

Paušální náhrady

Podstata jakýchkoliv paušálních náhrad nebo úhrad dovolených smluvně nebo stanovených právními předpisy tkví ve zprůměrování příslušných nákladů tak, že vybočení z tohoto průměru jedním či druhým směrem je pro konkrétní případy oběma stranám takového vztahu vynahrazeno zjednodušením systému dokládání těchto náhrad či úhrad a vede ke snížení administrativní náročnosti při vykazování příslušných výdajů a při jejich kontrole. Smyslu úpravy paušálních úhrad či náhrad se protíví, je-li takový paušál nastaven nebo vykládán způsobem, který jednostranně bez rozumného opodstatnění zvýhodňuje pouze jednu stranu smluvního vztahu, v jehož rámci byl paušál sjednán.

(Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 25 Cdo 5192/2007, ze dne 16.12.2009)

Nejvyšší soud České republiky rozhodl v právní věci žalobkyně Z. z. s. O. k., zastoupené advokátem, proti žalované V. z. p. Č. r., o 143.136,- Kč s příslušenstvím, vedené u Obvodního soudu pro Prahu 9 pod sp. zn. 57 C 146/2004, o dovolání žalobkyně proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 11. září 2007, č. j. 55 Co 229/2007-118, tak, že rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 11. září 2007, č. j. 55 Co 229/2007-118, a rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 9 ze dne 5. března 2007, č. j. 57 C 146/2004-107, se zrušují a věc se vrací Obvodnímu soudu pro Prahu 9 k dalšímu řízení.

Z odůvodnění :

Obvodní soud pro Prahu 9 rozsudkem ze dne 5. 3. 2007, č. j. 57 C 146/2004-107, zamítl žalobu na zaplacení 143.136,- Kč s příslušenstvím, rozhodl o náhradě nákladů řízení a o vrácení soudního poplatku. Žalobkyně se domáhala zaplacení paušální úhrady za zdravotní péči poskytnutou v měsících únor - červenec 2003 dle smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče ze dne 30. 5. 1995 ve znění následných dodatků. Soud vyšel ze zjištění, že dne 14. 8. 2002 byl uzavřen mezi původní žalobkyní (tj. zdravotnickým zařízením) a žalovanou (tj. zdravotní pojišťovnou) dodatek č. 3, 4Q/2002 ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, v jehož článku I. bylo sjednáno, že zdravotnická záchranná služba bude hrazena paušální sazbou, jejíž výše ve 4. čtvrtletí roku 2002 činí 284.559,- Kč s tím, že pokud zdravotnické zařízení vykáže méně ošetřených pacientů než v porovnávacím období, bude paušální sazba snížena vynásobením koeficientem změny počtu ošetřených pojištěnců pojišťovny. Z tohoto důvodu žalovaná provedla v roce 2003 srážku ve výši 44.347,- Kč z původní smluvené paušální sazby 284.559,- Kč. Avšak kromě této nesporné regulační srážky provedla v roce 2003 ještě další srážku ve výši 143.057,- Kč, a to započtením na žalovanou částku. Soud dovedl, že cena zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění v posuzovaném období byla cenou regulovanou dle ust. § 3 odst. 1 zák. č. [526/1990](#) Sb., o cenách, zařazenou do Seznamu zboží s regulovanými cenami vydaného výměrem Ministerstva financí ČR č. 01/2001, a že i paušální úhrady zdravotní péče podléhají této cenové regulaci. Pokud při proplácení zdravotní péče paušálními úhradami došlo k překročení stanovené maximální ceny, došlo k porušení zákona o cenách. Cenové ujednání sjednané mezi účastníky v dodatku ke smlouvě č. 3, 4Q/2002 přesahující regulovanou cenu je proto neplatné a pohledávka žalované ve výši 143.136,- Kč z regulační srážky byla zcela po právu započtena. S ohledem na zjištěnou oprávněnost pohledávky žalované, kterou započtetla proti pohledávce žalobkyně, se soud dále nezabýval oprávněností žalované pohledávky, neboť v částce minimálně 143.136,- Kč žalovaná zcela po právu započtetla svou pohledávku na pohledávku žalobkyně, která i kdyby byla prokázána, musela zaniknout.

K odvolání žalobkyně Městský soud v Praze rozsudkem ze dne 11. 9. 2007, č. j. 55 Co 229/2007-118, rozsudek soudu prvního stupně potvrdil a rozhodl o náhradě nákladů odvolacího řízení. Vyšel ze skutkového stavu zjištěného soudem prvního stupně a ztotožnil se s jeho právními závěry, které jsou v souladu s dosavadní judikaturou Nejvyššího soudu, přičemž odkázal na rozsudek Nejvyššího soudu sp. zn. 32 Odo 1166/2005.

Proti tomuto rozsudku podala žalobkyně dovolání, jehož přípustnost dovozuje z ust. § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř., neboť řeší právní otázku, která je dovolacím soudem rozhodována rozdílně. Namítá především, že po vydání rozhodnutí odvolacího soudu došlo k zásadní změně v judikatuře, kdy velký senát Nejvyššího soudu v rozsudku ze dne 19. 9. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006, zaujal sjednocující výkladové stanovisko k dané problematice, a to zcela shodné s právním názorem žalobkyně. Nejvyšší soud uvedl, že paušální úhrady sjednané dle ust. § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, nepodléhají cenové regulaci dle zákona o cenách. Je zřejmé, že oba soudy v daném případě posoudily otázku podřízení paušálních úhrad cenové regulaci zcela jinak (přesně opačně), než tak učinil Nejvyšší soud v uvedeném sjednocujícím rozhodnutí. Navrhla, aby dovolací soud zrušil rozsudek odvolacího soudu a věc vrátil tomuto soudu k dalšímu řízení.

Žalovaná v obsírném vyjádření k dovolání uvádí, že rozhodnutí velkého senátu Nejvyššího soudu je sice významné, ale striktně právně závazné pro obdobné případy není. Poukazuje na to, že zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení jsou při uzavírání smluv výrazně omezeny veřejnoprávními předpisy v možnosti svobodně si sjednat, co uznají za potřebné, takže neplatí zásady „smluvní autonomie“ ani „rovnosti smluvních stran“ a „pacta sunt servanta“, jak jsou uvedeny v odůvodnění rozhodnutí Nejvyššího soudu, a tyto zásady, jež jsou typické pro soukromé právo, neplatí pro právo veřejného zdravotního pojištění, jež náleží do odvětví práva veřejného, a spory ze smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče by měly být proto projednávány ve správním soudnictví. Dále polemizuje s některými argumenty v odůvodnění rozsudku velkého senátu Nejvyššího soudu a uvádí, že dovolání považuje za nesprávné. Navrhla, aby dovolání bylo zamítnuto.

Nejvyšší soud jako soud dovolací (§ 10a o. s. ř.) po zjištění, že dovolání bylo podáno včas, osobou oprávněnou - účastníkem řízení (§ 240 odst. 1 o. s. ř.), řádně zastoupeným advokátem ve smyslu § 241 odst. 1 o. s. ř., napadené rozhodnutí odvolacího soudu přezkoumal podle § 242 odst. 3 o. s. ř. a dospěl k závěru, že dovolání, které je přípustné podle § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř., je důvodné.

Dovolání žalobkyně je přípustné podle ust. § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř., jelikož rozhodnutí odvolacího soudu má po právní stránce zásadní význam, neboť řeší právní otázku, jež byla dosud odvolacími soudy i dovolacím soudem posuzována rozdílně (§ 237 odst. 3 o. s. ř.).

Vedle zjištění, že ve smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče si strany sjednaly paušální způsob úhrady za zdravotní péči, je pro posouzení nároku dále významné, že pro rozhodnou dobu platil výměr Ministerstva financí ze dne 28. 11. 2001, č. 01/2002, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami, který stanovil maximální cenu jednoho bodu částkou 1,10 Kč a určoval, že maximální cena zdravotního výkonu je součinem maximální ceny jednoho bodu a počtu bodů. Počet bodů je stanoven v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Podle ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. v tehdy platném znění, za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona, smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci (odstavec 1). Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových

smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, a poté je vydá jako vyhlášku. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, bude platnost smlouvy prodloužena až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytované péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení (odstavec 2). Do doby nabytí účinnosti vyhlášky podle odstavce 2 je způsob úhrady ponecháno na dohodě příslušného zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou buď na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů, nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Paušály se rozumí platby za počet registrovaných pojištěnců a agregovaná platba za lůžko/den v nemocnici či platba za diagnózu (odstavec 3).

Podle ustanovení § 3 odst. 1 zákona o cenách (ve znění tehdy účinném), regulací cen se rozumí stanovení nebo přímé usměrňování výše cen cenovými orgány a místními orgány.

Dle ustanovení § 5 zákona o cenách úředně stanovené ceny jsou ceny určeného druhu zboží stanovené cenovými orgány jako maximální, pevné nebo minimální, nebo místními orgány jako maximální (odstavec 1). Maximální cena je cena, kterou není přípustné překročit (odstavec 2). Maximální, pevné nebo minimální ceny platí pro všechny prodávající a kupující určeného druhu zboží a jejich uplatnění mohou cenové orgány nebo místní orgány omezit dalšími věcnými, popřípadě časovými podmínkami. Cenové orgány mohou stanovit u stejného zboží souběžně maximální a minimální cenu (odstavec 5).

Předchozí judikatura Nejvyššího soudu v této oblasti, včetně rozhodnutí sp. zn. 32 Cdo 1166/2005, na něž poukázal odvolací soud, zastávala názor, že pokud cena zdravotní péče hrazená zdravotním pojištěním byla v rozhodném období regulovanou cenou ve smyslu § 3 odst. 1 zákona o cenách, stanovenou v seznamu zboží s regulovanými cenami, vydaném výměrem Ministerstva financí, publikovaném v Cenovém věstníku Ministerstva financí (§ 10 zákona č. [265/1991](#) Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen), pak v souladu s § 5 odst. 1 zákona o cenách byla úředně stanovenou cenou, tj. cenou určeného druhu zboží danou cenovými orgány (§ 2 odst. 2 zákona č. [265/1991](#) Sb.), tedy cenou maximální, kterou nebylo přípustné překročit, a to ani způsobem úhrady za poskytnutou zdravotní péči povoleným podle zákona č. [48/1997](#) Sb.

Důvody, které Nejvyšší soud vedly k přehodnocení jeho dřívějších názorů a ke změně dosavadní judikatury v rozhodnutí velkého senátu ze dne 19. 9. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006 (přijátého občanským a obchodním kolegiem Nejvyššího soudu k uveřejnění ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek pod č. R 37/2008) jsou následující:

Závěr, že paušální úhrada dovolená výslovným zněním § 17 odst. 3 zákona č. [48/1997](#) Sb. může být na principu neplatnosti právního úkonu následně krácena (snížena) o částku převyšující maximální

cenu, jak ji v návaznosti na zákon o cenách stanovil výměr Ministerstva financí, ve svých důsledcích nutně vede ke střetu, jenž posuzované normy staví proti sobě.

Podstata jakýchkoliv paušálních náhrad nebo úhrad dovolených smluvně nebo stanovených právními předpisy i v jiných právních oblastech tkví ve zprůměrování příslušných nákladů tak, že vybočení z tohoto průměru jedním či druhým směrem je pro konkrétní případy oběma stranám takového vztahu vynahrazeno zjednodušením systému dokládání těchto náhrad či úhrad a vede ke snížení administrativní náročnosti při vykazování příslušných výdajů a při jejich kontrole. Smyslu úpravy paušálních úhrad či náhrad se protíví, je-li takový paušál nastaven nebo vykládán způsobem, který jednostranně bez rozumného opodstatnění zvýhodňuje pouze jednu stranu smluvního vztahu, v jehož rámci byl paušál sjednán.

Ustanovení § 17 odst. 3 zákona č. [48/1997](#) Sb., které sjednání paušálu dovoluje, je z hlediska toho, zda paušální způsob úhrady automaticky zvýhodňuje (se zřetelem k cenové regulaci podle zákona o cenách) zdravotní pojišťovnu, neutrální (takový záměr z něj neplyne). Závěr, že zákon o cenách zasahuje do smluvního vztahu stran při sjednání paušálu způsobem, který narušuje princip rovného postavení stran smluvního vztahu, by za této situace nutně musel vést k rozporu řešitelnému toliko Ústavním soudem (odklizením těch pasáží dotčeného zákona či zákonů, které rozpor způsobují). Takový střet lze řešit především ústavně konformním výkladem zkoumaných norem. Za ústavně konformní pak Nejvyšší soud pokládá takový výklad zkoumaných zákonných úprav, který nepřipisuje zákonodárci úmysl narušit regulaci podle zákona o cenách dohodu o paušálním způsobu úhrady předjímanou zákonem č. [48/1997](#) Sb. Tento závěr je v souladu i s principem smluvní autonomie, jak jej vyložil Ústavní soud např. v nálezu ze dne 3. 1. 2000, sp. zn. IV. ÚS 387/99 (uveřejněném ve Sbírce nálezů a usnesení Ústavního soudu, svazku 17, ročníku 2000, části I., pod pořadovým číslem 1).

Z uvedeného vyplývá, že právní názor odvolacího soudu, jakož i soudu prvního stupně, že paušální úhradu smluvenou podle § 17 odst. 3 zákona č. [48/1997](#) Sb. lze podrobit cenové regulaci podle zákona o cenách a citovaného výměru Ministerstva financí přepočtem na bodové ohodnocení, není podle současné judikatury Nejvyššího soudu, publikované ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek, správný a uplatněný dovolací důvod podle § 241a odst. 2 písm. b) o. s. ř. je naplněn.

Rozsudek odvolacího soudu spočívá na nesprávném právním posouzení a protože důvody, pro které bylo toto rozhodnutí zrušeno, platí i na rozhodnutí soudu prvního stupně, dovolací soud rozsudky soudů obou stupňů zrušil a věc vrátil soudu prvního stupně k dalšímu řízení (§ 243b odst. 2 , 3 o. s. ř.).

© EPRAVO.CZ - Sbírka zákonů, judikatura, právo | www.epravo.cz

Další články:

- [Koupě nemovité věci](#)
- [Nesprávný úřední postup \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Platební neschopnost \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Předkupní právo \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Přerušování řízení \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Rodinný závod \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Dědictví](#)
- [Výživné](#)

- [Valná hromada](#)
- [Ustanovení zástupce](#)
- [Náhrada škody](#)