

13. 6. 2008

ID: 55019

Veřejné zdravotní pojištění a paušály

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 1896/2007, ze dne 27.2.2008)

Nejvyšší soud České republiky rozhodl v právní věci žalobkyně N. P. k. zast. advokátem, proti žalované V. z. p. Č. r., o 2.413.145,- Kč s příslušenstvím, vedené u Obvodního soudu pro Prahu 9 pod sp. zn. 57 C 70/2004, o dovolání žalobkyně proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 28. listopadu 2006, č. j. 55 Co 349/2006-81, tak, že rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 28. listopadu 2006, č. j. 55 Co 349/2006-81, se zrušuje a věc se vrací tomuto soudu k dalšímu řízení.

Z odůvodnění:

Obvodní soud pro Prahu 9 rozsudkem ze dne 11. 6. 2005, č. j. 57 C 70/2004-61, uložil žalované povinnost zaplatit žalobkyni částku 2.413.145,- Kč s příslušenstvím a rozhodl o náhradě nákladů řízení ve vztahu mezi účastníky i vůči státu. Rozhodl tak o žalobě, kterou se žalobkyně domáhala úhrad za poskytnutou zdravotní péči ve druhém pololetí roku 2001 a prvním pololetí roku 2002 podle smluv a dodatků uzavřených mezi účastníky. Vyšel ze zjištění, že žalobkyně jako zdravotnické zařízení uzavřela s žalovanou zdravotní pojišťovnou dne smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče ve znění dodatků pro 2. pololetí roku 2001 ze dne 9. 10. 2001 a pro 1. pololetí roku 2002 ze dne 6. 9. 2002, v nichž bylo mimo jiné sjednáno, že žalobkyni bude zdravotní péče hrazena paušální sazbou za ošetřeného pojištěnce s tím, že pokud vykáže méně ošetřených pojištěnců než v porovnávacím období, bude tato sazba snížena podle koeficientu změny počtu ošetřených pojištěnců žalované. Úhradu zdravotní péče za II. pololetí roku 2001 a I. pololetí roku 2002 žalovaná ponížila o tzv. deregulační srážku (v celkové výši 2.413.145,- Kč), která vycházela z bodového ohodnocení zdravotní péče podle vyhlášky č. [134/1998](#) Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a z maximální ceny jednoho bodu zdravotního výkonu ve smyslu § 10 zákona č. [526/1990](#) Sb., o cenách, ve spojení s částí 1, oddílem A, bodem 4, odstavcem 1 výměru Ministerstva financí č. 01/2001 ze dne 5. 12. 2000, kterým se vydává seznam zboží s regulovanými cenami. Soud dospěl k závěru, že v posuzovaném případě sjednaný způsob úhrady poskytnuté zdravotní péče - tzv. paušální způsob úhrady - postrádá jakoukoliv souvztažnost (závislost na) k množství provedených zdravotních výkonů, a tedy i k jejich bodovému ohodnocení; cenová regulace (podle zákona č. [526/1990](#) Sb.) se stanovenou maximální cenou jednoho bodu zdravotního výkonu je tak irelevantní a na daný případ paušální úhrady nedopadající. Cenová regulace pomocí maximální hodnoty bodu se uplatňuje pouze stran zdravotních výkonů, tj. reguluje se hodnota jednoho zdravotního výkonu, což je však pojem, se kterým mechanismus úhrad sjednaný paušálním způsobem, který byl dohodnut i v posuzovaném případě, nepracuje.

K odvolání žalované Městský soud v Praze rozsudkem ze dne 28. 11. 2006, č. j. 55 Co 349/2006-81, rozsudek soudu prvního stupně změnil tak, že žalobu na zaplacení částky 2.413.145,- Kč s příslušenstvím zamítl a rozhodl o náhradě nákladů řízení před soudy obou stupňů ve vztahu mezi účastníky i vůči státu. Vyšel ze zjištění, že ve smlouvě uzavřené dne mezi N. s p. K. a žalovanou si její účastníci sjednali, že závazkový vztah zakládáný touto smlouvou se bude řídit obchodním zákoníkem.

S odkazem na § 758 obchodního zákoníku a rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR sp. zn. 32 Odo 1166/2005 dovedl, že došlo-li v dané věci, byť zákonem povoleným způsobem úhrady za poskytnutou zdravotní péči, k překročení stanovené maximální ceny za poskytování zdravotní péče, byla porušena cenová regulace, a tím došlo k právnímu úkonu, jímž byl porušen zákon č. [526/1990](#) Sb. Odvolací soud s ohledem na to, že žalobkyně se domáhala po žalované zaplacení rozdílu mezi úhradou ceny za poskytnutou zdravotní péči ve výši regulované státem a úhradou ve výši sjednané paušální úhrady, uzavřel, že její požadavek na zaplacení takové částky byl neoprávněný, neboť vycházel z neplatného ujednání o výši úhrady zdravotní péče.

Proti tomuto rozsudku podala žalobkyně dovolání, jehož přípustnost dovozuje z § 237 odst. 1 písm. a) o. s. ř. a podává je z důvodu podle § 241a odst. 2 písm. b) o. s. ř. Namítá, že právní závěr odvolacího soudu je na místě pouze v případě sjednání úhrady za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, avšak tento způsob úhrady smluvními stranami (účastníky řízení) sjednán nebyl. Dodatky ke smlouvě byl výslovně sjednán paušální způsob úhrady pevnou sazbou v Kč na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce (nikoli na bod) pro jednotlivé druhy péče včetně úhrady za zvlášť účtovaný materiál a léčivé přípravky. Tento způsob úhrady lze považovat za jiný způsob úhrady podle § 2 odst. 2 vyhlášky č. [211/2001](#) Sb. a § 2 odst. 4 vyhlášky č. [458/2001](#) Sb., který je na základě dohody smluvních stran možný. Dovolatelka svůj právní názor rovněž opírá o rozhodnutí Ústavního soudu ze dne 7. 12. 2006, sp. zn. III ÚS 312/06, podle něhož zjevně nelze paušální způsob úhrady za poskytnuté zdravotní služby připodobňovat k pojetí platby zálohové, jež podléhá vyúčtování. Navrhla, aby dovolací soud rozsudek odvolacího soudu zrušil a věc mu vrátil k dalšímu řízení.

Nejvyšší soud jako soud dovolací (§ 10a o. s. ř.) po zjištění, že dovolání bylo podáno včas, účastníkem řízení, zastoupeným advokátem ve smyslu § 241 odst. 1 o. s. ř., napadené rozhodnutí přezkoumal a dospěl k závěru, že dovolání, které je přípustné podle § 237 odst. 1 písm. a) o. s. ř., je i důvodné.

Podle ustanovení § 17 zákona č. [48/1997](#) Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v rozhodném znění, tj. ve znění účinném k 2. 8. 2001 (před novelou provedenou zák. č. [123/2005](#) Sb.), kdy byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, 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 rozhodnutí o způsobu 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 účinném v rozhodném období, regulací cen se rozumí stanovení nebo přímé usměrňování výše cen cenovými orgány a místními orgány.

Podle 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).

Nejvyšší soud ČR se v rozsudku ze dne 19. 9. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006, danou problematikou zabýval a vyslovil, že podstata jakýchkoli 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.

Pokud by se smluvený paušální způsob úhrady měl prosadit, jen budou-li zdravotní výkony provedené v příslušném období zdravotnickým zařízením přesahovat (při přepočtu na bodové ohodnocení) výše smluveného paušálu, nikoliv však v případě, že zdravotní výkony provedené v příslušném období zdravotnickým zařízením nedosáhnou (při přepočtu na bodové ohodnocení) výše smluveného paušálu, vedl by takový výklad nutně k závěru, že na smluvený paušál může zdravotnické zařízení jen doplatit.

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). Úkolem Nejvyššího soudu přitom je, řešit takový střet především ústavně konformním výkladem zkoumaných norem. Ústavní soud v minulosti opakovaně judikoval, že v situaci, kdy určité ustanovení právního předpisu umožňuje různé interpretace, z nichž jedna je v souladu s ústavními zákony České republiky, kdežto jiné jsou s nimi v rozporu, je úkolem státního orgánu interpretovat dotyčné ustanovení ústavně konformním způsobem (srov. např. náleží pléna Ústavního soudu, sp. zn. Pl. ÚS 5/96, vyhlášený pod číslem 286/1996 Sb.), kterým je v posuzovaném případě takový výklad zkoumaných zákonných úprav, jenž zákonodárci úmysl narušit regulací podle zákona o cenách dohodu o paušálním způsobu úhrady předjímanou zákonem č. [48/1997](#) Sb. nepřipisuje.

Ze všech těchto důvodů je zřejmé, že paušální úhrada za zdravotní péči poskytovanou zdravotnickým

zařízením, smluvená podle § 17 odst. 3 zákona č. [48/1997](#) Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění účinném do 29. 3. 2005, mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, nepodléhala cenové regulaci, která na základě zákona č. [526/1990](#) Sb., o cenách, upravovala bodové ohodnocení zdravotních výkonů (srov. rozsudek velkého senátu Nejvyššího soudu ČR ze dne 19. 9. 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006); o tento případ se jedná v posuzované věci. Žalobkyně uzavřela s žalovanou dne smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podle § 17 zákona č. [48/1997](#) Sb. Dodatkem k této smlouvě ze dne 9. 10. 2001 byla smluvena paušální úhrada za zdravotní péči poskytovanou žalobkyní (zdravotnickým zařízením) pojištěncům žalované pro období druhého pololetí roku 2001, dodatkem ze dne 6. 9. 2002 pak pro období prvního pololetí roku 2002, přičemž v obou dodatcích je výslovně stanovena paušální sazba na jednoho unikátního ošetřeného pojištěnce žalované pro jednotlivé druhy zdravotní péče (hospitalizační, ambulantní, jiná). Paušální úhrada za zdravotní péči poskytovanou žalobkyní jako zdravotnickým zařízením smluvená s žalovanou jako zdravotní pojišťovnou podle § 17 odst. 3 zákona č. [48/1997](#) Sb. tedy nepodléhala cenové regulaci, která na základě zákona č. [526/1990](#) Sb., o cenách, upravovala bodové ohodnocení zdravotních výkonů. Nelze se tedy ztotožnit s právní názorem odvolacího soudu, že došlo-li v dané věci, byť zákonem povoleným způsobem úhrady za poskytnutou zdravotní péči, k překročení stanovené maximální ceny za poskytování zdravotní péče, byla porušena cenová regulace, a tím došlo k právnímu úkonu, jímž byl porušen zákon č. [526/1990](#) Sb. Tento právní názor, který vychází z dřívější judikatury Nejvyššího soudu k této problematice (např. rozhodnutí ze dne 20. 10. 2005, sp. zn. 32 Odo 1166/2005, ze dne 16. 11. 2005, sp. zn. 32 Odo 1299/2005, a ze dne 16. 2. 2006, sp. zn. 32 Odo 1686/2005), byl přehodnocen již zmíněným rozhodnutím velkého senátu občanskoprávního a obchodního kolegia sp. zn. 31 Cdo 3142/2006, kde je vyjádřen právní názor odlišný od názoru odvolacího soudu.

Z výše uvedeného vyplývá, že rozsudek odvolacího soudu není z hlediska uplatněného dovolacího důvodu správný, proto jej dovolací soud zrušil (§ 243b odst. 2, věta za středníkem, o. s. ř.) a věc mu vrátil k dalšímu řízení (§ 243b odst. 3, věta první, o. s. ř.).

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

Další články:

- [Jistota](#)
- [Insolvenční řízení](#)
- [Exekuce](#)
- [Započtení](#)
- [Reorganizace](#)
- [Soudní poplatky \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Spotřebitel \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Správa společné věci \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Správní řízení \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Vylučovací žaloba \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Promlčení, insolvence](#)