NEJVYŠŠÍ SOUD
ČESKÉ REPUBLIKY

32 Cdo 2108/2010-133

ČESKÁ REPUBLIKA

ROZSUDEK

JMÉNEM REPUBLIKY

Nejvyšší soud České republiky rozhodl v senátě složeném z předsedy JUDr. Pavla Příhody a soudců JUDr. Hany Gajdziokové a JUDr. Miroslava Galluse ve věci žalobkyně

, proti žalované **Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky**, se sídlem v Praze – Vinohradech, Orlická 2020/4, identifikační číslo osoby 41197518, zastoupené Mgr. Ondřejem Trnkou, advokátem, se sídlem v Praze 2, Italská 1219/2, o zaplacení částky 920.422,- Kč s příslušenstvím, vedené u Obvodního soudu pro Prahu 3 pod sp. zn. 8 C 140/2007, o dovolání žalované proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 11. listopadu 2009, č. j. 23 Co 407/2009-107, takto:

Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 11. listopadu 2009, č. j. 23 Co 407/2009-107, v potvrzujícím výroku ve věci samé pod bodem I a ve výroku o nákladech odvolacího řízení pod bodem III, a rozsudek Obvodního soudu pro Prahu 3 ze dne 1. dubna 2009, č. j. 8 C 140/2007-83, v přisuzujících výrocích o věci samé pod body III a IV a ve výroku o nákladech řízení pod bodem VI, **se zrušují** a věc **se** v tomto rozsahu **vrací** Obvodnímu soudu pro Prahu 3 k dalšímu řízení.

O d ů v o d n ě n í:

Obvodní soud pro Prahu 3 rozsudkem ze dne 1. dubna 2009, č. j. 8 C 140/2007-83, uložil žalované zaplatit žalobkyni úrok z prodlení z částky 437.431,- Kč od 1. srpna 2005 do 5. prosince 2007 v celkové výši 94.482,08 Kč a úrok z prodlení z částky 449.521,- Kč

od 1. února 2006 do 5. prosince 2007 v celkové výši 77.169,79 Kč (výroky pod body I a II), dále uložil žalované zaplatit žalobkyni částku 228.681,- Kč s úrokem z prodlení a částku 301.745,49 Kč s úrokem z prodlení (výroky pod body III a IV), co do částky 389.995,51 Kč s úrokem z prodlení žalobu zamítl (výrok pod bodem V) a rozhodl o nákladech řízení (výrok pod bodem VI).

Soud prvního stupně zjistil, že mezi účastníky existoval v letech 2005 a 2006 smluvní vztah založený smlouvami o poskytování a úhradě zdravotní péče z 29. června 2001 a 28. dubna 2006, dohody o stanovení výše úhrad však pro tato období uzavřeny nebyly. Ve smlouvách bylo ujednáno, že žalovaná uhradí vyúčtovanou zdravotní péči při dodržení podmínek dohodnutých ve smlouvě a při předání vyúčtování na magnetickém médiu do 20 kalendářních dnů ode dne doručení faktury. Žalobkyně předávala vyúčtování poskytnuté zdravotní péče vždy do 10. měsíce po skončení kalendářního pololetí. Za zdravotní péči vyúčtovanou v 1. pololetí 2005 náležely žalobkyni úhrady ve výši 13.849.136,- Kč a za zdravotní péči vyúčtovanou ve 2. pololetí 2005 ve výši 14.237.003,- Kč (se zaplacením těchto úhrad se žalovaná dostala do prodlení a soud prvního stupně výroky pod body I. a II. přiznal žalobkyni úroky z prodlení).

Soud prvního stupně dovodil, že za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům žalované v 1. pololetí 2006 vznikl žalobkyni nárok na úhradu podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 550/2005 Sb., vydané na základě ustanovení § 17 odst. 11 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále též jen „zákon č. 48/1997 Sb."), ve znění účinném do 31. března 2006. Zdůraznil, že tato vyhláška byla s účinností od 1. dubna 2006 novelizována vyhláškou č. 101/2006 Sb., podle jejíchž přechodných ustanovení v článku II bodu 3 je třeba úhradu za celé 1. pololetí roku 2006 vypočíst podle ustanovení § 3 vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb., přičemž postup pro výpočet paušální sazby je stanoven v příloze č. 2 této vyhlášky ve výši 105 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení za referenční období, tj. za 1. pololetí roku 2005. Skutečnosti odůvodňující uplatnění regulačních omezení neshledal a uzavřel, že žalobkyně má za toto období právo na úhradu ve výši 14.541.592,80 Kč, náleží jí tedy doplatek ve výši 228.681,- Kč.

Soud prvního stupně dále konstatoval, že pro 2. pololetí 2006 nebyla vydána vyhláška, jež by stanovila výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, zákonem č. 117/2006 Sb. bylo s účinností od 30. května 2006 zrušeno ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/4997 Sb. a pro uvedené období žádné zákonné ustanovení neřeší situaci, kdy nedojde k uzavření dohody o výši úhrad. V situaci, kdy pro rozhodné období chybí právní úprava, shledal adekvátním postup „v souladu s do té doby běžnou praxí", tj. podle ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 30. května 2006, na jehož základě je třeba úhradu provést podle vyhlášky č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb., ve výši 105 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení za referenční období, tj. za 2. pololetí roku 2005. Na základě toho dospěl k závěru, že žalobkyně má za toto období právo na úhradu ve výši 14.948.853,15 Kč, náleží jí tedy doplatek ve výši 301.754,49 Kč.

K odvolání obou účastníků Městský soud v Praze rozsudkem ze dne 11. listopadu 2009, č. j. 23 Co 407/2009-107, rozsudek soudu prvního stupně v přisuzujících výrocích pod body III a IV a ve výroku o nákladech řízení potvrdil (výrok pod bodem I), řízení o odvolání žalobkyně zastavil (výrok pod bodem II) a rozhodl o nákladech odvolacího řízení (výrok pod bodem III).

Odvolací soud vyšel ze skutkového stavu zjištěného soudem prvního stupně a ztotožnil se též s jeho právním posouzením, jež shledal v souladu s judikatorními závěry Nejvyššího

soudu a Ústavního soudu. Dovodil, že zákonodárce nereagoval dostatečně pružně tak, aby poskytovatelům zdravotní péče před zahájením konkrétního zúčtovacího období byla známa výše očekávané úhrady, a že již samotný tento postup diskriminuje poskytovatele zdravotní péče, „kdy nemůže obstát argument žalované, že se případně bude jednat o zálohové platby za poskytnutou péči". Zdůraznil, že „pro odměňování za rok 2005 a 1. pololetí i 2. pololetí roku 2006 bylo nutno při nedostatku pregnantní právní úpravy vycházet z ustanovení § 17 odst. 7 zák. č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 30. května 2006, ve spojení s prováděcími předpisy, a stanovit úhradu za poskytnutou zdravotní péči ve výši 105 % paušální sazby za ošetřovací den v příslušném období ve srovnání s předchozím referenčním obdobím (vždy stejné pololetí předchozího roku)".

Rozsudek odvolacího soudu napadla žalovaná dovoláním, podle dovolací argumentace toliko ve výroku pod bodem I, dovozujíc jeho přípustnost z ustanovení § 237 odst. 1 písm. c) občanského soudního řádu (dále též jen „o. s. ř.") a namítajíc, že napadené rozhodnutí spočívá na nesprávném právním posouzení věci a je tudíž dán dovolací důvod stanovený v § 241a odst. 2 písm. b) o. s. ř. Zásadní právní význam zakládající přípustnost dovolání spatřovala v řešení otázky dovolacím soudem dosud neřešené, jak mělo být postupováno při výpočtu výše úhrady zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům dovolatelky v obdobích 1. a 2. pololetí roku 2006, a dále v otázce aplikace vyhlášky č. 550/2005 Sb.

Dovolatelka především namítla, že napadeným rozhodnutím byl porušen zákaz pravé retroaktivity. Zdůraznila, že novelou vyhlášky č. 550/2005 Sb., jež stanovila výši úhrad pro období 1. pololetí 2006, provedenou s účinností od 1. dubna 2006 vyhláškou č. 101/2006 Sb., byl zásadně změněn způsob úhrady za poskytnutou zdravotní péči, přičemž se tak stalo v průběhu úhradového období. Vyjádřila názor, že nárok na úhradu zdravotní péče vzniká zdravotnickému zařízení v okamžiku jejího poskytnutí, a zdůraznila, že platby úhrad zasílá zdravotnickým zařízením měsíčně. Z toho dovozuje, že nárok na úhradu zdravotní péče poskytnuté v 1. čtvrtletí roku 2006 vznikl žalobkyni ještě za účinnosti předchozí právní úpravy, tj. vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění účinném do 31. března 2006, a že tyto nároky by se proto měly i po přijetí nové právní úpravy řídit právní úpravou předchozí. Ústavně konformní řešení shledává v aplikaci vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění účinném do 31. března 2006 pro výpočet úhrady zdravotní péče poskytnuté v 1. čtvrtletí 2006 a vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb. pro výpočet úhrady zdravotní péče poskytnuté ve 2. čtvrtletí 2006. Podpůrně poukázala na to, že vyhláška č. 619/2006 Sb. stanovila výši úhrady za zdravotní péči poskytnutou v roce 2007 formou paušální sazby za den hospitalizace ve výši 103 % paušální sazby za ošetřovací den náležející zdravotnickému zařízení v 1. čtvrtletí 2006.

Dovolatelka zpochybnila též způsob určení výše úhrady zdravotní péče za 2. pololetí 2006. Namítla, že odvolací soud se postupem odpovídajícím ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 30. května 2006, dostal do rozporu s úmyslem zákonodárce, jenž s účinností od 1. června 2006 princip aplikace předchozích cen bodu a výší úhrad v situaci, kdy pro další úhradová období není vydána nová vyhláška, ze zákona vypustil. Argumentovala též, že i tak by ostatně měla zůstat v platnosti původní výše úhrad a nikoliv původní pravidla pro výpočet úhrad, neboť ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 31. března 2006, nehovoří o aplikaci předchozích vyhlášek, ale o výši úhrad. Zdravotnickému zařízení by proto měla být vyplacena stejná úhrada, jako mu byla vyplacena v 1. pololetí 2006. Dovolatelka je přesvědčena, že řešení přijaté soudy nižších stupňů nemá oporu v právních předpisech ani ve smlouvě a že možným řešením je buď analogická aplikace ustanovení § 40 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. anebo stanovení výše úhrady s využitím institutu ceny obvyklé.

Dovolatelka navrhla, aby Nejvyšší soud rozsudek odvolacího soudu v napadené části zrušil a věc v tomto rozsahu vrátil odvolacímu soudu k dalšímu řízení.

Žalobkyně navrhla, aby dovolání bylo zamítnuto. Zpochybnila především námitky dovolatelky stran pravé retroaktivity; podle jejího tvrzení dovolatelka neplatila úhrady za zdravotní péči podle té či oné vyhlášky, ale toliko měsíční zálohy, jejichž výši sama stanovila. Argumentovat podle jejího názoru nelze ani úmyslem zákonodárce, jestliže v důsledku neúplné právní úpravy nebylo možné pro 2. pololetí 2006 vydat vyhlášku ani výši úhrad odvodit z dosavadní výše. Postup zvolený odvolacím soudem shledává žalobkyně souladným s principem spravedlnosti a též s úvahou dovolatelky o ceně obvyklé.

Po zjištění, že dovolání bylo podáno ve lhůtě stanovené v § 240 odst. 1 o. s. ř. oprávněnou osobou (účastníkem řízení) zastoupenou advokátem, jímž bylo dovolání též sepsáno (§ 241 odst. 1, 4 o. s. ř.), se Nejvyšší soud zabýval nejdříve otázkou, zda je dovolání v této věci přípustné.

Dovoláním lze napadnout pravomocná rozhodnutí odvolacího soudu, pokud to zákon připouští (§ 236 odst. 1 o. s. ř.). Protože napadený rozsudek odvolacího soudu je rozsudkem potvrzujícím a protože rozhodnutí soudu prvního stupně nepředcházelo rozhodnutí, jímž by tento soud rozhodl jinak a jež by bylo zrušeno odvolacím soudem, může být dovolání přípustné jen při splnění předpokladů stanovených v § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř. (zrušeném nálezem Ústavního soudu ze dne 12. února 2012, sp. zn. Pl. ÚS 29/11, ke dni 31. prosince 2012), tj. jestliže dovolací soud dospěje k závěru, že napadené rozhodnutí má ve věci samé po právní stránce zásadní význam.

Rozhodnutí odvolacího soudu má ve věci samé po právní stránce zásadní význam ve smyslu ustanovení § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř. zejména tehdy, řeší-li právní otázku, která v rozhodování dovolacího soudu dosud nebyla vyřešena nebo která je soudy rozhodována rozdílně, nebo má-li být dovolacím soudem vyřešená právní otázka posouzena jinak; k okolnostem uplatněným dovolacími důvody podle § 241a odst. 2 písm. a) a § 241 odst. 3 se nepřihlíží (§ 237 odst. 3 o. s. ř.).

Nejvyšší soud shledal napadené rozhodnutí zásadně významným po právní stránce a tudíž dovolání přípustným, neboť dovolatelkou zpochybněný postup odvolacího soudu při aplikaci nové právní úpravy nerespektuje ustálené judikatorní závěry Nejvyššího soudu a Ústavního soudu v otázce pravé retroaktivity právních norem a postup při stanovení výše úhrady za poskytnutou zdravotní péči při absenci příslušné smluvní a zákonné úpravy nebyl v rozhodovací praxi dovolacího soudu dosud řešen.

Dovolání je důvodné.

Podle ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 30. března 2005 do 31. března 2006, 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). 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).

Podle ustanovení § 3 vyhlášky č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006, výše úhrady zdravotní péče v odborných léčebných ústavech, léčebnách dlouhodobě nemocných a ve zdravotnických zařízeních vykazujících ošetřovací den č. 00005 podle seznamu výkonů se pro 1. pololetí 2006 stanoví paušální sazbou (odstavec 1). Postup výpočtu paušální sazby podle odstavce 1 a regulační omezení se stanoví v příloze č. 2 k této vyhlášce (odstavec 2). Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši 103 % z jedné šestiny úhrady poskytnuté v referenčním období (odstavec 3). Podle přílohy č. 2 této vyhlášky se paušální sazba stanoví ve výši 103 % paušální sazby za ošetřovací den náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 podle vyhlášky č. 50/2005 Sb., vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců.

Vyhláškou č. 101/2006 Sb. ze dne 20. března 2006, která nabyla účinnosti dne 1. dubna 2006, byla vyhláška č. 550/2005 Sb. změněna mimo jiné tak, že § 3 odstavec 3 zní: „Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení měsíční úhradu ve výši 105 % z jedné šestiny úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období.", že příloha č. 2, první věta, zní: „Paušální sazba se stanoví ve výši 105 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v 1. pololetí 2005 za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v referenčním období, kterým je odpovídající kalendářní pololetí minulého roku, po vypořádání smluvně dohodnutých regulací, s výjimkou regulačního mechanismu na objem předepsaných léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, vynásobené koeficientem změny příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců." Článek II vyhlášky obsahuje přechodná ustanovení, podle jejichž bodu 1. pro výpočet celkové úhrady za 1. pololetí 2006 podle § 4, 5, 8, 9, 11, pro výpočet paušální sazby podle přílohy č. 1, přílohy č. 2, pro výpočet maximální úhrady podle přílohy č. 5 a pro výpočet paušální sazby podle přílohy č. 6 se použije koeficient příjmů a výdajů zdravotní pojišťovny v souvislosti s migrací pojištěnců stanovený touto vyhláškou, podle jejichž bodu 2. pro výpočet paušální sazby a měsíční úhrady podle přílohy č. 1 se použije koeficient stabilizace stanovený touto vyhláškou, a podle jejichž bodu 3. jiný způsob úhrady zdravotní péče v 1. pololetí 2006, než je stanoven vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění této vyhlášky, je možný, pokud se na takovém způsobu úhrady zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnou a pokud zdravotnické zařízení prokáže, že použití způsobu úhrady stanoveného vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění této vyhlášky, by snížilo rozsah a dostupnost jím poskytované zdravotní péče. Postup podle věty první nelze použít, pokud by tím došlo k nedodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny.

Podle přílohy č. 1, článku B) bodu 1 písm. b) vyhlášky č. 619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007, výše paušální sazby za jeden den hospitalizace se stanoví ve výši 103 % paušální sazby za ošetřovací den náležející zdravotnickému zařízení v prvním čtvrtletí 2006.

V prvé řadě je třeba zdůraznit, že úvahy odvolacího soudu, založené na absenci právní úpravy výše úhrady za poskytnutou zdravotní péči, rozhodně nelze vztáhnout na obě pololetí roku 2006 (či dokonce též na rok 2005), jak se mylně domnívá tento soud, nýbrž toliko na 2. pololetí roku 2006. Odvolací soud jako by přehlédl, že spor o výši úhrady za 1. pololetí

roku 2006 nepramení z nedostatku právní úpravy - byla tu přeci „úhradová“ vyhláška č. 550/2005 Sb., nýbrž z neshody v otázce účinků novely tohoto předpisu provedené vyhláškou č. 101/2006 Sb. na úhradu za zdravotní péči poskytnutou v prvních třech měsících roku 2006, a posouzením této otázky se přes výslovné výhrady uplatněné v odvolání vůbec nezabýval. Příslušné právní posouzení nelze nalézt ani v obecném odkazu odvolacího soudu na správné závěry soudu prvního stupně, neboť ten sice problematiku vztahující se k 1. pololetí roku 2006 řešil, nikoliv však uspokojivě. Vyslovil totiž závěr, že podle článku II bodu 3 přechodných ustanovení vyhlášky č. 101/2006 Sb. je třeba úhradu za celé 1. pololetí roku 2006 vypočíst podle ustanovení § 3 vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění této novely, aniž provedl výklad tohoto přechodného ustanovení v intencích ustálené judikatury Ústavního soudu a Nejvyššího soudu (srov. např. nález Ústavního soudu ze dne 17. prosince 1997, sp. zn. Pl. ÚS 33/97, uveřejněný pod číslem 163/1997 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu). V posuzované věci je vytčená neúplnost právního posouzení o to významnější, že při výkladu přechodných ustanovení vyhlášky č. 101/2006 Sb. bylo nezbytné věnovat zvláštní pozornost jeho ústavní konformitě a důsledně respektovat zákaz pravé retroaktivity právního předpisu (srov. např. nález Ústavního soudu ze dne 30. června 2005, sp. zn. II. ÚS 444/03, uveřejněný pod číslem 134/2005 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu).

Právní teorie i praxe rozeznává zpětnou účinnost (retroaktivitu) pravou a nepravou. O pravou zpětnou účinnost (retroaktivitu) jde tehdy, jestliže se novým právním předpisem má řídit vznik právního vztahu a nároků účastníků z tohoto vztahu také v případě, kdy právní vztah nebo nároky z něj vyplývající vznikly před účinností nového právního předpisu. Nepravá zpětná účinnost (retroaktivita) znamená, že novým právním předpisem se sice mají řídit i právní vztahy, vzniklé před jeho účinností, avšak až ode dne jeho účinnosti; samotný vznik těchto právních vztahů a nároky z těchto vztahů, vzniklé před účinností nového právního předpisu, se spravují dosavadní právní úpravou. Zatímco nepravá zpětná účinnost je z hlediska požadavků na právní stát akceptovatelná, pravá retroaktivita přípustná není (srov. např. nález pléna Ústavního soudu ze dne 24. května 1995, uveřejněný pod číslem 164/1995 Sb.). Zákaz pravé zpětné účinnosti právních předpisů je komponentem principu právní jistoty a ochrany důvěry účastníků právních vztahů, náležejícím k definičním znakům právního státu a pro oblast vztahů soukromého práva jej lze dovodit z článku 1 Ústavy České republiky (srov. k tomu např. nález pléna Ústavního soudu ze dne 4. února 1997, sp. zn. Pl. ÚS 21/96, uveřejněný pod číslem 63/1997 Sb., a rozhodnutí Nejvyššího soudu uveřejněná pod čísly 70/2000, 34/2001 a 35/2006 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek).

V souzené věci nelze přehlédnout, že zodpovězení otázky, zda by aplikací vyhlášky č. 550/2005 Sb. ve znění novely provedené vyhláškou č. 101/2006 Sb. při určení výše úhrady za zdravotní služby poskytnuté v celém období 1. pololetí roku 2006 došlo k porušení zákazu pravé retroaktivity, se odvíjí především od posouzení, zda a kdy – podle smlouvy, popřípadě podle právních předpisů – vznikl (vznikly) žalobkyni nárok (nároky) na úhradu za zdravotní péči poskytnutou v 1. čtvrtletí 2006 a zda tu tedy k 1. dubnu 2006, kdy nabyla tato novela účinnosti, již nějaké takové nároky existovaly (nelze přitom ovšem zaměňovat vznik nároku s jeho splatností). Touto otázkou se soudy nižších stupňů nezabývaly. Odvolací soud zmínil sice tzv. zúčtovací období, neřešil však, o jaký časový úsek se podle smlouvy či podle právních předpisů jednalo. Není pak v této souvislosti ani zřejmé, co odvolací soud, ostatně s odkazem na usnesení (nikoliv nález, jak chybně uvedl) Ústavního soudu ze dne 7. prosince 2006, sp. zn. III. ÚS 312/06, v němž se řeší jiná problematika úhrad za zdravotní péči než v projednávané věci, sledoval úvahou popírající posouzení provedených plateb jako zálohových. Jak správně vnímá žalobkyně, případná povaha plateb žalované jako pouhých záloh by mohla spíše podpořit (toliko podpořit, nikoliv sama o sobě založit) závěr o tom,

že k porušení zákazu pravé retroaktivity nedošlo. Zřejmé ostatně není ani to, jakou právní relevanci odvolací soud přiznává úvaze o diskriminačním postupu zákonodárce (jaké právní důsledky s tímto závěrem pojí). Nedostatky v právním posouzení nesanuje ani odkaz na judikaturu, neboť rozsudek velkého senátu Nejvyššího soudu ze dne 19. září 2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006 (uveřejněný pod číslem 37/2008 Sbírky soudních rozhodnutí a stanovisek), a usnesení Ústavního soudu ze dne 27. ledna 1999, sp. zn. I. ÚS 247/98, uveřejněné pod číslem 6/1999 Sbírky nálezů a usnesení Ústavního soudu, řeší sice problematiku veřejného zdravotního pojištění, avšak v takových otázkách, které v projednávané věci otevřeny nejsou.

Z popsaných výsledků dovolacího přezkumu je patrno, že právní posouzení, na němž je založeno napadené rozhodnutí v části přisuzující žalobkyni úhradu za zdravotní péči poskytnutou v 1. pololetí roku 2006, je neúplné a tudíž nesprávné a dovolací důvod stanovený v § 241a odst. 2 písm. b) o. s. ř. byl v tomto rozsahu uplatněn opodstatněně.

Správné však není ani právní posouzení v části vztahující se k úhradě za zdravotní péči poskytnutou ve 2. pololetí roku 2006.

Pochybení spočívá již v samotné aplikaci ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném do 30. května 2006. Odvolací soud patrně přehlédl, že toto ustanovení ve znění účinném do 30. května 2006 již upravuje zcela odlišnou problematiku, neboť ke zrušení původního odstavce 7, určujícího řešení pro případ, že výše úhrad za zdravotní péči nebude dohodnuta ani stanovena, došlo zákonem č. 117/2006 Sb. již k 1. dubnu 2006. V ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném od 1. dubna 2006, je způsob stanovení výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění upraven v odstavci 5, a to tak, že v případě nezdaru dohodovacího řízení bude výše úhrad stanovena vyhláškou ministerstva zdravotnictví na následující kalendářní rok. Právě taková prováděcí vyhláška však již pro (celý) rok 2006 a tedy pro kritické 2. pololetí roku 2006 vydána nebyla.

Proč je nutno při stanovení výše úhrady za zdravotní péči poskytnutou ve 2. pololetí 2006 vycházet právě z ustanovení § 17 odst. 7 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění účinném (správně) do 31. března 2006, odvolací soud neuvedl. Závěr jím dovozený, že v situaci předvídané tímto ustanovením je třeba výši úhrady stanovit podle vyhlášky č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 101/2006 Sb., ve výši 105 % z celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení za 2. pololetí roku 2005, však z toho ustanovení v žádném případě nevyplývá. Dovolatelka důvodně namítá, že postupem odpovídajícím tomuto ustanovení by bylo zachování výše úhrady sjednané či stanovené právním předpisem pro předchozí úhradové období, tedy pro 1. pololetí roku 2006, nikoliv aplikace právního předpisu stanovícího mechanismus určení výše úhrady pro toto období.

Podle dovoláním nezpochybněných závěrů žalobkyni vznikl nárok na úhradu za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům dovolatelky ve 2. pololetí roku 2006, výše této úhrady však nebyla sjednána ve smlouvě ani stanovena právním předpisem. Nezbývá tedy, než aby ji určil soud. Jde o situaci, na niž pamatuje ustanovení § 136 o. s. ř., podle něhož lze-li výši nároku zjistit jen s nepoměrnými obtížemi nebo nelze-li ji zjistit vůbec, určí ji soud podle své úvahy. Nejvyšší soud ve své judikatuře zdůrazňuje, že úvaha, podle níž soud podle tohoto ustanovení určuje výši nároku, není úvahou volnou, nýbrž musí vycházet z okolností posuzovaného případu umožňujících učinit určité kvantitativní závěry o výši uplatněného nároku (srov. např. rozsudek ze dne 21. února 2008, sp. zn. 32 Odo 871/2006, uveřejněný v Souboru civilních rozhodnutí a stanovisek Nejvyššího soudu pod číslem C 5987, svazek CD-7/2008, či rozsudek ze dne 23. září 2009, sp. zn. 23 Cdo 5462/2007, in www.nsoud.cz). V těchto souvislostech se Nejvyššímu soudu jeví postup, který zvolil (byť se jím v dalším

neřídil) odvolací soud, tj. nouzové řešení předpokládané předchozí, k 1. dubnu 2006 zrušenou právní úpravou, zachovávající beze změny výši úhrad sjednanou nebo stanovenou pro předchozí úhradové období, jako příliš zjednodušující a nenaplňující princip ekvity, jenž se musí prosazovat v rozhodovací činnosti soudů v materiálním právním státě. Vždyť nakonec zákonodárce opustil toto řešení jako nevhodné právě též z toho důvodu, že podle zkušeností praxe zakonzervování výsledků předchozích období, včetně výše úhrad, nemůže dostatečně reflektovat změny probíhající v jednotlivých segmentech v objemu a kvalitě péče, změnách její struktury a pohybu pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami (srov. důvodovou zprávu k návrhu zákona č. 117/2006 Sb.). Rozumným a spravedlivým se jeví určení výše úhrady úvahou vycházející z výše příslušné úhrady v předchozím úhradovém období a z poznatků o změnách v relevantních okolnostech (srov. především faktory označené v citované důvodové zprávě), k nimž došlo v mezidobí. Protože stanovení okruhu takových okolností, vyhodnocení jejich změn a posouzení významu těchto změn (jejich dopadu) z hlediska přiměřenosti výše úhrad za zdravotní péči se neobejde bez odborných znalostí otázek financování systému veřejné zdravotní péče, nezbude podle názoru Nejvyššího soudu než ustanovit znalce z příslušného oboru.

Je zřejmé, že rozhodnutí odvolacího soudu není v dovoláním napadené části správné. Nejvyšší soud je proto, aniž nařizoval jednání (§ 243a odst. 1 věta první o. s. ř.), v potvrzujícím výroku o věci samé, jakož i v závislém výroku o nákladech odvolacího řízení [§ 242 odst. 2 písm. b) o. s. ř.] podle ustanovení § 243b odst. 2, části věty za středníkem, o. s. ř. zrušil. Důvody, pro které bylo zrušeno rozhodnutí odvolacího soudu, platí i na rozhodnutí soudu prvního stupně, Nejvyšší soud proto podle ustanovení § 243b odst. 3 věty druhé o. s. ř. zrušil v přisuzujících výrocích o věci samé pod body III a IV a ve výroku o nákladech řízení i toto rozhodnutí a věc v tomto rozsahu vrátil soudu prvního stupně k dalšímu řízení.

Právní názor dovolacího soudu je pro soudy nižších stupňů závazný (§ 243d odst. 1, část věty za středníkem, ve spojení s § 226 odst. 1 o. s. ř.).

O náhradě nákladů včetně nákladů dovolacího řízení soud rozhodne v novém rozhodnutí o věci (§ 243d odst. 1 věta druhá o. s. ř.).

Proti tomuto rozhodnutí není přípustný opravný prostředek.

V Brně 26. června 2012

JUDr. Pavel P ř í h o d a , v. r.

předseda senátu

Za správnost vyhotovení: Marie Pezlarová