

# Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 19.09.2007, sp. zn. 31 Cdo 3142/2006, ECLI:CZ:NS:2007:31.CDO.3142.2006.1

**Číslo:** 37/2008

**Právní věta:** Paušální úhrada za zdravotní péči poskytovanou zdravotnickým zařízením, smluvená podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. ve znění účinném do 29. 3. 2005 mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, nepodléhala cenové regulaci, která na základě zákona č. 526/1990 Sb., o cenách, upravovala bodové ohodnocení zdravotních výkonů.

**Soud:** Nejvyšší soud

**Datum rozhodnutí:** 19.09.2007

**Spisová značka:** 31 Cdo 3142/2006

**Číslo rozhodnutí:** 37

**Číslo sešitu:** 4

**Typ rozhodnutí:** Rozsudek

**Hesla:** Paušální náhrada za zdravotní péči

**Předpisy:** § 17 předpisu č. 48/1997Sb.

§ 3 odst. 1 předpisu č. 526/1990Sb.

§ 5 odst. 1 předpisu č. 526/1990Sb.

**Druh:** Rozhodnutí ve věcech občanskoprávních, obchodních a správních

**Sbírkový text rozhodnutí:**

*Rozsudkem ze dne 9. 9. 2005 O b v o d n í s o u d pro Prahu 3 uložil žalované zdravotní pojišťovně zaplatit žalobkyni do 3 dnů od právní moci rozsudku částku 1 254 430,27 Kč s 2% úrokem z prodlení od 19. 4. 2004 do zaplacení.*

Soud dospěl k závěru, že žalobkyni přísluší plná výše paušální úhrady za zdravotní péči, kterou poskytla pojištěncům žalované, tak jak byla mezi účastnicemi sjednána ve smlouvě ze dne 29. 6. 2001, o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřená mezi účastnicemi, ve znění jejích dodatků (dále též jen „smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče). Uvedl, že zde není rozpor se zákonem č. 526/1990 Sb., o cenách, a smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče není ani absolutně neplatná, neboť není v rozporu s právními předpisy ani je neobchází.

K odvolání žalované M ě s t s k ý s o u d v Praze rozsudkem ze dne 29. 6. 2006, ve výroku o věci samé, potvrdil rozsudek soudu prvního stupně.

Odvolací soud především přitakal soudu prvního stupně v závěru, že smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče je platná s tím, že byla uzavřena podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dále uzavřel, že vztah účastníků je

vztahem občanskoprávním (potud odkázal na rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 19. 1. 2006, sp. zn. [32 Odo 1302/2005](#)).

Ke způsobu sjednání úhrady za zdravotní výkony paušálním způsobem odvolací soud uvedl, že se tak stalo v souladu s ustanovením § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., jenž takový způsob úhrady výslovně předpokládá. Jakékoliv dodatečné přepočítávání paušálního ohodnocení na bodové ohodnocení není přípustné, pokračoval odvolací soud; bylo by totiž v rozporu se zákonem č. 48/1997 Sb. a ve svých důsledcích i zcela proti smyslu úpravy způsobu úhrady ve zdravotní péči obsažené v ustanovení § 17 uvedeného zákona. Kdyby byl přepočet paušální úhrady na bodové ohodnocení přípustný, stalo by se sjednání paušální úhrady bezpředmětným. Takový přepočet je též v rozporu se zásadou pacta sunt servanda i obecně uznávaným principem zákazu retroaktivity. Takový postup není podle odvolacího soudu zdůvodnitelný ani cenovou regulací podle zákona o cenách. Ten totiž reguluje pouze maximální cenu jednoho bodu za zdravotní výkon, nikoliv množství bodů a hodnotu výkonu.

Odvolací soud rovněž doplnil, že kdyby byla smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče v rozporu s cenovým předpisem, nebyla by relativně neplatná ve smyslu ustanovení § 40a a § 589 obč. zák., jelikož neplatnosti se nemůže dovolat ten, kdo ji sám způsobil, tedy žalovaná, která tento způsob úhrady žalobkyni navrhla.

Žalovaná podala proti rozsudku odvolacího soudu dovolání, jehož přípustnost opírá o ustanovení § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř., namítajíc, že ve smyslu ustanovení § 241a odst. 2 písm. b) o. s. ř. spočívá na nesprávném právním posouzení věci a požadujíc, aby Nejvyšší soud napadené rozhodnutí zrušil a věc vrátil odvolacímu soudu k dalšímu řízení.

Konkrétně žalovaná uvádí, že podstatou sporu účastnic je rozdílný právní názor na řešení otázky, zda paušální způsob úhrady za žalobkyní poskytnutou zdravotní péči (jako zdravotnickým zařízením, pro pojištěnce dovolatelky) na základě smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, podléhá cenové regulaci podle zákona o cenách. Žalobkyně zastává názor, že platby za poskytnutou zdravotní péči takové regulaci nepodléhají, kdežto dovolatelka má za to, že kdyby paušální úhrada převyšovala součet maximálních cen zdravotních výkonů podle zákona o cenách za určité období, bylo by v této části smluvní ujednání o ceně neplatné a dovolatelka není povinna hradit část ceny převyšující cenu maximální.

Soudy nižších stupňů, pokračuje dovolatelka, daly za pravdu žalobkyni. Nadto dodaly, že kdyby byla smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče v rozporu s cenovým předpisem, nebyla by relativně neplatná ve smyslu ustanovení § 40a a § 589 obč. zák., jelikož neplatnosti se nemůže dovolat ten, kdo ji sám způsobil, tedy dovolatelka.

Zásadní právní význam napadeného rozhodnutí ve smyslu § 237 odst. 3 o. s. ř. spatřuje dovolatelka v tom, že odvolací soud posoudil právní otázku týkající se vztahu smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče k cenové regulaci podle zákona o cenách jinak, než Nejvyšší soud ve své konstantní judikatuře, konkrétně v rozsudcích sp. zn. [32 Odo 1166/2005](#) (ze dne 20. 10. 2005), [32 Odo 1299/2005](#) (ze dne 16. 11. 2005), [32 Odo 1301/2005](#) (ze dne 16. 11. 2005), [32 Odo 1385/2005](#) (ze dne 28. 11. 2005), [32 Odo 1530/2005](#) (ze dne 18. 1. 2006), [32 Odo 1302/2005](#) (ze dne 19. 1. 2006), [32 Odo 1686/2005](#) (ze dne 16. 2. 2006) a [32 Odo 1650/2005](#) (ze dne 19. 4. 2006).

V rovině uplatněného dovolacího důvodu dovolatelka kritizuje především závěr odvolacího soudu, že přepočet paušální úhrady na bodové ohodnocení nelze zdůvodnit cenovou regulací předpokládanou zákonem o cenách, jelikož ten reguluje pouze maximální cenu jednoho bodu za zdravotní výkon, nikoliv množství bodů a hodnotu výkonu.

Podle dovolatelky je paušální úhrada pouze způsobem platby, která (ať již jako paušální nebo podle seznamu výkonů) je úhradou za provedený zdravotní výkon. Výměr Ministerstva financí platný pro rozhodné období stanoví nejen maximální cenu jednoho bodu, nýbrž i maximální cenu jednoho výkonu, určuje-li, že maximální cena zdravotního výkonu je součinem maximální ceny jednoho bodu a počtu bodů. Bylo by ostatně nelogické – uvádí dovolatelka – aby právní předpis stanovil maximální cenu za zdravotní výkon, která by platila pouze při určitém způsobu úhrady.

Příloha č. 20 vyhlášky č. 532/2002 Sb. sice určité omezení obsahuje, dopadá však na situace, kdy při paušálním způsobu úhrady dojde k náhlému poklesu vykázaných zdravotních výkonů a zdravotnické zařízení by tak inkasovalo neadekvátně vysokou částku vzhledem k počtu ošetřených pacientů. Toto omezení se tedy vztahuje k počtu vykázaných zdravotních výkonů, kdežto regulace podle zákona o cenách je zaměřena na maximální cenu jediného zdravotního výkonu. Omezení obsažené ve způsobu výpočtu úhrady dle označené vyhlášky se tedy uplatní paralelně s cenovou regulací podle zákona o cenách. Z uvedeného podle dovolatelky plyne, že přepočtení ceny zdravotního výkonu na body i při paušálním způsobu úhrady je nejen přípustný, ale dokonce nutný, pro zjištění, zda cena jednoho zdravotního výkonu není v rozporu se zákonem o cenách. Na tomto místě dovolatelka znovu odkazuje na výše označená rozhodnutí Nejvyššího soudu.

K poukazu odvolacího soudu na zásadu pacta sunt servanda dovolatelka dodává, že jakákoliv smlouva musí být vždy v souladu s platnými obecně závaznými předpisy a není v rozporu s touto zásadou, dovolává-li se smluvní strana zákona o cenách. Nejde rovněž o porušení zákazu retroaktivity.

K úvahám odvolacího soudu o relativní neplatnosti právního úkonu dovolatelka přdestírá, že odvolací soud uspokojivě nevysvětlil, z čeho vyvozuje, že se nemůže dovolat relativní neplatnosti ve smyslu § 40a obč. zák. Za nesprávnou má dovolatelka již obecnou úvahu odvolacího soudu, jenž bez podrobnějšího zkoumání dovodil, že neplatnost smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče způsobil její navrhovatel. Potud poznamenává, že již z povahy smlouvy jako dvoustranného právního úkonu se podává, že právní důsledky úkonu, který ke své platnosti vyžaduje součinnost dvou subjektů, nelze bez dalšího přičíst jen jednomu z nich.

Dovolatelka se především domnívá, že zavinění za neplatnost právního úkonu nelze vyvozovat ze zvoleného paušálního způsobu úhrady, který je jako takový zákonem (respektive vyhláškou č. 457/2000 Sb.) předvídan a dovozen. Smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče jako taková neodporuje žádnému právnímu předpisu a z jejího textu nelze ani predikovat, zda taková neplatnost nastane v budoucnu. Nadto má dovolatelka na základě textu § 40a obč. zák. za to, že omezení možnosti dovolat se relativní neplatnosti právního úkonu tím, kdo ji způsobil, se nevztahuje na relativní neplatnost pro rozpor s obecně závazným právním předpisem o cenách.

K tomu, že je označena jako navrhovatelka paušálního způsobu úhrady, dovolatelka uvádí, že se při uzavírání smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče nemohla řídit vlastní vůlí, takže není případné vyvozovat její odpovědnost za zavinění neplatnosti právního úkonu. Potud odkazuje na dikci § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. upravující dohodovací řízení vedoucí k dohodě o hodnotě bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění s tím, že následuje postup podle § 17 odst. 8 a 9 uvedeného zákona, který vede k tomu, že takto sjednaná a vyhlášená dohoda je pro zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny závazná.

Dále dovolatelka upozorňuje, že při uzavření smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče a jejích dodatků nemohla vědět nebo předpokládat, zda při zvoleném způsobu úhrady dojde k překročení maximální ceny za zdravotní výkon. K překročení maximální výše úhrad zdravotní péče u paušálního způsobu úhrady totiž dojde, jen když zdravotnické zařízení provede v navazujícím období výrazně méně zdravotních výkonů než v tzv. referenčním období (za stejné peníze provede mnohem méně

práce).

V této souvislosti akcentuje jako důležitý a přehlížený jev, že při porovnávání paušálních náhrad se skutečně vykázanými zdravotními výkony, podle kterého provede-li zdravotnické zařízení oproti referenčnímu období (pololetí předcházejícího roku) méně zdravotních výkonů, zdražuje tím pro zdravotní pojišťovnu svou péči a reálně hrozí překročení maximálních cen zdravotní péče. Poskytne-li však zdravotní péče více, nemůže překročení maximální ceny již z principu nastat. Na podporu závěru, že nezavinila neplatnost právního úkonu, odkazuje dovolatelka na obsah rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 15. 12. 1999, sp. zn. 26 Cdo 1097/98 (jde o rozsudek uveřejněný v příloze č. I. časopisu Soudní judikatura z roku 2000, pod číslem 16).

Tříčlenný senát č. 30, který měl podle rozvrhu práce Nejvyššího soudu dovolání projednat a rozhodnout o něm, při úvaze, zda se dovolatelka může dovolat relativní neplatnosti smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, dospěl k právnímu názoru odlišnému od toho, který byl vyjádřen v obdobných věcech v rozsudcích Nejvyššího soudu sp. zn. [32 Odo 1302/2005](#), [32 Odo 1686/2005](#) a [32 Odo 1650/2005](#). Proto rozhodl o postoupení věci (dle § 20 zákona č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících a státní správě soudů a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů) k rozhodnutí velkému senátu občanskoprávního a obchodního kolegia. Velký senát občanskoprávního a obchodního kolegia pak věc projednal a rozhodl o ní v souladu s ustanoveními § 19 a § 20 odst. 1 uvedeného zákona.

N e j v y š š í s o u d dovolání zamítl.

Z o d ů v o d n ě n í :

Nejvyšší soud shledal dovolání přípustným podle ustanovení § 237 odst. 1 písm. c) o. s. ř. Po právní stránce zásadní význam přitom přisuzuje jak řešení otázky, pro kterou byla věc předložena k rozhodnutí velkému senátu občanskoprávního a obchodního kolegia, tak řešení otázky, zda paušální úhrada za poskytování zdravotní péče, sjednaná podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., podléhá regulaci podle zákona o cenách a zda překročení maximální ceny za zdravotní výkon způsobuje v dotčené části relativní neplatnost smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče; potud totiž usuzuje na potřebu přehodnotit judikatorní závěry formulované ve svých dřívějších rozhodnutích (jak jsou výše vyjmenována dovolatelkou).

Vady řízení, k nimž Nejvyšší soud u přípustného dovolání přihlíží z úřední povinnosti (§ 242 odst. 3 o. s. ř.), nejsou dovoláním namítány a ze spisu se nepodávají, Nejvyšší soud se proto, v hranicích právních otázek vymezených dovoláním, zabýval tím, zda je dán dovolací důvod uplatněný dovolatelkou, tedy správností právního posouzení věci odvolacím soudem.

Právní posouzení věci je obecně nesprávné, jestliže odvolací soud posoudil věc podle právní normy, jež na zjištěný skutkový stav nedopadá, nebo právní normu, sice správně určenou, nesprávně vyložil, případně ji na daný skutkový stav nesprávně aplikoval.

Skutkový stav věci, jak byl zjištěn soudy nižších stupňů, dovoláním nebyl (a se zřetelem ke způsobu, jímž byla založena přípustnost dovolání, ani nemohl být) zpochybněn a Nejvyšší soud z něj při dalších úvahách vychází.

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

bodů je stanoven v Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Podle ustanovení § 17 zákona č. 48/1997 Sb. v rozhodném znění, tj. ve znění účinném k 29. 6. 2001, kdy byla uzavřena smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče, za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna a ostatní zdravotní pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona, smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci (odstavec 1). Smlouva podle odstavce 1 uzavřená mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví, které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, a poté je vydá jako vyhlášku. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, bude platnost smlouvy prodloužena až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Pokud mezi účastníky dohodovacího řízení nedojde k dohodě o obsahu rámcové smlouvy do šesti měsíců nebo pokud předložená rámcová smlouva odporuje právním předpisům nebo veřejnému zájmu, je oprávněno učinit rozhodnutí Ministerstvo zdravotnictví. Rámcová smlouva obsahuje vždy ustanovení, které se týká doby účinnosti, způsobu a důvodu ukončení smlouvy podle odstavce 1 s tím, že smlouvu je možno ukončit vždy k 1. lednu následujícího roku, přičemž výpovědní lhůta musí být nejméně šest měsíců. Tato výpovědní lhůta neplatí v případech, že v důsledku závažných okolností nelze rozumně očekávat další plnění smlouvy. Dále rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy podle odstavce 1, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče, podmínky nezbytné pro plnění smlouvy podle odstavce 1, kontrolní mechanismus kvality poskytované péče a správnosti účtovaných částek, jakož i povinnost vzájemného sdělování údajů nutných ke kontrole plnění smlouvy o poskytování zdravotní péče, způsob a důvody ukončení smlouvy podle odstavce 1, ustanovení o rozhodčím řízení (odstavec 2). Do doby nabytí účinnosti vyhlášky podle odstavce 2 je rozhodnutí o způsobu úhrady ponecháno na dohodě příslušného zdravotnického zařízení s příslušnou zdravotní pojišťovnou buď na základě bodového hodnocení zdravotních výkonů, nebo na základě paušálů za poskytnuté služby. Paušály se rozumí platby za počet registrovaných pojištěnců a agregovaná platba za lůžko/den v nemocnici či platba za diagnózu (odstavec 3).

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

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

Z ustanovení § 40a obč. zák. ve znění účinném k 29. 6. 2001, jež je i stávajícím zněním zákona, jde-li o důvod neplatnosti právního úkonu podle ustanovení § 49a, 55, 140, § 145 odst. 2, § 479, 589, § 701 odst. 1, § 775 a § 852b odst. 2 a 3, považuje se právní úkon za platný, pokud se ten, kdo je takovým úkonem dotčen, neplatnosti právního úkonu nedovolá. Neplatnosti se nemůže dovolávat ten, kdo ji sám způsobil. Totéž platí, nebyl-li právní úkon učiněn ve formě, kterou vyžaduje dohoda účastníků (§ 40). Je-li právní úkon v rozporu s obecně závazným právním předpisem o cenách, je neplatný pouze v rozsahu, ve kterém odporuje tomuto předpisu, jestliže se ten, kdo je takovým úkonem dotčen,

neplatnosti dovolá.

1/ Ve výše uvedeném skutkovém a právním rámci Nejvyšší soud k otázce vztahu cenové regulace podle zákona o cenách a paušálních úhrad za poskytování zdravotní péče, sjednaných podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. uvádí:

Dosavadní judikatura Nejvyššího soudu v této oblasti (srov. rozhodnutí označená dovolatelkou a dále i rozsudek Nejvyššího soudu dne 3. 1. 2007, sp. zn. [30 Cdo 1024/2006](#)) vycházela z argumentace, podle které byla-li v rozhodném období cena zdravotní péče hrazená zdravotním pojištěním regulovanou cenou ve smyslu § 3 odst. 1 zákona o cenách, stanovenou v seznamu zboží s regulovanými cenami, vydaném výměrem Ministerstva financí, publikovaném v Cenovém věstníku Ministerstva financí (§ 10 zákona č. 265/1991 Sb., o působnosti orgánů České republiky v oblasti cen), pak cena zdravotní péče hrazená zdravotním pojištěním byla v souladu s § 5 odst. 1 zákona o cenách, úředně stanovenou cenou, tj. cenou určeného druhu zboží danou cenovými orgány (§ 2 odst. 2 zákona č. 265/1991 Sb.); v daném případě cenou maximální, kterou nebylo přípustné překročit. Odtud Nejvyšší soud dovozoval, že porušením cenové regulace podle zákona o cenách, je překročení stanovené maximální ceny za poskytování zdravotní péče, i když k překročení regulované ceny došlo způsobem úhrady za poskytnutou zdravotní péči povoleným podle zákona č. 48/1997 Sb.

Důvody, které Nejvyšší soud vedly přehodnocení jeho dřívějších názorů, jsou následující:

Závěr, že paušální úhrada dovolená (o čemž nepochybuje ani dovolatelka) výslovným zněním § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb. může být na principu relativní neplatnosti právního úkonu dle § 40a obč. zák. následně krácena (snížena) o částku převyšující maximální cenu, jak ji v návaznosti na zákon o cenách stanovil výměr Ministerstva financí, ve svých důsledcích nutně vede ke střetu, jež posuzované normy staví proti sobě.

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

Sama dovolatelka má za to, že smluvený paušální způsob úhrady se prosadí, jen budou-li zdravotní výkony provedené v příslušném období zdravotnickým zařízením přesahovat (při přepočtu na bodové ohodnocení) výše smluveného paušálu. Za nepřipustný označuje smluvený paušální způsob úhrady v případě, že zdravotní výkony provedené v příslušném období zdravotnickým zařízením nedosáhnou (při přepočtu na bodové ohodnocení) výše smluveného paušálu (srov. dovolatelčinu argumentaci proti závěru, že zavinila částečnou neplatnost smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče). Takový výklad nutně vede k závěru, že na smluvený paušál může zdravotnické zařízení jen doplatit.

Ustanovení § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., které sjednání paušálu dovoluje, je z hlediska toho, zda paušální způsob úhrady automaticky zvýhodňuje (se zřetelem k cenové regulaci podle zákona o cenách) zdravotní pojišťovnu, neutrální (takový záměr z něj neplyne). Závěr, že zákon o cenách zasahuje do smluvního vztahu stran při sjednání paušálu způsobem, který narušuje princip rovného postavení stran smluvního vztahu, by za této situace nutně musel vést k rozporu řešitelnému toliko Ústavním soudem (odklizením těch pasáží dotčeného zákona či zákonů, které rozpor způsobují). Úkolem Nejvyššího soudu přitom je, řešit takový střet především ústavně konformním výkladem zkoumaných norem. Ústavní soud v minulosti opakovaně judikoval, že v situaci, kdy určité

ustanovení právního předpisu umožňuje různé interpretace, z nichž jedna je v souladu s ústavními zákony České republiky, kdežto jiné jsou s nimi v rozporu, je úkolem státního orgánu interpretovat dotyčné ustanovení ústavně konformním způsobem (srov. např. nález pléna Ústavního soudu, sp. zn. [Pl. ÚS 5/96](#), vyhlášený pod číslem 286/1996 Sb.).

Za ústavně konformní pak Nejvyšší soud pokládá takový výklad zkoumaných zákonných úprav, který zákonodárci úmysl narušit regulací podle zákona o cenách dohodu o paušálním způsobu úhrady předjímanou zákonem č. 48/1997 Sb. nepřipisuje. Takový závěr je v souladu s principem smluvní autonomie, jak jej vyložil Ústavní soud např. v nálezu ze dne 3. 1. 2000, sp. zn. [IV. ÚS 387/99](#), uveřejněném ve Sbírce nálezů a usnesení Ústavního soudu, svazku 17, ročníku 2000, části I., pod pořadovým číslem 1.

Právní závěr odvolacího soudu, že paušální úhradu smlouvenou podle § 17 odst. 3 zákona č. 48/1997 Sb., nelze podrobit cenové regulaci podle zákona o cenách a citovaného výměru Ministerstva financí přepočtem na bodové ohodnocení, je tedy správný a dovolání potud opodstatněné není.

Pro úplnost lze dodat, že v usnesení ze dne 7. 12. 2006, sp. zn. III. ÚS 312/2006, jímž odmítl ústavní stížnosti proti výše označenému rozsudku Nejvyššího soudu sp. zn. [32 Odo 1302/2005](#) a proti rozsudkům soudů nižších stupňů v oné věci, Ústavní soud „nad rámec“ důvodů odmítnutí a „bez ambice hodnotit věcnou správnost napadených rozhodnutí“, pokládal za vhodné uvést, že právní názory uplatněné v dané věci odvolacím soudem (šlo o stejnou argumentaci, jaké užil odvolací soud v této věci) „nemá za prima facie nesprávné ani z pohledu obecného práva“, s tím, že „zjevně nelze paušální platbu za poskytnuté zdravotní služby připodobňovat k pojetí platby zálohové, jež podléhá pozdějšímu vyúčtování“.

2/ K výkladu ustanovení § 40a obč. zák. Nejvyšší soud uvádí:

Odvolací soud formuloval své názory na problematiku § 40a obč. zák. jen pro případ, že by smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče byla v rozporu s cenovým předpisem (sám předtím uzavřel, že takový rozpor dán není). V situaci, kdy se Nejvyšší soud ztotožnil se závěrem odvolacího soudu, že k porušení cenového předpisu vůbec nedošlo, důvod zkoumat dále tuto otázku dán není, neboť nemůže mít vliv na výsledek dovolacího řízení.

Nejvyšší soud proto, aniž nařizoval jednání (§ 243a odst. 1, věta první, o. s. ř.), dovolání zamítl (§ 243b odst. 2, část věty před středníkem, o. s. ř.).