



KRAJSKÝ ÚŘAD
MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ
Odbor zdravotnictví
28. října 117, 702 18 Ostrava

Elektronický podpis - 18.10.2019

Certifikát autora podpisu :

Jméno : Lenka Štětková
Vydal : PostSignum Qualified C...
Platnost do : 15.7.2020 11:07:26 +02:00



Čj: MSK 100261/2019
Sp. zn.: ZDR/13981/2019/Ště
526.2 V5 N
Vyřizuje: Lenka Štětková
Telefon: 595 622 233
Fax: 595 622 126
E-mail: posta@msk.cz
Datum: 2019-08-23

Vypraveno dne: 10. 9. 2019
Právní moc dne: 9. 10. 2019
Lenka Štětková

Rozhodnutí

o odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb

Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor zdravotnictví, jako správní orgán věcně a místně příslušný podle ustanovení § 15 odst. 1 písm. a) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), ve znění pozdějších předpisů, rozhodl podle ustanovení § 24 odstavce 4, písm. d) a e) téhož zákona, ve správním řízení vedeném podle zákona č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „správní řád“),

o d e j m o u t o p r á v n ě n í

k poskytování zdravotních služeb, udělené rozhodnutím Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, odboru zdravotnictví, pod číslem jednacím MSK 168547/2017, ze dne 24. 1. 2018, poskytovateli zdravotních služeb:

Jméno a příjmení
Datum narození
Adresa místa trvalého pobytu



Identifikační číslo



Obor zdravotní péče

oftalmologie

Forma zdravotní péče

ambulantní specializovaná péče

Adresa místa poskytování zdravotních služeb



Den odnětí oprávnění k poskytování
zdravotních služeb

den nabytí právní moci tohoto rozhodnutí

Odůvodnění

Dne 5. 11. 2018 a 14. 2. 2019 obdržel správní orgán stížnosti paní E. B. a pana V. B. na účastníka řízení. Podle první stížnosti byla v rozporu s předchozí informací účastníka řízení požadována částka 1.600,- Kč za nadstandardní vyšetření, které stěžovatelé nepožadovali. Po urgenci stěžovatele účastník řízení vystavil dne 18. 10. 2018 doklad o zaplacení, který však podle názoru stěžovatelů nesplňuje náležitosti účetního dokladu (doklad zní na částku "400 x 4 Kč"). Dále měl být účastník řízení podle vyjádření stěžovatele nezdvořilý, ironicky se smát a před stěžovatelkou prohlásit, že je stěžovatel dementní. Stěžovatel měl být dle jeho vyjádření vyšetřen pouze zdravotní sestrou, nikoli účastníkem řízení, který následně odmítnul vydat stěžovatelům lékařské zprávy. Ve druhé stížnosti stěžovatelé uvádí, že účastník řízení vykázal České průmyslové zdravotní pojišťovně zdravotní výkony, které měly být stěžovateli provedeny dne 17. 10. 2018 a 18. 10. 2018, ačkoli se tak ve skutečnosti nestalo a dne 18. 10. 2018 stěžovatel podle svého tvrzení ordinaci účastníka řízení vůbec nenavštívil (toho dne měla navštívit ordinaci účastníka řízení stěžovatelka kvůli urgenci vystavení dokladu o zaplacení shora uvedené částky 1.600,- Kč.

Dne 18. 2. 2019 obdržel správní orgán stížnost paní A. S., která měla dle svého sdělení navštívit dne 29. 6. 2018 ordinaci účastníka řízení za účelem vyšetření zraku, popřípadě předepsání nových brýlí. Po základním vyšetření mělo být stěžovatelce ze strany účastníka řízení sděleno, že má vysoký oční tlak a musí být provedeno další vyšetření kvůli podezření na zelený zákal, ale toto vyšetření není hrazeno zdravotní pojišťovnou a bude stěžovatelku stát 2.500,- Kč. Po vyšetření měl účastník řízení stěžovatelce sdělit, že má zelený zákal a byly ji předepsány kapky Unilat k dennímu užití. K úhradě uvedené částky nebyl dle tvrzení stěžovatelky ze strany účastníka řízení vystaven žádný doklad. Zaplacení uvedené částky stěžovatelka dokládá předložením výpisu z účtu, kde je uveden výběr z bankomatu na nám. Svobody v Třinci z téhož dne, a to ve výši 6.000,- Kč. Při dalším vyšetření dne 3. 7. 2018 měla být stěžovatelce ze strany účastníka řízení účtována částka 500,- Kč za další speciální vyšetření, opět bez dokladu o zaplacení s tím, že se jedná o komplexní předoperační vyšetření. Stěžovatelka dále uvádí, že při kontrole účtu své zdravotní pojišťovny zjistila, že předepsané kapky Unilat byly vyzvednuty rovněž v lékárně, ve které si je ale ona osobně nevyzvedla a taktéž bylo zdravotní pojišťovně každý měsíc účtováno vyšetření, které neabsolvovala. Dle stěžovatelkou předložené lékařské zprávy ze dne 2. 1. 2019 byla stěžovatelka vyšetřena [obrazka] – poskytovatel zdravotních služeb [obrazka] kdy z této lékařské zprávy vyplývá, že [obrazka] nenalezla příznaky zeleného zákalu a také oční tlak stěžovatelky je v normě.

Dne 20. 2. 2019 obdržel správní orgán stížnost paní A. W., ve které stěžovatelka uvádí, že po ní účastník řízení vyžadoval platbu v hotovosti za vyšetření, která jí nebyla provedena, a tvrdil, že se jedná o 500,- Kč za první vyšetření, posléze požadoval částku 800,- Kč za údajné hloubkové vyšetření, ani jednou nebyl vystaven doklad o zaplacení. Po dodatečné urgenci byl stěžovatelce doklad na částku 800,- Kč vydán. Dle sdělení stěžovatelky ji měl účastník řízení vyhrožovat, že pokud se nedostaví na další návštěvu, bude ji pokutovat částkou 500,- Kč, kterou po ní bude vymáhat exekutorem. Stěžovatelce měl účastník řízení tvrdit, že má zelený zákal, na který ji ordinoval kapky, které chtěl hotově zaplatit. Stěžovatelka si následně zajistila novou ošetřující lékařku a po účastníkovi řízení požadovala výpis ze zdravotní dokumentace, který byl zaslán na email její dcery, za nějž měla zaplatit 307,- Kč, platbu měl účastník řízení opět převzít bez vystavení dokladu, a tento byl až po urgenci stěžovatelky dodatečně vystaven.

Dne 11. 3. 2019 zahájil Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor zdravotnictví jako příslušný orgán kontroly dle ustanovení § 107 odst. 1 zákona o zdravotních službách, na základě pověření č. 156/09/2019, vydaného ředitelem Krajského úřadu Moravskoslezského kraje, dle ustanovení § 5 odst. 2 písm. a) zákona č. 255/2012 Sb., o kontrole (dále jen „kontrolní řád“), kontrolu u účastníka řízení na jeho adrese místa poskytování zdravotních služeb. Účelem kontroly bylo prověřit obsahu podnětů stěžovatelů, které správní orgán před provedením kontroly obdržel. Jelikož účastník řízení – kontrolovaná osoba neprojevil při kontrole součinnost, nebylo možné podněty prošetřit. V průběhu kontroly projevoval účastník řízení značně agresivní chování, a proto byla o součinnost požádána a na místo přivolána Policie ČR (obvodní oddělení Třinec), která

si vyžádala také přítomnost zdravotnické záchranné služby s lékařem. Účastník řízení byl následně zdravotnickou záchrannou

službou převezen k psychiatrickému vyšetření do zdravotnického zařízení poskytovatele zdravotních služeb, kde byl hospitalizován a následujícího dne přeložen do [redacted] odkud dne 14. 3. 2019 odešel na plánovanou propustku, ze které se již nevrátil.

Na dotaz správního orgánu mu byly dne 15. 4. 2019 a 22. 5. 2019 Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou (dále jen „ČPZP“) písemně sděleny následující skutečnosti. Účastník řízení má s ČPZP uzavřen smluvní vztah s účinností od 1. 3. 2018. V druhé polovině roku 2018 obdržela ČPZP dva podněty na účastníka řízení. V prvním případě se jednalo o podnět pojištěnky na neetické a vulgární chování účastníka řízení a požadavek na úhradu 2.100,- Kč s tvrzením, že péče související s vyšetřením pojištěnky není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Doklad neměl být dle tvrzení pojištěnky vystaven ani po naléhání ze strany jí a jejího manžela. Účastník řízení péči poskytnutou této pojištěnce vykázal ČPZP spolu s péčí v dalších dnech, kdy již tato pojištěnka účastníkem řízení ošetřena nebyla. Druhý podnět se opět týkal neoprávněně vykázané péče ze strany účastníka řízení. Na základě uvedených podnětů přistoupila ČPZP k provedení fyzické kontroly u účastníka řízení. V listopadu 2018 byl účastník řízení ze strany ČPZP telefonicky kontaktován za účelem domluvení termínu fyzické kontroly, na což měl účastník řízení reagovat s tím, že v ordinaci nebude a položit telefon. Následně bylo ČPZP rozhodnuto o oslovení pojištěnců s nejvyšší vykázanou částkou na rodné číslo za zdravotní péči poskytnutou ze strany účastníka řízení v období od 1. 3. 2018 do 31. 10. 2018. Takto bylo osloveno celkem 47 pojištěnců s tím, že výsledkem oslovování bylo dle sdělení ČPZP zjištění, že výše jednoznačně potvrzené neoprávněně vykázané péče za uvedené období činí 285.890,20 Kč (do uvedené částky jsou dle sdělení ČPZP zahrnuti i pojištěnci, kteří se dověděli o předmětném oslovování pojištěnců a buď telefonicky, nebo mailem kontaktovali ČPZP). Kromě potvrzení neoprávněně vykázané péče bylo dle ČPZP ze strany pojištěnců k účastníku řízení sděleno také, že:

- účastník řízení požadoval úhradu poplatků v rozmezí od 500,- do 3050,- Kč,
- účastník ani na požádání nevystavil doklady o zaplacení s odůvodněním, že je revizní lékař pojišťovny a doklady jim nikdo neproplatí,
- výkony prováděla sestra,
- účastník řízení pacientům vyhrožoval slepotou, zeleným zákalem a rakovinou, když si u něho nekoupí kapky za 500,- Kč,
- účastník řízení předepisoval brýle se špatnými dioptriemi,
- účastník řízení jednal vulgárně a velice nepříjemně,
- mají podezření, že by účastník řízení mohl být pod vlivem návykových látek.

V lednu 2019 ČPZP zaslala účastníku řízení opakovanou písemnou výzvu k potvrzení termínu fyzické revize, tato byla ze strany účastníka řízení převzata, ale nebylo na ni reflektováno. ČPZP v rozmezí od ledna do března roku 2019 obdržela další 4 podněty týkající se zdravotních služeb poskytovaných ze strany účastníka řízení, konkrétně k:

- neoprávněnému vykázaní zdravotní péče, úhradě 500,- Kč v ordinaci (byl vydán doklad s potvrzením o úhradě částky 500,- Kč s poznámkou RL VZP) a vulgárnímu jednání,
- úhradě 2.500,- Kč za účelem vyloučení podezření na zelený zákal. Při další návštěvě pacientky byla požadována částka 500,- Kč a ani nyní nebyl vystaven doklad. Následnou kontrolou ze strany pojištěnky bylo krom neoprávněně vykázané péče zjištěno, že byly vyzvednuty kapky Unilat, (není známo kým) v Lékárně Amara. Unilat kapky byly ze strany účastníka řízení pojištěnce dle jejího sdělení předepsány, ale vyzvednuty byly v jiné lékárně, aniž by o tom pojištěnkyně věděla. Kapky byly pojištěnce dle jejího sdělení předepsány, ale vyzvednuty byly v jiné lékárně. Tento podnět zaslaný ČPZP odpovídá stížnosti stěžovatelky A.S., kterou správní orgán obdržel dne 18. 2. 2019
- neoprávněně vykázané péči, úhradě částky 3.000,- Kč za vyšetření a kapky (opět bez dokladu o zaplacení) a množství diagnóz, jako šedý zákal, spadá víčka, metastáze a nedokrvení.

Dalším šetřením ze strany ČPZP byla zjištěna nestandardní preskripce:

- účastník řízení nejčastěji předepisuje kapky Unilat. V pořadí třetí nejvyšší preskripční částka je na rodné číslo pojištěnky, která v souvislosti s oslovovací akcí potvrdila, že od 8/2018 k účastníku řízení již nechodila a i přesto jsou na ni lékárnou Amara vykazovány léky,
- předepsané léčivo je nejčastěji vyzvedáváno v lékárně PharmDr. Miroslava Janečková, Lékárna Amara, která z celkového množství preskripce činí 65%, a následně pak ČESKÁ LÉKÁRNA HOLDING, a.s. s 19%.

Dle sdělení ČPZP termín neoprávněně vykázaná péče v tomto konkrétním případě označuje zdravotní péči, která byla ČPZP ze strany poskytovatele vykázána a zároveň mu byla pojišťovnou uhrazena, avšak na základě šetření s pojištěnci ČPZP bylo zjištěno, že tato péče nebyla poskytovatelem poskytnuta. V souvislosti s uvedeným zjištěním ČPZP vyhotovila Protokol o provedené kontrole poskytovatele zdravotních služeb (účastníka řízení) v částce odpovídající zjištěné neoprávněně vykazované zdravotní péči doplněné o částku neoprávněně preskripce. Protokol byl odeslán účastníku řízení, který si jej převzal.

ČPZP dne 1. 4. 2019 odeslala účastníku řízení výpověď ze smluvního poměru. Dne 4. 4. 2019 byla ze strany ČPZP zaslána účastníku řízení další písemná výzva k potvrzení termínu fyzické revize, tato byla ze strany účastníka řízení převzata, ale opět bez reakce.

Na dotaz správního orgánu mu byly dne 30. 4. 2019 Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále jen „VZP“) písemně sděleny následující skutečnosti. Účastník řízení má s VZP uzavřen smluvní vztah s účinností od 1. 10. 2018. Po uzavření smluvního vztahu VZP eviduje několik neformálních podnětů ze stran pojištěnců, které se týkaly přímé platby za péči poskytovanou účastníkem řízení. Na základě uvedených podnětů VZP provedla analýzu vykázané a uhrazené péče, která byla poskytnuta v oční ambulanci účastníka řízení. Z analýzy vyplynuly závěry o pravděpodobné vysoké chybovosti ve vykázané péči. Na základě těchto skutečností provedla VZP u účastníka řízení fyzickou revizi. Na první domluvený termín se účastník řízení dle sdělení VZP do ambulance nedostavil. Následně byla ze strany VZP provedena další, předem neohlášená revize, která měla mít značně konfliktní průběh. Účastník řízení měl být po žádosti VZP o zdravotní dokumentaci agresivní a vulgární a revizní tým z ordinace vykázal.

Dne 21. 6. 2019 obdržel Krajský úřad Moravskoslezského kraje, odbor zdravotnictví (dále jen „správní orgán“) stížnost paní A. N. na účastníka řízení, jejímž obsahem byla nespokojenost s výsledky vyšetření, které stěžovatelka u účastníka řízení absolvovala, jakož i sdělení, že z tohoto důvodu byla nucena vyhledat pomoc na jiném specializovaném pracovišti.

Na základě shora uvedených skutečností zahájil správní orgán dne 7. 6. 2019 správní řízení ve věci odnětí oprávnění účastníka řízení – [REDAKCE] k poskytování zdravotních služeb s tím, že na 27. 6. 2019 správní orgán nařídil ústní jednání v této věci. Téhož dne, tj. 7. 6. 2019 správní orgán zaslal účastníku řízení oznámení o zahájení správního řízení, který si jej dne 10. 6. 2019 osobně převzal.

Správní orgán dle ustanovení § 49 správního řádu, vyzval účastníka řízení k ústnímu jednání za účelem projednání věci před vydáním rozhodnutí. Na tuto výzvu se účastník řízení, ač řádně a včas předvolán, k ústnímu jednání nedostavil. V rámci ústního jednání byly v souladu s ustanovením § 53 správního řádu provedeny listinné důkazy ke shora uvedeným skutečnostem. Správní orgán dne 28. 6. 2019 v souladu s § 36 odst. 1 a 3 správního řádu ukončil dokazování ve věci odnětí oprávnění k poskytování zdravotních služeb a vyzval účastníka řízení k seznámení se s podklady před vydáním rozhodnutí.

Dle ustanovení § 13 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZVZP“) se ze zdravotního pojištění hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci s cílem zlepšit nebo zachovat jeho zdravotní stav nebo zmírnit jeho utrpení. Podle ustanovení § 13 odst. 2, písm. a) ZVZP jsou hrazenými službami v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem mimo jiné zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná či lékárenská. Veškeré shora popsané výkony, za které účastník požadoval úhradu ze strany stěžovatelů, jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Dle ustanovení § 11 odst. 1, písm. d) ZVZP má pacient právo na poskytnutí hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služby přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Poskytovatel zdravotních služeb, který má uzavřenu smlouvu o úhradě poskytnuté zdravotní péče s příslušnou pojišťovnou tedy nesmí zároveň vykazovat poskytnuté zdravotní služby k úhradě dané zdravotní pojišťovně a zároveň požadovat tzv. přímou úhradu od pacienta (pojištěnce).

Dle ustanovení § 42 odst. 3, písm. a) ZVZP revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely a zdravotnických prostředků, a na posuzování potřeby lázeňské léčebně rehabilitační péče jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda poskytnuté hrazené služby odpovídají hrazeným službám vyúčtovaným zdravotní pojišťovně. Pokud kontrola ze strany zdravotní pojišťovny prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb, zdravotní pojišťovna takové služby neuhradí.

Dle ustanovení § 42 odst. 4 ZVZP mimo jiné poskytuje poskytovatel zdravotních služeb zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu kontroly, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení.

Dle ustanovení § 24 odst. 4, písm. d) zákona o zdravotních službách může příslušný správní orgán, tj. správní orgán, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb, odejmout toto oprávnění, jestliže poskytovatel závažným způsobem nebo opakovaně porušil povinnosti vyplývající pro něj ze zákona o veřejném zdravotním pojištění.

Dle ustanovení § 24 odst. 4, písm. e) zákona o zdravotních službách může příslušný správní orgán, tj. správní orgán, který vydal oprávnění k poskytování zdravotních služeb, odejmout toto oprávnění, jestliže poskytovatel opakovaně požadoval od pacientů úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

Oslovením pojištěnců ČPZP s nejvyšší vykázanou částkou na rodné číslo za zdravotní péči poskytnutou ze strany účastníka řízení v období od 1. 3. 2018 do 31. 10. 2018 bylo zjištěno, že výše jednoznačně potvrzené neoprávněně vykázané péče za uvedené období činí 285.890,20 Kč. Celkově se tak stalo v případě 47 pojištěnců.

Jednotlivé skutečnosti a důkazy správní orgán hodnotil jak samostatně, tak ve vzájemné souvislosti a na základě provedeného dokazování dospěl k závěru, že účastník řízení svým shora popsaným jednáním:

- a) naplnil skutkovou podstatu uvedenou v ustanovení § 24 odst. 4, písm. d) zákona o zdravotních službách, a to tím že opakovaně neposkytl zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu kontroly, a zároveň
- b) naplnil skutkovou podstatu uvedenou v ustanovení § 24 odst. 4, písm. e) zákona o zdravotních službách, a to tím, že opakovaně požadoval od pacientů (min. 47 zjištěných pacientů) úhradu za zdravotní služby v rozporu se zákonem o veřejném zdravotním pojištění.

Zároveň má správní orgán za to, že shora popsané skutečnosti a jednotlivá porušení zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou vzhledem k jejich charakteru, rozsahu požadovaných neoprávněných úhrad, průběhu situací, kdy k popsanému jednání účastníka řízení docházelo a chování účastníka řízení vůči pojištěncům, četnosti takových porušení, systematickosti jednání účastníka řízení, která vyplývá jak ze stížností jednotlivých pacientů, tak ze zjištění ČPZP, natolik závažné, že nedávají správnímu orgánu jinou možnost, než účastníku řízení odejmout oprávnění k poskytování zdravotních služeb. V tomto názoru pak správní orgán utvrdil i sám účastník řízení svým chováním a přístupem jak při kontrole v místě poskytování zdravotních služeb, tak v rámci tohoto řízení, kdy správní orgán zcela ignoroval a nijak se nesnažil své jednání vysvětlit či obhájit.

Na základě shora popsaných skutečností a důvodů správní orgán rozhodl tak, jak je uvedeno ve výroku tohoto rozhodnutí.

Poučení

Proti tomuto rozhodnutí lze podat odvolání k Ministerstvu zdravotnictví podle § 81 správního řádu, ve lhůtě do 15 dnů ode dne jeho oznámení, a to podáním učiněným u Krajského úřadu Moravskoslezského kraje.

Mgr. Lukáš Chalás v. r.
vedoucí oddělení zdravotní správy

Rozdělovník

1. Účastník řízení 
2. Na vědomí: místně příslušnému správci daně, místně příslušné správě sociálního zabezpečení, zdravotním pojišťovnám, České lékařské komoře

Za správnost vyhotovení: Lenka Štětková