4. 11. 2015

ID: 99466

Výše úhrad zdravotní péče

V režimu zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 31. března 2006, nebylo možno se odchýlit od jeho ustanovení § 17 odst. 7 a hodnotu (cenu) bodu a výši úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení sjednat ve smlouvě uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

(Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 32 Cdo 2051/2013, ze dne 13.7.2015)

Nejvyšší soud České republiky rozhodl ve věci žalobkyně Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, se sídlem v P., proti žalované Home Care Services & Supplies, s. r. o., se sídlem v P., o zaplacení částky 889 284 Kč s příslušenstvím, vedené u Obvodního soudu pro Prahu 6 pod sp. zn. 9 C 74/2008, o dovolání žalobkyně proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 26. listopadu 2012, č. j. 68 Co 443/2012-172, tak, že dovolání se zamítá.

Z odůvodnění :

Městský soud v Praze v záhlaví označeným rozhodnutím změnil rozsudek ze dne 11. května 2012, č. j. 9 C 47/2008-151, v pořadí druhý v této věci, jímž Obvodní soud pro Prahu 6 uložil žalované zaplatit žalobkyni částku 889 284 Kč s úrokem z prodlení od 1. července 2006 do zaplacení, tak, že žalobu zamítl.

Odvolací soud vyšel ze skutkových zjištění soudu prvního stupně, podle nichž žalobkyně jako zdravotní pojišťovna a žalovaná jako zdravotnické zařízení domácí zdravotní péče fyzioterapie, ergoterapie a klinické logopedie uzavřely dne 9. května 2001 „rámcovou“ smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, k níž poté, co příslušné dohodovací řízení nevedlo k výsledku, uzavřely dne 26. července 2004 dodatek platný pro druhé pololetí roku 2004, dne 9. února 2005 dodatek pro první pololetí roku 2005 a dne 15. srpna 2005 pak dodatek pro druhé pololetí roku 2005. V článku I bodu 4 dodatku ze dne 26. července 2004 bylo ujednáno, že žalobkyně v rozhodném období uplatní na základě § 17 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. omezení celkové úhrady ve výši 100 % skutečné úhrady (po vypořádání všech zákonných a smluvně dohodnutých regulací) z posledního smluvně dohodnutého období, kterým bylo 1. pololetí roku 2004. Totožný regulační parametr byl sjednán též v následujících dvou dodatcích. Úhrada za zdravotní péči, kterou poskytla žalovaná pojištěncům žalobkyně ve druhém pololetí roku 2004, překročila úhradu poskytnutou za předchozí pololetí o 251 245 Kč a rozdíl úhrad mezi prvním a druhým pololetím roku 2005 činil 638 039 Kč.

Odvolací soud se neztotožnil se závěrem soudu prvního stupně, podle něhož sjednání regulačního parametru smluvními stranami bylo v souladu s principem autonomie vůle a okolnost, že dodatky nebyly sjednány v rámci dohodovacího řízení podle ustanovení § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 31. března 2006 (dále též jen „zákon č. 48/1997 Sb.“), nemá za následek jejich neplatnost.

Odvolací soud argumentoval, že podle závěrů Nejvyššího soudu obsažených v rozhodnutí sp. zn. 25 Cdo 3047/2008 (jde o usnesení ze dne 25. května 2011, jež je, stejně jako ostatní rozhodnutí Nejvyššího soudu zde citovaná, dostupné na http://www.nsoud.cz) smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče představuje zvláštní smluvní typ s prvky veřejnoprávního charakteru a smluvní

autonomie při sjednávání obsahu smlouvy je modifikována tím, že na uvedený regulovaný typ vztahu stát vykonává svůj vliv stanovením obecných podmínek, za nichž mohou autonomní osoby vstupovat do vzájemných vztahů a na jejichž základě mohou tyto vzájemné vztahy realizovat. Zdůraznil, že Nejvyšší soud tu připouští nutnost veřejné regulace zdravotního pojištění s tím, že částečné omezení smluvní volnosti, spočívající právě v nutnosti respektování výsledku dohodovacího řízení, nelze považovat za porušení smluvní volnosti, nýbrž za regulaci tohoto zvláštního vztahu ze strany státu, podstatnou pro fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Odvolací soud dovodil, že pokud nedošlo k sjednání regulačních omezení v dohodovacím řízení, bylo na místě postupovat podle ustanovení § 17 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., podle něhož zůstávají v platnosti výše úhrad včetně regulačních omezení i po skončení období, na které byly sjednány nebo stanoveny, do doby, než dohodovací řízení sjedná nové výše úhrad včetně regulačních omezení, nebo do doby, než Ministerstvo zdravotnictví (dále též jen „ministerstvo“) stanoví nové výše úhrad včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí vyhláškou. Na základě toho uzavřel, že ujednání o regulačních omezeních obsažená v článku I odst. 4 dodatků z 25. července 2004 a 15. srpna 2005 jsou neplatná podle ustanovení § 39 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zrušeného k 1. lednu 2014 (dále jen „obč. zák.“), pro rozpor s ustanovením § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb.

Rozsudek odvolacího soudu napadla žalobkyně dovoláním, dovozujíc jeho přípustnost z toho, že napadené rozhodnutí závisí na řešení otázky hmotného práva judikaturou dovolacího soudu dosud neřešené, zda zdravotní pojišťovna a poskytovatel zdravotních služeb se mohou při sjednávání podmínek a výše úhrady za poskytování zdravotních služeb odchýlit od ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb.

Dovolatelka především namítá, že povinnost dodržovat závěry dohodovacího řízení judikovaná Nejvyšším soudem se týká dohodovacího řízení o rámcových smlouvách, které je naprosto odlišné od dohodovacího řízení o výši a podmínkách úhrady. Argumentuje též, že důvodem přípustnosti státní regulace je ochrana systému veřejného zdravotního pojištění a celkově pozitivní vliv regulace na systém financování zdravotních služeb a ona v souzeném případě uplatnila přísnější pravidla, než jaká byla stanovena na základě zákona. Dovolatelka má za to, že se tak stalo v souladu s usnesením Ústavního soudu ze dne 14. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2304/11, potvrzujícím ústavnost a potřebnost omezení úhrad pro ochranu systému veřejného zdravotního pojištění s omezenými příjmy, a s rozhodnutím Ústavního soudu ze dne 10. července 1996, uveřejněným pod číslem 206/1996 Sb. (jde o nález pléna Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 35/95), z něhož rovněž dovozuje přípustnost limitace úhrad.

Dovolatelka odkazuje též na rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 31. července 2012, sp. zn. 32 Cdo 3067/2010, podle něhož je oprávněná regulace nejen objemu poskytnuté zdravotní péče, ale i úhrad z veřejného zdravotního pojištění, a vyjadřuje přesvědčení, že napadené rozhodnutí nerespektuje již citované usnesení Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3047/2008, podle něhož omezení smluvní volnosti musí být pouze částečné a stát může svůj vliv vykonávat pouze stanovením obecných podmínek. Omezení smluvní volnosti v pojetí napadeného rozhodnutí dovolatelka shledává absolutním, neboť má za to, že strany jsou fakticky zbaveny možnosti řídit své smluvní závazky a jakkoliv je ovlivňovat v průběhu jejich trvání.

Dále dovolatelka odvolacímu soudu vytýká absenci úvahy, zda lze ujednání o regulačních omezeních „prohlásit za neplatné samostatně podle § 41 obč. zák.“, a vyjadřuje přesvědčení, že odvolací soud měl „za neplatné prohlásit“ celé dodatky a zabývat se otázkou existence právního titulu pro realizovaná plnění. Z napadeného rozsudku lze podle jejího názoru dovodit, že tímto titulem mají být zřejmě závěry dohodovacích řízení a vztahy účastníků by se tak měly řídit závaznými opatřeními Ministerstva zdravotnictví ZD 04/2004 a ZD 04/2005 uveřejněnými ve věstníku Ministerstva zdravotnictví č. 6/2004 a 7/2005. Argumentuje, že v takovém případě se odvolací soud měl vypořádat s její námitkou, odkazující na nález Ústavního soudu ze dne 16. ledna 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05, že

povinná aplikace dohodovacího řízení, respektive závazných opatření ministerstva, je v rozporu s článkem 36 Listiny základních práv a svobod.

Závěrem dovolatelka vyjadřuje přesvědčení, že právní posouzení odvolacího soudu se příčí pravidlům českého práva i práva Evropské unie o zákazu tzv. veřejné podpory, neboť způsob stanovení podmínek a výše úhrad neplní podmínky pro výjimky z tohoto zákazu, definované pro toto období zejména rozsudkem Evropského soudního dvora ze dne 24. července 2003, sp. zn. C-280/00, Altmark Trans GmbH a Regierungspräsidium Magdeburg v. Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH (dále jen „rozsudek Altmark“).

Dovolatelka navrhuje, aby Nejvyšší soud změnil napadený rozsudek odvolacího soudu tak, že odvolání žalované se zamítá a rozsudek soudu prvního stupně se potvrzuje.

Žalovaná se ve svém vyjádření k dovolání ztotožňuje se závěry odvolacího soudu. Argumentuje ve prospěch závěru, že možnost odchýlit se od ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb. vylučuje ustanovení § 17 odst. 9 tohoto zákona, které je výrazem částečného omezení smluvní volnosti. Má za to, že Nejvyšší soud se k této otázce opakovaně vyjádřil, soudní praxe je v tomto směru jednotná a není důvodu se od ní odchylovat. Prosazuje názor, že závěry Nejvyššího soudu se nevztahují toliko na dohodovací řízení podle ustanovení § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., nýbrž též na dohodovací řízení dle ustanovení § 17 odst. 5. Zpochybňuje též argument dovolatelky stran absolutního omezení smluvní volnosti, poukazujíc na možnost smluvních stran uplatňovat prostřednictvím svých zástupců vliv na výsledky dohodovacích řízení. Žalovaná navrhuje, aby dovolání bylo odmítnuto, popřípadě zamítnuto.

Se zřetelem k době vydání napadeného rozsudku odvolacího soudu se, oproti očekávání dovolatelky, pro toto dovolací řízení uplatní - v souladu s bodem 7. článku II, části první, přechodných ustanovení zákona č. 404/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony - občanský soudní řád ve znění účinném do 31. prosince 2012.

Po zjištění, že dovolání bylo podáno ve lhůtě stanovené v § 240 odst. 1 o. s. ř. oprávněnou osobou (účastníkem řízení) při splnění podmínek povinného zastoupení (§ 241 odst. 1, 4 o. s. ř.), Nejvyšší soud dovodil, že dovolání je přípustné bez dalšího, a to podle ustanovení § 237 odst. 1 písm. a) o. s. ř., neboť směřuje proti rozsudku odvolacího soudu, jímž bylo změněno rozhodnutí soudu prvního stupně ve věci samé.

Nejvyšší soud tedy přezkoumal napadené rozhodnutí z hlediska uplatněných dovolacích důvodů, jsa jimi v zásadě vázán, včetně toho, jak je dovolatelka obsahově vymezila (srov. § 242 odst. 3 větu první o. s. ř.), a dovolání shledal nedůvodným.

Podle ustanovení § 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění účinném do 31. prosince 2007 (před novelou provedenou zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů), zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění a rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována.

Podle ustanovení § 1 odst. 1 tohoto zákona, ve znění pozdějších předpisů, tento zákon zapracovává příslušné předpisy Evropské unie, zároveň navazuje na přímo použitelné předpisy Evropské unie a upravuje a) veřejné zdravotní pojištění, b) rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby, a c) způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.

Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady (ve znění účinném do 31. března 2012),

respektive podmínky poskytování zdravotních služeb (ve znění pozdějších předpisů) jsou upraveny v části páté zákona č. 48/1997 Sb.

Zákon č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 29. března 2005, obsahoval v § 17 tato ustanovení:
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 (odstavec 1 věta první).

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. …. 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 (odstavec 3 věta první).

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se sestavuje v dohodovacím řízení se zástupci a) Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven, b) příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení, c) profesních organizací zřízených zákonem, d) odborných vědeckých společností, e) zájmových sdružení pojištěnců. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je předkládán Ministerstvu zdravotnictví k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, které jej poté vydá jako vyhlášku. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami je podle druhů péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat, součástí smlouvy o poskytování zdravotní péče uzavírané mezi zdravotními pojišťovnami a smluvními zdravotnickými zařízeními (odstavec 4).

Hodnoty bodu a výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění se dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení (odstavec 5 věta první).

Nedojde-li dohodovací řízení k výsledku do 60 dnů před skončením období, pro které byly sjednány ceny bodu a sjednány nebo stanoveny výše úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení, zůstávají v platnosti a) ceny bodu sjednané v rámci platné regulace cen i po skončení období, na které byly sjednány, b) výše úhrad včetně regulačních omezení i po skončení období, na které byly sjednány nebo stanoveny, do doby, než dohodovací řízení sjedná nové výše úhrad včetně regulačních omezení, nebo do doby, než Ministerstvo zdravotnictví stanoví nové výše úhrad včetně

regulačních omezení pro kalendářní pololetí vyhláškou (odstavec 7).

Je-li výsledkem dohodovacího řízení podle odstavce 5 dohoda o cenách bodu v rámci platné regulace cen a o výši úhrad včetně regulačních omezení pro příslušné období, posoudí Ministerstvo zdravotnictví tento výsledek z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem (odstavec 8).

Neshledá-li Ministerstvo zdravotnictví při posuzování výsledku dohodovacího řízení podle odstavce 5 nesoulad s právními předpisy a veřejným zájmem, vyhlásí jej ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví; tento výsledek je pro zdravotnická zařízení a pro zdravotní pojišťovny závazný (odstavec 9).

Odporuje-li dohoda uzavřená v rámci dohodovacího řízení právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí Ministerstvo zdravotnictví dohodu s popisem rozporu zpět k dohodovacímu řízení. Účastníci dohodovacího řízení předloží přepracovaný výsledek Ministerstvu zdravotnictví k posouzení do 10 kalendářních dnů ode dne vrácení (odstavec 10).

Není-li dohoda uzavřená v rámci dohodovacího řízení předložena ve lhůtě stanovené v odstavci 10 nebo odporuje-li právním předpisům nebo veřejnému zájmu, a) zůstávají ceny bodu sjednané v rámci platné regulace cen v platnosti i po skončení období, na které byly sjednány, b) Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou výši úhrad hrazené péče včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí (odstavec 11).

Novelou provedenou s účinností k 30. březnu 2005 zákonem č. 123/2005 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů, bylo dosavadní znění odstavce 3 nahrazeno textem „zdravotnická zařízení a další subjekty poskytující hrazenou péči jsou povinny ve vyúčtováních zdravotním pojišťovnám uvádět čísla pojištěnců, kterým hrazenou péči poskytly“. Ve zbytku nedoznala citovaná ustanovení § 17 odst. 1 až odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb. změn až do 31. března 2006.

Po novelizacích provedených zákonem č. 117/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění, s účinností k 1. dubnu 2006, a zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, s účinností k 1. lednu 2008, byla úprava dosavadního § 17 odst. 5 až odst. 11 obsažena v § 17 odst. 6 v tomto znění:

Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se zdravotnické zařízení a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních jinak.

Poslední věta citovaného ustanovení nebyla následnými novelizacemi dotčena, vyjma toho, že po

novelizaci provedené s účinností od 1. dubna 2012 zákonem č. 369/2011 Sb. jde opět o odstavec 5.

V ustanoveních § 17 odst. 5 až odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 31. března 2006 (dále též jen „rozhodné znění“), byl striktně upraven mechanismus, jakým bylo lze dospět k hodnotě (ceně) bodu a k výši úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení. Především se tak mělo stát dohodou uzavřenou v dohodovacím řízení zástupci zdravotních pojišťoven na straně jedné a zástupci smluvních zdravotnických zařízení na straně druhé (§ 17 odstavec 5 věta první). Pro případ, že k takové dohodě nedojde do 60 dnů před skončením období, pro které byly sjednány ceny bodu a sjednány nebo stanoveny výše úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení, zákon kategoricky stanovil, že zůstávají v platnosti ceny bodu sjednané v rámci platné regulace cen i po skončení období, na které byly sjednány, a v platnosti zůstává i výše úhrad včetně regulačních omezení i po skončení období, na které byly sjednány nebo stanoveny, ty pouze do doby, než dohodovací řízení sjedná nové výše úhrad včetně regulačních omezení, popřípadě než Ministerstvo zdravotnictví (dále též jen „ministerstvo“) stanoví vyhláškou nové výše úhrad včetně regulačních omezení pro kalendářní pololetí (§ 17 odstavec 7). S jinou možností řešení, zejména prostřednictvím uzavírání individuálních smluv mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, dikce zákona nepočítala. Zákonodárce tu zjevně zvolil jiný model než při původní úpravě mechanismu sjednávání rámcové smlouvy, účinné od 31. prosince 2000 do 29. března 2005 (tedy v době uzavření posuzované smlouvy), kde ustanovením § 17 odst. 3 ponechal „rozhodnutí“ o způsobu úhrady (podle poskytnutých zdravotních výkonů anebo paušálem) do doby nabytí účinnosti vyhlášky s rámcovou smlouvou na individuálně uzavřené dohodě toho či onoho zdravotnického zařízení s tou či onou zdravotní pojišťovnou.

Novelizace provedená k 1. dubnu 2006 zákonem č. 117/2006 Sb. především opustila dosavadní řešení pro případ, že dohodovací řízení nedospěje k výsledku, obsažené předtím v ustanovení § 17 odst. 7 pod písmeny a) a b), tj. prolongaci platnosti úpravy sjednané, popřípadě stanovené pro předchozí úhradové období, zakotvenou do zákona s účinností od 31. prosince 2000 zákonem č. 459/2000 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. V novelizovaném znění, shrnujícím v jednom odstavci (šlo o odstavec 5) celou úpravu procesu určení ceny bodu, výše úhrad a regulačních omezení, nebyla již výslovně zdůrazněna závaznost dohody uzavřené v dohodovacím řízení. Podle důvodové zprávy prolongace platnosti předchozích dohod, respektive předchozích vyhlášek v případě nedohody, vnášela do uzavírání smluvních dodatků řadu nestejných a účelových výkladů o platnosti jednotlivých ustanovení předchozích ujednání, včetně modifikace těchto předchozích výsledků o další regulační a kontrolní mechanizmy, podle kterých by měla úhrada probíhat v novém období, a praxe též ukázala, že zakonzervování výsledků předchozího období, včetně úhrad, v žádném případě nemůže dostatečně reflektovat změny probíhající v jednotlivých segmentech v objemu a kvalitě péče, změnách její struktury a pohybu pojištěnců mezi pojišťovnami. Z těchto důvodů bylo nutné, v zájmu zachování bilanční rovnováhy systému a zajištění stejné dostupnosti a kvality zdravotní péče pro všechny pojištěnce, stanovit zmocnění pro ministerstvo, aby stanovilo výše úhrad a způsob výpočtu výše úhrad zdravotní péče včetně regulačních omezení pro další úhradové období prováděcím právním předpisem v případech, kdy nedojde v dohodovacím řízení k dohodě nebo kdy uzavřená dohoda není ve stanoveném termínu předložena anebo odporuje právnímu předpisu či veřejnému zájmu.

Novela provedená s účinností k 1. lednu 2008 zákonem č. 261/2007 Sb. v ustanovení § 17 změnila způsob stanovení seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami tak, že tento seznam vydává ministerstvo vyhláškou (ve znění této novely šlo o odstavec 5). Odstavec 6 obsahující úpravu určení ceny bodu, výše úhrad a regulačních omezení byl pak doplněn šestou větou, v níž se jako primární řešení úpravy způsobu a výše úhrady a regulačních omezení stanoví dohoda mezi jednotlivými zdravotnickými pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními, vázanými při kontraktaci toliko zdravotně

pojistným plánem zdravotní pojišťovny, a dohoda zástupců obou skupin jako výsledek dohodovacího řízení, popřípadě úprava těchto otázek podzákonným právním předpisem jsou stanoveny jako řešení toliko subsidiární.

Není pochyb o tom, že počínaje dnem 1. ledna 2008 je právní úprava určení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení dohodou uzavřenou v dohodovacím řízení, popřípadě vyhláškou ministerstva, úpravou dispozitivní. První část odpovědi na otázku, jakou povahu měla právní úprava obsažená v ustanoveních § 17 odst. 5 až odst. 11 zákona č. 48/1997 Sb., v rozhodném znění, lze nalézt v dosavadní judikatuře Nejvyššího soudu.

Nejvyšší soud vysvětlil již v rozsudku ze dne 30. března 2000, sp. zn. 25 Cdo 476/98, že smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče je speciální smlouvou mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením upravující soukromoprávní vztah, v jehož rámci dochází k omezení smluvní volnosti obou stran na základě přesně vymezené míry dané zákonem č. 48/1997 Sb., jedná se tedy o zvláštní smluvní typ s prvky veřejnoprávního charakteru (týká se zabezpečování zdravotní péče, tedy veřejných potřeb) odlišný od typů smluv upravených občanským či obchodním zákoníkem, a že smluvní strany tohoto vztahu musí respektovat právní úpravu obsaženou v právních předpisech upravujících všeobecné zdravotní pojištění. K tomuto názoru se Nejvyšší soud přihlásil též v rozsudku ze dne 22. listopadu 2001, sp. zn. 33 Odo 470/2001. V usnesení ze dne 25. ledna 2006, sp. zn. 32 Odo 518/2005, formuloval závěr (s odkazem na názor vyslovený v usnesení Ústavního soudu ze dne 27. ledna 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98, uveřejněném pod číslem 6/1999 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu), že vztah vzniklý na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče vykazuje základní znaky soukromého práva, neboť smlouva je základním nástrojem, který užívá zákonodárce při regulaci soukromoprávních vztahů. Skutečnost, že vznik smlouvy je vázán na splnění vnějších podmínek, které je účastník povinen vzít na zřetel, představuje modifikaci typu soukromoprávní regulace, v němž stát vykonává svůj vliv na regulované vztahy tím, že stanoví obecné podmínky, za nichž mohou autonomní osoby vstupovat do vzájemných vztahů. Obdobně v rozsudku ze dne 27. dubna 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008, Nejvyšší soud uzavřel, že smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče byl založen občanskoprávní vztah, pro nějž sice platí princip smluvní autonomie při sjednávání obsahu smlouvy, resp. stanovení práv a povinností jednotlivých smluvních stran, tato soukromoprávní regulace je však modifikována tím, že na uvedený regulovaný typ vztahu stát vykonává svůj vliv tím, že stanoví obecné podmínky, za nichž mohou autonomní osoby vstupovat do vzájemných vztahů a na jejichž základě mohou tyto vzájemné vztahy realizovat. V usnesení ze dne 25. května 2011, sp. zn. 25 Cdo 3047/2008, pak Nejvyšší soud na tyto závěry navázal úvahou, že částečné omezení smluvní volnosti, spočívající v nutnosti respektovat ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní péče výsledek dohodovacího řízení, nelze považovat za porušení zásady smluvní volnosti, nýbrž za regulaci tohoto zvláštního vztahu ze strany státu, podstatnou pro fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Ústavní stížnost směřující proti tomuto rozhodnutí Ústavní soud usnesením ze dne 14. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2304/11 (dostupným, stejně jako ostatní rozhodnutí Ústavního soudu zde citovaná, na http://usoud.cz), odmítl s odůvodněním, že ve věci neshledal z hlediska ústavně právního nic, co by odůvodňovalo jeho zásah.

Dovolatelka se mýlí v názoru, že tyto závěry na otázku řešenou v souzené věci vztáhnout nelze.

Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřená v souladu s rámcovou smlouvou sjednanou v dohodovacím řízení podle ustanovení § 17 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., v rozhodném znění, posouzení jejíž závaznosti bylo předmětem shora citovaných rozhodnutí, je právní skutečností, z níž vzniká právní vztah mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, judikaturou charakterizovaný jako soukromoprávní závazkový vztah s veřejnoprávními prvky, a seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jakož i hodnota (cena) bodu a výše úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení jsou – jakožto bližší vymezení práv a povinností smluvních stran v otázce úhrad za poskytnutí zdravotní péče - součástí obsahu tohoto závazkového

vztahu. Ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., v rozhodném znění, je tedy jako celek (též jeho shora necitované odstavce 12 až 14) právní normou, jejímž účelem je úprava mechanismu založení příslušného závazkového vztahu a vymezení jeho konkrétního obsahu. Závěry založené na vyhodnocení specifických rysů právní úpravy spočívajících v modifikaci soukromoprávní metody regulace veřejnoprávní intervencí státu, jenž touto cestou (přímou regulací soukromoprávního vztahu zákonem, tj. omezením smluvní volnosti zásahem veřejné moci) autoritativně prosazuje veřejný zájem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče a na fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění (srov. § 17 odst. 2 větu druhou zákona č. 48/1997 Sb., ve znění novely provedené s účinností od 1. dubna 2006 zákonem č. 117/2006 Sb.), se proto nutně vztahují nejen na samotnou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, nýbrž též na navazující právní skutečnosti dotvářející její konkrétní obsah.

Platí obecně, že právní vztahy, které mají z hlediska zájmů společnosti zvláště důležitý význam (jde o otázky důležitého veřejného zájmu), bývají upravovány kogentními normami (srov. např. Boguszak, J., Čapek, J., Gerloch, A.: Teorie práva. Praha: ASPI Publishing, 2004, s. 88, či Švestka, J., Spáčil, J., Škárová, M., Hulmák, M. a kol. Občanský zákoník I. § 1 - 459, Komentář. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s. 49). Tam, kde je společenský zájem, který právní norma chrání, velmi intenzivní, omezuje lidskou svobodu norma kogentní (srov. Knapp, V. Teorie práva. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 1995, s. 55 a 56).

Prostředkem, jímž stát při prosazování veřejného zájmu na fungování systému veřejného zdravotního pojištění zasahuje do autonomie vůle stran smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, jsou právní předpisy upravující všeobecné zdravotní pojištění, především zákon č. 48/1997 Sb. [srov. jeho § 1, ve znění účinném do 31. prosince 2007, a přesnější deklaraci obsaženou v § 1 odst. 1 tohoto zákona, ve znění pozdějších předpisů, podle níž tento zákon (mimo jiné) upravuje rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby]. Proto Nejvyšší soud ve svých shora citovaných rozhodnutích výslovně zdůraznil, že strany vztahu založeného takovou smlouvou musí respektovat právní úpravu obsaženou v právních předpisech upravujících všeobecné zdravotní pojištění (srov. shora citované rozsudky ze dne 30. března 2000, sp. zn. 25 Cdo 476/98, a ze dne 22. listopadu 2001, sp. zn. 33 Odo 470/2001).

V právní doktríně, která předpisy o veřejném zdravotním pojištění řadí mezi práva sociálního zabezpečení, pak bylo výslovně dovozeno, že veřejné zdravotní pojištění je (jako součást systému českého zdravotnictví a podmínka jeho fungování) pojištěním všeobecně platným, na jehož základě se podle jednotné právní úpravy poskytuje zdravotní péče hrazená z prostředků tohoto obligatorního zákonného pojištění, a že obligatornost systému veřejného zdravotního pojištění se především projevuje kogentní zákonnou úpravou podmínek, jimiž se právní vztahy veřejného zdravotního pojištění řídí (srov. Tröster, P. a kol. Právo sociálního zabezpečení. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha : C. H. Beck, 2008, s. 137 a 138).

Z popsaného vývoje právní úpravy mechanismu vymezení obsahu závazkového vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením (poskytovatelem zdravotních služeb) co do určení zdravotních výkonů hrazených z nemocenského pojištění, způsobu úhrady, hodnot bodu, výše úhrad a regulačních omezení je zřejmé, že tam, kde měl zákonodárce v úmyslu ponechat prostor pro uplatnění autonomie vůle smluvních stran, to výslovně vyjádřil, jak tomu bylo v ustanovení § 17 odst. 3 větě první zákona, ve znění účinném do 29. března 2005, a zejména právě v ustanovení § 17 odst. 5 věty šesté zákona, ve znění pozdějších předpisů.

Tento argument by neobstál, jestliže by vložením posledně zmíněného ustanovení do zákona došlo ve skutečnosti nikoliv ke změně dosavadního právního režimu, nýbrž toliko k upřesnění právní úpravy, k výslovnému vyjádření způsobu řešení, který byl možný již před novelou.

Účelem zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ohlášeným v obecné části důvodové zprávy, bylo na straně výdajů zastavit vzestup finančních prostředků vynakládaných v sociálních systémech, který je s ohledem na zvyšující se podíl těchto výdajů na vývoji deficitu veřejných rozpočtů neudržitelný. Ve své zvláštní části pak důvodová zpráva zdůrazňuje, že se zakotvuje (sic!) možnost jiné dohody mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením za předpokladu dodržení zdravotně pojistného plánu s tím, že použití příslušné vyhlášky je omezeno pouze na ty případy, kdy se smluvní strany o způsobu úhrady, výši úhrady a regulačních omezeních nedohodnou jinak. Z toho lze dle názoru Nejvyššího soudu spolehlivě usoudit, že účelem novely provedené zákonem č. 261/2007 Sb. bylo opuštění dosavadního mechanismu, jímž se dospívalo k určení způsobu úhrady, výše úhrad a regulačních omezení, a k jeho nahrazení řešením založeným primárně na smlouvách sjednávaných individuálně mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami a jednotlivými zdravotnickými zařízeními (poskytovateli zdravotních služeb), s cílem vytvořit prostor pro dosahování úspor při vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění cestou individuálního vyjednávání. Uvedenou novelou tedy došlo ke změně normy dosud kogentní v normu dispozitivní.

Uvedené úvahy vedou k závěru, že v režimu zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 31. března 2006, nebylo možno se odchýlit od jeho ustanovení § 17 odst. 7 a hodnotu (cenu) bodu a výši úhrad hrazené zdravotní péče včetně regulačních omezení sjednat ve smlouvě uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Takto dosažený výsledek interpretace se oproti názoru dovolatelky nikterak neprotiví judikatorním závěrům Nejvyššího soudu, který vyložil v rozsudku ze dne 31. července 2012, sp. zn. 32 Cdo 3067/2010, že z ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 1. dubna 2006 do 31. prosince 2007, lze dovodit oprávnění k regulaci úhrad za poskytnutou zdravotní péči, ani rozhodovací praxi Ústavního soudu, jenž v nálezu pléna ze dne 10. července 1996, sp. zn. Pl. ÚS 35/95, uveřejněném pod číslem 206/1996 Sb., shledal limitaci systému veřejného zdravotního pojištění objemem finančních prostředků, který se získává na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění, ústavně konformním. Odvolací soud přeci v napadeném rozsudku neřeší otázku, zda podle právní úpravy účinné v rozhodné době bylo vůbec lze regulovat výši úhrad či nikoliv. Jeho rozhodnutí spočívá na posouzení, jakým způsobem (prostřednictvím jakých instrumentů) mohlo v příslušném právním režimu dojít k nastavení regulačních mechanismů.

V argumentaci, že důvodem přípustnosti státní regulace je ochrana systému veřejného zdravotního pojištění, přičemž ona v posuzovaných smluvních dodatcích uplatnila přísnější pravidla, než jaká byla stanovena zákonem, dovolatelka opomíjí, že ingerence státu do závazkového vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením (poskytovatelem zdravotních služeb) není cílena jednostranně. Účelem regulačních zásahů ze strany státu není jen ochrana prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale zároveň též zajištění, aby zdravotnická zařízení měla v rámci limitovaných možností systému finanční prostředky nezbytné k tomu, aby byla sto dostát svému závazku poskytovat dostupnou a kvalitní zdravotní péči (zdravotní služby), takovou, která odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce a je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (srov. § 13 odst. 1 a § 17 odst. 2 větu druhou zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Lze ostatně poukázat též na závěry nálezu pléna Ústavního soudu ze dne 23. května 2000, sp. zn. Pl. ÚS 24/99, vyhlášeného pod číslem 167/2000 Sb., podle nichž musí státní regulace, vycházejíc ze zohlednění výše vybraného pojistného, výše nákladů při poskytování zdravotní péče a dalších důležitých faktorů, zohlednit i možnost tvorby zisku. Jde tu tedy, jak bylo zdůrazněno též ve shora citované důvodové zprávě, o zajištění bilanční rovnováhy systému veřejného zdravotního pojištění.

Z popsaného vývoje příslušné právní úpravy je zřejmé, že pohled zákonodárce na prostředky, jimiž lze toho cíle dosáhnout, se v čase mění (posouvá), že zákonodárce ve snaze nalézt funkční model experimentuje a že řešení, jež považoval za vhodné před deseti lety, shledal na základě poznatků o jeho osvědčení v praxi nevyhovujícím a nahradil je jiným. Skutečnost, že právní režim naznal

takových změn, v důsledku nichž právní úkon dříve nedovolený by byl dnes v souladu se zákonem, však nemůže neplatnost takového právního úkonu dodatečně zhojit (srov. shodně např. rozsudek velkého senátu občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyšší soudu ze dne 20. ledna 2004, sp. zn. 31 Cdo 1895/2002, uveřejněný pod číslem 7/2005 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek).

Interpretaci, podle níž byl § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., v rozhodném znění, ustanovením kogentním, Nejvyšší soud považuje za ústavně konformní. Rozporným s principem autonomie vůle, garantovaným v čl. 2 odst. 3 Listiny základních práv a svobod (dále též jen „Listina"), není takový zásah státu do autonomní sféry jednotlivce, jenž je odůvodněn určitým veřejným zájmem a jde-li o zásah přiměřený s ohledem na cíle, jichž má být dosaženo (srov. nález Ústavního soudu ze dne 24. července 2007, sp. zn. I. ÚS 557/05, uveřejněný pod číslem 116/2007 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu). Právní úprava mechanismu určení hodnoty bodu, výše úhrad za poskytnutou zdravotní péči a regulačních omezení, vylučující individuální ujednání, byla odůvodněna veřejným zájmem na řádném fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Bylo-li jejím cílem prosadit jednotnost v odměňování za zdravotní péči, tak aby se jednotlivým zdravotnickým zařízením nedostávalo za tytéž zdravotní výkony různě vysokých úhrad, v závislosti na tom, s jakou zdravotní pojišťovnou mají smluvní vztah, jaká je jejich vyjednávací pozice apod., a aby tak v konečném důsledku neměla zdravotnická zařízení různé předpoklady k poskytování zdravotní péče, pak se posuzovaný veřejnoprávní zásah jeví nikoliv nepřiměřeným či nerozumným. Požadavek na zajištění stejné dostupnosti a kvality zdravotní péče hrazené z obligatorního veřejného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce, bez zřetele na to, u které zdravotní pojišťovny jsou registrováni a které zdravotnické zařízení zvolili, vyplývá z čl. 1 věty první Listiny, podle níž lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti a v právech, a z jejího čl. 31, jenž stanoví, že každý má právo na ochranu zdraví a že občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Ústavní soud v plenárním nálezu ze dne 4. června 2003, sp. zn. Pl. ÚS 14/02, uveřejněném pod číslem 82/2003 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu, hodnotí jako souladný s ústavními principy vývojový trend veřejné zdravotní péče ve směru kvalitní, plnohodnotné a účinné péče na základě rovného postavení všech pojištěnců.

Na legitimitě posuzované intervence státu do autonomie vůle nic nemění ani to, že se od ní stát nakonec rozhodl upustit, v rámci pokusu o stabilizaci veřejných rozpočtů.

V této souvislosti je namístě dodat, že právní závěry odvolacího soudu nejsou v rozporu ani s již citovaným usnesením Nejvyššího soudu sp. zn. 25 Cdo 3047/2008. Kategorické požadavky na omezení zásahu do smluvní volnosti, které v něm dovolatelka nalézá, v něm formulovány nejsou. Nepřípadný je i dovolatelčin odkaz na již shora zmíněné usnesení Ústavního soudu ze dne 14. září 2011, sp. zn. I. ÚS 2304/11. Nelze ostatně přisvědčit jejímu argumentu, že smluvní volnost byla v otázce hodnoty bodu, výše úhrad a regulačních omezení zcela vyloučena. Jako základní nástroj pro řešení těchto otázek zákon stanovil dohodu zástupců zdravotních pojišťoven a zástupců smluvních zdravotnických zařízení uzavřenou v dohodovacím řízení, tedy souhlasný projev vůle (konsensus) reprezentantů obou zainteresovaných zájmových skupin, dosažený cestou kolektivního vyjednávání, jež je zvláštním případem kontraktačního procesu.

Dovolatelce je třeba přisvědčit v tom, že odvolací soud se výslovně nevyjádřil k otázce, zda lze neplatností stižená ujednání o regulačních omezeních oddělit od ostatního obsahu předmětných dodatků smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a zda má tato neplatnost vliv na samotnou tuto smlouvu, v intencích ustanovení § 41 obč. zák. Nejvyšší soud však v této skutečnosti neshledává překážku, jež by mu bránila v dovolacím přezkumu. Povinnost soudu uvést důvody jeho rozhodnutí nemůže být chápána jako příkaz předložit detailní odpověď na každý argument odvolatele; rozsah této povinnosti se může lišit podle povahy rozhodnutí, přičemž její splnění může být hodnoceno pouze ve světle konkrétních okolností případu (srov. usnesení Ústavního soudu ze dne 11. června 2009, sp. zn. IV. ÚS 997/09, a shodně např. usnesení Nejvyššího soudu ze dne 10. prosince 2014, sp.

zn. 32 Cdo 3000/2012). Tím spíše pak tyto závěry platí pro ty otázky, které soud zkoumá z úřední povinnosti. V důvodech napadeného rozhodnutí je implicite zahrnut závěr, že neplatnost ujednání o regulačních omezeních neměla vliv na existenci závazkového vztahu založeného smlouvou o poskytování a úhradě zdravotní péče, a Nejvyšší soud se s tímto názorem ztotožňuje; pro opačné posouzení tu není sebemenší důvod. Nebyla-li regulační omezení v dodatcích sjednána platně, pak se, jak dovodil odvolací soud, uplatnilo ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 31. prosince 2000 do 31. března 2006, o prolongaci platnosti úpravy sjednané, popřípadě stanovené pro předchozí úhradové období. Hodnota (cena) bodu a výše úhrad byla v článku I odst. 3 dodatků sjednána (přesněji řečeno deklarována) v souladu s ustanovením § 17 odst. 7 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb. a ostatní ujednání obsažená v dodatcích nejsou takové povahy, že by jejich případná neplatnost mohla mít význam pro rozhodnutí předmětného sporu.

Z uvedeného zároveň vyplývá, že dovolatelka neprávem přičítá odvolacímu soudu závěr, že právním důvodem uskutečněných plnění jsou výsledky dohodovacího řízení a vztahy stran by se tak měly řídit závaznými opatřeními ministerstva, jimiž byly tyto výsledky vyhlášeny. Předpoklad, na jehož základě dovolatelka prosazuje názor o rozporu povinné aplikace závěrů dohodovacího řízení s čl. 36 Listiny základních práv a svobod, tedy neodpovídá skutečnosti; dovolatelka tu zpochybňuje ústavní konformitu právního názoru, který odvolací soud neučinil (jeho rozhodnutí na něm nespočívá) a který ani dost dobře učinit nemohl. Podle zjištění soudů nižších stupňů totiž dohodovací řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče včetně regulačních opatření pro druhé pololetí 2004 a pro druhé pololetí 2005 k dohodě pro zdravotnická zařízení poskytující domácí zdravotní péči, fyzioterapii (odbornost 902 a 918), ergoterapii a klinickou logopedii nedospěla. Argumentace nálezem Ústavního soudu ze dne 16. ledna 2007, sp. zn. Pl. ÚS 36/05, uveřejněným pod číslem 8/2007 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu, je ostatně nepřípadná, neboť jeho závěry na poměry souzené věci nedopadají. Dovolatelka ve své argumentaci, že „nikdo nemá šanci domáhat se přezkumu těchto rozhodnutí“, zjevně přehlédla, že výsledkem dohodovacího řízení není rozhodnutí, nýbrž kolektivní dohoda, tedy právní úkon sui generis, a že závazné opatření ministerstva tu slouží jen jako forma, jejímž prostřednictvím je tato dohoda (po zjištění jejího souladu s právními předpisy a veřejným zájmem) zveřejněna.

Oprávnění zdravotní pojišťovny k omezení úhrady zdravotní péče vykázané zdravotnickým zařízením, na něž dovolatelka poukazuje, vázal zákon č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 30. května 2006 (do 30. prosince 2000 v odstavci 8, poté v odstavci 14), výlučně na případy, kdy pojišťovna po kontrole zjistí, že zdravotnické zařízení překračuje ve schváleném zdravotně pojistném plánu stanovené nebo ve smlouvě dohodnuté průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho ošetřeného pojištěnce se zohledněním věkových skupin zdravotnickým zařízením poskytnutou nebo vyžádanou, nebo ve schváleném zdravotně pojistném plánu stanovený nebo ve smlouvě dohodnutý objem zdravotní péče zdravotnickým zařízením poskytnuté nebo vyžádané. Skutkový stav zjištěný v řízení před soudy nižších stupňů neumožňuje závěr, že v souzené věci nastaly skutečnosti, které by odpovídaly hypotéze této právní normy, a že dovolatelka přistoupila na jejich základě k omezení úhrady zdravotní péče, nehledě na to, že dovolatelka žalobou uplatněný požadavek na tvrzení takových skutečností nezaložila.

V rámci argumentace unijním právem dovolatelka - s poukazem na článek 87 Smlouvy o založení Evropských společenství (nyní článek 107 Smlouvy o fungování Evropské unie, dále jen „SFEU“) a na závěry rozsudku Altmark - prosazuje názor, že stanovení podmínek a výše úhrad za zdravotní péči nesplňuje pravidla pro slučitelnost veřejné podpory s vnitřním trhem, definovaná v tomto rozsudku, neboť závěry odvolacího soudu je žalovaná výrazně zvýhodněna proti konkurenčním zdravotnickým zařízením, která mohla zdravotní péči poskytovat místo ní a s nižšími náklady pro systém veřejného financování.

Podle článku 107 bodu 1 SFEU podpory poskytované v jakékoli formě státem nebo ze státních

prostředků, které narušují nebo mohou narušit hospodářskou soutěž tím, že zvýhodňují určité podniky nebo určitá odvětví výroby, jsou, pokud ovlivňují obchod mezi členskými státy, neslučitelné s vnitřním trhem, nestanoví-li Smlouvy jinak.

Námitka dovolatelky neobstojí již v rovině její vlastní argumentace. Závěry odvolacího soudu, jimiž má být žalovaná zvýhodněna proti konkurenci, nejsou ničím jiným než výsledkem interpretace, jíž se zjišťuje obsah právní normy. Protože vykládaný zákon platí pro všechna zdravotnická zařízení (resp. pro všechny poskytovatele zdravotních služeb) bez rozdílu, nemůže být jedno z nich soudem přijatou interpretační variantou zvýhodněno oproti ostatním v hospodářské soutěži. Z dovolatelčiny argumentace pak není zřejmé ani to, jak by mělo v této souvislosti dojít k naplnění dalšího z definičních znaků státní (veřejné) podpory, totiž ovlivnění obchodu mezi členskými státy EU.

Nad rámec uvedeného (obiter dictum) lze dodat, že rozsudek Altmark se zabývá vyrovnávacími platbami za závazek veřejné služby, které upravuje rovněž rozhodnutí Komise ze dne 20. prosince 2011 o použití článku 106 odst. 2 Smlouvy o fungování Evropské unie na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (2012/21/EU) a rámec Evropské unie pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby (2012/C 8/03). Soudní dvůr v rozsudku stanoví čtyři kumulativní kritéria, při jejichž splnění vyrovnávací platba za závazek veřejné služby není státní podporou ve smyslu článku 107 SFEU. Dovolatelka dovozuje z tohoto rozsudku nesprávné závěry, jestliže jej mechanicky vztahuje na úhrady z veřejného zdravotního pojištění a v případě nenaplnění jeho podmínek konstatuje neslučitelnost s unijními pravidly fungování vnitřního trhu. Taková úvaha neobstojí, neboť úhrady z veřejného zdravotního pojištění nelze ztotožnit s vyrovnávacími platbami za závazek veřejné služby. K vyrovnávacím platbám uvádí bod 1 rámce Evropské unie pro státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby, že „pro zajištění fungování určitých služeb obecného hospodář¬ského zájmu (SOHZ) na základě zásad a za podmínek umožňujících naplnění jejich úkolů se může ukázat jako nezbytná finanční podpora veřejných orgánů, jestliže příjmy z poskytování služby neumožňují pokrýt náklady vyplývající z plnění závazku veřejné služby“. Vyrovnávací platba je tedy primárně podporou v situaci, kdy nestačí příjmy z poskytování samotné služby. Úhrady z veřejného zdravotního pojištění však mají povahu protiplnění, jde o cenu (byť regulovanou) za poskytování zdravotních služeb (srov. k tomu např. důvody rozsudku velkého senátu občanskoprávního a obchodního kolegia Nejvyššího soudu ze dne 19. září 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006, uveřejněného pod číslem 37/2008 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek), tedy právě o ony „příjmy z poskytování služby“.

Nezbývá tedy než uzavřít, že z pohledu uplatněných dovolacích námitek, jimiž je vzhledem k ustanovení § 242 odst. 3 věty první o. s. ř. závazně vymezen kvalitativní rozsah dovolacího přezkumu, je rozhodnutí odvolacího soudu správné. Vady řízení uvedené v ustanovení § 229 odst. 1, § 229 odst. 2 písm. a) a b) a § 229 odst. 3 o. s. ř. (tzv. zmatečnosti), ani jiné vady řízení, které mohly mít za následek nesprávné rozhodnutí ve věci, k nimž dovolací soud v případě přípustnosti dovolání přihlíží z úřední povinnosti (srov. § 242 odst. 3 větu druhou o. s. ř.), i když nebyly dovoláním uplatněny, se ze spisu nepodávají. Nejvyšší soud proto, aniž nařizoval jednání (§ 243a odst. 1 věta první o. s. ř.), dovolání žalobkyně podle ustanovení § 243b odst. 2, části věty před středníkem, o. s. ř. zamítl.

zdroj: www.nsoud.cz

Právní věta - redakce.

Další články:

- 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
- Nepřiměřená délka řízení (exkluzivně pro předplatitele)