezření ze spáchání trestného činu podvodu ve zdravotnickém systému Ministerstvem zdravotnictví USA ve správním řízení.

I odborníci však varují před přílišným optimismem a jsou realističtí, co se týče dalšího vývoje. Farrar tak například uvádí: „Není zde nikdo, kdo by byl schopen zastavit podvodné jednání ve zdravotním systému. Schémata podvodů v systému poskytování zdravotní péče se konstantně mění a dále se vyvíjejí, stejně jako moderní lékařské postupy léčby a technologie. A stejně rychle se přizpůsobují i pachatelé této trestné činnosti na opatření a prevenci podvodů v systému plateb ze strany vlády a jednotlivých plátců.“<sup>116</sup>

## 6.2. Spolková Republika Německo

Německý zdravotní systém, který tvoří, či se na něm nějakým způsobem podílí 17 ministerstev, přes 200 zdravotních pojišťoven<sup>117</sup>, nejméně 16 lékařských a stomatologických komor, 17 komor lékárníků a také 17 vzájemných společností pojišťoven, představuje velmi složitou strukturu vztahů a z toho vyplývající netransparentnost je příčinou snadného zneužití. Toto a také částka, kterou je tento systém každoročně dotován, tj. více jak 140 miliard Euro, je příležitostí nejen pro poskytovatele (lékaře, zubaře, optiky, rehabilitační pracovníky a další), ale také pro pojištěnce či nepojištěné osoby k různým formám zneužívání, využívání a podvodných jednání. Na základě odhadů nevládních organizací dosahují roční ztráty v systému na základě různých forem podvodů v SRN mezi 6 až 20 miliardami Euro. To je

---

<sup>116</sup> Farrar S. Criminal prosecution as a deterrent to healthcare fraud. Testimony before the Committee on the Judiciary, Subcommittee on Crime and Drugs. 20. května 2009.

<sup>117</sup> V německém písemnictví se používá pojem Krankenkasse (zdravotní pokladna), Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Sdružení lékařských a zubařských pokladen), pro potřeby a sjednocení v této práci používám český nominativ pojišťovna.

částka vyšší než odhadovaná výše ztrát z korupce v tolik korupcí zatíženém stavebnictví.<sup>118</sup> Informace z oficiálních míst dokazují přímé škody v systému vlivem podvodů v roce 2007 ve výši 31,6 miliónů Euro; jen část z nich byla řádně dokázána a potrestána.<sup>119</sup> Spolkový kriminální úřad k tomu uvádí, že se zde jedná o zvláštní formu sociálně poškozující formy hospodářské kriminality s vysokou mírou odhadované škody a s dalšími velmi negativními dopady na integritu zdravotního systému jako celku.<sup>120</sup> Tyto znepokojující informace jsou důvodem toho, že této problematice je věnována v posledních letech zvýšená pozornost.

Základní normou regulující prostor zdravotního pojištění v Německu je spolkový Zákon o sociálním pojištění a to jeho pátá kniha o zdravotním pojištění.<sup>121</sup> Podle § 4 je zákonné zdravotní pojištění pojištěním nutným k ochraně, udržení, zlepšení a obnově zdraví a hospodářskou bezpečnost při nemoci, mateřství, snížení schopnosti výdělku a stáří. Vychází se tedy ze zákonného zdravotního pojištění, tzv. základního zdravotního plánu, který poskytují jak státní, tak soukromé pojišťovací ústavy. Pacient na vstup do tohoto základního plánu má zákonný nárok podle výše uvedeného zákona a pojišťovny jej tak nemůžou odmítnout a to ani soukromé. Soukromé zdravotní pojištění je další významnou částí v tomto systému. Zahrnuje celou řadu forem zdravotního pojištění, které se liší především svým rozsahem nad zákonnou minimální úroveň (ale nikoliv ve smyslu nástavbového pojištění, ale komplexního pojištění, které nahrazuje a v sobě absorbuje i pojištění zákonné), a samozřejmě také cenou od toho odvislou. Toto pojištění má ryze soukromoprávní charakter a je založeno smlouvou o pojištění podle zvláštního zákona. Ve vztahu k regulačním autoritám a platbám je důležitá ta část sociálního zákona, která ustanovuje tzv. Smírčí úřad<sup>122</sup>. Tento pak řeší spory o výši úhrad za nemocniční ošetřování. Povinně jsou zákonně pojištěny u pojišťoven podobných naší VZP, tedy veřejnoprávních korporací se samosprávou, jednak zaměstnanci, studenti, zemědělci a také příjemci dávek podpory v nezaměstnanosti. Pojišťovny se dělí na podnikové, cechovní, zemědělské, regionální, záložní a pro horníky, zaměstnance železnic a námořníky. Pro úhrady mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb je typické, že zde stojí prostředník v podobě lékařských a stomatologických svazů, které uzavírají

---

<sup>118</sup> Transparency International, Jahrbuch Korruption in Bundesrepublik Deutschland, 2006. Schwerpunkt: Gesundheitswesen. S.33.

<sup>119</sup> Homan, D. *Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Godesberg: Forum Verlag, 2009. 408 s.

<sup>120</sup> Bundeslagebild Bundeskriminalamt. Wirtschaftskriminalität. 2004. [online]. Dostupné na <[http://www.bka.de/DE/Home/homepage\\_node.html?nnn=true](http://www.bka.de/DE/Home/homepage_node.html?nnn=true)>

<sup>121</sup> Sozialgesetzbuch. V. Buch gesetzliche Krankenversicherung.

<sup>122</sup> § 89 Sozialgesetzbuch V., Schiedsamt

s jednotlivými pojišťovny smlouvy o formách a rozsahu úhrady poskytnuté péče, a na základě členství v tomto svazu se k úhradám dostane i samotný poskytovatel, tedy lékař či zubař.<sup>123</sup> Co se týče nemocničních poskytovatelů, ty uzavírají smlouvy se zemskými svazy. Univerzitní kliniky jsou pak financovány vícezdrojově a pro poskytování zdravotních služeb je jen nutné, aby byly zařazeny do sítě poskytovatelů zdravotních služeb.<sup>124</sup> Rozsah základní, tedy minimální, zdravotní péče poskytované v systému zákonného zdravotního pojištění určuje každý rok Společný spolkový výbor<sup>125</sup>. Zde je nutné zdůraznit, že součástí ústavního pořádku SRN, tedy podle Základního zákona<sup>126</sup>, není stanoven žádný zákonný nárok na tzv. bezplatnou zdravotní péči, jako je tomu v naší Ústavě.

Německá právní úprava nezahrnuje podobně jako česká zvláštní ustanovení postihující podvod v systému poskytování zdravotní péče, ale je postižitelná podle všeobecné úpravy podvodu podle § 263 německého trestního zákoníku<sup>127</sup>. Ta popisuje skutkovou podstatu trestného činu podvodu takto: *1) Kdo v úmyslu obstarat sobě nebo jinému protiprávní majetkovou výhodu poškodí majetek jiného tím, že uvede nepravdivé skutečnosti či zkreslí nebo potlačí pravdivé skutečnosti nebo že vyvolá či udržuje omyl, bude potrestán až pěti lety odnětí svobody nebo peněžitým trestem. (2) Pokus je trestný. (3) V obzvláště těžkých případech činí trest půl roku až 10 let odnětí svobody. Takovýto případ zpravidla nastává, když pachatel :I. jako živnostník nebo člen spolku spáchá podvod předložením zfalšovaných listin, II. přivodí majetkovou ztrátu velkého rozsahu nebo jedná v úmyslu přivést velké množství lidí do nebezpečí ztráty majetkových hodnot, III. přivede jinou osobu do hospodářské nouze, IV. zneužije svá oprávnění nebo postavení nositele moci úřední, V. předstírá pojišťovací případ, kdy zapálí věc významné hodnoty či potopí loď nebo zavede loď na mělčinu (4) Soud může nařídít ochranný dohled.* V dalších částech trestního zákoníku je pak uveden trestný čin počítačového podvodu (§263a StGB), subvenční podvod (§264 StGB), investiční podvod (§264a StGB), pojišťovací podvod (§265 StGB), nepoctivé vylákání služeb (§265a StGB), kreditní podvod (§265b StGB) a zpronevěra (§266 StGB).

<sup>123</sup> Waltermann, R. *Sozialrecht*. 10. Vydání. Heidelberg: Müller 2012, 300 s.

<sup>124</sup> Waltermann, R. *Sozialrecht*. 10. Vydání. Heidelberg: Müller 2012, 300 s.

<sup>125</sup> Gemeinsamer Bundeszuschuss

<sup>126</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland

<sup>127</sup> Strafgesetzbuch. 22. Oddíl – Podvod a zpronevěra. [online]. Dostupný na <<http://dejure.org/gesetze/StGB/263.html>>

Informace o stavu a rozsahu podvodného jednání v systému zdravotní péče v Německu je možné získat jednak od samotných pojišťoven a jednak ze statistik orgánů činných v trestním řízení. Podobně jako v České republice jsou pojišťovny vybaveny oprávněním k provádění kontrol a revizí ve vztahu k vykázané zdravotní péči.<sup>128</sup> V souvislosti s novelizací tohoto zákona a modernizací systému zdravotního pojištění bylo pojišťovnám nařízeno zřízení kontrolních orgánů k zjišťování chyb v systému výkazů a účetních dokladů<sup>129</sup>. Je nutné zmínit, že o provedených kontrolách pojišťoven podobně jako v České republice neexistuje oficiální statistika a veřejně dostupné informace. Přesto však podle informací z veřejné zprávy prvního místopředsedy Spolkového sdružení lékařských pojišťoven z roku 2004 tvořila prokázaná škoda zjištěná při těchto revizích výkazů zaplacených zdravotních služeb celkem 16 miliónů Euro<sup>130</sup>. I statistiky orgánů činných v trestním řízení v Německu specificky nevidují trestné činy podvodu ve zdravotním systému. Podle roční zprávy Spolkového kriminálního úřadu z roku 2007 bylo v kategorii tzv. „úhradových podvodů“ registrováno prošetřování celkem 5 181 podezření ze spáchání tohoto trestného činu<sup>131</sup>.

Zajímavá je v této souvislosti i aktivita samotných pojišťoven. Tak například jedna z největších německých pojišťoven – Kaufmännische Krankenkasse – na svých internetových stránkách pravidelně uveřejňuje pravomocné rozsudky pro trestné činy podvodu, které byly zjištěny na základě kontrolní činnosti pojišťovny.<sup>132</sup> Podoba forem podvodu je stejná jako v ostatních státech, tzn. vykazování za péči, která nebyla poskytnuta, falešné vykazování zdravotní dopravy, navyšování vykázaných kilometrů zdravotní dopravy, falešné vykazování domácí péče apod.

Preventivní opatření proti různým formám podvodného jednání jsou různorodá, zahrnují opatření jak na úrovni federální a státní. Jedná se především o vzájemné propojení informačních zdrojů o vykazované péči a vzájemných účetních toků mezi pojišťovnou a poskytovatelem, stejně jako důslednou informační kampaň pro pacienty o způsobech

---

<sup>128</sup> § 106a SGB V. Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung.

<sup>129</sup> §§ 197a Abs.1 S.1, 81a Abs. 1 S.1 SGB V.

<sup>130</sup> Homan, D. *Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Godesberg: Forum Verlag, 2009. 408 s.

<sup>131</sup> Dostupné [online] na <[www.bka.de](http://www.bka.de)>

<sup>132</sup> Dostupné [online] <<http://www.kkh.de/files/3917.pdf>>

podvodného jednání. Na úrovni pojišťoven je to především posílení vlastní kontrolní činnosti. Navrhována je změna ustanovení zákona o sociálním pojištění v páté knize tak, že by pojišťovny byly povinny zasílat pravidelné kvartální vyúčtování poskytovaných zdravotních služeb a jejich výši skutečně proplacenou poskytovateli. Každý pojištěnec by tak měl možnost kontroly vykázaná péče ve srovnání s účtem, který získal od pacienta. Samozřejmě pojištěnec by rozdíl nebyl povinen hlásit, bylo by jen na jeho uvážení, aby tyto rozpory hlásil, což by však mohlo být kompenzováno ze strany pojišťovny jiným profitem, třeba v bonusu na pojistném v dalším pokračování zdravotního plánu. I německé trestní právo vyžaduje souhlas poškozeného s trestním řízením týkající se podvodu, resp. je vymezena struktura tzv. návrhových deliktů, kdy žalobu podává poškozený a státní zástupce je nečinný. Důležité je také zmínit, že německá právní teorie považuje podvod za tzv. delikt sebepoškozovací, tzn. že oběť spolupůsobí na vlastním sebepoškození, aniž by chápala toto sebepoškozovací jednání, které je překryto klamavým jednáním pachatele.<sup>133</sup>

### 6.3. Slovenská republika

Slovenská republika je v tomto výčtu zahrnuta zcela záměrně. Jednak je to náš nejbližší soused, až do roku 1993 s identickým vývojem nejen v oblasti práva, ale i zdravotní péče. Systém zdravotní péče a jeho právní úprava je ze všech zahraničních systémů nejbližší a nejpodobnější tomu českému. To samé platí i o trestněprávní ochraně před podvodným jednáním. Je to také země, která se potýká s trvalým nedostatkem financí pro zdravotnictví a problémy, které jsou v mnohém podobné, ne-li identické stavu v České republice.

Výdaje na zdravotní péči ve Slovenské republice dosáhly v roce 2011 5,36 miliard Euro, tedy zhruba 140 miliard Kč, což představovalo 7,7 % hrubého domácího produktu<sup>134</sup>. Stejně jako v České republice i slovenská Ústava<sup>135</sup> ustanovuje v článku 40 právo každého na ochranu zdraví a právo na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínky, které

---

<sup>133</sup> Wessels, J. Beulke, W. *Strafrecht. Allgemeiner Teil*. Heidelberg: C.F.Müller, 2012. 377 s.

<sup>134</sup> Pažitný, P. Výdavky na zdravotnictvo porovnatelné s OECD. [online]. Hpi.sk, 1. prosince 2011. Dostupné na <<http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/4903/vydavky-na-zdravotnictvo-porovnatelne-s-nbsp-oecd.html>>

<sup>135</sup> Ústava Slovenské republiky, zák.č. 460/1992 Zb.z.

stanoví zákon. Základní zákonnou úpravou systému je zákon č. 580/2004 Zb.z., o zdravotním pojištění, a zákon č. 576/2004 Zb.z., o zdravotní péči a službách souvisejících s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Rozsah zdravotní péče, která je hrazena na základě veřejného zdravotního pojištění a o úhradách za služby související s poskytováním zdravotní péče je vymezen zákonem, a to zákonem č. 577/2004 Zb.z., o rozsahu zdravotní péče hrazené na základě veřejného zdravotního pojištění a o úhradách za služby související s poskytováním zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů. Tím se tento liší od úpravy české, kde to bylo dáno normou podzákonou. Zde však byla situace podobná, než Ústavní soud SR svým náleznem ze dne 6. října 1994, sp. zn. Pl ÚS 7/94, zrušil na návrh generálního prokurátora tzv. Léčebný pořádek, a stanovil nutnost určení rozsahu zdravotní péče zákonnou normou.

Trestný čin podvodu je zařazen do čtvrté hlavy Trestného zákona, zák. č. 300/2006 Zb.z., označené jako trestné činy proti majetku. Skutková podstata všeobecné úpravy trestného činu podvodu je uvedena v § 221: *„(1) Kdo ke škodě cizího majetku sebe, nebo jiného obohatí tím, že uvede někoho v omyl, nebo využije něčího omylu, a způsobí tak na cizím majetku malou škodu, potrestá se odnětím svobody až na dva roky. (2) Odnětím svobody na jeden rok až pět let se pachatel potrestá, pokud spáchá čin uvedený v odstavci 1 a způsobí tím větší škodu. (3) Odnětím svobody na tři roky až deset let se pachatel potrestá, pokud spáchá čin uvedený v odstavci 1, a) a způsobí tím značnou škodu, b) ze zvláštního motivu, nebo, c) závažnějším způsobem jednání. (4) Odnětím svobody na deset až patnáct let se pachatel potrestá, pokud spáchá čin uvedený v odstavci 1, a) a způsobí tím škodu značného rozsahu, b) jako člen nebezpečného seskupení, nebo, c) za krizové situace.“*

*Objektem* skutkové podstaty trestného činu podvodu je cizí majetek bez ohledu na druh a formu vlastnictví. *Objektivní stránka* spočívá v uvedení v omyl, což je jednání, kdy pachatel předstírá okolnosti, které nemají základ v reálném stavu věcí, nebo využití omylu, kdy k jeho vyvolání nepřispěl pachatel, ale poté co ho zjistil, konal tak, že ke škodě cizího majetku sebe nebo jiného obohatil. *Škoda* je nejen zmenšení majetku, ale i ušlý zisk. Musí dosáhnout alespoň úrovně malé škody (malá škoda = suma převyšující 266 Euro, větší škoda = nejméně 2 660 Euro, značná škoda = nejméně 26 600 Euro, škoda velkého rozsahu = nejméně 133 000

Euro<sup>136</sup>). *Subjektem* je kdokoli. *Subjektivní stránka* ve formě úmyslu.<sup>137</sup> Speciální formy podvodu jsou upraveny samostatně a to úvěrový podvod (§ 222 TZ), pojišťovací podvod (§ 223 TZ), kapitálový podvod (§ 224 TZ) a také subvenční podvod (§225 TZ).

Vlastní formy podvodného jednání v systému zdravotní péče na Slovensku jsou velmi podobné těm u nás, tedy jako v jiných systémech. Jedná se především o podvodné vykazování péče, která nebyla poskytnuta, nebo v jiném rozsahu, dále falešné recepty či falešné vykazování dopravní služby apod.

V policejních statistikách jsou podvody podobně jako u nás řazeny mezi tzv. hospodářskou kriminalitu. Ani zde nejsou zvlášť evidovány trestné činy podvodu ve zdravotnickém systému, nebo ve zdravotnictví vůbec. Tak např. v roce 2006 bylo na Slovensku registrováno celkem 115 152 trestných činů, objasněno bylo v tomto období 53 245 trestných činů. Škoda, která byla způsobená touto trestnou činností, dosáhla 14,2 miliardy Sk. Hospodářských trestných činů bylo v tomto roce 19 168, tedy 16,6 % z celkového počtu registrovaných činů<sup>138</sup>.

Velmi zajímavé ve vztahu ke zdravotnictví jsou také zprávy slovenské pobočky Transparency International o vnímání korupce v tomto systému. Podle provedeného šetření v roce 2006 vnímalo 63% respondentů ve zdravotnictví za velmi rozšířené a časté, pouze 4% účastníků uvedlo, že úplatkářství v tomto systému neexistuje<sup>139</sup>. Díky této organizaci se však na Slovensku podařilo i na úrovni Ministerstva zdravotnictví SR, které jej podpořilo, prosadit zveřejňování vztahů mezi lékaři a farmaceutickými firmami jako ochrana proti konfliktu zájmu. Jedná se o zdroj informací o vztazích lékařů a farmaceutického průmyslu dostupný veřejnosti<sup>140</sup>. Dostupné jsou zde informace o výšce nepeněžních a peněžních příjmů zdravotnických pracovníků od farmaceutických firem hlášených pracovníky Ministerstvu zdravotnictví, dále seznamy účastníků zahraničních odborných akcí zveřejňované firmami na stránkách Národního centra zdravotnických informací<sup>141</sup>, seznamy probíhajících klinických hodnocení a seznam humánních léčivých přípravků. I když má tento projekt řadu velmi

---

<sup>136</sup> §§ 124-126 trestného zákona

<sup>137</sup> Mašlányová, D. a kol. *Trestné právo hmotné*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011. 496 s.

<sup>138</sup> Dianiška, G. a kol. *Kriminológia*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. 326 s.

<sup>139</sup> Protikorupčné minimum 2006. Transparency International Slovakia. [online]. Dostupné na <<http://transparency.sk/wp-content/uploads/2010/01/PKM2006.pdf>>

<sup>140</sup> Informace jsou dostupné na <<http://lekari.transparency.sk/oprojekte.php>>

<sup>141</sup> Informace dostupné na <<http://www.nczisk.sk/Pages/default.aspx>>



slabých míst, z nichž nejslabší je velmi malá spolupráce ze strany lékařů, kteří by si plnili svoji zákonnou oznamovací povinnost ve vztahu k farmaceutickým firmám, stejně tak informace získané od těchto firem mají často velmi zavádějící, či nicotnou vypovídající hodnotu, i takto je však tento projekt zajímavý a měl by být dále rozvíjen. A jistě může být jako vzor převzat i do podmínek České republiky.

## **6.4. Mezinárodní organizace zabývající se bojem proti podvodům v systémech poskytování zdravotní péče**

### **6.4.1. GHCAN – Global Health Care Anti-Fraud Network**

Posláním této organizace je podporovat partnerství a komunikaci mezi dalšími organizacemi s cílem snížit a eliminovat rozsah podvodného jednání v jednotlivých zdravotnických systémech po celém světě. Hlavními úkoly jsou zvyšování povědomí o problematice podvodů ve zdravotnictví, dále shromažďování a sdílení informací o rozsahu, trendech, faktech a škodách způsobených těmito podvody, dalším cílem je podpořit spolupráci při zlepšování mezinárodních standardů v prevenci, odhalování, vyšetřování a stíhání těchto podvodů a dále vytvoření speciálního školícího centra s cílem výchovy a dalšího vzdělávání odborníků na odhalování podvodů ve zdravotnických systémech.

Tato organizace byla založena kanadskou asociací (CHCAA), dále evropskou organizací boje proti podvodům ve zdravotnictví (EHFCN), organizací HFMU, britskou organizací HICFG a americkou společností NHCAA.<sup>142</sup>

### **6.4.2. CHCAA – The Canadian Health Care Anti-Fraud Association**

Společnost byla založena v roce 2000 s cílem podpořit aktivitu soukromých i státních organizací v boji proti podvodům v kanadském systému zdravotní péče. Úkolem je zlepšit fungování tohoto systému pomocí účinného odhalování podvodů a rozšíření boje proti podvodům s cílem zajistit integritu zdravotnického systému. Jedním z hlavních úkolů

---

<sup>142</sup> Informace dostupné online na < <http://www.ghcan.org/index.html> >

organizace je podpora rozvoje spolupráce mezi soukromými, veřejnými, národními pojišťovacími agenturami, poskytovateli zdravotní péče, spotřebiteli zdravotních služeb, státními regulačními orgány a orgány činnými v trestním řízení v boji proti podvodům v tomto systému<sup>143</sup>.

### **6.4.3 EHFCN – The European Healthcare Fraud & Corruption Network**

Byla založena v roce 2005 jako jediná evropská organizace zaměřená na boj proti podvodům a korupci ve zdravotnických systémech evropských zemí. Síť organizace představuje 25 členských sdružení v 15 evropských zemích, které poskytují zdravotní služby miliónům lidí po celé Evropě. Hlavním cílem je snížit rozsah podvodů a korupce ve zdravotnictví, kdy snížením ztrát může dojít k ochraně zdrojů využitelných k péči o nemocné. Tato organizace poskytuje informace, školení, nástroje a pomoc v boji proti této trestné činnosti jednotlivým svým členům a současně představuje platformu pro vzájemnou výměnu informací a zkušeností. Jedná se o neziskovou organizaci, jejíž fungování je zajištěno formou členských příspěvků. Sídlo je v Bruselu<sup>144</sup>.

Ve studii této organizace z roku 2010 se odborníci zabývali problematikou podvodů ve zdravotnictví Belgie, Francie, Nizozemí, Severního Irska, Norska, Polska, Slovinska a Skotska s cílem zjistit jakou finanční zátěž tato trestná činnost v těchto členských státech EU představuje<sup>145</sup>. Odhadovaná ztráta z důvodů podvodů byla v této studii stanovena na 57 miliard Euro. Byly odhaleny podvody s falšováním receptů a nesprávným vyúčtováním péče, což byly také nejčastější delikty z celkového počtu 4188 podvodů v celkem sedmi členských státech EU. Znepokojující byla i zjištění o příhraničním zneužívání zdravotních a sociálních služeb. Byl například zjištěn případ francouzského pacienta žijícího v Belgii, který pobíral 9 000 Euro měsíčně za léčbu, kterou neabsolvoval, a mezitím spokojeně žil v domě pro

---

<sup>143</sup> Informace dostupné online na <<http://www.chcaa.org/>>

<sup>144</sup> Informace dostupné online na <<http://www.ehfcn.org/>>

<sup>145</sup> Antašová, B. Zdravotní podvody stojí EU ročně 56 miliard eur [online].Euractiv.eu, 6. Října 2010. Dostupné na <<http://www.euractiv.sk/zdravotnictvo/clanok/zdravotne-podvody-stoja-eu-rocne-56-miliard-eur-016002>>

seniory. Na základě tohoto šetření se pak ve spolupráci s orgány činnými v trestním řízení a dalšími státními autoritami podařilo získat zpět odškodnění ve výši 8,5 miliónů Euro.

Zástupcem v této organizaci za Českou republiku je od roku 2011 Všeobecná zdravotní pojišťovna.

#### **6.4.4. HFMU – The Healthcare Forensic Management Unit**

Fungování této organizace bylo zahájeno v srpnu 2003 pod hlavičkou představenstva skupiny plátců zdravotní péče Jižní Afriky. Cílem organizace je omezit incidenci podvodů a jiného nevhodného chování ve zdravotnickém systému s cílem výrazně snížit narůstající spirálu nákladů na zdravotní péči v rámci soukromého sektoru zdroje financování Jihoafrické republiky. Organizace se nezaměřuje pouze na spolupráci s poskytovateli zdravotní péče, ale i zaměstnanci, lékaři a makléři pojišťovacích ústavů. Tato organizace v současnosti sdružuje cca 93% všech účastníků zdravotního systému Jižní Afriky, má silnou podporu státních úřadů, statutárních rad i profesních organizací. Jejich účast zajišťuje, že procesy zkoumání a vyšetřování podvodů jsou rovné a spravedlivé vůči všem účastníkům tohoto systému.<sup>146</sup>

#### **6.4.5. HICFG – The Health Insurance Counter Fraud Group UK**

Jedná se o část iniciativy zaměřené na prevenci a odhalování podvodů v rámci poskytování zdravotní péče a zdravotního pojištění ve Velké Británii. Členskou základnu této organizace tvoří zdravotní pojišťovny, je podporována Asociací britských pojistitelů. Její činnost je zaměřena na profesionální a odborný přístup s cílem minimalizovat podvody v rámci privátního zdravotního pojištění a rozšiřování profesních zkušeností odborníků na odhalování podvodů. Organizace se také zavázala zvýšit refundace a profit společnosti z boje proti podvodům ve zdravotní péči Velké Británie<sup>147</sup>.

---

<sup>146</sup> Informace dostupné na <<http://www.bhfglobal.com/>>

<sup>147</sup> Informace dostupné na <<http://www.hicfg.com/>>

#### **6.4.6. NHCAA – The National Health Care Anti-Fraud Association**

Organizace byla založena již v roce 1985 sdružením několika zdravotních pojišťoven a zástupci federální a státních administrativ. NHCAA je jediná organizace v USA, která se zabývá výhradně bojem proti podvodům ve zdravotnickém systému. Jejím posláním je chránit a sloužit veřejnému zájmu s cílem zvýšit povědomí a zlepšit odhalování, vyšetřování, stíhání a předcházení podvodům v systému. Od svého založení si tato organizace udržuje exkluzivitu propojení mezi soukromými pojišťovnami, poskytovateli zdravotní péče i spotřebiteli, a federálními, státními i lokálními orgány výkonu a kontroly zákonnosti i orgány činnými v trestním řízení při vyšetřování zločinu podvodu ve zdravotnickém systému<sup>148</sup>.

#### **6.4.7. Komunitární právo a boj proti podvodům**

Na úrovni Evropské komise dosud neexistuje jednotný právní rámec, který by se týkal exkluzivně pouze problematice podvodného jednání ve zdravotnictví. Evropská komise však velmi úzce spolupracuje s výše uvedenou evropskou organizací EHFCN, včetně finanční podpory jejich projektů. Již v roce 2004 tato organizace za podpory programu AGIS z rozpočtu Evropské Komise – Generálního ředitelství spravedlnosti a vnitřních vztahů vydala deklaraci boje proti podvodům a korupci ve zdravotnictví, ve které se uvádí: „Ti, kteří přijali tuto deklaraci, souhlasí s těmito cíli: 1/ vytvořit reálné kultivované prostředí boje proti podvodům a korupci v systému poskytování zdravotní péče jak u plátců, tak poskytovatelů a spotřebitelů zdravotní péče; v čele tohoto cíle je vytvoření povědomí o dané problematice a její chápání širokou veřejností, 2/ zveřejněním podvodných a korupčních kauz účinně informovat veřejnost a působit preventivně na případné potenciální pachatele této kriminální činnosti, 3/ vytvoření detekčních systémů, které budou schopny rychle odhalit tuto trestnou činnost napříč členskými státy EU, 4/ zajistit výchovu odborníků, jež budou schopni profesionálně vyšetřit tuto trestnou činnost, 5/ na národní úrovni prosazovat účinné ukládání sankcí a pokut za tuto trestnou činnost a jejich cílené vymáhání, 6/ zajištění finanční náhrady škody z této trestné činnosti a její refundací zpět do systému financování zdravotní a sociální

---

<sup>148</sup> Informace dostupné na <<http://www.nhcaa.org/>>

péče, 7/ vytvoření celoevropského informačního systému o počtu a formách této trestné činnosti, stejně jako rozsah odškodnění a formy trestů a sankcí.“<sup>149</sup>

Přestože jsou informace o této problematice v posledních letech projednávány a zveřejňovány na různých úrovních a odborných konferencích „jako mantra“, přesto však reálný posun a vytvoření jednotného legislativního rámce na komunitární úrovni nebylo provedeno. Organizace EHFCN ve své zprávě pro Evropskou komisi z roku 2009 především upozorňuje na existenci nových modelů podvodného jednání v systému zdravotní péče, která souvisí především s mobilitou pacientů ve zdravotních systémech jednotlivých členských států i států stojících mimo EU. „Podle názoru EHFCN současný právní rámec dostatečně nereaguje na změny v poskytování zdravotní péče v jednotlivých členských státech EU a nereaguje především na příhraniční výměnu pacientů a s tím související výměnu informací, které by mohly sloužit jako důkazy o podvodném jednání v těchto systémech. Navrhovanými opatřeními jsou 1/ vytvoření bilaterálních či multilaterálních mezinárodních smluv o sdílení dat (příkladem může být dohoda Francie a Belgie – CNAMTS a INAMI o výměně osobních dat ad hoc při podezření ze spáchání trestného činu podvodu či korupce ve zdravotnictví, 2/ vyjasnění a vytvoření jednotného informačního kanálu předávání a sdílení informací na existujících platformách : Europol, Evropský informační systém rejstříků trestů (ECRIS) apod. 3/ vytvoření nové agentury pro sdílení informací, která by mohla být i certifikační autoritou pro certifikaci poskytovatelů příhraniční zdravotní péče.“<sup>150</sup>

Již dlouhou dobu však Evropská komise bojuje s obecnými podvody a především podvodům proti finančním zájmům EU, což je hlavní náplní speciálního útvaru OLAF – Evropského úřadu pro boj proti podvodům<sup>151</sup>. Článek 325 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU) vyžaduje, aby Komise a členské státy bojovaly proti podvodům a jiným protiprávním jednáním ohrožujícím finanční zájmy Unie. Předcházení podvodům a jejich

---

<sup>149</sup> EHFCN. The European Healthcare Fraud and Corruption Declaration. Dostupné online na <[www.csd.bg/fileSrc.php?id=1286](http://www.csd.bg/fileSrc.php?id=1286)>

<sup>150</sup> EHFCN. Response to European Commission Consultation On The Legal Framework For The Fundamental Right To Protection Of Personal Data. Dostupné online na <[http://ec.europa.eu/justice/news/consulting\\_public/0003/contributions/organisations/ehfcn\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/news/consulting_public/0003/contributions/organisations/ehfcn_en.pdf)>

<sup>151</sup> Podle nařízení (ES) č. 1073/1999 úřad OLAF „přispívá k vytváření a rozvoji metod boje proti podvodům i proti jakékoli jiné nedovolené činnosti poškozující finanční zájmy Evropského společenství.“ Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 1073/1999 ze dne 25. května 1999 o vyšetřování prováděném Evropským úřadem pro boj proti podvodům (OLAF), článek 1 (Úř. věst. L 136, 31.5.1999, s. 1).

odhalování je proto obecnou povinností všech útvarů Komise v rámci jejich každodenních činností, při kterých jsou využívány její finanční zdroje. Ve sdělení Evropské komise ze dne 24. června 2011, KOM(2011) 376, o strategii Komise proti podvodům, jsou uvedeny její hlavní cíle a zásady: „Hlavní základní zásady a cílová úroveň politiky Komise v této oblasti jsou následující: 1. *Etika*. Komise a ostatní orgány odpovědné za správu finančních prostředků EU musí dodržovat nejvyšší normy etického chování a bezúhonnosti. Jejich zaměstnanci musí tyto normy dodržovat a musí být vhodně proškoleni, jak co se týče rizik vzniku podvodů, tak potřeby proti nim bojovat.

2. *Zvýšená transparentnost*. Jde o důležitý nástroj v boji proti podvodům. Příslušné informace týkající se používání finančních prostředků EU by měly být v co nejvyšší možné šíře dostupné ve formátu, který lze podrobit kontrole, srovnání a analýze pro účely boje proti podvodům, při dodržení příslušných pravidel o ochraně údajů.

3. *Předcházení podvodům*. Návrh programů výdajů je první fází účinného předcházení podvodům. Proto bude v případě potřeby do studie proveditelnosti a posouzení dopadů zahrnuta analýza potenciálního ohrožení podvodem. Ve fázi provádění programů by měly nákladově efektivní monitorovací a kontrolní mechanismy založené na rizicích zajistit omezení příslušného rizika vzniku podvodů.

3. *Účinná vyšetřovací kapacita*. Pro účinné odhalování a vyšetřování podvodů jsou důležité vhodné nástroje a podněty. Při podezření z podvodu potřebují mít orgány zabývající se bojem proti podvodům diskretní přístup k nezbytným informacím ve spolupráci s orgány a subjekty dotčenými auditní stopou a v souladu s platnými předpisy. Navíc dotyčné orgány a subjekty potřebují od vyšetřujícího orgánu vhodné a včasné informace, aby mohly učinit předběžná opatření a zabránit přetrvávání jakýchkoli nesrovnalostí nebo podvodů, které mají dopad na rozpočet EU. Oznamovatelé, svědkové a informátoři potřebují snadné, bezpečné a rychlé postupy pro ohlašování podvodů.

4. *Sankce*. Spravedlnosti musí být dosaženo řádným postupem a v přiměřené době. Postupy musí umožňovat řádný postup na vysoké úrovni při využití mechanismů, které umožňují provést rychlé a nezávislé opatření. Vedle přiměřených sankcí musí být odsouzeným osobám a osobám, jimž byla uložena administrativní sankce, účinně odebrány zisky, které nabyly v důsledku trestného činu, a zpronevěřené prostředky musí být navraceny.

5. *Dobrá spolupráce mezi interními a externími aktéry*. Pro účinný boj proti podvodům je předpokladem zejména dobrá spolupráce mezi EU a odpovědnými vnitrostátními orgány a

mezi útvary dotyčných orgánů. Komise bere v úvahu důležitou úlohu svých partnerů při provádění, zejména v rámci systémů sdíleného řízení.<sup>152</sup>

Tyto všeobecné cíle se jistě dají využít i pro potřeby boje proti podvodům ve zdravotnictví a mohou být obecným základem pro vytvoření této strategie na úrovni orgánů EU.

---

<sup>152</sup> KOM(2011) 376 ze dne 24. června 2011: SDĚLENÍ KOMISE EVROPSKÉMU PARLAMENTU, RADĚ, EVROPSKÉMU HOSPODÁŘSKÉMU A SOCIÁLNÍMU VÝBORU A VÝBORU REGIONŮ A ÚČETNÍMU DVORU O STRATEGII KOMISE PROTI PODVODŮM {SEK(2011) 791 v konečném znění}

## 7. Přehled opatření k vyhledávání podvodů v systému zdravotní péče České republiky a jejich prevence

### 7.1. Aktuální stav prostředků boje proti podvodům ve zdravotnictví

#### 7.1.1. Centrální úroveň

Na začátek je potřebné říci, že v současné době na centrální úrovni, tedy na úrovni Ministerstva zdravotnictví ČR či Vlády ČR jako celku, neexistuje ucelená koncepce, která by se zabývala problematikou podvodů v našem zdravotnickém systému.

Ministerstvo zdravotnictví se zabývalo jen strategií proti korupci ve zdravotnictví a to v podobě příkazu ministra z roku 2012. Ten byl nahrazen novým příkazem č. 3/2013 ze dne 25. ledna 2013 a obsahuje tzv. „protikorupční strategii Ministerstva zdravotnictví České republiky pro přímo řízené organizace<sup>153</sup>“. Zahrnuje především opatření ve vztahu k zadávání veřejných zakázek dle zákona č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů, a také pravidla vztahů mezi organizacemi a dalšími subjekty. Velmi důležitá je první snaha ministerstva nějakým vhodným způsobem regulovat vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a jejich dodavateli, především farmaceutickými firmami. Jedná se tak vůbec o první pokus limitovat alespoň částečně zažitou praxi sponzoringu lékařů a tzv. „kongresové turistiky“, kdy lékaři na náklady farmaceutické firmy, která zajistila kompletní servis, často

---

<sup>153</sup> Přímou řízené organizace MZ ČR jsou: Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Ostrava, Fakultní nemocnice Plzeň, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnice v Motole, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, Endokrinologický ústav, Masarykův onkologický ústav, Nemocnice Na Homolce, Thomayerova nemocnice, Nemocnice Na Bulovce, Revmatologický ústav, Ústav hematologie a krevní transfuze, Ústav pro péči o matku a dítě, Psychiatrická léčebna Horní Beřkovice, Psychiatrická léčebna Brno, Psychiatrická léčebna Bílá Voda, Psychiatrická léčebna Bohnice, Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, Psychiatrická léčebna Havlíčkův Brod, Psychiatrická léčebna Jihlava, Psychiatrická léčebna Kosmonosy, Psychiatrická léčebna Šternberk, Psychiatrická léčebna v Dobřanech, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Psychiatrická léčebna v Opavě, Psychiatrické centrum Praha, Dětská lázeňská léčebna Lázně Kynžvart, Dětská psychiatrická léčebna Opařany, Dětská psychiatrická léčebna se sídlem ve Velké Bíteši, Dětská psychiatrická léčebna v Lounech, Rehabilitační ústav Hrabyně, Rehabilitační ústav Kladruby, Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí Janov, Institut klinické a experimentální medicíny, Koordinační středisko transplantací, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy, Zdravotní ústavy, Krajské hygienické stanice, Národní lékařská knihovna, Státní zdravotní ústav, Zdravotnické zabezpečení krizových stavů, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, BALMED Praha, státní podnik; Státní léčebné lázně Bludov, státní podnik; Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik; Státní léčebné lázně Karlova Studánka, státní podnik.



včetně kapesného, cestovali po různých koutech světa, pod rouškou touhy po odborném vzdělání na jinak významném kongresovém setkání odborníků v daném oboru. Ministerstvo limituje tyto vztahy takto: „1) Přímou řízenou organizací ministerstva nesmí přijímat sponzorské dary, účelově vázané na konkrétní oddělení a osobu ve formě úhrady pracovní cesty, či úhrady nákladů spojených s účastí na odborných akcích apod., a to od právnických, či fyzických osob, které jsou zároveň uchazeči, či dodavateli veřejných zakázek touto organizací realizovaných. Výjimkou jsou dary do zvlášť zřízených fondů na podporu vzdělávání zaměstnanců, spravovaných vedením příspěvkové organizace. 2) Veškeré množstevní a další bonusy, týkající se konkrétního obchodního závazkového vztahu, budou přesně specifikovány v příslušné smlouvě. 3) O všech finančních a materiálních sponzorských darech, jejichž hodnota přesáhne 100 tis. Kč, (v případě darů od jednoho dárce, jejichž hodnota nedosahuje 100 tis. Kč, rozhoduje hodnota všech darů celkem) bude informován věcně příslušný odbor ministerstva (odbor finanční) v rámci pravidelného ekonomického reportingu. 4) Je nepřijatelné, aby zaměstnanci přímo řízených organizací, kteří se přímo nebo nepřímo podílí na rozhodování při zadávání veřejné zakázky, prováděli činnosti ve prospěch právnických či fyzických osob, které jsou zároveň uchazeči, či dodavateli veřejné zakázky, u kterých je organizace zadavatelem. 5) Veškeré sponzorské dary přijaté přímo řízenou organizací budou zveřejňovány na jejích webových stránkách.“<sup>154</sup>

Ministerstvu zdravotnictví se také podařilo prosadit, dle mého názoru, významný prvek v boji proti podvodům s recepty, a to jeho elektronickou formu, která bude povinná od 1. ledna 2015.<sup>155</sup>

Naproti tomu některé původně dobře míněné projekty, jež měly zabránit podvodům a zneužívání péče, ztroskotaly a samy se staly jedním velkým podvodem. Mám na mysli projekt IZIP, tedy Elektronická zdravotní knížka, provozovaný společností IZIP a.s. od roku 2001. Projekt, jehož majoritním vlastníkem byla VZP, stál tuto pojišťovnu zhruba 1,8 miliardy Kč. Spočíval ve vytvoření elektronických zdravotních knížek, tedy sdílení zdravotních údajů jednotlivých pacientů na centrálním úložišti, které bylo dostupné z internetového rozhraní prakticky kdekoliv. Tyto knížky obsahovaly údaje o předchorobí nemocného, užívané léky, zaplacené doplatky na léky či regulační poplatky, ale také objem vykázané péče na účtu pojištěnce. Nakonec byl tento projekt pro svou nehospodárnost a extrémní prodražení

---

<sup>154</sup> Článek 3 Příkazu ministra zdravotnictví ČR č.3/2013 ze dne 25. ledna 2013. Dostupný online na [http://www.mzcr.cz/dokumenty/protikorupcni-strategie-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republiky\\_4627\\_846\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/protikorupcni-strategie-ministerstva-zdravotnictvi-ceske-republiky_4627_846_1.html)

<sup>155</sup> novela zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění zákona č. 70/2013

ministrem Hégrem v roce 2011 zastaven. V současné době je tento projekt stále prošetřován orgány činnými v trestním řízení na základě trestního oznámení bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hégra.<sup>156</sup>

V roce 2010 a 2011 se také hospodařením velkých fakultních nemocnic zabýval Nejvyšší kontrolní úřad České republiky, který ve svém kontrolním závěru ze dne 27. května 2013, kontrolní akce č. 12/23, projednaném vládou ČR pod č.j. 968/13, uvádí: „ Nejvyšší kontrolní úřad se zaměřil na hospodaření čtyř fakultních nemocnic v letech 2010 a 2011 – Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice Olomouc, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Všechny čtyři nemocnice dosáhly v kontrolovaném období vyrovnaného hospodaření s mírným přebytkem, tři z nich snižovaly ztrátu z minulých let. NKÚ sledoval náklady na léčiva a zdravotnické prostředky, které v jednom roce dosáhly až 41,9 procenta celkových nákladů nemocnice. Kontroloři se mimo jiné zaměřili na ceny, za které nemocnice nakupovaly léčiva. V kontrolovaných letech za ně zaplatily celkem 8,5 miliardy korun. Výběrových řízení a elektronických aukcí přitom nemocnice využívaly při nákupu léčiv spíše výjimečně. Kontrolované nemocnice uzavřely písemné smlouvy o nákupu léčiv jen s malým počtem dodavatelů. Jedna nemocnice nakupovala léčiva od více než 230 dodavatelů, přitom rámcové kupní smlouvy uzavřela jen se třemi z nich. Ostatní léky nakoupila na základě e-mailových, faxových nebo telefonických objednávek. Bez písemné smlouvy tak například dvě kontrolované fakultní nemocnice nakoupily v letech 2010 a 2011 léčiva za 280 milionů korun. Kontroloři tak nemohli prověřit, zda fakturovaná cena odpovídala ceně sjednané. Kontroloři srovnali na základě jednotlivých faktur ceny antibiotika Augmentin, heparinu Clexane a některých tzv. centrových léků, tedy léčiv poskytovaných na specializovaných pracovištích. U antibiotika prověřili jeho osm variant a cenové rozdíly odhalili u sedmi z nich. Nejvýraznější rozdíl byl 359,8 koruny za balení – cena jednoho balení se tedy pohybovala od 220 do 580 korun. U nízkomolekulárního heparinu se zaměřili na jeho čtyři varianty a s cenovými rozdíly se setkali u tří z nich. Nejvyšší rozdíl činil 2 177 korun za balení, jedno balení tedy stálo od 2 732 do 4 909 korun. Za centrové léky zaplatily kontrolované nemocnice v letech 2010 a 2011 celkem více než 5 miliard korun. Kontroloři srovnávali 63 shodných centrových léků. Nejvýraznější cenový rozdíl, který odhalili, byl 33 264 korun za jedno balení. Tentýž lék tedy nemocnice nakoupily

---

<sup>156</sup> ČTK. Protikorupční policie vyšetřuje projekt IZIP. Pojišťovna kvůli němu ztratila stamilióny.[online].parlamentnilisty.cz., 27. Prosince 2012. Dostupné na <<http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Protikorupcni-policie-vysetruje-projekt-IZIP-Pojistovna-kvuli-nemu-ztratila-stamiliony-258063>>

za cenu od 95 841 do 129 105 korun za jedno balení. Jeden dodavatel přitom prodával tentýž lék do různých fakultních nemocnic za různé ceny – ty se lišily až o 10 527 korun za jedno balení, tedy o 62,6 procenta. U zdravotnických prostředků se kontrola zaměřila na ceny vybraných kardiostimulátorů a kardioverterů, za které kontrolované nemocnice v letech 2010 a 2011 zaplatily celkem více než miliardu korun. Dvě nemocnice přitom nakoupily kardiostimulátory a kardiovertery za nejméně 342 milionů korun bez písemné smlouvy. Cena stejného kardiostimulátoru od jednoho dodavatele se mezi nemocnicemi lišila až o 83 405 korun za jeden kus, cena se pohybovala od 84 755 do 168 160 korun za jeden přístroj. Kardiovertery kupovaly nemocnice např. od jednoho dodavatele s cenovým rozdílem až 520 tisíc korun za kus. Tentýž kardioverter tedy stál od 630 tisíc do 1,15 milionu korun.“

Zde tedy NKÚ vyjádřil jisté pochybnosti při efektivnosti nákupu a dodávek jak služeb, tak jednotlivých léčivých prostředků a léčebných pomůcek. Neshledal přitom však žádné zásadní pochybení. Dotčené nemocnice pak ve společném prohlášení uvedly, že závěry šetření pochází z let 2010 a 2011, kdy elektronické aukce byly využívány minimálně. Naopak nyní jsou běžně používaným typem výběru dodavatele a prokázalo se, že tyto zejména v případě dodávek služeb a energií, jsou velmi efektivní a přinesly značné úspory ve výdajích těchto nemocnic. Naopak kriticky je nutné pohlížet na nález NKÚ ve vztahu k nákupu léčiv a léčebných prostředků. Zde je nutné zdůraznit, že jednotlivé nemocnice mají uzavřeny s dodavateli těchto komodit samostatné smlouvy, které jsou výsledkem jedinečného kontraktačního ujednání mezi ní a dodavatelem. Často bývají ovlivněny řadou faktorů a to především skladbou pacientů, kteří se mohou v jednotlivých nemocnicích lišit, dále pak objemem nasmlouvané dodávky a především rozsahem a úrovní rabatu (množstevních slev) a dodržení smluvních ujednání, které výslednou cenu mohou ovlivnit i v řádu jednotek. Nicméně lze tuto zprávu hodnotit jako pozitivní a její závěry mohou pomoci ke zlepšení současného stavu a ke zvýšení efektivity nákupů i hospodaření nemocnic a otevírají se zde možnosti vzájemného srovnání a optimalizace cen nakupovaných komodit.<sup>157</sup>

### **7.1.2. Orgány činné v trestním řízení**

Jak již bylo řečeno, neexistuje v současnosti informační zdroj, který by sledoval vyšetřování explicitně jen podvodných jednání ve zdravotnictví. Musíme tak vycházet z obecných údajů. Neexistuje ani specifický detekční program, který by orgánům činným

---

<sup>157</sup> Tiskové prohlášení fakultních nemocnic ke zprávě NKÚ. 30. července 2013. Dostupné online na <<http://www.vfn.cz/novinky/vyjadreni-ke-zprave-nku.html>>

v trestním řízení na základě zásady ofiiciality umožňoval spustit prověřování jednání z vlastní iniciativy. Vždy se jedná se o podnět, tedy trestní oznámení, od poškozeného.

### 7.1.3. Zdravotní pojišťovny

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR se stala v roce 2011 členem organizace EHFCN a spustila na svých internetových stránkách i ostatních informačních kanálech kampaň s cílem zvýšit povědomí veřejnosti o způsobech a typech podvodného jednání při poskytování zdravotní péče a vyzvala je, aby tyto aktivně oznamovala a podílela se tak na jejich odhalování. Tato kampaň v souladu s cíli EHFCN není určena jen pacientům („Odmítejte dávat úplatky, poplatky za usnadnění, nebo urychlení přístupu ke zdravotní péči, nebo dary! Nikdy neprozrazujte své osobní údaje osobám, které neznáte – včetně rodného čísla či čísla bankovních účtů, platebních karet! Nechejte se ošetřovat jen svým osobním lékařem, nemocnicí, či klinikou, jen oni by vám měli doporučovat další specializovaná vyšetření! Dříve, než si na internetu zaplatíte různé zajímavé „všeléky“, poraďte se se svým lékařem! Máte-li podezření na jakýkoliv podvod ve zdravotnictví, nebo sociálních službách, oznamte to své pojišťovně! Požadujte informace o nákladech na Vaši léčbu!), ale i poskytovatelům zdravotních služeb (Odmítejte přijímat dárky, úplatky za ulehčení přístupu ke zdravotní péči! Udržujte ekonomickou stabilitu Vašeho zařízení tím, že budete dodržovat zásadu nulové tolerance vůči korupci! Oznamujte korupci!) a také pro dodavatele (Zajistěte, aby společnosti poskytující zdravotní péči dodržovaly mezinárodně uznávané a osvědčené postupy pro služby a dodávky, které přináší prospěch všem! Nekompromisně prosazujte protikorupční opatření a k zajištění jejich dodržování používejte nezávislých auditorů! Podporujte rozvoj ekonomické stability tím, že sami budete uplatňovat nulovou toleranci vůči korupci a podvodům! Hlaste případy korupce!).<sup>158</sup>

Tímto významným krokem se tato největší tuzemská pojišťovna připojila k celosvětové kampani boje proti těmto formám trestné činnosti s cílem chránit finanční zdroje určené k péči o zdraví obyvatel.

Nejvýznamnější složkou aktivního vyhledávání podvodného jednání ve vztahu pojišťovna a spotřebitel, resp. poskytovatel zdravotní služby jsou pravidelné kontroly a revize revizními lékaři tak, jak již bylo uvedeno v páté části. VZP ČR nyní testuje na základě vyhodnocování

---

<sup>158</sup> Dostupné na stránkách VZP ČR. <<http://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/kampan-proti-podvodum-ve-zdravotnictvi>>

výkazů poskytnuté zdravotní péče dodané lékaři i aktivní vyhledávání podezřelých transakcí, které se v dodaných materiálech objevují nápadně pravidelně či s pravidelnou četností. Na základě toho se podařilo v systému objevit v tomto roce celkem 90 lékařů, kteří opakovaně šest let po sobě vykazují VZP, že u každého svého pacienta udělali 4 a více amalgamových plomb. Jedna zubní amalgamová plomba hrazená pojišťovnou stojí 220 korun. Z dostupných čísel je přitom možné předpokládat, že průměrný zubař má cca 400 pacientů. Zatímco většina zubařů těmto pacientům pomocí plomby opraví necelých 400 zubů za rok, skupina nepoctivců tvrdí, že za rok použije 1600 plomb. U každého z necelé stovky podezřelých zubařů se tak každoročně ve vzduchoprázdnu vznáší přibližně 1200 plomb, které pravděpodobně nikdy nepoužili. Tímto způsobem si zmíněná skupina stomatologů naučtuje až 25 milionů korun ročně navíc. Na každého z nich tak připadá více než 270 tisíc podezřele získaných korun rok co rok. Nyní tyto údaje prošetřují orgány činné v trestním řízení.<sup>159</sup>

## **7.2. Preventivní opatření a návrhy směřující k posílení ochrany proti podvodnému jednání v systému poskytování zdravotní péče**

Prevence kriminality obecně je jedním ze základních úkolů právního státu a spočívá v předcházení trestné činnosti a zabezpečení veřejného pořádku. Prevence kriminality má mnoho definic. Podle Kaisera<sup>160</sup> se jedná o soubor všech státních a společenských opatření, strategie a sankce, které směřují ke konformitě chování v trestněprávně chráněné oblasti norem. Zajímavá je také definice uvedená ve slovenském zákonu o prevenci kriminality a jiné protispolečenské činnosti<sup>161</sup>, kde se prevence kriminality označuje za cílevědomé, plánovité, koordinované a komplexní působení na příčiny a podmínky, které vyvolávají anebo umožňují kriminalitu a jinou protispolečenskou činnost s cílem jejímu předcházení, potlačení a zamezení. Definice přijatá na 12. Kongresu OSN o prevenci kriminality a trestní justici z 12. dubna 2010 v brazilském Salvadoru, zní: „Prevence kriminality zahrnuje veškerá opatření ke snižování rizika výskytu trestných činů, jakož i jejich škodlivých důsledků pro jednotlivce a společnost, včetně strachu z kriminality. Prevence kriminality se snaží působit na různorodé

---

<sup>159</sup> Soukup, J. Velká zubní loupež? [online]. Mediafax.cz, 30. srpna 2013. Dostupné na <<http://mediafax.nova.cz/clanek/finance/velka-zubni-loupez-podivejte-se-jak-si-skupina-zubaru-prisla-na-stovky-milionu.html>>

<sup>160</sup> Kaiser, G. *Kriminologie*. Praha: C.H.Beck. 1994. 268 s.

<sup>161</sup> § 3 zák. č. 583/2008 Z.z., o prevencii kriminality a inej protispoločenskej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ve znění pozdějších předpisů

příčiny kriminality. Prosazování práva a trestní sankce jsou v této souvislosti ponechávány stranou, navzdory jejich potenciálně preventivním účinkům.<sup>162</sup>

Základním dokumentem, který se v České republice zabývá problematikou prevence kriminality je Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015<sup>163</sup>, která stanovuje hlavní cíle této prevence a to: *1/ snižování míry a závažnosti trestné činnosti a zvyšování pocitu bezpečí občanů, 2/ snížení delikventní činnosti u cílových skupin definovaných ve Strategii, nebo její ochrana, 3/ efektivní a koordinovaný systém prevence kriminality, 4/ komplexní přístup v komunitách postavený na spolupráci obce, Policie ČR a dalších subjektů.* Na úrovni spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví je uvedeno: „Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „MZ“) je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti, zacházení s návykovými látkami, přípravky, prekursory a pomocnými látkami, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod, léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotní pojištění a zdravotnický informační systém, pro používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh. Ve vztahu k prevenci kriminality bude MZ, které je členem Republikového výboru, spolupracovat zejména v oblastech návykových látek a péče o děti. Při plnění cílů Strategie se zaměří zejména na: oslabování rizikových faktorů, které přispívají k výskytu delikventního jednání a snížení výskytu delikventní činnosti u cílových skupin definovaných ve Strategii, nebo jejich ochrana.“

Tradičně se prevence dělí na primární, sekundární a terciální. Primární prevence kriminality zahrnuje všeobecné preventivní působení na občany, situace a objekty a je určena co nejširším masám adresátů. Sekundární prevence je již určena potenciálním pachatelům a potenciálním obětem trestných činů. Je orientována na rizikové osoby, které se za určitých okolností mohou stát pachateli nebo oběťmi trestných činů. Terciální prevence je určena konkrétním pachatelům s cílem zabránit recidivě jejich trestné činnosti a obětem poskytnout náležitou pomoc.<sup>164</sup>

---

<sup>162</sup> Tuto definici zmiňuje i Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015 schválenou usnesením vlády ČR dne 14. prosince 2011, č.925

<sup>163</sup> Strategie prevence kriminality v České republice na léta 2012 až 2015 schválená usnesením vlády ČR dne 14. prosince 2011, č.925

<sup>164</sup> Kaiser, G. *Kriminologie*. Praha: C.H.Beck, 1994. 268 s.

Pro potřeby této práce bych zůstal u dělení opatření podle úrovně a typu účastníka vztahů v systému poskytování zdravotní péče, tzn. na úrovni centrální, tj. regulátora, úrovni plátce, tj. pojišťovny, úrovni orgánů činných v trestním řízení a poskytovateli zdravotní služby a jejího příjemce.

### **7.2.1. Úroveň centrální - regulační**

Nejdřív musím konstatovat, že podle mého názoru je česká hmotněprávní úprava trestného činu podvodu podle § 209 tr. zák. dostatečná a představuje širokou a všeobecnou ochranu společnosti proti této trestné činnosti a to i v oblasti podvodů v systému poskytování zdravotní péče. Obsahuje i možnost zákazu činnosti, což podle zahraničních studií<sup>165</sup> je rozhodujícím faktorem zabraňujícím recidivě tohoto trestného činu.

Hlavním úkolem ministerstva a potažmo celé vlády by mělo být minimalizovat příležitost. Každá příležitost je potenciálním podhoubím trestné činnosti a je nutné zdůraznit, že příležitostí je v neprůhledném a nerovném způsobu financování zdravotní péče v ČR spousta. Není předmětem této práce nabízet řešení pro tento klíčový a krizový resort, který je předmětem politického boje (a často velmi laciného). Ostatně těžko hledat politika, či voliče, který by k řešení problému tohoto resortu neměl názor. Zajímavé je čekat, kdy se konečně objeví někdo, kdo bude mít odvalu a politickou sílu prohlásit, že řešením není neustálé dofinancování dluhu systému, ale nabídnout účinné mechanismy, jak účelně využívat prostředky, které jsou v systému nyní, a jak je ochránit před zneužitím, potažmo před podvodem a korupcí.

Hlavní preventivní návrhy s cílem omezit podvody ve zdravotnictví jsou dle mého názoru tyto:

1. pokračovat v kultivaci a průhlednosti financování zdravotnického systému,
2. pokračovat ve sbližování a sjednocování základní sazby v rámci DRG systému a odbourat tak diferenciaci mezi jednotlivými poskytovateli, tu nahradit bonifikací za typ zařízení a strukturu poskytované péče,
3. pokračovat v procesu elektronizace zdravotnictví a sdílení dat s přístupem centrálního regulátora,

---

<sup>165</sup> Homan, D. *Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Godesberg: Forum Verlag, 2009, 409 s.

4. stanovit zákonem rozsah tzv. „standardu“ v rámci veřejného zdravotního pojištění a „nadstandardu“,
5. pokračovat ve stanovení minimálního personálního a technického vybavení jednotlivých poskytovatelů s kontrolou kvality s cílem odstranit ze systému ty poskytovatele, které je nesplňují,
6. zabránit dalšímu nadužívání služeb centrálním schvalováním nákupu drahé zdravotnické techniky (Da Vinci systém, magnetická rezonance, PET CT – pozitronová emisní tomografie v kombinaci s počítačovou tomografií apod.)
7. zajistit změnu legislativy tak, aby Nejvyšší kontrolní úřad ČR mohl provést kontrolní šetření racionálního využívání prostředků z veřejného zdravotního pojištění i u jiných, než jen ministerstvem přímo řízených organizací, tedy i u krajských a soukromých zdravotnických zařízení, pokud je jejich výhradním (nebo v převážné většině) zdrojem příjmů právě zdravotní pojištění,
8. umožnit pojišťovně postupně rozšířit nabídku pojištění o komerční produkty,
9. zavést povinné zveřejňování smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli a poskytovateli zdravotní péče a jejich dodavateli,
10. zavést tzv. „pozitivní listy“ léčivých přípravků, jež budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění,
11. stanovit pojišťovně povinnost 1x ročně zasílat pojištěncům výpis z jejich účtů a vyúčtované zdravotní péče,
12. dále pokračovat ve stabilizaci a restrukturalizaci akutní lůžkové péče s cílem omezit počet lůžkových zdravotnických zařízení s maximem péče v ambulantní, jednodenní či následné sociální péči (s tím souvisí i racionalizace lidských zdrojů se snížením počtu lékařů i dalšího zdravotnického personálu),
13. podpořit omezení rozsahu hrazených služeb na základě § 13 zák. č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších úprav, to výslovně o stomatologickou péči a zdravotní dopravu.



### 7.2.2. Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny představují v systému klíčového hráče, jehož majetek je podvodným jednáním poškozován. Příjmy pojišťovny obecně tvoří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, vlastní zdroje využíváním fondů pojišťovny, příjmy plynoucí z přirážek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení účtované pojišťovnou, dary a ostatní příjmy.<sup>166</sup>

Základním opatřením na úrovni zdravotních pojišťoven je rozvoj jejich revizní činnosti. Ta by neměla být zaměřena jen na vysoce specializovanou péči, kde je jistě delegováno značné množství peněz, a tak výnosy z případných tzv. „vratek“ za neoprávněné, nebo nesprávné vykazování zdravotních služeb, mohou být pro pojišťovnu zajímavé, ale je nutné se soustředit na běžnou agendu, na běžně účtovanou péči, která ani nemusí na první pohled vzbuzovat pozornost, ale při bližším zkoumání může vyjít na povrch, že se jedná o účty falšované. Je nutné pomocí kontrolních hlášení především sledovat a srovnávat trendy poskytnuté péče mezi jednotlivými jejich poskytovateli, zda se nemění v čase, nebo zda se výrazně neodlišuje od ostatních. Cílenou revizí je pak možné důvody tohoto stavu prošetřit.

Dále prohlubovat spolupráci s Národním referenčním centrem<sup>167</sup> při úpravě systému DRG jako hlavního mechanismu úhrad lůžkové péče. A to včetně odhalování tzv. „upcodingu“.

Je nutné dále podpořit a rozvinout strukturu revizních lékařů s jejich osobní angažovaností ve formě provize z výsledků revizní zprávy a částky, která byla daným poskytovatelem neoprávněně vykázána.

---

<sup>166</sup> § 4 zák.č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů

<sup>167</sup> Národní referenční centrum (dále jen NRC) bylo založeno dne 2. září 2003 jako zájmové sdružení právnických osob podle § 20 písm. f) Občanského zákoníku. Zakládajícími členy jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice a Sdružení soukromých nemocnic České republiky. Později přistoupily Asociace nemocnic ČR, Sdružení ambulantních specialistů a Asociace krajských nemocnic. Stanovy NRC však umožňují vstup i ostatním profesním sdružením poskytovatelů zdravotní péče. Mezi hlavní cíle NRC patří podpora sektoru akutní lůžkové péče při širším zavádění DRG jako úhradového mechanismu, revize seznamu výkonů, využití produkčních dat pojišťoven pro sledování kvality poskytované péče a školení a certifikace v oblasti kódování DRG.

Pojišťovny musí úzce spolupracovat s pojištěnci, kteří aktivně upozorňují na neshody v datech uvedených na jejich účtech pojištěnce a skutečně poskytnuté zdravotní službě.

### **7.2.3. Orgány činné v trestním řízení**

Na úrovni orgánů činných v trestním řízení musí probíhat pravidelná školení s cílem přiblížit problematiku podvodného jednání a to obecně. A také ve vztahu ke specifickému prostředí zdravotnického systému, protože znalost tohoto prostředí a jeho zvláštností se dá využít i při prověřování jiných trestných činů v tomto systému.

Za zmínku stojí úvaha i o totální změně a rekonstrukci systému znalecké činnosti. Je zjevné, že vždy bude existovat jistá provázanost mezi lékařem- znalcem a zdravotním systémem, nakonec bez něj, by nebyl znalcem. Pak však lze napadnout skutečnou objektivnost posuzování vztahů mezi poskytnutou zdravotní péčí ve sporu se zdravotní pojišťovnou, když sám je na takovéto smlouvě závislý. Systém znalců v poslední době kritizovala například i ministryně spravedlnosti v demisi Marie Benešová, kdy upozornila zejména na situaci, kdy procesní strany se navzájem „přebíjí“ znaleckými posudky, či již na počátku strana předloží ústavní znalecký posudek, který bývá jen obtížně revidovatelný. Systému také vytkla to, že chybí soubor státních renomovaných znalců jako je tomu v sousedních zemích, např. v Německu.<sup>168</sup>

### **7.2.4. Poskytovatelé zdravotní péče**

Základem boje proti podvodům v systému zdravotní péče jsou informace a to dostatek informací. To platí i pro poskytovatele zdravotní péče.

Především je nutné dbát na řádné vedení dokumentace. Řádná, úplná, čitelná a přehledná dokumentace je základem nejen správného vykazování poskytnuté zdravotní péče, to nemluvím o informacích, které je důležité předat pacientovi či jeho ošetřujícímu lékaři, ale také pro následnou kontrolní revizní činnost, ať už ze strany pojišťovny, či orgánu činného v trestním řízení. Krom jiného je to jedna z podmínek kontroly řízení kvality na daném pracovišti zdravotnického zařízení podle ZoZS.

---

<sup>168</sup> Honus, A. Benešová ke kauze Studénka: v systému znalců je neuvěřitelný nepořádek [online]. Novinky.cz., 20. září 2013. Dostupné na <<http://www.novinky.cz/domaci/313886-benesova-ke-kauze-studenka-v-systemu-znalcu-je-neuveritelny-neporadek.html>>

Ve svých standardech je má zařazena i certifikační autorita Spojená akreditační komise České republiky<sup>169</sup>. Nemocnice musí vytvořit jednotnou podobu dokumentace a způsob jejího pořizování, k čemuž slouží nejrůznější nemocniční informační systémy. Nyní již dostupné i s elektronickým podpisem vystaveným příslušnou certifikační autoritou pro uživatele tohoto systému.

Pokud je poskytovatelem zdravotních služeb nemocniční zařízení, musí mít také k dispozici dostatečnou kontrolu jednak o hospodaření jednotlivých pracovišť, ale i o způsobu vykazování péče jednotlivými lékaři i rozsahu jimi indikované vyžádané péče (tj. laboratorní vyšetření, rentgenová vyšetření apod.), a vystavených receptech a poukazech na léčebnou pomůcku. Jen díky tomu může vedení nemocnice řádně kontrolovat případné odchylky od normy a postihovat účinně excesy lékařů ještě před případnou kontrolou ze strany zdravotní pojišťovny. Slouží k tomu poměrně sofistikované účetní softwary jako nástavba vlastních nemocničních informačních systémů, ze kterých je patrné, jaké léky, který lékař a kdy předepsal, a také velmi podstatný údaj z pohledu managementu nemocnice, zda-li byl recept vyzvednut v nemocniční lékárně, či nikoli, tedy zda byl recept „zachycen“ v místě svého původu (důležité z hlediska bonusové politiky nemocniční lékárny a dodavatele). Příkladem může být následující tabulka z FN Olomouc, kde na řádcích jsou uvedeny objemy předepsaných léčiv jednotlivými lékaři v jednom měsíci jen na jedné klinice.

---

<sup>169</sup> Standard č.12.1. Spojené akreditační komise SAK ČR: „Nemocnice určí vnitřním předpisem formální a věcné náležitosti zdravotnické dokumentace pro všechny obory. Základním dokumentem pro naplnění tohoto standardu je vnitřní předpis upravující vedení zdravotnické dokumentace. Standard nerozlišuje mezi dokumentací ambulantní a chorobopisy hospitalizovaných pacientů, proto i vnitřní předpis musí pokrýt obě tyto skupiny. Standard se týká jak vyšetření lékařem, tak vyšetření ošetřovatelského, případně vstupního vyšetření jinou osobou (např. fyzioterapeut, zdravotně sociální pracovník). Nemocnice může buď stanovit centrálně rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření, nebo stanovit jejich rozsah podle odborností. Nelze připustit formulace jako „obvyklý rozsah anamnézy a fyzikálního vyšetření“, nebo „standardní vyšetření pacienta“, protože nic takového není normováno. Při zpracování obsahu a rozsahu anamnézy a klinického (fyzikálního) vyšetření je nutno vycházet i z náplně jednotlivých typů vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) v metodice ZP, resp. v registračních listech jednotlivých výkonů, nelze však bez výčtu rozsahu vyšetření na tyto výkony odkazovat, protože jejich náplň není obecně známa. Nemocnice dále stanoví, které osoby mohou do zdravotnické dokumentace nahlížet a provádět záznamy, přitom vychází z platné legislativy. V souladu s předpisem nemocnice vydá seznam zakázaných zkratk (resp. výčet dokumentace, v níž je užívání zkratk nepřipustné – např. předepisování léků, propouštěcí zprávy) a zveřejní obvyklým způsobem seznam zkratk uváděných ve zdravotnické dokumentaci. Toto se netýká obecně známých zkratk (např. jednotky SI systému či značky chemických prvků). Zejména tam, kde se uvádějí zkratky do dokumentace odesílané z nemocnice, musí být na každé takové zprávě odkaz na místo, kde lze význam zkratk vyhledat, případně může nemocnice užívání zkratk v takových dokumentech zakázat.“ Zdroj: dokumentace SAK ČR dostupné [online] na <[www.sakcr.cz](http://www.sakcr.cz)>

| Předepsáno |       | Zachyceno v lékárně |      |       |      | Nezachyceno v lékárně |      |       |      |
|------------|-------|---------------------|------|-------|------|-----------------------|------|-------|------|
| Úhrada Kč  | Dokl. | Úhrada Kč           | %    | Dokl. | %    | Úhrada Kč             | %    | Dokl. | %    |
| 139 001    | 183   | 78 262              | 56%  | 108   | 59%  | 60 739                | 44%  | 75    | 41%  |
| 163 230    | 226   | 120 529             | 74%  | 169   | 75%  | 42 701                | 26%  | 57    | 25%  |
| 16 819     | 20    | 4 313               | 26%  | 11    | 55%  | 12 507                | 74%  | 9     | 45%  |
| 12 446     | 22    | 7 956               | 64%  | 13    | 59%  | 4 490                 | 36%  | 9     | 41%  |
| 1 553 264  | 590   | 1 425 748           | 92%  | 487   | 83%  | 127 517               | 8%   | 103   | 17%  |
| 87 209     | 182   | 70 717              | 81%  | 151   | 83%  | 16 492                | 19%  | 31    | 17%  |
| 6 384      | 12    | 6 384               | 100% | 12    | 100% |                       | 0%   |       | 0%   |
| 125        | 1     |                     | 0%   |       | 0%   | 125                   | 100% | 1     | 100% |
| 21 851     | 73    | 13 658              | 63%  | 42    | 58%  | 8 193                 | 37%  | 31    | 42%  |
| 8 757      | 30    | 5 450               | 62%  | 17    | 57%  | 3 306                 | 38%  | 13    | 43%  |
| 96 927     | 210   | 35 376              | 36%  | 88    | 42%  | 61 551                | 64%  | 122   | 58%  |
| 161        | 1     | 161                 | 100% | 1     | 100% |                       | 0%   |       | 0%   |
| 316        | 3     | 246                 | 78%  | 2     | 67%  | 70                    | 22%  | 1     | 33%  |
| 3 195 676  | 1 003 | 3 006 541           | 94%  | 807   | 80%  | 189 135               | 6%   | 196   | 20%  |
| 18 559     | 50    | 10 093              | 54%  | 29    | 58%  | 8 466                 | 46%  | 21    | 42%  |
| 94 787     | 100   | 57 373              | 61%  | 56    | 56%  | 37 415                | 39%  | 44    | 44%  |
| 333        | 3     | 333                 | 100% | 2     | 67%  | 0                     | 0%   | 1     | 33%  |
| 0          | 1     | 0                   |      | 1     | 100% |                       |      |       | 0%   |
| 15 016     | 57    | 8 742               | 58%  | 42    | 74%  | 6 274                 | 42%  | 15    | 26%  |
| 160 488    | 189   | 91 604              | 57%  | 119   | 63%  | 68 884                | 43%  | 70    | 37%  |
| 1 480      | 6     | 366                 | 25%  | 1     | 17%  | 1 114                 | 75%  | 5     | 83%  |
| 9 200      | 16    | 8 637               | 94%  | 14    | 88%  | 563                   | 6%   | 2     | 13%  |
| 410        | 1     |                     | 0%   |       | 0%   | 410                   | 100% | 1     | 100% |
| 1 690      | 5     |                     | 0%   |       | 0%   | 1 690                 | 100% | 5     | 100% |
| 304        | 2     |                     | 0%   |       | 0%   | 304                   | 100% | 2     | 100% |
| 103        | 1     |                     | 0%   |       | 0%   | 103                   | 100% | 1     | 100% |
| 83 077     | 165   | 65 742              | 79%  | 122   | 74%  | 17 335                | 21%  | 43    | 26%  |
| 87 866     | 136   | 52 293              | 60%  | 86    | 63%  | 35 573                | 40%  | 50    | 37%  |
| 95 694     | 216   | 76 135              | 80%  | 171   | 79%  | 19 560                | 20%  | 45    | 21%  |
| 474 140    | 244   | 456 620             | 96%  | 177   | 73%  | 17 520                | 4%   | 67    | 27%  |
| 178 637    | 293   | 98 506              | 55%  | 180   | 61%  | 80 131                | 45%  | 113   | 39%  |
| 1 120      | 6     | 409                 | 36%  | 2     | 33%  | 712                   | 64%  | 4     | 67%  |
| 13 808     | 44    | 10 406              | 75%  | 30    | 68%  | 3 401                 | 25%  | 14    | 32%  |
| 5 917      | 9     | 5 763               | 97%  | 8     | 89%  | 154                   | 3%   | 1     | 11%  |
| 877        | 8     | 610                 | 70%  | 4     | 50%  | 267                   | 30%  | 4     | 50%  |
| 307 364    | 304   | 244 293             | 79%  | 226   | 74%  | 63 071                | 21%  | 78    | 26%  |
| 10 834     | 29    | 8 570               | 79%  | 21    | 72%  | 2 264                 | 21%  | 8     | 28%  |
| 37 009     | 74    | 21 881              | 59%  | 50    | 68%  | 15 129                | 41%  | 24    | 32%  |
| 82 847     | 139   | 46 480              | 56%  | 87    | 63%  | 36 367                | 44%  | 52    | 37%  |
| 847 507    | 593   | 693 476             | 82%  | 342   | 58%  | 154 031               | 18%  | 251   | 42%  |
| 28 087     | 38    | 8 554               | 30%  | 8     | 21%  | 19 533                | 70%  | 30    | 79%  |

Zdroj: informační systém FN Olomouc

Nemocnice musí také zajistit řádné vykazování hospitalizační péče v systému DRG a jejich sběr pro plátce zdravotní pojišťovny. Jedná se o množství dat, které zpracovávají na jednotlivých klinikách lékaři pověřeni stykem s pojišťovnami, kteří vytvoří na základě ukončeného chorobopisu závěrečný účet, který poté zpracují dokumentační pracovníce a jsou předávány pojišťovnám. Je velmi důležité dbát na pravidelná školení a vzdělávání těchto tzv. „kodérů“ a to především s cílem zabránit nechtěnému „upcodingu“ s cílem zajistit větší platbu od pojišťovny na podkladě přiřazených komorbidit k nemocnému, které zvyšují váhu dané diagnózy. Jak už bylo zmíněno výše, tento upcoding je pak ze strany plátců zdravotního pojištění velmi striktně postihován závažnými srážkami z příjmů pro nemocnici.

#### **7.2.5. Pacienti**

Základním opatřením k potlačování podvodů ve zdravotnickém systému na straně pacientů musí být jejich vlastní aktivita v podobě vyžadování ročního zúčtování a pohybu na jejich účtu u zdravotní pojišťovny a jejich konfrontace s reálně poskytnutou péčí. Na základě toho pak aktivně zdravotní pojišťovně hlásit nesoulad ve zjištěném stavu, který může být dále prošetřen a může být buď potvrzeno podvodné jednání, nebo naopak jej vyloučit s tím, že se jedná nejčastěji o chybné hlášení ve vyúčtování.

Samozřejmostí by také měla být racionalizace kontaktů s lékaři a zabránit tak zbytečnému nadužívání jejich služeb.

## 8. Závěr

Trestný čin podvodu představuje jedno z nejčastějších delikventních jednání vůbec. Česká právní úprava zahrnuje formu podvodu všeobecnou a formu speciální, která vymezuje specificky definované subtypy podvodu. Podvodné jednání se nevyhýbá ani zdravotnickému systému; naopak jej spíše vyhledává. Příčin je mnoho. Jednak je to velké množství účastníků tohoto systému s mnoha složitými vazbami mezi nimi navzájem, kteří participují na zdravotnickém systému jako takovém. Dále je to poměrně nepřehledná a neprůhledná situace financování a toků financí v tomto oboru a konečně také značná suma financí, kterou je tento resort každoročně financován. Nadto se jedná o velmi citlivou oblast, která se přímo dotýká zdraví každého jedince, a proto jakýkoli zásah, či dysbalance v tomto systému je vnímán velmi senzitivně každým členem společnosti (neřku-li voličem).

Zatímco studiem problematiky podvodného jednání a korupce ve zdravotnickém systému se ve světě zabývá řada odborných společností, v našich podmínkách se jedná spíše o nahodilé aktivity a lze konstatovat, že ucelený přehled této problematiky v našem písemnictví toho času není k dispozici. Odhad ztrát financí způsobených těmito delikventními praktikami v těchto systémech se odhaduje na cca 3% vložené částky, tj. v podmínkách České republiky 3% z částky zhruba 290 miliard Kč. Tato suma je ohromující a zasluhuje si vysokou odbornou pozornost a vytvoření racionálního a akceschopného modelu boje proti podvodům v našem zdravotnickém systému s cílem tyto minimalizovat a naopak maximalizovat návrat těchto ztracených částek zpět do systému. Problematika účelného financování zdravotnictví a zajištění přístupu a nároku i na finančně náročnou léčbu pacienta je problémem celosvětovým. S neustále se rozvíjejícími metodami léčby rostou také nároky na systém veřejného zdravotního pojištění. Vzniká tak neustálé napětí mezi potřebami nemocných a skutečnými možnostmi státu na úhradu péče. Celou situaci zde komplikuje i Listinou zaručený nárok na do jisté míry „bezplatnou péči“. Možnosti státu garantovat toto sociální právo jedince však končí tam, kde končí možnosti státu zajistit financování zdravotní péče. Díky tomuto ústavně garantovanému nároku se dle mého názoru také (de-) formuje vnitřní názor společnosti a jejich nemocných v tom smyslu, že obsahem tohoto práva je nejen právo na bezplatnou péči,

ale také nárok „na zdraví a dlouhověkost“, což se projevuje enormním nárůstem spotřeby zdravotní péče a jejího zneužívání. Prakticky jedinou možností je dále rozvíjet na úrovni legislativních změn definici obsahu tohoto nároku s vyloučením drobných nenákladných léčebných postupů, které však díky své četnosti zatěžují rozpočet veřejného zdravotního pojištění ve prospěch finančně vysoce nákladných, ale méně frekventních způsobů léčby.

V této práci bylo na několika případech jednoznačně prokázáno, že různé formy podvodného jednání se vyskytují i v systému poskytování zdravotní péče na území České republiky. A to v podstatě v modelech, které jsou běžné i v jiných zemích.

Z pohledu trestněprávního je nutné zodpovědět, zda-li současná právní úprava *de lege lata*, zajišťuje dostatečnou ochranu systému veřejného zdravotního pojištění před podvodem a podvodným jednáním. Jsem přesvědčen o tom, při použití výkladu gramatického, systematického, logického i komparativního, že ano. Vymezení skutkové podstaty trestného činu v české právní úpravě je natolik široké, že představuje ochranu dostatečnou. Otázkou je míra intenzity ochrany, trestu a prevence, a zde při úvaze *de lege ferenda* navrhuji, aby spáchání tohoto trestného činu v systému veřejného zdravotního pojištění bylo hodnoceno jako *zvlášť přitěžující okolnost*, a to podobně jako v případě spáchání tohoto trestného činu za stavu v ohrožení státu nebo za válečného stavu, za živelní pohromy nebo jiné události vážně ohrožující život nebo zdraví lidí, veřejný pořádek nebo majetek (§ 209 tr. zák. odst.4 písm. c)). Vede mne k tomu několik důvodů. Je to především ochrana veřejného zájmu. Výše uvádím neustále se zvyšující se finanční nároky na spotřebovanou zdravotní péči s omezenými možnostmi jejich dokonalé regulace a bez vyjasněných, dlouhodobě udržitelných, zdrojů financování této péče. Dalším důvodem je Listinou garantovaný nárok na „bezplatnou péči, za podmínek, které stanoví zákon“, což sice definuje fungující sociální stát, ale výrazně zatěžuje zdroje financování. A judikatura soudů zajišťuje poměrně extenzivní rozsah tohoto nároku, byť placené služby ve zdravotnickém systému nevylučuje<sup>170</sup>. Dalším důvodem je

---

<sup>170</sup> Tato možnost není vyloučena ani tím, že ústavodárce do čl. 31 Listiny výslovně zavedl bezplatnost. Pojem „bezplatnost“ z hlediska hlavy čtvrté Listiny, upravující hospodářská, sociální a kulturní práva, již Ústavní soud rovněž vyložil. V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 35/93 (č. 49/1994 Sb.; N 7/1 SbNU 51) se zabýval návrhem na zrušení ustanovení článku I zákona č. 190/1993 Sb., jímž bylo novelizováno ustanovení § 4 odst. 1 zákona č. 29/1984 Sb., o soustavě základních a středních škol (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Tímto článkem se v § 4 odst. 1 zákona č. 29/1984 Sb., věta „Výchova a vzdělávání jsou bezplatné.“, nahrazovala větou „Ve školách,

povinná účast na zdravotním pojištění, které je pak zdrojem financí našeho zdravotnického systému. Pokud shrnu tyto důvody, pak vidím logické a oprávněné východisko, vědom si zásady *ultima ratio* trestního práva, v zavedení této přítěžující okolnosti do systému hmotněprávní úpravy podvodu v České republice. Nemohu v této souvislosti přijmout hlavní námitku a obavy, že by tato změna vedla k další potřebě „kriminalizace“ zdravotnického personálu. A to především proto, že by se touto úpravou nezměnila struktura skutkové podstaty trestného činu podvodu, směrem k individuálnímu subjektu, tedy zdravotníkovi. Naopak, tato změna by představovala jasný signál a důraz společnosti na ochranu tohoto společenského zájmu, tedy financování systému veřejného zdravotního pojištění.

Další zásadní úpravu *de lege ferenda* vidím v rozšíření pravomocí Nejvyššího kontrolního úřadu podle zákona č. 166/1993 Sb., o Nejvyšším kontrolním úřadu, ve znění pozdějších předpisů, a to tak, aby mohl účelně kontrolovat nakládání s prostředky z veřejného zdravotního pojištění nejen u pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, které jsou přímo zřizovány státem, či územní samosprávou, ale i těch právnických osob, jejichž činnost je obecně financována ze systému veřejného zdravotního pojištění, ať už je jejich vztah k majetku státu jakýkoli.

---

kteřé jsou součástí soustavy základních a středních škol, mají občané právo na bezplatné vzdělání, nestanoví-li zákon jinak.“ Ústavní soud rušil toto ustanovení v části „nestanoví-li zákon jinak“, přičemž jako hlavní důvod uvedl, že i když podle čl. 41 odst. 1 Listiny práva uvedeného v čl. 33 odst. 2 Listiny, tj. práva na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, se lze domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí, lze sotva mít za to, že s šetřením mezí základních práv a svobod by ještě byla slučitelná zákonnou výjimkou zpochybněná nepodmíněnost práva na bezplatné základní a středoškolské vzdělání. V na to navazujícím nálezu sp. zn. Pl. ÚS 25/94 ze dne 13. 6. 1995 (N 31/3 SbNU 233; 165/1995 Sb.) se Ústavní soud zabýval návrhem na zrušení nařízení vlády č. 15/1994 Sb., o bezplatném poskytování učebnic, učebních textů a základních školních potřeb. Tímto nařízením vláda stanovila rozsah, ve kterém se žákům poskytují bezplatně učebnice, učební texty a základní školní potřeby. Tento návrh zamítl a v odůvodnění uvedl, že bezplatnost vzdělání nemůže spočívat v tom, že stát ponese veškeré náklady, které občanům v souvislosti s realizací práva na vzdělání vzniknou. Stát tedy může požadovat úhradu části nákladů v souvislosti s realizací práva na vzdělání a vláda má k takovému postupu bezpochyby oprávnění. To v žádném případě nezpochybňuje principy bezplatného vzdělání na základních a středních školách. Těmito dvěma nálezy Ústavní soud vymezil pojem bezplatnosti v obecné rovině tak, že podmíněnost práva obsaženého v Listině zákonem neznamená, že zákonem lze bezplatnost vyloučit zcela. Zákon může stanovit, co je bezplatné a co již bezplatné není.“, z odst. 41 Nálezu Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11



Ostatní návrhy v prevenci a auditní činnosti, které by na různých úrovních vedly k ochraně prostředků zdravotnického systému v České republice, byly zmíněny v předcházející kapitole. Jedná se především o postupné narovnávání smluvních vztahů mezi plátcí zdravotního pojištění a jejich poskytovateli, další rozvoj elektronizace zdravotnictví a účelná kontrola poskytované léčebné péče jak ze stran pojišťoven, tak samotných pacientů. Celospolečenským zájmem ochrany financí zdravotnického systému je pak další rozvoj opatření, které by zamezily nadužívání a zvýšené spotřebě léčebné péče.

Na základě výše uvedeného rozboru nezbyvá než konstatovat, že trestný čin podvodu ve své často latentní podobě je aktuálním problémem českého zdravotnického systému, který se dlouhodobě potýká s nedostatečným finančním zajištěním jeho rozvoje. Úkolem orgánů činných v trestním řízení je ve spolupráci se všemi účastníky tohoto systému účelně využívat stávajících nástrojů trestněprávní ochrany před podvodným jednáním. Jedná se o dlouhodobý úkol, jehož výsledky se pravděpodobně dostaví až s určitým odstupem, ale na výše uvedeném příkladu ze Spojených států lze demonstrovat, že tento boj může být úspěšný a může ve svém výsledku znamenat skutečné snížení výnosů z této podvodné činnosti a návrat těchto prostředků zpět do systému. Dlouhodobost tohoto záměru představuje i to, že podvodné jednání pachatelů trestné činnosti na poli systému zdravotní péče se velmi rychle vyvíjí a adaptuje na přijatá opatření. A proto tato delikvence musí být neustále monitorována, a stejně tak, jak rychle se vyvíjí nové metody léčby v medicíně, stejně tak rychle se vyvíjí i metodika podvodů v tomto systému, a stejně rychle musí na tyto změny reagovat i naše společnost případnými změnami v legislativě a to i trestněprávní.

## **Resume**

### **Topic of the thesis: Criminal Act of Fraud with Focus on Fraud in the Healthcare System.**

The crime of fraud represents generally one of the most frequent wrongful practices. The Czech legislation distinguishes between the general form of fraud and special form of fraud, within the framework of which specific subtypes of fraud are defined. Fraudulent practices not only occur in the healthcare system, but are also supported by the system. The reasons are numerous. The first reason is that there is a large number of participants in this system with multiple complex links between them, which are part of the healthcare system as such, the second reason is the rather unclear and non-transparent situation of financing and cash flows in this area and finally, there is a considerable amount of money going into the healthcare sector annually. Moreover, this is a very sensitive area, which directly affects the health of each individual and, therefore, any interference or imbalance in the system is responded to very sensitively by each member of society (not to mention voters).

While the issue of fraudulent practices and corruption in the healthcare system has been globally dealt with by many professional organisations, similar activities are rather incidental in the conditions of the Czech Republic, and it is accurate to say that no reports providing comprehensive review of this issue are currently available. Financial losses within the system, which are caused by such wrongful practices, are estimated to amount to about 3% of the contributed amount, i.e. 3% of the CZK 290 billion flowing into the healthcare system of the Czech Republic. This sum is alarming and calls for increased attention from the professional public and for the creation of a rational and functional model for fighting the fraud in our healthcare system with the aim of eliminating the fraudulent practices and returning as much of such lost amounts as possible to the system.

The introduction to the paper describes the genesis of substantive law regulation of the crime of fraud in the Czech Republic, which is supplemented by the latest formulation of this crime in the Criminal Code, as provided in Chapter Five of its Special Part. The object the crime of fraud is to gain another person's property. The

objective purpose of the crime is then to mislead another person, or take advantage of another person's mistake or withhold substantial facts and thereby cause damage to another person's property which is not negligible. The subject of the crime may be anybody, and the subjective aspect is intentional.

The following part contains an introduction of the structure of the healthcare system in the Czech Republic, which has the form of a public healthcare insurance system based on the solidarity principle. Only basic information is provided in order to explain the terms necessary for understanding the main content of the paper, which consists of an analysis and outline of individual models of fraudulent practices in the system. The two most significant models are represented by prescription fraud and medical accounting fraud (fraudulent or intentionally inaccurate accounting of provided medical care). These two models represent, as regards their scope and capability of action by the investigative, prosecuting and adjudicating bodies, the most-developed area of this issue. We can say that this part of the paper confirms and describes all models of fraudulent practices within the healthcare system as we know them from available international studies. Czech case law contains a sufficient number of examples of fraud which resulted in a final and conclusive judgment convicting the accused, but also in acquittal of the accused, namely due to failure of evidence, when the accused's intention to gain another person's property was not clearly proven. My paper deals only marginally with the issue of corruption in the healthcare system, which represents a substantial problem which deserves a separate detailed and thorough analysis.

In the next part I look at the criminological aspect of the issue, and I am trying to find the causes of such delinquent behaviour in the ethically and morally so much exposed profession of a medical doctor, or a healthcare worker in general. Recently, the etiology of delinquent behaviour among healthcare workers refers often to what is known as burn-out syndrome as a result of overload and loss of motivation at work.

From the procedural point of view, it was necessary to note the extent of medical secrecy, which may cause difficulties when investigating criminal activity, as well as the very impulse for examination of facts, which comes most often from a health insurance company as the party whose property has been threatened in the particular case.

When compared to other countries, it is accurate to say that the forms and methods of fraudulent practices within the healthcare system of the Czech Republic are comparable with those described within similar systems abroad. Probably the biggest financial losses have been described within the healthcare system of the United States of America, where, however, the long fight against this type of delinquent behaviour and punishment for such special form of crime has brought its results, which consist of the reduction of the loss and increase of return of funds gained by fraudulent practices back into the healthcare system. The situation is similar in the Federal Republic of Germany, where the fraud and corruption models are similar, as well as the possibilities of fighting against them. Our closest neighbour, Slovakia, faces a similar situation. There is no special punishment for fraud in those systems, but only the general formulation of fraud is used. There are many international organisations mainly intended to fight fraud and corruption in healthcare systems and promote means of efficient prevention and namely audit activities for early detection of this form of criminal activity.

Even today, we may describe a number of protective mechanisms against this delinquency at all levels of participants in the healthcare system of the Czech Republic. Some of the measures have already been successfully implemented, such as electronic records of issued medication, while other well-meant attempts at protection have been a complete fiasco. These include, for example, the project of electronic medical records, which was terminated when the anti-corruption police unit opened an investigation into the project.

It is impossible to propose a simple recipe to fight fraudulent practices in the healthcare system. It is a living organism, where individual forms and models of fraudulent practices develop as quickly as the medical science itself. The crucial elements in the fight include increased transparency and equality of methods of financing among individual healthcare facilities, availability of contracts between insurance companies and providers of healthcare services and the continuing process of introducing of electronic devices in the healthcare system, which would provide a clear overview of the manner and scope of provided healthcare as well as about cash flows within the healthcare system. It is further necessary to continue in rationalising measures aimed at standardisation of the network of healthcare providers in the Czech Republic with the aim of reducing urgent in-patient services and

moving them to outpatient services. As regards the insurance companies, they have to detect individual fraudulent practices and incorrect medical accounting actively. A healthcare facility is first of all obliged to keep proper medical records, which provide data for accounting for the services and subsequent audits.

In conclusion, I would like to say that the current criminal law regulation of the crime of a fraud is sufficiently broad and represents, if correctly used, a sufficient tool for fighting this form of criminal activity, even within the healthcare system. It is, therefore, comparable with European criminal codes and practice as regards their scope and application. An efficient and active fight against fraud in the healthcare system, including its detection and prevention, should become one of the objectives and interests both of the government administration and health insurance companies as well as the goal of healthcare consumers, patients, since the money that can be saved in this fight can be used for further financing of the entire healthcare system. And I have to believe that the money will then really be used for the benefit of the system, and the patient and will not become the target of further or other forms of criminal activity or misappropriation.

## Seznam použité literatury

### A. Monografie

BALÁŽ, Pavel, JALČ, Adrián. *Spoločensko-právna ochrana pred korupciou*. Trnava: SAV, 2006. 199 s. ISBN 80-224-0899-9.

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.

BUSCH, Rebecca. *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*. Hoboken New Jersey: John Wiley and Sons, 2012. 340 s. ISBN 978-1-118-17980-2.

CABRNOCH, Milan a kol. *České zdravotnictví v evropských souvislostech*, Praha: Cevro, 2006. 63 s.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila a kol. *Psychológia pre právnikov*, Bratislava: Iura edition, 2010. 258 s. ISBN 978-80-8075-358-7.

ČÍRTKOVÁ, Ludmila a kol. *Podvody, zpronevěry, machinace: (možnosti prevence, odhalování a ochrany před podvodným jednáním)*. Vyd. 1. Praha: Armex, 2005. 247 s. ISBN 80-86795-12-8.

DAVID, Vladislav; NETT, Alexander. *Korupce v právu mezinárodním, evropském a českém*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 2007. 345 s. ISBN 978-80-7179-562-9.

DIANIŠKA, G. a kol. *Kriminológia*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. 326 s. ISBN 978-80-7380-198-4.

DRAŠTÍK, Antonín a kol. *Přehled judikatury. Trestné činy proti majetku. Podvod*. Praha: Aspi, 2003. 158 s. ISBN 80-86395-88-X.

DRAŠTÍK, Antonín a kol. *Přehled judikatury. Trestné činy proti majetku*. Praha: Aspi, 2004. 212 s. ISBN 80-7357-053-X.

DUBIS, Steven a kol. *Interní audit a podvod*. Praha: Český institut interních auditorů, 2011. 42 s.

FENYK, Jaroslav a kol. *Trestní zákoník a trestní řád. Průvodce trestněprávními předpisy a judikaturou*. Praha: Linde, 2010. 1317 s. ISBN 978-80-7201-808-6.

FENYK, Jaroslav; KLOUČKOVÁ, Světlana. *Mezinárodní justiční spolupráce v trestních věcech*. Praha: Linde, 2005. 1019 s. ISBN 80-7021-527-3.

- FRYŠTÁK, Marek; KREJČÍ, Zdeněk. *Postavení znalce v trestním řízení*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 167 s. ISBN 978-80-210-4955-0.
- FRYŠTÁK, Marek a kol. *Trestní právo hmotné*. 3., aktualiz. vyd. Ostrava: Key Publishing, 2012. 2 sv. Právo. ISBN 978-80-7418-158-0.
- GOULLI, Rochdi a kol. *Konkurence za veřejné peníze?: (programy hrazené z fondu prevence v systému veřejného zdravotního pojištění v ČR)*. Vyd. 1. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. 163 s. ISBN 80-86861-62-7.
- GŘIVNA, Tomáš a kol. *Sbírka klauzurních prací z trestního práva hmotného a procesního*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 328 s. ISBN 978-80-7357-607-3.
- HAVLÍČEK, Karel; HEMELÍK, Tomáš. *Nad veřejným zdravotním pojištěním*. Vyd. 1. Praha: Orac, 1998. 208 s. Knihovnička Orac 98. ISBN 80-86199-04-5.
- HERETIK, Anton. *Forenzná psychologie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 2004. 376 s. ISBN 80-10-00341-7.
- HLOUŠEK, Vít. *Demokracie. Teorie, modely, osobnosti, podmínky, nepřátelé a perspektivy demokracie*. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 379 s. ISBN 978-80-210-4249-0.
- HOLCR, Květoň a kol. *Kriminologie*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2009. 190 s. Student. ISBN 978-80-87212-27-1.
- HOMAN, Denise. *Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Godesberg: Forum Verlag, 2009. 408 s. ISBN 978-3-936999-62-4.
- HOLČAPEK, Tomáš. *Dokazování v medicínskoprávních sporech*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2011. 212 s. ISBN 978-80-7357-643-1.
- IVOR, Jaroslav a kol. *Trestné právo hmotné. Všeobecná časť*. 2. vydání. Bratislava: Iura edition, 2010. 532 s. ISBN 978-80-8078-308-1.
- IVOR, Jaroslav a kol. *Trestné právo hmotné. Osobitná časť*. 2. vydání. Bratislava: Iura edition, 2010. 625 s. ISBN 978-80-8078-308-2.
- JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo hmotné*. 2. vydání. Praha: Leges, 2010. 912 s. ISBN 978-80-87212-49-3.
- JELÍNEK, Jiří a kol. *Trestní právo procesní*. 3. vydání. Praha: Leges, 2013. 864 s. ISBN 978-80-87576-44-1.
- JELÍNEK, Jiří; HERCZEG, Jiří. *Zákon o trestní odpovědnosti právnických osob: komentář s judikaturou*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Leges, 2013. 256 s. Komentátor. ISBN 978-80-87576-43-4.

JELÍNEK, Jiří a kol. *Zákon o obětech trestných činů*. Praha: Leges, 2013. 264 s. ISBN 978-80-87576-49-6.

KAISER, Günther. *Kriminologie: Úvod do zákl.* 1. vyd. Praha: C.H.Beck, 1994. 20, 268 s. Právnické učeb. ISBN 80-7179-002-8.

KLÍMA, Josef. *Nejstarší zákony lidstva: Chammurapi a jeho předchůdci*. Vyd. 1. Praha, 1979. 193 s.

KLOKOČKA, Vladimír a kol. *EVROPSKÁ UNIE. Ústavy států Evropské unie. Díl druhý, Ústavní texty České republiky, Estonska, Kypru, Litvy, Lotyšska, Maďarska, Malty, Polska, Slovenska a Slovinska*. Praha: Linde, 2005. 335 s. ISBN 80-7201-556-7.

KOŽENÝ, Pavel a kol. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 206 s. ISBN 978-80-247-2701-1.

KRATOCHVÍL, Vladimír a kol. *Trestní právo hmotné: obecná část*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012. xl, 921 s. Právnické učebnice. ISBN 978-80-7179-082-2.

KRATOCHVÍL, Vladimír. *České trestní právo hmotné a procesní v evropském právním prostředí: (vybrané problémy)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 184 s. Spisy Právnické fakulty Masarykovy univerzity; sv. 355 = Acta Universitatis Brunensis Iuridica; no 355. Řada teoretická. ISBN 978-80-210-4982-6.

KUCHTA, JOSEF; VÁLKOVÁ, Helena a kol. *Základy kriminologie a trestní politiky*. 2. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2012. xxviii, 636 s. Beckovy mezioborové učebnice. ISBN 978-80-7400-429-2.

MALÝ, Karel a kol. *Dějiny českého a československého práva do roku 1945*. 3. přepracované vydání. Praha: Linde, 2005. 673 s. ISBN 80-7201-433-1.

MALÝ, Karel. *Prameny ke studiu dějin státu a práva socialistických zemí. část 1. SSSR 1917-1945*. Vyd. 2. upr. Praha, 1987.

MAŠLANYOVÁ, Darina a kol. *Trestné právo hmotné*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011. 496 s. ISBN 978-80-7380-338-4.

MEIER, Bernd-Dieter. *Kriminologie*. 4. Vydání. München: C.H.Beck, 2010. 327 s. ISBN 978-3-406-60558-1.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

NOVOTNÝ, Oto a kol. *Kriminologie*. 3., přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2008. 527 s. ISBN 978-80-7357-377-5.

NOVOTNÝ, Oto a kol. *Trestní právo hmotné*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010-2012. 4 sv. ISBN 978-80-7357-509-0.



- PYREK, Kelly. *Helthcare Crime. Investigating Abuse, Fraud and Homicide by Caregivers*. Boca Raton: CRC Press, 2011. 314 s. ISBN 978-1-4398-2033-9.
- REBRO, Karol; BLAHO, Peter. *Rímske právo*. 4.prepracované a doplnené vydanie. Bratislava: Iura Edition, 2010. 523 s. ISBN 978-80-8078-352-5.
- ROSE, Herbert Jennings. *Grieschische Mythologie. Ein Handbuch*. 2. vydání. München: C.H.Beck, 2007. 441 s. ISBN 978-3-406-49458-1.
- SEDLÁČEK, Tomáš. *Ekonomie dobra a zla. Po stopách lidského tázání od Gilgameše po finanční krizi*. Praha: 65. Pole, 2012. 367 s. ISBN 978-80-87506-10-3.
- SOLNAŘ, Vladimír a kol. *Systém českého trestního práva*. Vyd. 1. Praha: Novatrix, 2009. 157, 502, 283 s. ISBN 978-80-254-4033-9.
- SOLNAŘ, Vladimír; CÍSAŘOVÁ, Dagmar; FENYK, Jaroslav. *Základy trestní odpovědnosti: systém českého trestního práva*. Vyd. 1., (Jako Základy trestní odpovědnosti vyd. 2.). Praha: Orac, 2003. 455 s. ISBN 80-86199-74-6.
- SVOBODNÝ, Petr; HLAVÁČKOVÁ, Ludmila. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004. 247 s. ISBN 80-7254-424-1.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník I. § 1 až 139. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2012. 1464 s. ISBN 978-80-7400-428-5.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní zákoník II. § 140 až 421. Komentář*. 2. vydání. Praha: C.H.Beck, 2012. 1465-3586 s. ISBN 978-80-7400-428-5.
- ŠÁMAL, Pavel a kol. *Trestní řád: komentář*. 7., dopl. a přeprac. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2013. 3 sv. Velké komentáře. ISBN 978-80-7400-465-0.
- ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 2., upr. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. 125 s. ISBN 978-80-7454-135-3.
- ŠIMOVČEK, Ivan a kol. *Trestné právo procesné*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011. 479 s. ISBN 978-80-7380-324-7.
- ŠIMOVČEK, Ivan a kol. *Kriminalistika*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2011. 405 s. ISBN 978-80-7380-343-8.
- VANTUCH, Pavel. *Hospodářská trestná činnost*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Brno: Rašínova vysoká škola, 2010. 287 s. ISBN 978-80-87001-19-6.
- WALTERMANN, Reimund. *Sozialrecht*. 10. vydání. Heidelberg: C.F.Müller, 2012. 300 s. ISBN 978-3-8114-9865-5.
- WESSELS, Johannes a kol. *Strafrecht. Allgemeiner Teil*. Heidelberg: C.F.Müller, 2013. 414 s. ISBN 978-3-8114-9344-5.

## **B. Odborné články**

BRIGGS, Asa. The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology*, 1961, roč. 2, č.2, s. 221-258

PTÁČEK, Radomír; RABOCH, Jaroslav. Diagnóza českého zdravotnictví – Z 73.0. Stres a vyhoření českých lékařů. *Tempus Medicorum*, 2013, roč. 22, č. 9, s. 3-9

RABUŠIC, Ladislav; MAREŠ, Petr. Je česká společnost anomická? *Sociologický časopis*, 1996, roč. 32, č. 2, s. 175-178

ŘEHÁK, Vladimír. Neoprávněná a podvodná preskripce anabolik, antiastmatik a dalších léků neurologem. *Revizní a posudkové lékařství*, 2011, roč. 14, č. 3, s. 101-107

SPARROW, Michael. Fraud in the U.S. Healthcare System: Exposing the vulnerabilities of automated payments system. *Social Research*, 2008, roč. 75, č. 4, s. 1151-1180

TRÖSTER, Petr. K základním zásadám všeobecného zdravotního pojištění. *Právo a zákonnost*, 1992, roč. 2, č. 4, s. 216-223

VIAN, Taryn. Review of corruption in the health sector: theory, model, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 2008, roč. 23, č. 3, s. 83-94

## C. Internetové zdroje

[www.na.theiia.org](http://www.na.theiia.org)

[www.acfe.com](http://www.acfe.com)

[www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

[www.transparency.cz](http://www.transparency.cz)

[www.tribune.cz](http://www.tribune.cz)

[www.concourt.cz](http://www.concourt.cz)

[www.nsoud.cz](http://www.nsoud.cz)

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

[www.idnes.cz](http://www.idnes.cz)

[www.ihned.cz](http://www.ihned.cz)

[www.policie.cz](http://www.policie.cz)

[www.justice.cz](http://www.justice.cz)

[www.medicaltribune.cz](http://www.medicaltribune.cz)

[www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)

[www.tyden.cz](http://www.tyden.cz)

[www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

[www.share.cerge-ei-cz](http://www.share.cerge-ei-cz)

[www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)

[www.psp.cz](http://www.psp.cz)

[www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)

[www.interpol.int](http://www.interpol.int)

[www.novinky.cz](http://www.novinky.cz)

[www.czso.cz](http://www.czso.cz)

[www.tv.nova.cz](http://www.tv.nova.cz)

[www.lidovky.cz](http://www.lidovky.cz)

[www.justice.gov](http://www.justice.gov)

[www.bka.de](http://www.bka.de)

[www.dejure.org](http://www.dejure.org)

[www.khh.de](http://www.khh.de)

[www.hpi.sk](http://www.hpi.sk)

[www.transparency.sk](http://www.transparency.sk)

[www.nczisk.sk](http://www.nczisk.sk)

[www.ghcan.org](http://www.ghcan.org)

[www.chcaa.org](http://www.chcaa.org)

[www.ehfcn.cz](http://www.ehfcn.cz)

[www.euractiv.sk](http://www.euractiv.sk)

[www.bhfglobal.com](http://www.bhfglobal.com)

[www.hicfg.com](http://www.hicfg.com)

[www.nhcaa.org](http://www.nhcaa.org)

[www.csd.bg](http://www.csd.bg)

[www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

[www.parlamentnilisty.cz](http://www.parlamentnilisty.cz)

[www.vfn.cz](http://www.vfn.cz)

[www.fnol.cz](http://www.fnol.cz)

[www.mediafax.cz](http://www.mediafax.cz)

[www.sakcr.cz](http://www.sakcr.cz)

## **D. Seznam použitých právních norem (v platném a účinném znění)**

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava české republiky, ve znění pozdějších předpisů

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součást ústavního pořádku ČR

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 141/1961 Sb., o trestním řízení soudním (trestní řád), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 553/1991 Sb., o obecní policii, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii ČR, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 500/2004 Sb., o správním řízení (správní řád), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících, a státní správě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 37/1967 Sb., k provedení zákona o znalcích a tlumočnících, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č.185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 186/2009 Sb., o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta (o rezidenčních místech), ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 187/2009 Sb., o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 188/2009 Sb., o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a o postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů), ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 271/2012 Sb., o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka), ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 189/2009 Sb., o atestační zkoušce, zkoušce k vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, závěrečné zkoušce akreditovaných kvalifikačních kurzů a aprobační zkoušce a o postupu při ověření znalosti českého jazyka (vyhláška o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských městech a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů



Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů

## **E. Seznam použité judikatury**

Nález Ústavního soudu ze dne 20. května 2008, sp. zn. Pl. ÚS 1/08

R 45/1996

R 57/1997-I

R 5/2002-I

R 50/1995-I

Nález Ústavního soudu ze dne 20. června 2013, sp. zn. Pl. ÚS 36/11

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. října 2010, sp. zn. 7 Tz 199/2000

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 23. června 2010, sp. zn. 8 Tdo 262/2010

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 3. května 2007, sp. zn. 5 Tdo 511/2007

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 3. prosince 2008, sp. zn. 7 Tdo 1373/2008

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 24. října 2007, sp. zn. 8 T do 735/2007

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 9. května 2012, sp. zn. 4 Tdo 340/2012

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 22. září 2011, sp. zn. 8 Tdo 784/2011

Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 18. dubna 1990, sp. zn. 2 Tzf 4/90

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 18. prosince 2010, sp. zn. 6 Tdo 1384/2010

Nález Ústavního soudu ze dne 1. září 2011, sp. zn. ÚS 733/11-1

Nález Ústavního soudu ze dne 18. prosince 2006, sp. zn. I. ÚS 321/06

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 16. května 2007, sp. zn. 3 Ads 33/2006

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 8. února 2007, sp. zn. 4 Tz 90/2006

Usnesení Nejvyššího soudu ze dne 23. června 2010, sp.zn. 3 Tdo 1483/2009

## **Abstrakt**

**KLOS, Dušan: Trestný čin podvodu se zaměřením na podvodné jednání v systému poskytování zdravotní péče.** Rigorózní práce. Univerzita Karlova v Praze. Právnická fakulta: Katedra trestního práva. Praha, 2013.158 s.

Rigorózní práce se zabývá trestným činem podvodu v trestněprávní úpravě České republiky se zaměřením na podvodnou delikvenci v systému poskytování zdravotní péče. Trestný čin podvodu představuje jedno z nejčastějších delikventních jednání vůbec. Česká právní úprava zahrnuje formu podvodu všeobecnou a formu speciální, která vymezuje specificky definované subtypy podvodu. Podvodné jednání se nevyhýbá ani zdravotnickému systému; naopak jej spíše vyhledává. Příčin je mnoho. Jednak je to velké množství účastníků tohoto systému s mnoha složitými vazbami mezi nimi navzájem, které participují na zdravotnickém systému jako takovém. Dále je to poměrně nepřehledná a neprůhledná situace financování a toků financí v tomto oboru a konečně také značná suma financí, kterou je tento resort každoročně financován. Odhad ztrát financí způsobených těmito delikventními praktikami v těchto systémech se odhaduje na cca 3% vložené částky, tj. v podmínkách České republiky 3% z částky zhruba 290 miliard Kč. Tato suma je ohromující a zasluhuje si vysokou odbornou pozornost a vytvoření racionálního a akceschopného modelu boje proti podvodům v našem zdravotnickém systému s cílem tyto minimalizovat a naopak maximalizovat návrat těchto ztracených částek zpět do systému. Práce se zabývá jednak genezí trestněprávní úpravy podvodu v České republice, dále je jen přehledně uveden model zdravotnického systému České republiky a způsob jeho financování. Hlavní část práce je věnována jednotlivým modelům podvodného jednání ve zdravotnickém systému s přehledem kazuistik a judikatury soudů. Podstatná část je také věnována problematice kriminologické a procesněprávní. V sekci komparativní se práce věnuje rozboru trestněprávní ochrany proti podvodnému jednání v podmínkách Spojených států amerických, Spolkové republiky Německo a Slovenska. Závěrem jsou pak uvedeny návrhy k racionalizačním opatřením s cílem minimalizovat možnosti podvodu ve zdravotnickém systému České republiky a preventivním prvkům proti této formě delikvence.

## **Abstract**

**KLÓS, Dušan: Criminal Act of Fraud with Focus on Fraud in the Healthcare System.** Rigorous thesis. Charles University in Prague. Faculty of Law: Department of Criminal Law. Prague, 2013.158p.

This rigorous thesis deals with the crime of fraud as regulated by the Czech criminal law with focus on fraudulent practices within the system of healthcare services provision. The crime of fraud represents generally one of the most frequent wrongful practices. The Czech legislation distinguishes between the general form of fraud and special form of fraud, within the framework of which specific subtypes of fraud are defined. Fraudulent practices not only occur in the healthcare system, but are also supported by the system. The reasons are numerous. The first reason is that there is a large number of participants in this system with multiple complex links between them, which are part of the healthcare system as such, the second reason is the rather unclear and non-transparent situation of financing and cash flows in this area, and finally, there is a considerable amount of money going into the healthcare sector annually. Financial losses within the system, which are caused by such wrongful practices, are estimated to amount to about 3% of the contributed amount, i.e. 3% of the CZK 290 billion flowing into the healthcare system of the Czech Republic. This sum is alarming and calls for increased attention from the professional public and for the creation of a rational and functional model for fighting the fraud in our healthcare system with the aim of eliminating the fraudulent practices and returning as much of such lost amounts as possible to the system. The thesis describes the genesis of substantive law regulation of fraud in the Czech Republic and outlines the model of the healthcare system in the Czech Republic and its financing. The main part of the paper deals with individual models of fraudulent practices within the healthcare system and provides an overview of related casuistry and case law. A significant part of the thesis looks at the issue from the point of view of criminology and criminal procedural law. The comparative part of the paper provides an analysis of protection against fraud under the rule of criminal law in the conditions of the United States of America, the Federal Republic of Germany and Slovakia. Finally, it contains rationalisation proposals

aimed at minimising opportunities for fraud in the Czech healthcare system and preventive measures against this form of delinquent behaviour.

**Klíčová slova**

podvod, zdravotnický systém, prevence

**Keywords catalogue**

fraud, healthcare system, prevention