

Česká republika
NÁLEZ
Ústavního soudu

Jménem republiky

Ústavní soud rozhodl v senátu složeném z předsedy Vladimíra Sládečka, soudce Jana Musila a soudkyně zpravodajky Milady Tomkové o ústavní stížnosti příspěvkové organizace **Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa**, Čelakovského 13, Krásná Lípa, zastoupené JUDr. Petrem Haluzou, advokátem, sídlem Drahobejlova 41, Praha 9, proti rozsudku Městského soudu v Praze ze dne 28. 1. 2014 č. j. 15 Co 367/2013 – 126 a rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 28. 4. 2016 č. j. 23 Cdo 1988/2014-161, za účasti **Městského soudu v Praze a Nejvyššího soudu**, jako účastníků řízení, a **Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky**, sídlem Orlická 2020/4, Praha 3, zastoupené Mgr. Ondřejem Trnkou, advokátem, sídlem Záhřebská 154/30, Praha 2, jako vedlejší účastnice řízení, takto:

Ústavní stížnost se zamítá.

O d ů v o d n ě n í :

I. Řízení před obecnými soudy

Stěžovatelka, jakožto příspěvková organizace Hlavního města Prahy, provozuje dle § 34 odst. 1 písm. f) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (dále jen „zákon o sociálních službách“) domov se zvláštním režimem jako pobytové zařízení sociálních služeb. V souladu s § 36 zákona o sociálních službách a § 17a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“), poskytovala stěžovatelka v tomto domově pro osoby se zdravotním postižením ošetrovatelskou a rehabilitační péči, a to na základě smlouvy ze dne 30. 4. 2007 uzavřené s vedlejší účastnicí.

Stěžovatelka se v řízení před obecnými soudy domáhala po vedlejší účastnici částky 67 502,40 Kč s příslušenstvím, jakožto úhrady zdravotní péče za měsíc leden roku 2012, kterou stěžovatelka poskytla pojištěncům vedlejší účastnice. Stěžovatelka vyfakturovala částku 146 154,40 Kč, vedlejší účastnice však uhradila částku 78 652 Kč s tím, že na rok 2012 nebyla mezi stěžovatelkou a vedlejší účastnicí sjednána dohoda o ceně (tj. dodatek rámcové smlouvy z roku 2012 týkající se ceny poskytnuté péče), tudíž poskytnuté plnění je pouze zálohou podléhající konečnému vyúčtování za rok 2012. Pro stanovení úhrady za leden byl použit výpočet dle vyhlášky 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 (dále jen „úhradová vyhláška pro rok 2012“). Zbylou tvrzenou pohledávku za celý rok 2012 ve výši 442 604,10 Kč uplatňuje stěžovatelka v jiném řízení.

Obvodní soud pro Prahu 3 rozsudkem ze dne 20. 3. 2013 č. j. 12 C 144/2012-77 žalobě vyhověl.

Městský soud v Praze jako soud odvolací ústavní stížností napadeným rozsudkem změnil rozsudek soudu prvního stupně tak, že žalobu zamítl, přičemž vyšel z toho, že cena plnění nebyla sjednána, a tudíž je pro zjištění ceny poskytnuté péče možno aplikovat úhradovou vyhlášku pro rok 2012 jako předpis svou povahou nejbližší posuzované situaci.

Dovolání stěžovatelky shledal Nejvyšší soud přípustným, neboť nastolilo dvě dosud neřešené právní otázky: 1) zda je možná analogická aplikace úhradové vyhlášky na úhradu za poskytnutou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb, když úhradová vyhláška pro rok 2012 neobsahuje dotčený segment péče - poskytování zdravotní a ošetrovatelské péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, 2) zda lze analogicky použít část úhradové vyhlášky pro rok 2012 s ohledem na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013 (N 178/71 SbNU 105; 396/2013 Sb.), který zrušil vyhlášku č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013 (dále „úhradová vyhláška pro rok 2013“). Nejvyšší soud ústavní stížností napadeným rozsudkem dovolání stěžovatelky zamítl, neboť shledal, že na úhradu za péči poskytnutou v relevantním období (leden 2012) je úhradová vyhláška pro rok 2012 analogicky aplikovatelná, přičemž derogace úhradové vyhlášky pro rok 2013 Ústavním soudem nemá na aplikaci starší vyhlášky týkající se roku 2012 vliv, byť mohou obsahovat obdobné principy určení ceny plnění, včetně úhradových limitů.

Nejvyšší soud vyšel z toho, že předpokladem pro použití analogie je mezera v právu, přičemž v nyní posuzovaném případě není v § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění upraveno, jaké právní následky mají nastat v případě, že si strany smlouvy nedohodnou pro určité období hodnotu bodu, výši úhrad zdravotní péče a regulační omezení jejího objemu. Dalším předpokladem použití analogie je dle Nejvyššího soudu existence právní normy upravující obdobnou skutkovou podstatu, přičemž obdobnost bude dána tehdy, jestliže se jedná o případy obdobné z hlediska svého účelu. Dle Nejvyššího soudu je důvodem pro použití analogie skutečnost, že v obou případech jde z hlediska účelu o poskytování zdravotních služeb pojištěncům v jednom systému veřejného zdravotního pojištění, přičemž 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.

II. Tvrzení stěžovatelky

Stěžovatelka tvrdí, že rozhodnutími odvolacího i dovolacího soudu byla porušena zásada předvídatelnosti a zákaz svévole podle čl. 1 odst. 1 Ústavy České republiky (dále „Ústava“), dále právo podnikat podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod (dále jen „Listina“) a právo na spravedlivý proces podle čl. 36 odst. 1 Listiny. Obecné soudy dále dle stěžovatelky neposkytly ochranu jejím právům podle čl. 90 Ústavy a necítily se vázány názorem Ústavního soudu dle čl. 89 odst. 2 Ústavy.

Konkrétně pak stěžovatelka brojí proti analogické aplikaci úhradové vyhlášky pro rok 2012 tvrzením, že zákonodárce v zákoně o veřejném zdravotním pojištění jasně odlišuje poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních (§ 17) a v zařízeních sociálních služeb (§ 17a). Tyto dva subjekty pak mají rozdílně upraven i kontraktační

proces se zdravotními pojišťovny. Zákon neupravuje žádný vzájemný vztah mezi úpravou § 17 a § 17a zákona, jde o zcela autonomní, vzájemně nepropojená ustanovení. Zmocnění vydat prováděcí úhradovou vyhlášku pak platí pouze pro úpravu v § 17, tj. pro zdravotnická zařízení. Ustanovení § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění pak jednoznačně stanoví, že úhrada za ošetrovatelskou péči bude poskytována zdravotními pojišťovny výlučně na základě zvláštní smlouvy sjednané podle § 17a. Podle stěžovatelky je tak zřejmé, že ani výsledky dohodovacího řízení, ani vyhláška vydaná v případě neúspěchu dohodovacího řízení podle § 17 odst. 5 zákona o veřejném zdravotním pojištění se na poskytovatele sociálních služeb nevztahují. Tato rozdílná právní úprava vychází z úmyslu zákonodárce a analogická aplikace úhradových vyhlášek jde proti úmyslu zákonodárce a nahrazuje bez jakéhokoliv rozumného důvodu jeho vůli. Stejně tak úhradová vyhláška obsahuje kogentní úpravu a taxativní výčet odborností, tj. její analogická aplikace na jiné oblasti není možná. Soudy tak dle stěžovatelky fakticky nahrazují a zcela obrací projev vůle normotvůrce. Analogie je dle stěžovatelky nepřipustná tam, kde jsou skutkové podstaty vypočítány taxativně.

V doplnění ústavní stížnosti pak stěžovatelka upozorňuje na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/16 ze dne 13. 12. 2016 (8/2017 Sb.), kterým Ústavní soud zrušil § 4 odst. 2 a přílohu č. 1 část B bod 2 písm. b) vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (dále „úhradová vyhláška pro rok 2016“), ve slovech „a e)“. Jinými slovy Ústavní soud zrušil část úhradové vyhlášky pro rok 2016 vztahující se na zařízení sociálních služeb, a to na základě absence zákonného zmocnění v zákoně o veřejném zdravotním pojištění. Dle stěžovatelky je tedy zřejmé, že vůle zákonodárce je neaplikovat úhradovou vyhlášku právě na zařízení sociálních služeb, což v jejím případě bylo rozhodnutími odvolacího soudu i soudu dovolacího porušeno.

Z ústavního pohledu pak za nejvíce problematické označuje stěžovatelka tzv. „regulační srážky“, resp. objemovou limitaci úhrady a z toho plynoucí dvojnásobnou hodnotu bodu. Stěžovatelka nemá možnost přizpůsobit své chování takové regulaci, když stanovený objem péče, který by se měl dodržet v průběhu roku, bude možné přesně určit až po jeho skončení. Touto otázkou se Ústavní soud podrobně zabýval v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 týkající se úhradové vyhlášky pro rok 2013, kde dovedl, že takovýto stav činí právní úpravu regulačních srážek v rozporu se zásadou předvídatelnosti a zákazu svévole podle čl. 1 odst. 1 Ústavy a též se zásadou rovnosti dle čl. 1 Listiny. Stěžovatelka připomíná, že z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost (čl. 26 odst. Listiny) sice neplyne právo na zisk, avšak stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní usilovat o jeho dosažení (bod 72 citovaného nálezu). A to platí i ve specifických podmínkách poskytování zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Stěžovatelka dále připomíná závěr Ústavního soudu, že „cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti“ (nález sp. zn. Pl. ÚS 3/2000). Stěžovatelce nebyla za rok 2012 uhrazena cca jedna třetina lékařů indikované, řádně provedené a vykázané zdravotní péče. S ohledem na skutečnost, že zdravotní péči nelze hradit z jiných zdrojů (např. z dotací zřizovatele, kdy by se jednalo o závažné porušení rozpočtové kázně), dostala se stěžovatelka do značných ekonomických problémů. Stěžovatelka nemá možnost rozsah a frekvenci indikované zdravotní péče ovlivnit (indikuje ošetřující lékař) a současně má

povinnost zdravotní péči poskytnout. Stěžovatelka tak fakticky dotuje vedlejší účastníci a rovné postavení účastníků smlouvy zůstává jen iluzí. Stěžovatelka dále upozorňuje, že oproti zdravotnickým zařízením, která mohou ve vlastním ekonomickém zájmu alespoň částečně omezit poskytovanou zdravotní péči, aby vyhověla regulacím, zařízení sociálních služeb takovou možnost regulovat rozsah poskytované ošetrovatelské a rehabilitační péče nemá, jde o lékařem indikovanou péči. Právě absence nároku na dorovnání či kompenzace, který by dopadal na takové situace, byla jedním z důvodů zrušení úhradové vyhlášky pro rok následující, tj. pro rok 2013 nálezem Pl. ÚS 19/13.

Podle stěžovatelky odvolací i dovolací soud na základě sporné úvahy o možnosti analogie poskytly soudní ochranu svévolné a jednostranné aplikaci úhradové vyhlášky na vztah stěžovatelky a vedlejší účastnice. Podle stěžovatelky navíc, pokud již soudy dospěly k závěru o možnosti analogické aplikace úhradové vyhlášky, pak je nutno rozhodnout, podle kterého segmentu úhradové vyhlášky má být odbornost „913 - všeobecná sestra v sociálních službách“ posuzována a případně regulována. Stěžovatelka uvádí, že ačkoli se jedná o otázku navýsost odbornou, Nejvyšší soud bez jakéhokoli zdůvodnění uvedl jako položku nejbližší odbornosti 913 položku uvedenou v příloze č. 1 úhradové vyhlášky, část B bod 2 písm. b), tj. péči dle § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění („zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů“). Stěžovatelka tvrdí, že pokud již analogii musíme použít, pak měla být analogicky použita odbornost „925 - domácí zdravotní péče“. Podle stěžovatelky se jedná o řešení odborné otázky, která je sporná, přičemž závěr o srovnatelnosti poskytované péče představuje velké zjednodušení.

III. Vyjádření účastníků řízení

Nejvyšší soud ve svém vyjádření uvádí, že si je vědom odlišného postavení poskytovatelů zdravotních služeb a poskytovatelů sociálních služeb, bylo však nutno rozhodnout o ceně plnění při neexistenci dohody o ceně (cenovém dodatku). Argumentace stěžovatelky kogentní povahou úhradové vyhlášky nebo jejím uzavřeným výčtem není dle Nejvyššího soudu namístě. Poukazuje-li stěžovatelka na závěry právní teorie ve vztahu k taxativnímu výčtu, přehlíží, že tyto závěry se vztahují právě k tomu právnímu předpisu, v němž úprava určité situace chybí, nikoliv k tomu, jenž má být analogicky aplikován. Z hlediska úvah o analogické aplikaci úhradové vyhlášky bylo podstatné, zda se jedná o normu upravující obdobnou skutkovou podstatu. Soud se zaměřil na otázku shodného účelu spočívajícího ve skutečnosti, že jde o poskytování zdravotních služeb pojištěncům v jednom systému veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto pohledu neshledal rozdíl oproti zdravotní péči poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů. Stěžovatelka se snaží klást důraz na nemožnost odmítnutí poskytnutí zdravotní péče, v tomto kritériu se však se srovnávanou situací neliší. Odkaz stěžovatelky na nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/16 není důvodný, neboť Ústavní soud rozhodl o zrušení části úhradové vyhlášky pro rok 2016 z důvodu nedostatku zákonného zmocnění k vydání prováděcího předpisu. Přesto je z odůvodnění nálezu zřejmé, že Ústavní soud neodmítá racionální důvody pro regulaci úhrad za zdravotní služby poskytované zařízeními pobytových služeb (viz bod 50 odůvodnění nálezu). Ve zbytku pak odkazuje Nejvyšší soud na odůvodnění svého rozsudku, má za to, že nebyla porušena ústavní práva stěžovatelky, a proto navrhuje, aby ústavní stížnost byla odmítnuta.

Městský soud v Praze ve vyjádření k ústavní stížnosti uvádí, že postupoval zcela standardně, v souladu s rozhodovací praxí Městského soudu v Praze, pro stručnost odkazuje na své rozhodnutí a navrhuje ústavní stížnosti nevyhovět.

IV. Vyjádření vedlejší účastnice řízení

Vedlejší účastnice řízení v rozsáhlém vyjádření nejprve rekapituluje tvrzení stěžovatelky i předmět řízení před obecnými soudy. Mj. připomíná, že se stěžovatelka žalobou domáhala toho, aby vedlejší účastnice uhradila poskytnutou zdravotní péči ve výši fakturované stěžovatelkou, přičemž však neuvedla podstatná žalobní tvrzení, která by osvědčovala oprávněnost výše tvrzeného nároku a nečiní tak ani nyní. Stěžovatelka pouze popisuje, jak k žalované částce dospívá matematicky. Žádným způsobem však nevysvětlila, z čeho dovozuje, že způsob výpočtu výsledné výše úhrady je správný a že má oporu ve zvláštní smlouvě nebo právních předpisech.

Vedlejší účastnice připomíná, že zákonodárce nijak [vyjma § 17a a § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění] neupravuje podmínky, jimiž má být regulován právní vztah mezi zdravotními pojišťovkami a pobytovými zařízeními sociálních služeb, resp. podmínky, za kterých má být hrazena zdravotní péče, kterou pobytová zařízení sociálních služeb poskytují. Zákonodárce žádným způsobem nestanovil obsah tzv. zvláštní smlouvy ani způsob, jakým má být určen a stejně tak neupravil ani způsob, jakým má být určena výše úhrady za zdravotní péči, poskytovanou pobytovými zařízeními sociálních služeb. Vedlejší účastnice sice souhlasí s tvrzením o odlišné, resp. samostatné právní úpravě obsažené v § 17 a 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, nesouhlasí však se závěrem stěžovatelky, že v rámci § 17a nejde o mezeru v zákoně, jedná-li se o způsob a výši úhrady. Stejně tak nesouhlasí se závěrem stěžovatelky, že způsob úhrady poskytované zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění je určen jednoznačně, a to odlišným způsobem pro poskytovatele zdravotních služeb na straně jedné a poskytovatele sociálních služeb na straně druhé. Zákon o veřejném zdravotním pojištění v žádném svém ustanovení neupravuje způsob a výši úhrady zdravotní péče poskytované pobytovými zařízeními sociálních služeb.

Vedlejší účastnice dále upozorňuje, že i při určování obsahu zvláštních smluv uzavíraných dle § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění se postupovalo analogicky dle právní úpravy obsažené v § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění a ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách, a tedy s využitím analogie k úpravě právních vztahů mezi zdravotními pojišťovkami a poskytovateli zdravotních služeb.

Vedlejší účastnice dále podrobně rozebírá podobnosti obou smluv - obě vycházejí z obdobných principů, mají obdobný cíl, obsah i subjekty.

K námitce stěžovatelky, že mělo být analogicky použito ustanovení týkající se úhrady pro „zvláštní ambulantní péči v odbornosti 925“ (tj. pro domácí péči), vedlejší účastnice uvádí, že v předchozích řízeních stěžovatelka takové tvrzení nepředložila, ani se takto fakticky nechovala. Vedlejší účastnice pak s odkazy na právní úpravu rekapituluje své argumenty o povaze zdravotní péče zajišťované pobytovými zařízeními sociálních služeb, která byla předestřena obecným soudům a kterou obecné soudy v napadených rozhodnutích akceptovaly. Vedlejší účastnice se tak domnívá, že určení té části úhradové vyhlášky, která má být analogicky aplikována, není otázkou odbornou,

ale právní, neboť odpověď na ni plyne přímo z textu právních předpisů a z vývoje smluvního vztahu mezi ní a stěžovatelkou (resp. dalšími pobytovými zařízeními sociálních služeb). Vedlejší účastnice dále cituje z „Metodického pokynu pro zdravotnická zařízení k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách“ Ministerstva zdravotnictví podporující závěr o nezbytnosti shodného financování v odbornosti 913 ve zdravotnických zařízeních i v zařízeních sociálních služeb.

Vedlejší účastnice tak má za to, že zákonodárce sice konstruoval dva samostatné smluvní vztahy (v § 17 a v 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění), současně však mají řadu společných prvků, které oba smluvní vztahy činí velice podobnými. Za současné existence mezery v zákoně (stran stanovení způsobu a výše úhrady za poskytnutou péči) je tato podobnost významná pro řešení situace, kdy mezi účastníky zvláštní smlouvy nedojde k dohodě o způsobu financování poskytované zdravotní péče. Vedlejší účastnice dále připomíná, že výše úhrady se v předmětném smluvním vztahu (ale i v celém segmentu poskytování zdravotních služeb v odbornosti 913 pobytovými zařízeními sociálních služeb) vždy zcela, či zčásti, odvíjela od tzv. úhradových vyhlášek, a to vždy od její přílohy č. 1 část B, odst. 2 písm. b). Smluvní strany tedy mohly legitimně očekávat aplikaci tzv. úhradové vyhlášky i v období, pro které nebude dohody dosaženo.

Vedlejší účastnice nevnímá jako komfortní situaci, kdy zákon žádným způsobem neupravuje způsob a výši úhrady zdravotní péče pobytovým zařízením sociálních služeb, za tento stav však nenese žádnou odpovědnost a je jím dotčena stejně, jako stěžovatelka. Má však za to, že nebylo možné postupovat jiným způsobem, než aplikovat svou povahou neblíží pravidla, tj. pravidla plynoucí z tzv. úhradové vyhlášky.

K tvrzením stěžovatelky o porušení práva na podnikání dle čl. 26 odst. 1 Listiny vedlejší účastnice uvádí, že otázka, zda zaplacená částka za poskytnutou zdravotní péči je v souladu s právem na podnikání, vůbec nebyla v předchozích řízeních stěžovatelkou nastolena. Stěžovatelka zásah do práva podnikat netvrdila a neprokazovala, pouze namítala, že úhradový mechanismus plynoucí z příslušné části úhradové vyhlášky, se na její právní vztah s vedlejší účastnicí neuplatní. Přesto však v reakci na tvrzení stěžovatelky vedlejší účastnice uvádí, že ze samotné výše poskytnuté úhrady nelze ještě nijak dovodit vliv na ekonomiku provozu zařízení stěžovatelky. Skutečnost, že je výše úhrady stanovena pomocí dvou hodnot bodu, které společně, za využití způsobu výpočtu dle přílohy č. 1 část B, odst. 2 písm. b) úhradové vyhlášky pro rok 2012, tvoří výslednou výši úhrady, v sobě nenese naprosto žádnou informaci o jejím dopadu na hospodaření stěžovatelky. Z jakkoliv nastaveného způsobu stanovení výše úhrad nelze a priori dovodit jeho nezákonnost, či dokonce neústavnost. Způsob stanovení úhrad je pouhý nástroj, který v sobě nenese žádnou informaci o své výhodnosti, či nevýhodnosti. O výhodnosti, či nevýhodnosti úhrady samo o sobě nevypovídá ani to, zda je výše úhrady např. určitým způsobem limitována, či nikoliv.

Vedlejší účastnice si je vědoma názoru Ústavního soudu, že regulovaná výše úhrady může být za určitých okolností prolomena ve prospěch poskytovatele služeb (jak plyne např. z nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13), stěžovatelka však měla už v řízení před soudem prvního stupně tvrdit a prokázat, že výše úhrady není dostatečná. I za situace, kdy by však stěžovatelka např. nedokázala při své činnosti dosahovat zisku, neznamenalo by to automaticky, že jde o důkaz nedostatečné úhrady ze strany vedlejší

účastnice, a tedy o důvod k navýšení úhrady. Ekonomika provozu stěžovatelky může být ovlivněna vícezdrojovým financováním, způsobem řízení, či dalšími okolnostmi mimo sféru vlivu vedlejší účastnice.

Vedlejší účastnice dále na podkladě judikatury Ústavního soudu dokládá, že samotná cenová regulace není protiústavní, a to i ve vztahu k úhradám zdravotní péče. I v případě, že by byl prokázán důvod k navýšení úhrady, tak nevzniká automaticky právo na navýšení zrovna na částku 0,90 Kč za bod, jak požadovala stěžovatelka. Možné navýšení by se odvíjelo od konkrétních podmínek každého individuálního případu. Ústavnost se neměří výší uhrazené částky, ale příčinami a důsledky úhrady v každém konkrétním případě.

Vedlejší účastnice dále uvádí, že určitý stupeň regulace, resp. limitace výše úhrady zdravotních služeb je tzv. úhradovými vyhláškami přiřazen prakticky všem oborům poskytovatelů včetně těch, kteří poskytují pouze zdravotní péči indikovanou jiným poskytovatelem (lékařem), tedy shodně jako stěžovatelka.

K tvrzené protiústavnosti aplikace tzv. regulačních srážek obsažených v úhradové vyhlášce pro rok 2012 vedlejší účastnice uvádí, že závěr o protiústavnosti regulačních srážek v nálezu sp. zn. Pl. ÚS 19/13, na který stěžovatelka odkazuje, se stěžovatelky, resp. posuzovaného sporu netýkal. Ve vztahu k objemové limitaci úhrady ve formě aplikace snížené hodnoty bodu pak vedlejší účastnice připomíná, že Ústavní soud nedospěl k závěru, že by samotný způsob stanovení výše úhrady byl ústavně nekonformní, své výhrady k limitaci výše úhrady směřoval k důsledkům, který by mohla limitace za určitých okolností přinést - tedy k hypotetickému vzniku situace, kdy celková výše úhrad nepokryje alespoň nezbytné náklady poskytované zdravotní péče. Vznik takové situace však stěžovatelka, vyjma obecných konstatování, která není možné ověřit, netvrdila a ani nijak neprokazovala. Vedlejší účastnice tedy ani neměla možnost zabývat se úvahou, zda by bylo na místě poskytnout stěžovateli další úhradu nad rámec již poskytnuté úhrady, neboť by tak mohla učinit jen volnou úvahou, aniž by bylo jakkoliv ověřeno, jak vysoká by tato další úhrada měla být. Vedlejší účastnice je povinna s prostředky veřejného zdravotního pojištění nakládat svědomitě a s péčí řádného hospodáře a při vědomí principu, že systém veřejného zdravotního pojištění je jako každý pojišťovací systém limitován objemem finančních prostředků, který získává na základě povinnosti platit pojistné na všeobecné zdravotní pojištění.

Vedlejší účastnice připomíná, že zákon zakládá zdravotním pojišťovnám kontraktní povinnost. Nemůže-li vedlejší účastnice zcela účinně kontrolovat síť smluvních pobytových zařízení sociálních služeb, je v souladu s veřejným zájmem na fungování a udržitelném rozvoji systému veřejného zdravotního pojištění, aby byly podmínky úhrady stanoveny per analogiam k tzv. úhradové vyhlášce, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.

V. Replika stěžovatelky

Stěžovatelka k vyjádření Nejvyššího soudu uvádí, že poskytování zdravotních služeb v jednom systému veřejného zdravotního pojištění nemusí znamenat nutnost shodné právní úpravy úhrady zdravotní péče pro všechny poskytovatele, přičemž odkazuje na bod 46 nálezu Pl. ÚS 19/16, podle něhož „specifické postavení zařízení

pobytových sociálních služeb jako poskytovatelů zdravotních služeb nachází odraz i ve specifické úpravě způsobu úhrady zdravotních služeb jimi poskytovaných“.

Dále stěžovatelka opakuje řadu argumentů uvedených již v ústavní stížnosti, upozorňuje, že snížení úhrad v roce 2012 bylo jednostranným krokem vedlejší účastnice. Ostatní zdravotní pojišťovny k regulaci nepřistoupily s výjimkou jedné, která přistoupila k určité regulaci již o rok dříve, avšak na základě cenových ujednání, jež pobytová zařízení sociálních služeb akceptovala a podepsala. Napadené rozhodnutí Nejvyššího soudu umožnilo vznik dvou na sobě nezávislých způsobů úhrady. První způsob úhrady, který byl všemi akceptován a fungoval do té doby bezchybně na základě dohodnutých úhradových dodatků (bez jakékoliv nutnosti aplikovat úhradovou vyhlášku) a druhý systém, tj. analogická aplikace úhradové vyhlášky jak ji dovodil Nejvyšší soud a jak jí údajně aplikovala vedlejší účastnice. Ta ji navíc dle stěžovatelky aplikovala sporně, protože uvedená úprava neumožňuje předběžné úhrady - zálohy.

Stěžovatelka dále dokládá vyjádřeními zainteresovaných osob z let 2009 až 2013 (založenými též v soudním spise), že úmyslem normotvůrce nebylo úhradovou vyhlášku na daný segment péče vztáhnout. Ministerstvo zdravotnictví (jako normotvůrce) tedy dle stěžovatelky v rozhodné době vůbec neuvažovalo o případném analogickém použití úhradových vyhlášek na oblast sociálních služeb a naopak se opakovaně vyslovilo pro nutnost dohody o úhradě a výslovně odmítlo jednostranné krácení úhrad zdravotní péče pojišťovnou. Nejvyšší soud rozhodl zcela jinak a ignoroval tehdejší právní názor Ministerstva zdravotnictví a jeho výkladová stanoviska, přičemž se s touto skutečností v odůvodnění napadeného rozhodnutí nevypořádal. Naopak tímto rozhodnutím precedenčního charakteru nahradil právní názor zákonodárce a způsobil zmatek a nejistotu v oblasti pobytových sociálních služeb. Navíc Nejvyšší soud zaujal opačné stanovisko než plénum Ústavního soudu v nálezu Pl. ÚS 19/16.

Pokud jde o dovozování úmyslu normotvůrce z faktu, že pro rok 2016 byla pobytová zařízení sociálních služeb do úhradové vyhlášky zařazena, odmítá stěžovatelka daný argument jako nekorektní. Připomíná, že proti postupu vedlejší účastnice bylo podáno desítky žalob, o kterých je rozhodováno různým způsobem, přičemž jako snaha o kompromis bylo po ministerstvu zdravotnictví požadováno přijetí legislativní úpravy, která otázku hrazení péče v pobytových zařízeních sociálních služeb upraví srozumitelně, transparentně a předvídatelně. Ministerstvo zdravotnictví tak jednalo pod tlakem, rozhodně se nejednalo o výraz jeho svobodné vůle. Navíc by mělo být reflektováno jednání v době, které se týká sporného období, tj. roku 2012.

Stěžovatelka dále připomíná, že návrh úhradové vyhlášky na rok 2016 přiřadil odbornost 913 - všeobecná sestra v sociálních službách k odbornosti 925 - domácí zdravotní péče, oba segmenty tak měly mít společnou hodnotu bodu, byť v poslední fázi připomínkového řízení došlo ke změně a normotvůrcem bylo nakonec zvoleno řešení jiné.

Stěžovatelka tvrdí, že nebyly respektovány závěry Nejvyššího soudu z rozhodnutí ze dne 26. 6. 2012 sp. zn. 32 Cdo 2108/2010. Stěžovatelka trvá na tom, že kogentní charakter vyhlášky a taxativní výčet zdravotnických odborností neumožňují analogickou aplikaci této vyhlášky na jiný segment zdravotní péče. Zjednodušeně řečeno, pokud normotvůrce určil, že se úhradová vyhláška vztahuje jen na segmenty zdravotní péče uvedené v taxativním výčtu v § 1 vyhlášky, pak je vyloučeno tento

taxativní výčet dále rozšiřovat (proti vůli zákonodárce) soudním rozhodnutím. Není-li možné vyhlášku aplikovat přímo na základě absence zákonného zmocnění, tím spíše není možné ji aplikovat analogicky. Zásadní zásah do majetkové struktury poskytovatele péče, kterým regulace formou úhradové vyhlášky je, je možno činit jen na základě zákona (zmocnění) a prováděcí vyhlášky. Nedostatek zákonné úpravy v tak citlivé oblasti nelze nahradit soudním rozhodnutím, byť Nejvyššího soudu.

Situace, kdy způsob úhrady poskytnuté zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb závisí na soudním rozsudku, který může být kdykoliv změněn či nahrazen jiným, není pro tato zařízení vůbec konformní.

K vyjádření Městského soudu v Praze stěžovatelka předesílá, že asi polovina senátů téhož odvolacího soudu zastává ve skutkově a právně obdobných věcech stanovisko zcela opačně. Argumentace stávající judikaturou Městského soudu v této věci tedy není případná. Stěžovatelka dále připomíná, že Městskému soudu v Praze nebyl v době rozhodnutí znám nálezn Pl. ÚS 19/16, přičemž opětovně uvádí výhrady vůči závěrům soudu zmíněné již v ústavní stížnosti.

Ve vztahu k vyjádření vedlejší účastnice stěžovatelka zpochybňuje závěry, které vedlejší účastnice dovozuje z nálezu Pl. ÚS 19/16, a má za to, že citované části nálezu spíše hovoří ve prospěch právního názoru stěžovatelky, tj. neexistence mezer v právu, které by bylo nutno vyplnit analogickou aplikací úhradové vyhlášky. Z přehledu změn v právní úpravě stěžovatelka opětovně ilustruje, že zákonodárce vždy ponechal v právním řádu koncept dvou nezávislých samostatných právních úprav zdravotních služeb a sociálních služeb, přičemž dopad zdravotnických právních předpisů na poskytovatele sociálních služeb byl vždy výrazně limitován, což byl úmysl zákonodárce.

Stěžovatelka dále v reakci na argumentaci vedlejší účastnice ohledně nejbližšího segmentu úhradové vyhlášky, který má být použit, opětovně uvádí, že nejbližší k odbornosti „913 - všeobecná sestra v sociálních službách“ má odbornost „odbornost 925 - sestra v domácí zdravotní péči“. Oba tyto segmenty mají kompetence všeobecných sester limitovány ordinací lékaře. Stěžovatelka dále zpochybňuje argumentaci Metodickým pokynem Ministerstva zdravotnictví pro zdravotnická zařízení k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Stěžovatelka dále uvádí, že Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví již předložilo vládě novelu zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v jejímž rámci by měl být mimo jiné zrušen § 52 umožňující sociální hospitalizace, přičemž zrušení zdravotnických zařízení lůžkové péče poskytující sociální služby a zavedení nové sociální služby ošetřovatelský domov podstatně rozšíří možnosti financování této péče.

K námitce vedlejší účastnice, že stěžovatelka nevysvětlila, jakým jiným způsobem by měla být zdravotní péče hrazena, stěžovatelka uvádí, že měla být hrazena standardně jako v případě ostatních zdravotních pojišťoven výkonovým způsobem dle vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „vyhláška 134/1998 Sb.“), tj. vynásobením počtu výkonů, počtu bodů a hodnoty bodu.

K námitce, že samotná existence regulované úhrady neznamená, že bylo jakkoliv zasaženo do práva na podnikání, stěžovatelka uvádí, že to platí za předpokladu, že by se regulace opírala o obecně závazný právní předpis nebo byla dohodnuta mezi účastníky.

K doložení intenzity zásahu do práva na podnikání stěžovatelka na číslech dokládá, že vedlejší účastnice uhradila pouze cca jednu polovinu indikované, provedené a řádně vykázané zdravotní péče v roce 2012, což je výrazný a zásadní zásah do hospodaření stěžovatelky.

Ke konkrétní vykazované hodnotě bodu ve výši 0,90 Kč, kterou zpochybňuje vedlejší účastnice, stěžovatelka uvádí, že v této výši byla hodnota bodu navržena v úhradovém dodatku samotnou vedlejší účastnicí, tato hodnota bodu byla hodnotou, kterou bod oceňovaly v roce 2012 za shodné výkony i ostatní zdravotní pojišťovny a konečně to byla i hodnota bodu z předchozího období.

Stěžovatelka se dále vymezuje vůči tvrzení vedlejší účastnice o potřebě hospodařit s prostředky zdravotního pojištění s péčí řádného hospodáře, když náklady na segment pobytových zařízení sociálních služeb byly s ohledem na celkový objem prostředků marginální, přičemž ekonomická účinnost této péče byla výhodná. I stěžovatelka sdílí názor, že je nutná ekonomická rovnováha a udržitelnost systému zdravotního pojištění, ovšem nikoliv bez opory v právu či ve smlouvě.

Stěžovatelka uzavírá, že zrušení napadeného rozsudku Nejvyššího soudu by nepřineslo žádné náklady. Situace by se vrátila do původního stavu před jednostranným krokem vedlejší účastnice z roku 2012. Vedlejší účastnice by hradila indikovanou, vykonanou a vykázanou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb tak, jako předtím, tedy na základě zvláštní smlouvy a jejich dodatků a v souladu s vyhláškou č. 134/1998 Sb. Pokud by pak normotvůrce došel k závěru, že regulace je potřebná, mohl by vydat příslušný předpis, který by danou oblast reguloval. Nynější situace, kdy právní normu nahrazuje soudní rozhodnutí, nemůže být ústavně konformní.

VI. Upuštění od ústního jednání

Ústavní soud nenařizoval ústní jednání, neboť s ohledem na všechny zjištěné skutečnosti nebylo možno od ústního jednání očekávat další objasnění věci ve smyslu § 44 zákona č. 182/1993 Sb., o Ústavním soudu, v platném znění (dále jen „zákon o Ústavním soudu“).

VII. Hodnocení Ústavním soudem

Ústavní soud po zhodnocení argumentů stěžovatelky, účastníků řízení, vedlejší účastnice řízení, jakož i na základě spisového materiálu dospěl k závěru, že ústavní stížnost není důvodná.

Ústavní soud předesílá, že předmětem řízení o ústavní stížnosti je posouzení, zda zásahem orgánu veřejné moci (zde rozhodnutími odvolacího a dovolacího soudu) došlo k porušení některého z ústavně zaručených práv stěžovatelky.

VII. a) *K tvrzenému porušení práva na spravedlivý proces a zákazu svévole.*

Tvrzené porušení práva na spravedlivý proces garantovaného čl. 36 odst. 1 Listiny, resp. tvrzené neposkytnutí ochrany právům v rozporu s čl. 90 Ústavy dovozuje stěžovatelka z neúspěchu ve sporu před obecnými soudy. Stěžovatelka nenamítá žádnou procesní vadu v řízení před obecnými soudy, výhrady jsou založeny na nesouhlasu s výsledkem sporu, na nesouhlasu se způsobem hodnocení důkazů, resp. se způsobem odůvodnění napadených rozhodnutí. Stěžovatelka se stanoveným postupem ve smyslu čl. 36 odst. 1 Listiny mohla svých práv před soudem domáhat, přičemž poskytnutí ochrany právům dle čl. 90 Ústavy negarantuje z povahy věci ústavní nárok na úspěch ve sporu. Právo na samotný přístup k soudu, resp. právo na domáhání se ochrany svých práv před nezávislým soudem tak porušeno nebylo.

Pokud jde o věcný přezkum výsledku sporu, resp. věcný přezkum napadených rozhodnutí, předesílá Ústavní soud, že není povolán k instančnímu přezkumu rozhodnutí obecných soudů, neboť není součástí jejich soustavy. Samotný postup v řízení, zjišťování a hodnocení skutkového stavu, výklad podústavního práva i jeho aplikace náleží obecným soudům. V této souvislosti Ústavní soud již mnohokrát judikoval, že důvod ke zrušení rozhodnutí obecného soudu by byl dán pouze tehdy, pokud by jeho právní závěry byly v extrémním nesouladu s vykonanými skutkovými zjištěními nebo z nich v žádné možné interpretaci odůvodnění soudního rozhodnutí nevyplývaly [srov. např. nález ze dne 20. 6. 1995 sp. zn. III. ÚS 84/94 (N 34/3 SbNU 257) a řadu dalších].

Ústavní soud se tedy zaměřil na otázku, zda nemohlo dojít k porušení práva na spravedlivý proces právě výše uvedeným extrémním nesouladem mezi vykonanými skutkovými zjištěními a právními závěry soudů. V této souvislosti se pak Ústavní soud zabýval též tvrzením stěžovatelky, že rozhodnutí obecných soudů porušila princip předvídatelnosti práva a zákazu svévole ve smyslu čl. 1 odst. 1 Ústavy, resp. že nerespektovala závaznou judikaturu Ústavního soudu ve smyslu čl. 89 odst. 2 Ústavy.

Jádrem sporu mezi stěžovatelkou a vedlejší účastnicí je možnost aplikace způsobu určení ceny plnění dle úhradové vyhlášky pro rok 2012 (resp. konkrétního segmentu této vyhlášky) na služby poskytované stěžovatelkou. Ústavní soud tedy musel zhodnotit, zda závěry soudů o aplikaci přílohy č. 1, části B, bodu 2, písm. b) úhradové vyhlášky pro rok 2012 na určení ceny plnění poskytnutého stěžovatelkou vykazuje znaky svévole, je v rozporu s dosavadní judikaturou Ústavního soudu či je v extrémním rozporu s vykonanými skutkovými zjištěními.

První otázkou je možnost samotné analogické aplikace úhradové vyhlášky pro rok 2012 obecnými soudy v posuzovaném sporu, druhou otázkou potom použití konkrétního ustanovení úhradové vyhlášky jako úpravy nejbližší posuzované situaci.

Není sporu o tom, že zmocnění vydat prováděcí předpis - úhradovou vyhlášku platí pouze pro úpravu zakotvenou v § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění vztahující se na zdravotnická zařízení, nikoli pro úpravu zakotvenou v § 17a téhož zákona upravující zvláštní smlouvy se zařízeními sociálních služeb (srov. též nález sp. zn. Pl. ÚS 19/16). Úhradová vyhláška pro rok 2012 tedy není pro určení ceny plnění poskytovaného stěžovatelkou v roce 2012 a hrazeného vedlejší účastnicí aplikovatelná

přímo, jakožto prováděcí předpis vycházející ze zákonného zmocnění. V tomto ohledu je argumentace stěžovatelky správná.

Jinou věcí je však možné využití pravidel obsažených v tomto podzákonném předpisu určujících cenu plnění v případech, ve kterých je povinen cenu plnění určit obecný soud z důvodu, že mezi stranami smlouvy nebyla cena sjednána. Tuto úvahu navíc musí soud učinit ve vztahu k plnění ze smlouvy, která je právní řádem předvídána, v mnoha ohledech regulována (srov. dále) a účelem a cílem obdobná smlouvám, na které prováděcí podzákonný předpis výslovně dopadá.

Ústavní soud tedy musel zohlednit velmi specifickou povahu vztahů mezi stěžovatelkou (resp. obdobnými pobytovými zařízeními sociálních služeb) a vedlejší účastníci. Jde o smluvní vztah v mnoha ohledech specifický. Stěžovatelka nemá možnost rozsah a frekvenci lékařů indikované zdravotní péče ovlivnit a současně má povinnost zdravotní péči poskytnout. Vedlejší účastnice (resp. jakákoli zdravotní pojišťovna) má povinnost uzavřít zvláštní smlouvu s každým pobytovým zařízením sociálních služeb, které o uzavření smlouvy požádá a prokáže, že ošetrovatelská péče bude poskytována k tomu způsobilými pracovníky (srov. § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění). Zdravotní pojišťovna je pak povinna vykázanou péčí uhradit (srov. § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění). Smluvní volnost na obou stranách je tedy výrazně limitována, stejně tak obsahem smlouvy není klasická tržní komodita, jejíž cena by mohla být určena prostou dohodou stran bez jakýchkoli limitů či omezení, neboť prostředky, které vedlejší účastnice poskytuje zařízením sociálních služeb (resp. obecně též zdravotnickým zařízením) jsou veřejnými prostředky vybranými na základě veřejného zdravotního pojištění. Tyto prostředky jsou pak vázány na ústavně předvídaný účel, tedy v čl. 31 Listiny předvídané poskytování bezplatné zdravotní péče všem, kteří jsou účastníky systému veřejného zdravotního pojištění. S ohledem na limitovanou výši těchto prostředků, jakož i povinnost pečovat o tyto prostředky způsobem, který umožní naplnit účel dle čl. 31 Listiny, je z povahy věci žádoucí určitá míra ingerence státu do stanovení ceny plnění, které je předmětem smluv mezi poskytovateli péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zdravotními pojišťovnami.

Zákonodárce se zjevně rozhodl určitou oblast právních vztahů regulovat a zajistit financování určitého druhu péče z prostředků zdravotního pojištění (doplněním § 17a, resp. § 22 písm. e) do zákona o veřejném zdravotním pojištění), ale neučinil tak důsledně a komplexně. Obsah zvláštních smluv uzavíraných dle § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění není přesně upraven, stejně tak postup, jak určit cenu plnění v situaci, kdy se strany smlouvy na ceně nedohodnou.

Vzhledem k výše uvedené specifické povaze smluv i povaze plnění, jakož i s ohledem na to, že zákonodárce obdobné vztahy týkající se poskytování zdravotní péče reguluje nepoměrně podrobněji, včetně zmocnění pro vydání prováděcího předpisu (úhradové vyhlášky), lze dovodit, že právní úprava není s ohledem na předmět regulace a postup normotvůrce v obdobných případech komplexní a obsahuje mezery.

Tomuto závěru svědčí též postup Ministerstva zdravotnictví při vydání úhradové vyhlášky pro rok 2016, do které byla nově oblast péče v zařízeních sociálních služeb pro rok 2016 zahrnuta. Na tom nic nemění skutečnost, že pro rozšíření věcné působnosti úhradové vyhlášky chybělo zákonné zmocnění, v důsledku čehož byla ta ustanovení

úhradové vyhlášky, která se vymykala zákonnému zmocnění, Ústavním soudem zrušena nálezem Pl. ÚS 19/16.

Hovoří-li stěžovatelka o nátlaku na Ministerstvo zdravotnictví při vydávání úhradové vyhlášky pro rok 2016, sama přiznává, že byl tento tlak činěn právě zařízeními sociálních služeb v zájmu předvídatelného určení ceny poskytnuté zdravotní péče v těchto zařízeních. Sama stěžovatelka též připomíná, že proti postupu vedlejší účastnice byly podány desítky žalob, o kterých je rozhodováno různým způsobem, přičemž jako snaha o kompromis bylo po Ministerstvu zdravotnictví požadováno přijetí legislativní úpravy, která otázku hrazení péče v pobytových zařízeních sociálních služeb upraví srozumitelně, transparentně a předvídatelně. Stejně tak stěžovatelka uvádí, že situace, kdy způsob úhrady poskytnuté zdravotní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb závisí na soudním rozsudku, který může být kdykoliv změněn či nahrazen jiným, není pro tato zařízení vůbec konformní. Uvedená tvrzení stěžovatelky však svědčí právě pro závěr o tom, že optikou racionálního normotvůrce nemá být takto mezerovitá právní úprava účelem právní regulace, resp. že právní úprava není, pro případ, že nedojde ke shodně ohledně výše úhrad za poskytnutou péči, dostatečná, komplexní, resp. prosta mezer. Tvrdí-li stěžovatelka, že k problémům s úhradou ceny plnění před rokem 2012 nedocházelo, pak nejde o důsledek jasné a úplné právní úpravy, nýbrž o důsledek faktu, že vždy došlo k dohodě o ceně plnění (tj. k uzavření úhradového dodatku).

Ze spisu vyplývá, že dne 30. 4. 2007 byla mezi stěžovatelkou a vedlejší účastnicí uzavřena zvláštní smlouva podle § 17a zákona o veřejném zdravotním pojištění, a to smlouva o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče pojištěncům umístěným v zařízeních sociálních služeb s pobytovými službami, která mj. v čl. IV. odst. 1 stanoví: „Hodnoty bodu, výše úhrad hrazené zdravotní péče a regulační omezení objemu poskytnuté hrazené zdravotní péče se sjednávají dodatkem ke smlouvě podle § 17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb. [tj. zákona o veřejném zdravotním pojištění – pozn. ÚS]“.

Ustanovení § 17 odst. 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění účinné v době uzavření zvláštní smlouvy (v současné době jde o § 17 odst. 5) upravovalo tzv. dohodovací řízení, ve kterém se určuje způsob stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení vždy na následující kalendářní rok. Nedojde-li k dohodě 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 na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Mezi stěžovatelkou a vedlejší účastnicí tak v rozhodném období (leden 2012) sice platila zvláštní smlouva o poskytování a úhradě ošetrovatelské a rehabilitační péče sjednaná v roce 2007, zároveň však nebyl (na rozdíl od předchozích let) uzavřen cenový dodatek pro rok 2012, který měl upravovat cenu poskytnutého plnění (výši úhrad). Nelze přisvědčit stěžovatelce, že zvláštní smlouva sama obsahuje ujednání o ceně a platebních podmínkách. Dané tvrzení je v rozporu s obsahem smlouvy založené v soudním spise. V tomto ohledu nelze závěrům obecných soudů ničeho vytknout.

V případě, že existuje platná dohoda o poskytnutí určitého plnění, ovšem cena není platně sjednána, musí cenu plnění určit soud. Má-li obecný soud určit cenu plnění v oblasti vysoce regulované, jako je tomu v oblasti poskytování zdravotní péče, navíc s omezenými finančními zdroji danými objemem prostředků veřejného zdravotního pojištění, nelze považovat za svévolné či nepředvídatelné, je-li cena plnění určena pomocí výpočtu užívaných pro určení ceny plnění v obdobně regulované oblasti, s obdobným předmětem plnění, navíc při využití shodného zdroje finančních prostředků (tj. prostředků veřejného zdravotního pojištění) vázaných na konkrétní ústavní účel předvídaný čl. 31 Listiny.

Shledává-li stěžovatelka protiústavnost postupu vedlejší účastnice, resp. následně obecných soudů v tom, že bylo analogicky použito pro stanovení ceny plnění pravidel z úhradové vyhlášky, včetně objemové limitace výše úhrad, je nutno připomenout, že samotný institut limitace výše úhrad neshledává Ústavní soud bez dalšího jako ústavně vadný [srov. též nálezn. sp. zn. Pl. ÚS 5/15 ze dne 8. 12. 2015 (15/2016 Sb.), odst. 62], vždy záleží na kontextu použití této limitace v konkrétním případě (srov. dále).

Lze shrnout, že postup obecných soudů posuzovaný z hlediska samotné možnosti použití pravidel obsažených v úhradové vyhlášce pro rok 2012 nepředstavuje svévolnou či nepředvídatelnou aplikaci podústavního práva rozpornou s čl. 1 odst. 1 Ústavy, která by mohla založit protiústavní vadu napadených rozhodnutí. Jinak řečeno nelze při snaze o hledání spravedlivého určení ceny poskytnutého plnění ústavně vyloučit též analogické použití předpisu, který se na daný vztah nevztahuje přímo, ale upravuje oblast účelem a cílem regulace obdobnou. Zároveň jde o předpis, který nebyl Ústavním soudem zrušen a jeho případné vady stěžovatelka dovozuje až na základě nálezu Ústavního soudu týkajícího se úhradové vyhlášky pro rok 2013, zrušené navíc až k 31. 12. 2014 (k tomu srov. dále).

Další otázkou je použití konkrétního segmentu úhradové vyhlášky na posuzovaný případ. Ani zde Ústavní soud neshledal v napadených rozhodnutích svévolnou či nepředvídatelnou aplikaci podústavního práva, či extrémní rozpor právních závěrů soudů se skutkovými zjištěními.

V návaznosti na přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, bylo zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách, vloženo do zákona o veřejném zdravotním pojištění již výše citované ustanovení § 17a, jakož i doplněno nové ustanovení § 22 písm. e). Podle tohoto ustanovení se z prostředků veřejného zdravotního pojištění hradí „ošetřovatelská péče poskytovaná na základě ordinace ošetřujícího lékaře pojištěncům umístěným v zařízeních pobytových sociálních služeb odborně způsobilými zaměstnanci těchto zařízení, pokud k tomu poskytovatelé pobytových sociálních služeb uzavřou zvláštní smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou podle § 17a“.

V návaznosti na to byla novelizována vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, tak, že do seznamu zdravotních výkonů byla vložena položka „913 - všeobecná sestra v sociálních službách“. Podle zmíněné vyhlášky se všeobecnou sestrou v sociálních službách se rozumí „všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům,

kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů. Při poskytování ošetrovatelské a rehabilitační zdravotní péče pojištěncům umístěným v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů, se vykazuje poskytnutá zdravotní péče na základě ordinace ošetřujícího lékaře příslušnými výkony odbornosti 913“.

Dovolací soud vyšel z toho, že pro účely stanovení výše úhrady za poskytnutou péči v zařízeních sociálních služeb (při absenci dohody o této výši úhrady) je aplikovatelná položka uvedená v první příloze, části B bodu 2 písm. b) úhradové vyhlášky pro rok 2012 týkající se zvláštní ambulantní péče poskytované podle § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění. Podle § 22 písm. c) uvedeného zákona jde o „zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů“.

Z „Metodického pokynu pro zdravotnická zařízení k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách“ Ministerstva zdravotnictví předkládaného vedlejší účastnicí též v řízení před obecnými soudy mj. vyplývá, že „v případě poskytování zvláštní ambulantní péče podle § 22 zákona č. 48/1997 Sb. dojde ke shodnému financování jak ve zdravotnických zařízeních, tak v zařízeních sociálních služeb, a to z toho důvodu, že oba poskytovatelé musí mít kvalifikovaný zdravotnický personál a budou poskytovat shodné výkony“ (srov. https://www.mzcr.cz/obsah/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c108/2006-sb-_1613_3.html).

Závěr dovolacího soudu, že je možno pro určení stanovení výše úhrady za péči v zařízeních sociálních služeb podle § 22 písm. e) zákona o veřejném zdravotním pojištění použít pravidla úhradové vyhlášky dopadající na poskytování zdravotní péče dle § 22 písm. c) zákona o veřejném zdravotním pojištění („zdravotní péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních ústavní péče osobám, které jsou v nich umístěny z jiných než zdravotních důvodů“) nelze považovat za svévolný, či a priori nemožný. Stejně tak z toho plynoucí důsledek, že financování v odbornosti 913 („všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče“) bude shodné jak v zařízeních sociálních služeb, tak ve zdravotnických zařízeních.

Ústavní soud musí na tomto místě zdůraznit, že přezkoumává ústavnost zvoleného řešení, resp. ústavnost napadených soudních rozhodnutí. Jeho rolí není být tvůrcem zdravotnické politiky státu či ústavně „zakonzervovat“ jediné možné řešení ve své podstatě politického sporu z oblasti financování zdravotní péče. Tvrdí-li stěžovatelka, že pokud již soudy měly postupovat analogicky dle úhradové vyhlášky, pak měly použít úhradu péče dle odbornosti 925 (sestra v domácí zdravotní péči), nelze než uzavřít, že ani jedna z nabízených variant (ať již ta preferovaná dovolacím soudem, resp. vedlejší účastnicí, tak varianta preferovaná stěžovatelkou) nemá bez dalšího (srov. dále) jakoukoli ústavní dimenzi, resp. podklad v některém z ústavně zaručených práv. Ústavní soud nemůže zabránit zákonodárci v tvorbě zdravotní politiky tím, že jednu z mnoha možných variant řešení povýší na řešení ústavně konformní a jiné odmítne jako ústavně vadné, pokud žádná z nabízených variant neporušuje ústavně zaručená práva. Posuzování samotné správnosti či vhodnosti zdravotní politiky státu, resp. způsobu úhrady zdravotní péče Ústavnímu soudu nepřisluší, nedojde-li zároveň k porušení ústavních práv.

Tvrdí-li stěžovatelka, že návrh úhradové vyhlášky na rok 2016 přiřadil odbornost 913 (všeobecná sestra v sociálních službách) k odbornosti 925 (domácí zdravotní péče) a oba segmenty tak měly mít společnou hodnotu bodu (tj. financování pro stěžovatelku výhodnější), přičemž v poslední fázi připomínkového řízení došlo ke změně a financování dle odbornosti 925 (požadované i nyní stěžovatelkou formou analogie) nebylo ve schválené úhradové vyhlášce pro rok 2016 obsaženo, nelze než dodat, že Ústavní soud může velmi obtížně suplovat neexistující politickou dohodu zainteresovaných subjektů, resp. politickou vůli Ministerstva zdravotnictví tím, že povýší konkrétní způsob výpočtu úhrad pro dílčí segment zdravotní péče na ústavní princip, čímž odebere možnost zákonodárci či exekutivě o financování v tomto segmentu rozhodovat. Sám technický způsob výpočtu úhrad pro určitý segment zdravotní péče, samotná výše hodnoty bodu či případné limity úhrad nemají samy o sobě ústavní rozměr. Ten může být dán až konkrétní výší částky, kterou je péče hrazena, ať už je tato částka vymezena prováděcím předpisem (úhradovou vyhláškou), nebo stanovena soudem analogickým použitím pravidel v úhradové vyhlášce stanovených. Ústavní hranici, která by připouštěla v posuzovaném případě derogační zásah Ústavního soudu, netvoří samotný technický způsob určení ceny plnění, resp. způsob, jak k ceně plnění obecné soudy dospěly, nýbrž až případný výsledek tohoto určení ceny posuzovaný v kontextu a podmínkách konkrétního případu. Referenčním kritériem pro posouzení ústavnosti či protiústavnosti výše ceny plnění bude čl. 26 odst. 1 Listiny, jehož porušení stěžovatelka taktéž namítá (k tomu srov. dále).

Nelze přisvědčit stěžovateli, že po derogaci napadených rozhodnutí by vedlejší účastnice hradila indikovanou, vykonanou a vykázanou zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb tak, jako předtím, tedy na základě zvláštní smlouvy a jejich dodatků, neboť zvláštní smlouva otázku ceny plnění neupravuje a cenový dodatek nebyl pro rok 2012 sjednán.

Je nutno naopak přisvědčit závěru obecných soudů, resp. tvrzení vedlejší účastnice, že stěžovatelka v řízení před obecnými soudy neprokázala, proč právě jí vykázaná cena plnění má být oním legitimním nárokem, kterému měly soudy poskytnout právní ochranu, resp. nyní dokonce Ústavní soud ochranu ústavní. Tvrzení o případném analogickém použití odbornosti 925 (domácí zdravotní péče) nebylo před obecnými soudy vzneseno a soudy tak neměly možnost se jím zabývat. Navíc, jak bylo shora rekapitulováno, sám technický způsob určení ceny plnění nemá ústavní relevanci. Pokud nebylo před obecnými soudy tvrzeno a prokázáno, jak dospěla stěžovatelka právě k požadované částce za úhradu poskytnuté péče, může Ústavní soud velmi obtížně poskytnout tomuto tvrzenému nároku ústavní ochranu a tím „zakonzervovat“ uvedenou výši úhrady jako ústavně chráněnou, aniž by bylo zřejmé, proč právě tato výše úhrady má být jedinou možnou a správnou výší úhrady za zdravotní péči.

Ani z hlediska časové působnosti derogačních nálezů Ústavního soudu nelze dovést porušení ústavních práv stěžovatelky. Úhradová vyhláška pro rok 2012 zrušena Ústavní soudem nebyla, úhradová vyhláška pro rok 2013, jejíž principy týkající se regulace cen obsahovala již předchozí vyhláška, zrušena sice byla, ovšem s odloženou vykonatelností k 31. 12. 2014. Na spor ohledně ceny plnění týkající se roku 2012 a případné analogické použití pravidel úhradové vyhlášky pro rok 2012 při soudním určení ceny plnění tak nemá následná derogace přímý vliv. Úhradová vyhláška pro rok 2016 byla zrušena z důvodu absence zákonného zmocnění, k samotnému obsahu se

Ústavní soud nijak nevyjádřil. Jak uvedl Ústavní soud, jakkoli se mu „jeví do značné míry racionální důvody, jimiž Ministerstvo zdravotnictví odůvodňuje svůj postup, nemůže tak činit mimo meze zákonného zmocnění, a tedy v rozporu s čl. 79 odst. 3 Ústavy ...“ (bod 50).

Stejně tak není pro posuzovaný případ relevantní tvrzení stěžovatelky o plánované změně právní úpravy a o chystaném zrušení tzv. sociálních lůžek, neboť Ústavní soud posuzuje ústavnost postupu obecných soudů při řešení sporu týkajícího se úhrad za zdravotní péče v roce 2012. Změna právní úpravy chystaná od roku 2018 nemá na probíhající spory vliv.

Ústavní soud tak nyní uzavírá, že neshledal porušení práva na spravedlivý proces, které by mohlo být založeno ať již extrémním nesouladem mezi vykonanými skutkovými zjištěními a právními závěry soudů, porušením principu předvídatelnosti práva či zákazu svévole ve smyslu čl. 1 odst. 1 Ústavy, nebo konečně nerespektováním závazné judikatury Ústavního soudu ve smyslu čl. 89 odst. 2 Ústavy.

VII. b) K tvrzenému porušení práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost.

Stěžovatelka dále namítá porušení práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost zaručeného čl. 26 odst. 1 Listiny. Své argumenty staví na závěrech z nálezu Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13, kterým byla zrušena úhradová vyhláška pro rok 2013. I zde pak podpůrně argumentuje porušením čl. 89 odst. 2 Ústavy zakotvujícím závaznost nálezů Ústavního soudu.

Ústavní soud v nálezu Pl. ÚS 19/13 uvedl: „Ačkoliv z práva podnikat a provozovat jinou hospodářskou činnost podle čl. 26 odst. 1 Listiny základních práv a svobod neplyne právo na zisk, stát je povinen vytvářet takové podmínky, které umožní jednotlivcům usilovat o jeho dosažení. Tento závěr se v plné míře uplatní i ve specifických poměrech podnikání v oblasti poskytování zdravotní péče, kde jsou v některých odbornostech hrazeny zdravotní výkony převážně nebo dokonce výlučně z veřejného zdravotního pojištění. Důsledkem jsou tak požadavky ve vztahu k regulaci úhrad za poskytnuté výkony, které by při normálním běhu věcí, odhlédnouv od případných rizik přirozeně spojených s podnikáním, měly umožňovat (nikoliv zajišťovat) víc než jen pokrytí nákladů poskytovaných služeb. Z hlediska práva na podnikání by naopak byla nepřijatelná taková úprava, která by tyto náklady, byť jen částečně, systémově přenášela na poskytovatele. Právní závěr, podle něhož „cenová regulace, nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti“ [nález sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 ze dne 21. 6. 2000 (N 93/18 SbNU 287; 231/2000 Sb.)], se zde uplatní přiměřeně“ (bod 72).

Jakkoli cílem příspěvkových organizací, tedy i stěžovatelky, není dosahování zisku, resp. jejich účelem není podnikání, lze část právních závěrů Ústavního soudu uvedených výše vztáhnout i na tyto organizace, tedy i stěžovatelku, konkrétně závěr o nepřijatelnosti takové právní úpravy, která by náklady zdravotní péče, byť jen částečně, systémově přenášela právě na poskytovatele zdravotní péče.

Pro účely nyní posuzovaného případu Ústavní soud připomíná, že citovaný nález byl přijat v řízení o abstraktní kontrole právních předpisů, nyní jde o individuální

ústavní stížnost, ve které je nutno zkoumat, zda napadená rozhodnutí orgánů veřejné moci porušila ústavní práva stěžovatelky. Ústavní soud výše uvedené principy formuloval na základě zjištění, že úhradové limity v úhradové vyhlášce pro rok 2013 sice mohou směřovat k zabránění plýtvání či nadužívání zdravotní péče, zároveň však mohou působit finanční problémy poskytovatelům zdravotní péče při řádném plnění povinností poskytovatele. Jak uvedl Ústavní soud, „k překročení stanoveného objemu zdravotní péče [nemusí dojít] 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 tedy zrušil právní úpravu z důvodu, že obsahuje určité úhradové limity, přičemž v ní zároveň nejsou obsaženy záruky kompenzace při přečerpání stanoveného objemu zdravotní péče, pokud by se poskytovatel péče dostal do výše předvídané situace spočívající v nemožnosti pokrýt z úhrad za zdravotní péči náklady této péče. Ústavní soud v řízení o abstraktní kontrole právních předpisů z povahy věci neposuzuje konkrétní případ. Z uvedeného nálezu nelze dovodit, že v každém jednotlivém případě musí aplikace pravidel z úhradové vyhlášky, ať již přímo, či analogicky, způsobovat protiústavní důsledky, neboť ty jsou závislé na kontextu použití pravidel upravených v právním předpise, tedy vždy na konkrétních skutkových okolnostech posuzovaného případu. Protiústavní důsledky mohou nastat právě až ve chvíli, kdy bude tvrzeno a prokázáno, že úhrada za zdravotní péči není způsobilá pokrývat ani „nutně vynaložené náklady“ na tuto péči. To nelze prokázat pouhým doložením rozdílu mezi cenou fakturovanou a cenou skutečně vyplacenou, ani doložením rozdílu mezi cenou plnění v rozhodném roce a v letech předcházejících. Úhradovým obdobím je kalendářní rok, přičemž řada rozhodných skutečností, které mají vliv na výši úhrad za zdravotní péči, se každý rok mění.

Žaloba stěžovatelky vůči vedlejší účastnici byla postavena na požadavku úhrady vykázané péče při hodnotě 0,90 Kč za bod, aniž by bylo zdůvodněno či prokázáno, proč by hodnota plnění měla být právě 0,90 Kč za bod, resp. tvrzeno a prokázáno, že by nižší hodnota bodu byla protiústavní. Ze spisu je zřejmé, že k dohodě o ceně plnění pro rok 2012 nedošlo a stěžovatelka svůj nárok (žalobu) opírala o rozdíl mezi cenou fakturovanou a cenou skutečně uhrazenou ze strany vedlejší účastnice. Nebylo však postaveno najisto, proč by cena plnění požadovaná stěžovatelkou za relevantní období (leden 2012) měla být právě ta, kterou stěžovatelka fakturovala. Ze samotného rozdílu mezi cenou fakturovanou a cenou skutečně hrazenou nelze na základě výše uvedených principů dovodit porušení práva podnikat, či majetkových práv, nebyla-li o ceně sjednána dohoda a výše nárokovatelných úhrad tak nebyla postavena na jisto.

Jinak řečeno, v nyní posuzovaném případě nebylo tvrzeno ani prokazováno, že právě fakturovaná cena plnění ve výši 0,90 Kč za bod je tou cenou, která ve smyslu výše uvedené judikatury zajišťuje pokrytí nákladů na poskytnutou péči.

Tvrdí-li stěžovatelka, že napadenými rozhodnutími došlo k „zásadnímu zásahu do její majetkové struktury“, je opět nutno existenci a míru tohoto zásahu v řízení před obecnými soudy prokázat. Samo neuhrazení té částky za zdravotní péči, kterou požadovala, resp. fakturovala stěžovatelka vedlejší účastnici, a uhrazení částky jiné (nižší), ještě bez dalšího nevypovídá o míře zásahu do majetkových práv stěžovatelky, ani o míře zásahu do práva na provozování hospodářské činnosti. Neboť není postaveno

najisto, že na částku, kterou stěžovatelka požadovala, měla právní (či dokonce ústavní) nárok.

V nálezu sp. zn. Pl. ÚS 3/2000 citovaném výše Ústavní soud ve vztahu k cenové regulaci uvedl, že „nemá-li přesáhnout meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby tato vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům eliminovala možnost alespoň jejich návratnosti“. Uvedené závěry vztáhnul Ústavní soud též na určování výše úhrad za zdravotní péči. Je-li výše úhrady za zdravotní péči stanovena soudem z důvodu absence právní úpravy, byť analogickým použitím předpisu nejbližšího (zde úhradové vyhlášky pro rok 2012), stále platí, že je možno tuto cenu stanovit též s ohledem na prokázané nutně vynaložené náklady tak, aby byla umožněna jejich návratnost v zájmu dodržení čl. 26 odst. 1 Listiny. Tuto výši nutně vynaložených nákladů musí žalobce, potažmo stěžovatel tvrdit a prokázat.

Názor stěžovatelky, že péče má být hrazena právě za tu cenu, kterou vykáže pojišťovně poskytovatel péče, není udržitelný v situaci, kdy se poskytovatel péče a pojišťovna pro daný rok na ceně plnění nedohodly a fakturovaná částka tak nevychází ani z dohody, ani z obecně závazného předpisu.

Jinak řečeno, nárok poskytovatele zdravotní péče, má-li být před obecnými soudy, resp. následně v řízení o ústavní stížnosti úspěšný, musí být z hlediska závěrů Ústavního soudu uvedených v nálezech Pl. ÚS 3/2000 a Pl. ÚS 19/13 opřen o tvrzení a prokázání těch předpokladů, na kterých Ústavní soud staví možnou protiústavnost cenové regulace. To se týká jak případů cenové regulace dané přímou aplikovatelností konkrétního právního předpisu (úhradové vyhlášky), tak aplikací analogickou při snaze určit obvyklou cenu plnění z důvodu absence cenového ujednání ohledně výše úhrad zdravotní péče.

VIII. Závěr

Závěrem lze shrnout, že obecné soudy se nedopustí protiústavního postupu, pokud při stanovení výše úhrad za zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pro rok 2012 použijí analogicky způsob výpočtu dle úhradové vyhlášky pro rok 2012. Jde o jednu z možností jak určit obvyklou cenu plnění, která se v daném segmentu služeb v příslušném roce uplatňuje. Je-li v jiných (obdobných) situacích pro tyto účely vytvořen státem nástroj, kterým je cena plnění určena (tj. úhradová vyhláška), nejeví se jako nemožné využít analogicky tento nástroj pro učení ceny i ve vztahu, které je v mnoha ohledech obdobný vztahům, pro které stát uvedený nástroj v podobě podzákonného právního předpisu zvolil, zvláště pak je-li veškerá zdravotní péče hrazena ze stejného zdroje finančních prostředků, a to z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tyto prostředky jsou účelově vázány dle čl. 31 Listiny právě na krytí nákladů zdravotní péče, tudíž legitimním cílem uvedeného postupu je snaha o spravedlivou či alespoň rozumnou distribuci (z povahy věci omezených) veřejných prostředků v oblasti zdravotnictví.

Hledat spravedlivé řešení určení ceny poskytnuté zdravotní péče v situaci, kdy se pojišťovna a poskytovatel péče na této ceně nedohodnou, přičemž jsou zároveň služby hrazeny z veřejných prostředků (zdravotního pojištění), je v prvé řadě věcí obecných soudů. Z pohledu ústavních záruk základních práv a svobod nelze konstruovat jediný možný ústavně konformní způsob určení ceny plnění. Ústavním limitem či

nepodkročitelným prahem soudní úvahy určující cenu zdravotní péče jsou však ústavní záruky plynoucí z čl. 26 odst. 1 Listiny, resp. z nálezů Ústavního soudu Pl. ÚS 3/2000 a Pl. ÚS 19/13.

Nárok na uhrazení ceny zdravotní péče příspěvkovým organizacím na základě argumentu porušení čl. 26 odst. 1 Listiny předpokládá, že v řízení před obecným soudem musí být tvrzeno a prokázáno, že výše úhrad ze strany zdravotní pojišťovny znemožňuje poskytovateli péče (při absenci jiných možných zdrojů financování) pokrytí nezbytných nákladů na tuto péči.

Nelze a priori vyloučit i jinou možnost hledání spravedlivé rovnováhy při určení ceny poskytnutého plnění, zároveň však nelze souhlasit s tím, že by řešení spočívající v analogickém použití pravidel dle přílohy č. 1, části B, bodu 2, písm. b) úhradové vyhlášky pro rok 2012, bylo při poskytování zdravotní péče zařízeními sociálních služeb principiálně nemožné, resp. bez dalšího porušující ústavně zaručená práva stěžovatelky.

S ohledem na výše uvedené Ústavní soud ústavní stížnost podle ustanovení § 82 odst. 1 zákona o Ústavním soudu zamítl, neboť napadeným rozhodnutím nedošlo k porušení ústavně zaručených práv stěžovatelky.

Poučení: Proti rozhodnutí Ústavního soudu se nelze odvolat.

V Brně dne 18. července 2017

Vladimír Sládeček
předseda senátu