

Zdravotní pojištění a analogie

Na základě analogie je možné aplikovat vyhlášku č. [425/2011](#) Sb. (úhradová vyhláška) i na úhradu za poskytnutou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb.

(Rozsudek Nejvyššího soudu České republiky sp.zn. 23 Cdo 1988/2014, ze dne 28.4.2016)

Nejvyšší soud České republiky rozhodl ve věci žalobce Domov se zvláštním režimem K.L., se sídlem v K.L., zastoupeného JUDr. P.H., advokátem se sídlem v P., proti žalované Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, se sídlem v P., o zaplacení 67.502,40 Kč s příslušenstvím, vedené u Obvodního soudu pro Prahu 3 pod sp. zn. 12 C 144/2012, o dovolání žalobce proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 28. ledna 2014, č. j. 15 Co 367/2013-126, tak, že dovolání se zamítá.

Z odůvodnění :

Obvodní soud pro Prahu 3 (dále jen „soud prvního stupně“) rozhodl rozsudkem ze dne 20. března 2013, č. j. 12 C 144/2012-77, o povinnosti žalované zaplatit žalobci částku 67.502,40 Kč s úrokem z prodlení (bod I. výroku). Žalované uložil povinnost zaplatit žalobci náklady řízení (bod II. výroku). Soud prvního stupně uzavřel, že žalobce byl zřízen jako obecně prospěšná společnost a byl registrován jako poskytovatel sociálních služeb, mimo jiné i sociálních služeb pobytových zařízení. Mezi účastníky byla dne 30. dubna 2007 uzavřena smlouva o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče (dále jen "zvláštní smlouva"), k níž byly vždy pro období jednoho roku uzavírány tzv. úhradové dodatky, v nichž byla stanovena hodnota bodu a případná regulační omezení. Dodatek č. 11 navržený na rok 2012 však schválen nebyl. Za leden 2012 vyúčtoval žalobce žalované poskytnutou zdravotní péči v hodnotě 146.154,40 Kč odpovídající 162.396 bodům. Žádný z dokladů o provedené péči nebyl odmítnut ani redukován, avšak žalovaná uhradila žalobci pouze částku 78.652 Kč, která se rovnala navrhované měsíční předběžné úhradě podle neschváleného dodatku. Soud dovodil, že závazkový vztah mezi stranami se subsidiárně řídí obchodním zákoníkem (dále jen „obch. zák.“), který v ustanovení § 269 odst. 3 umožňuje smluvním stranám, aby si určitou část smlouvy (zde cenové ujednání) nahradily dohodou o způsobu jejího dodatečného určení, které však nesmí záviset na vůli jen jedné ze smluvních stran. Protože se ve smlouvě o úhradě zdravotní péče o zálohách nehovoří, nemohla žalovaná jednostranně stanovit zálohové platby oproti sjednanému způsobu úhrady zdravotní péče. K otázce hodnoty bodu a regulačních omezení soud prvního stupně zdůraznil, že na zdravotní péči poskytovanou v sociálních zařízeních se nevztahuje vyhl. č. [425/2011](#) Sb. (dále jen „úhradová vyhláška“). Podle zákona č. [48/1997](#) Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“) je úhradovým obdobím vždy jeden rok. Do doby, než je péče za tento rok zúčtovatelná, hradí se v jeho průběhu zdravotní péče s hodnotou bodu tak, jak byla stanovena v předchozím úhradovém období, tedy v daném případě měsíčně podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,90 Kč. Závěrem svého rozhodnutí připustil, že v zájmu spravedlivého a vyváženého přerozdělení prostředků z veřejného zdravotního pojištění by bylo, s přihlédnutím ke všem dalším okolnostem, možné analogicky z úhradové vyhlášky vycházet, avšak až v případě vyúčtování zdravotní péče za celé úhradové období.

Městský soud v Praze (dále jen „odvolací soud“) změnil rozsudkem ze dne 28. ledna 2014, č. j. 15 Co 367/2013-126, rozsudek soudu prvního stupně tak, že žalobu zamítl (první výrok) a žalobci uložil povinnost zaplatit žalované náklady řízení před soudy obou stupňů (druhý výrok). Uzavřel, že účastníci nesjednali hodnotu bodu a výši úhrad hrazené zdravotní péče. Aplikovala-li žalovaná za této

situace úhradovou vyhláškou, pak se tak stalo v souladu s ujednáním účastníků, kteří odkazem na § 17 odst. 6 (nově § 17 odst. 5) zákona o veřejném zdravotním pojištění projevili vůli být vázáni úhradovou vyhláškou, pokud nedojde k dohodovacímu řízení, nebo toto řízení bude bezvýsledné. Žalovaná proto správně použila vyhlášku jako předpis svou povahou účastníkům nejbližší. Naopak úvaha žalobce, že by měla být použita stejná hodnota bodu jako v minulém období, se neopírá o žádné smluvní ujednání ani zákonný či podzákonný předpis.

Proti rozsudku odvolacího soudu podal žalobce dovolání. Přípustnost dovolání spatřuje v dosud neřešené otázce, zda je v souladu s právem analogická aplikace úhradové vyhlášky na úhrady za poskytnutou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. Úhradová vyhláška neobsahuje dotčený segment: poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Vztah mezi účastníky se řídí smlouvou, a žádný z nich nemůže jednostranně měnit její obsah. Úhradový mechanismus, který je obsažen ve smlouvě, je neslučitelný s mechanismem upraveným v úhradové vyhlášce. Odvolací soud podle dovolatele v rozporu s čl. IV odst. 1 smlouvy uzavřel, že účastníci projevili vůli být vázáni vyhláškou Ministerstva zdravotnictví stanovící hodnotu bodu a výši úhrad hrazených služeb, pokud nedojde k dohodovacímu řízení nebo toto řízení bude bezvýsledné. Dané ujednání je nutné vykládat tak, že se účastníci pouze dohodli, že hodnota bodu a regulační omezení budou dohodnuta v dohodovacím řízení, a nikoliv, jaký bude postup, nedohodnou-li se v dohodovacím řízení. Druhou právní otázkou vymezuje dovolatel tak, zda lze analogicky použít část úhradové vyhlášky, když v nálezů Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13, byla sestupová hodnota bodu shledána neústavní.

Žalovaná ve svém vyjádření k dovolání uvedla, že cena dohodnutá v dodatcích se v minulosti vždy odvíjela od úhradových vyhlášek. Úhradové vyhlášky se sice vztahují na jiné poskytovatele, avšak druh poskytované zdravotní péče je srovnatelný. Postup žalované je i v souladu s čl. IV odst. 1 zvláštní smlouvy. Skutečnost, že během roku 2012 byla zdravotní péče hrazena formou záloh, je logická vzhledem k nastavení úhradového mechanismu ve vyhlášce.

Nejvyšší soud České republiky (dále jen "Nejvyšší soud") jako soud dovolací (§ 10a občanského soudního řádu) věc projednal podle zákona č. [99/1963](#) Sb., občanský soudní řád, ve znění účinném do 31. prosince 2013 (dále jen „o. s. ř.“), neboť řízení bylo zahájeno přede dnem 1. ledna 2014 (srov. Čl. II bod 2. zákona č. [293/2013](#) Sb., kterým se mění zákon č. [99/1963](#) Sb., občanský soudní řád, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony). Po zjištění, že dovolání proti pravomocnému rozsudku odvolacího soudu bylo podáno oprávněnou osobou (účastníkem řízení) ve lhůtě uvedené v ustanovení § 240 odst. 1 o. s. ř., se nejprve zabýval otázkou přípustnosti dovolání.

Dovoláním lze napadnout pravomocná rozhodnutí odvolacího soudu, pokud to zákon připouští (§ 236 odst. 1 o. s. ř.).

Není-li stanoveno jinak, je dovolání přípustné proti každému rozhodnutí odvolacího soudu, kterým se odvolací řízení končí, jestliže napadené rozhodnutí závisí na vyřešení otázky hmotného nebo procesního práva, při jejímž řešení se odvolací soud odchýlil od ustálené rozhodovací praxe dovolacího soudu nebo která v rozhodování dovolacího soudu dosud nebyla vyřešena nebo je dovolacím soudem rozhodována rozdílně anebo má-li být dovolacím soudem vyřešena právní otázka posouzena jinak (§ 237 o. s. ř.).

Protože dovolání může být podle ustanovení § 237 o. s. ř. přípustné jen tehdy, jde-li o řešení právních otázek, je dovolatel oprávněn napadnout rozhodnutí odvolacího soudu pouze z důvodu, že rozhodnutí spočívá na nesprávném právním posouzení věci (§ 241a odst. 1 o. s. ř.).

Dovolací soud shledává dovolání přípustným pro řešení otázky, dosud v rozhodovací praxi dovolacího

soudu neřešené, zda je možné na základě analogie aplikovat úhradovou vyhlášku i na úhradu za poskytnutou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb. Dosud neřešenou je i otázka navazující, totiž, zda je případná aplikace úhradové vyhlášky možná poté, co byl vydán nález Ústavního soudu ze dne 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění upravuje mimo jiné rozsah a podmínky, za nichž jsou ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby. Původně se vztahoval na poskytování zdravotní péče pouze zdravotnickými zařízeními, která uzavírají smlouvu o poskytování zdravotní péče se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a ostatními zdravotními pojišťovnami. Smlouvy včetně jejich změn a dodatků, které se týkají způsobu úhrady, výše úhrady a regulačních omezení úhrady, vždy obsahují určení období, pro které se způsob úhrady, výše úhrady a regulační omezení úhrady sjednané v takové smlouvě použijí. Tato smlouva se řídí rámcovou smlouvou jakožto výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Rovněž hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění se vždy na následující kalendářní rok dohadují v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Ministerstvo zdravotnictví pak vydává výsledek dohody jako vyhlášku, a v případě, že tento by nebyl v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, nebo by k dohodě nedošlo, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok samo vyhláškou. Vyhláška 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 (srov. ustanovení § 17 odst. 1, 3 a 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění ve znění do 31. prosince 2006).

Od 1. ledna 2007 došlo v zákoně o veřejném zdravotním pojištění ke změně provedené zákonem č. [109/2006](#) Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách. Bylo vloženo nové ustanovení §17a, a zatímco zdravotnická zařízení se nadále řídila pravidly podle shora uvedeného ustanovení § 17, stanovilo ustanovení § 17a, že za účelem zajištění věcného plnění při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a ostatní zdravotní pojišťovny zřízené podle zvláštního zákona zvláštní smlouvy s těmito zařízeními sociálních služeb. Příslušná zdravotní pojišťovna zvláštní smlouvu uzavře, pokud o to zařízení sociálních služeb požádá a současně prokáže, že ošetrovatelská a rehabilitační zdravotní péče bude poskytována zdravotnickými pracovníky zařízení sociálních služeb, kteří jsou způsobilí k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštních právních předpisů. Do seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který je přílohou vyhlášky č. [134/1998](#) Sb., byla vložena kapitola 913 – všeobecná sestra v sociálních službách výkon č. 06613 a bylo stanoveno bodové ohodnocení pro výkon ošetrovatelské intervence po předchozí indikaci ošetrujícího lékaře.

Vyhláška vydaná Ministerstvem zdravotnictví podle ustanovení § 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění na případy poskytování ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům umístěným v zařízení sociálních služeb výslovně nedopadá. Je proto třeba řešit otázku (na níž spočívá i rozhodnutí odvolacího soudu), zda připadá v úvahu analogická aplikace úhradové vyhlášky vydané na základě zmocnění v § 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění na případy podle ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění v případě, že hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče nejsou sjednány ve zvláštní smlouvě (jejích dodatcích) uzavřené mezi zdravotní pojišťovnou a zařízením sociálních služeb.

V rozhodné době byla analogie zákona upravena v ustanovení § 853 občanského zákoníku č. [40/1964](#) Sb. (dále jen „občanský zákoník“). Občanský zákoník byl přitom obecným právním předpisem i pro vztahy řídicí se obchodním zákoníkem, což je i posuzovaný případ, jak správně posoudily soudy nižších stupňů. Ostatně použití analogie na úpravu vztahů řídicích se obchodním zákoníkem bylo dovozeno i judikaturou (srov. např. rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 27. července 2005, sp. zn. 29 Odo 1058/2003).

Prvým předpokladem použití analogie je tedy mezera v právu. V daném případě se jedná o stav, že norma obsažená v ustanovení § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění stanoví právní následky, avšak nestanoví je komplexně [srov. Pulkrábek, Z. K problému otevřenosti (psaného) práva a možnostem jeho dotváření. Právník, 2000, č. 11, s. 1034]. Není upravena otázka, jaké právní následky mají nastat v případě, že strany pro určité období nedohodnou hodnotu bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulační omezení jejího objemu.

Dalším předpokladem použití analogie je existence právní normy upravující obdobnou skutkovou podstatu. Obdobnost bude dána tehdy, jestliže se jedná o případy obdobné z hlediska svého účelu.

Důvodová zpráva k zákonu č. [109/2006](#) Sb. se k § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění nevyjadřuje (srov. sněmovní tisk 1103, Poslanecká sněmovna, 4. období, 2002-2006, veřejnosti dostupný na www.psp.cz). Dovolací soud shledává zásadní důvod pro použití analogie ve skutečnosti, že v obou případech z hlediska účelu jde o poskytování zdravotních služeb pojištěncům v jednom systému veřejného zdravotního pojištění. V jeho rámci není věcného důvodu, aby v případě chybějícího smluvního ujednání nebyly i u zařízení sociálních služeb poskytujících zdravotnickou péči aplikovány podmínky úhrad, které jsou stanoveny závazným právním předpisem pro poskytování srovnatelné zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních [srov. rovněž ustanovení § 22 písm. c), e) zákona o veřejném zdravotním pojištění]. Pro příslušné období se jedná o vyhlášku č. [425/2011](#) Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012.

Poskytované zdravotní péči je v daném případě nejbližší položka uvedená v její prvé příloze, část B bod 2 písm. b), podle níž pro zvláštní ambulantní péči poskytovanou podle § 22 písm. c) zákona (zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů), hrazenou podle seznamu výkonů, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč do 100 % objemu. Tento objem se rovná součinu 1. celkového počtu zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za referenční období a 2. poměru počtu unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v hodnoceném období vůči počtu unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období. Referenčním obdobím je zde rok 2010 (srov. ustanovení § 2 odst. 1 této vyhlášky). Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad 100 % vypočteného objemu se hradí hodnotou bodu ve výši 0,40 Kč. Finanční vypořádání se provede nejpozději do 120 dnů po dni skončení hodnoceného období.

Dovolatel odůvodňuje svůj nesouhlas s analogickou aplikací úhradové vyhlášky i tím, že zvláštní smlouva sama obsahuje ujednání o ceně a platebních podmínkách. S jeho argumentací však nelze souhlasit, neboť stranami zvláštní smlouvy nebyl pro dané období uzavřen dodatek o výši úhrad; nelze tedy ani aplikovat navazující ustanovení smlouvy o tom, jakým způsobem se (smluvené) úhrady vyúčtovávají. Rem § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění a úhradové vyhlášky předpokládá naopak finanční vypořádání po uplynutí hodnoceného období (rok 2012) a hrazení záloh v jeho průběhu.

Dovolatel dále namítá, že aplikaci úhradové vyhlášky brání náleze Ústavního soudu z 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13. Tento náleze posuzoval ústavnost vyhlášky č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. Jedním z důvodů zrušení této vyhlášky byla i limitace výše úhrad objemem poskytnutých zdravotních služeb. Ústavní soud uzavřel, že důsledkem (práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost) jsou požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnův od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb (bod 72). I když lze v některých směrech připustit větší efektivnost limitace výše úhrad před jinými způsoby kontroly hospodárného vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění, neexistuje žádný důvod, aby stanovení výše úhrad zcela abstrahovalo od možnosti, že k překročení stanoveného objemu zdravotní péče nedojde jen v důsledku plýtvání či jejího nadužívání, nýbrž také v důsledku řádného plnění zákonných povinností ze strany poskytovatele. Základním problémem předmětné právní úpravy je tak absence nároku na dorovnání či kompenzaci, který by dopadal na tuto situaci (bod 74). Ústavní soud však odložil vykonatelnost nálezu až na 31. 12. 2014 s tím, že nadále zůstává aplikovatelným právním předpisem ve vztahu k posouzení výše úhrad za jednotlivé zdravotní služby poskytnuté v roce 2013.

V otázce intertemporálních účinků derogačních nálezů dospěl Ústavní soud k závěru (srov. např. náleze Ústavního soudu ze dne 13. prosince 2005, sp. zn. Pl. ÚS 6/05, 531/2005 Sb.), že derogační náleze, pokud zde existuje zvýšený zájem na ochraně ústavnosti, může být vykonatelný ještě před datem vyhlášení ve Sbírce zákonů; tato jeho vůle však musí být - nejen z důvodů požadavků zákona, ale i z důvodu právní jistoty - výslovně projevena. Zrušení právního předpisu pro futuro se jako princip projevuje i v tom, že při využití možnosti posunout okamžik vykonatelnosti nálezu do budoucna (kupř. za tím účelem, aby měl normotvůrce dostatečný časový prostor protiústavní úpravu nahradit normou ústavně konformní) se po dobu odkladu vykonatelnosti hledí na napadenou právní úpravu jako na ústavně souladnou a v tomto směru jsou orgány veřejné správy povinny takovou úpravu aplikovat, jinými slovy, „státní orgány nic neopravňuje k tomu, aby ve svém rozhodování uplatňovaly právní důsledky zrušovacích nálezů Ústavního soudu ještě před tím, než se tyto nálezy staly vykonatelnými“ (srov. stanovisko pléna Ústavního soudu ze dne 14. prosince 2010, sp. zn. Pl. ÚS-st. 31/10, 426/2010 Sb.).

Z odkladu (a jeho důvodů) vykonatelnosti nálezu Ústavního soudu z 22. října 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13 je tak zřejmé, že tento náleze není překážkou pro aplikaci úhradové vyhlášky vztahující se k roku 2012. Uvedený závěr lze v jeho obecném významu vztáhnout i na analogickou aplikaci úhradové vyhlášky.

Ze shora uvedených důvodů lze uzavřít, že rozhodnutí odvolacího soudu vycházející z aplikace úhradové vyhlášky je správné. Proto Nejvyšší soud dovolání žalobce podle ustanovení § 243d písm. a) o. s. ř. zamítl.

zdroj: www.nsoud.cz

Právní věta - redakce.

Další články:

- [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 \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Výše výživného \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)
- [Výživné \(exkluzivně pro předplatitele\)](#)