**Podklady pro posouzení legality a bezpečnosti smluvního modelu integrovaného systému řízené péče.**

autor Tomáš Macháček

© Klient PRO 2018. **Důvěrné.**

## Obsah dokumentu:

[1. Úvod 4](#_Toc519135855)

[1.1 Prohlášení o obsahu a smyslu dokumentu 4](#_Toc519135856)

[1.2 Seznam relevantních právních předpisů 4](#_Toc519135857)

[1.3 Rozsah a podrobnost předkládaného modelu smluvních vztahů 5](#_Toc519135858)

[1.4 Historie modelu 5](#_Toc519135859)

[1.5 Technické poznámky k dokumentu. 5](#_Toc519135860)

[2 Popis základních rolí, které vstupují do smluvních vztahů modelu 6](#_Toc519135861)

[2.1.1 Administrátor 6](#_Toc519135862)

[2.1.2 Pojišťovna 7](#_Toc519135863)

[2.1.3 Poskytovatel zdravotních služeb 8](#_Toc519135864)

[2.1.4 Klient Plánu 8](#_Toc519135865)

[3 Vlastní model smluvních vztahů 9](#_Toc519135866)

[3.1 Základní souhrn 9](#_Toc519135867)

[3.1.1 Úroveň administrace rizikových kapitačních kontraktů 9](#_Toc519135868)

[3.1.2 Úroveň administrace Plánu 9](#_Toc519135869)

[3.1.3 Zajištění funkčního spojení obou úrovní 10](#_Toc519135870)

[3.2 Struktura smluv, kterými se realizuje skupinový rizikový kapitační kontrakt 10](#_Toc519135871)

[3.2.1 Všeobecné smluvní podmínky 10](#_Toc519135872)

[3.2.2 Smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a participujícími poskytovateli 10](#_Toc519135873)

[3.2.3 Smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a Administrátorem 12](#_Toc519135874)

[3.2.4 Smlouvy mezi Administrátorem a jednotlivými poskytovateli 12](#_Toc519135875)

[3.3 Otázka vhodnosti dvoustranných smluv mezi Administrátorem a poskytovateli při administraci skupinového rizikového kapitačního kontraktu. 12](#_Toc519135876)

[3.4 Speciální rysy smluvní konstrukce a jejich konformita s vyhláškou o rámcových smlouvách 13](#_Toc519135877)

[3.4.1 Role a osoba Administrátora 13](#_Toc519135878)

[3.4.2 Všeobecné smluvní podmínky 13](#_Toc519135879)

[3.5 Určení, zda prémie vyplácené na základě úspory kapitačního fondu, případně z P4P složky kontraktu, lze kvalifikovat jako platbu za zdravotní služby 14](#_Toc519135880)

[4 Struktura smluv, kterými se realizuje administrace Plánu 15](#_Toc519135881)

[4.1 Statut Plánu 15](#_Toc519135882)

[4.2 Smlouva mezi Administrátorem a poskytovatelem o účasti v Plánu 16](#_Toc519135883)

[4.3 Smlouva mezi Administrátorem a Pojišťovnou o účasti v Plánu 16](#_Toc519135884)

[4.4 Smlouva s klientem 16](#_Toc519135885)

[5 Základní schéma smluv 18](#_Toc519135886)

[6 Finanční toky v rámci integrovaného systému řízené péče 19](#_Toc519135887)

[6.1 Finanční toky z pohledu poskytovatelů 19](#_Toc519135888)

[6.1.1 Příjmy 19](#_Toc519135889)

[6.1.2 Výdaje 19](#_Toc519135890)

[6.2 Finanční toky z pohledu Pojišťovny 19](#_Toc519135891)

[6.2.1 Finanční toky z pohledu základního fondu zdravotního pojištění 20](#_Toc519135892)

[6.2.2 Finanční toky z pohledu provozního fondu 20](#_Toc519135893)

[6.2.3 Finanční toky z pohledu fondu prevence 20](#_Toc519135894)

[6.3 Finanční toky z pohledu Administrátora 20](#_Toc519135895)

[6.3.1 Příjmy 20](#_Toc519135896)

[6.3.2 Výdaje 20](#_Toc519135897)

[7 Zpracování osobních údajů v rámci provozování Plánu 21](#_Toc519135898)

[7.1 Struktura zpracování a správy osobních údajů u Administrátora 21](#_Toc519135899)

[7.1.1 Zpracování osobních údajů při administraci rizikových kapitačních kontraktů 21](#_Toc519135900)

[7.1.2 Zpracování osobních údajů při administraci Plánu 21](#_Toc519135901)

# Úvod

## Prohlášení o obsahu a smyslu dokumentu

Tento dokument obsahuje popis modelu smluvních vztahů, plnění a finančních toků mezi jednotlivými aktéry Plánu jako integrovaného systému řízené péče tak, aby bylo možné provést **posouzení,** **zda je předložený model realizovatelný v souladu s platnými zákony.**

**Dokument neobsahuje a nemá obsahovat žádné detaily popisu vlastního integrovaného systému řízené péče a Zdravotního plánu jako produktu.** Tyto detaily má smysl konkretizovat jen v případě, že předkládaný model bude shledán legálním[[1]](#footnote-1).

Samotné posouzení legality navrhovaného modelu smluvních vztahů znamená vyřčení závěru:

1. ***„Plán je možné bezpečně vytvořit a provozovat v souladu se současným právním řádem“***

popřípadě

1. ***„Plán není možné bezpečně vytvořit a provozovat v souladu se současným právním řádem“***

Positivní výrok je nutný pro další pokračování v přípravě projektu a v případě negativního výroku je třeba práce na projektu ukončit.

## Seznam relevantních právních předpisů

Pro posouzení legality předkládaného modelu smluvních vztahů jsou nebo mohou potenciálně být relevantní zejména tyto předpisy:

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění (dále jen „Zákon o veřejném zdravotním pojištění“);

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (dále jen „Zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách“);

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách);

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník;

Zákon č. 134/2016 Sb., o zadávání veřejných zakázek;

NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) – (dále jen „GDPR“);

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci;

Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy;

Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (dále jen „seznam zdravotních výkonů“);

Cenový předpis MZ CR, kterým se upravují ceny zdravotních služeb (1/2016/DZP).

## Rozsah a podrobnost předkládaného modelu smluvních vztahů

Tento text popisuje obecný model smluvních vztahů použitých při návrhu ***Zdravotního plánu*** (dále jen Plán) jako produktu ***integrovaného systému řízené péče***. Neobsahuje detailní a úplné popisy obsahu smluv a jejich znění, ty musí být dodány v případě dalšího postupu projektu. Protože tedy nejsou předmětem posouzení legality a bezpečnosti použité právní konstrukce konkrétní znění jednotlivých smluv předpokládaných obecným modelem, případné potvrzení legality je možné jen za podmínky, že jednotlivé, následně připravené texty smluv předpokládaných modelem, ve své definitivní podobě budou konformní se všemi relevantními zákonnými úpravami, jejichž seznam je uveden výše. Toto musí však být zajištěno následně.

## Historie modelu

Předkládaný model smluvních vztahů, který je produktem vývoje společnosti Klient PRO, byl již několikrát implementován, prošel tedy praktickým testem proveditelnosti a legality, protože podle něj byly uzavírány a konzumovány smlouvy mnoha soukromými subjekty, které se ve své době podílely na provozování systémů řízené péče v ČR a na Slovensku. Model a všechny jednotlivé smlouvy, které ho tvoří, byly již několikrát posuzovány a všechna případná sporná ustanovení musela být a byla vypořádána ke spokojenosti zúčastněných smluvních stran, jinak by smlouvy nebyly stranami uzavřeny a konzumovány.

Předkládaný model smluvních vztahů je v základu stejný již od doby prvního reálně existujícího systému řízené péče v České republice (implementován v r. 1998 Českou Národní zdravotní pojišťovnou a Nemocnicí Na Homolce) a s drobnými aktualizacemi byl použit i ve všech dalších implementacích, tedy v případě Zdravotního plánu řízené péče provozovaného Oborovou zdravotní pojišťovnou v letech 1998 – 2002, Zdravotního Plánu MEDIPARTNER® provozovaného Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou v letech 2003 až 2011 a Zdravotních Plánů MEDIPARTNER® provozovaných na Slovensku zdravotní pojišťovnou Dovera v letech 2012 až 2017. Struktura realizující skupinový rizikový kapitační kontrakt, která je zde předkládána, byla použita rovněž Oborovou zdravotní pojišťovnou pro administraci kontraktu se skupinou praktických lékařů v letech 2008 – 2010.

V průběhu uvedených let byla smluvní struktura podrobena opakovaně kontrolám ze strany regulátora (MZ ČR a NKÚ) a nebyla shledána právně vadnou. Nikdy také nebyla nikým napadena jako odporující právu.

## Technické poznámky k dokumentu.

Text dokumentu obsahuje termíny, jejich význam je přesně definován v rámci Slovníku Sémantického modelu projektu. Tyto termíny jsou v textu zvýrazněny ***tučně a kurzivou.*** Vzhledem k tomu, že Sémantický model není aktuálně k dispozici, proto pro definice těchto pojmů lze čtenáře odkázat pouze na již dodané texty.

# Popis základních rolí, které vstupují do smluvních vztahů modelu

***Systém řízené péče*** a v něm ***Zdravotní plán*** jako produkt tohoto systému pro jeho klienty (dále **Plán[[2]](#footnote-2)**) je navržen jako organizační forma, vytvořená soustavou vzájemně korespondujících smluv, kterou sdílejí zdravotní pojišťovna (dále Pojišťovna), vybraní poskytovatelé (***síť poskytovatelů Plánu,*** také zkráceně ***síť Plánu***) a pojištěnci veřejného zdravotního pojištění, kteří si Plán zvolí a stanou se jeho klienty, spolu s Administrátorem, který reprezentuje Plán jako produkt.

Strukturu Plánu tedy tvoří tyto role:

1. Administrátor
2. Pojišťovna
3. Poskytovatel zdravotních služeb
4. Klienti Plánu

Administrátor je třetí stranou odlišnou jak od zdravotní pojišťovny, tak od poskytovatelů.

Síť zdravotnických zařízení Plánu musí být součástí smluvní sítě Pojišťovny, přičemž účast v Plánu, resp. v tzv. rizikovém kapitačním kontraktu (viz dále) je novou smluvní kvalitou smlouvy o poskytování a úhradě, která je sjednána v rámci existující smlouvy dodatkem, který platí po dobu účasti poskytovatele v Plánu.

Role jednotlivých účastníků, rozložení jejich zodpovědnosti a prospěchu v rámci Plánu vytváří silné sdílení zájmu na kontrole nákladů i na efektivním a kvalitním poskytování zdravotní péče na principu vzájemné výhodnosti. Dále jsou jednotlivé role popsány podrobněji.

### Administrátor

Administrátor představuje administrativní centrum Plánu. Je osobou, která na sebe váže všechny tzv. administrační funkce, které jsou jádrem Zdravotního Plánu jako produktu ***moderního zdravotního pojištění.*** Váže tedy na sebeadministrativní náklady spojené s provozováním ***systému řízené zdravotní péče*** včetně administrace ***rizikových kapitačních kontraktů*** a ***Zdravotního plánu*** jako produktu, a jmenovitě též náklady financování ***motivačního programu*** Plánu.

Návrh Plánu v současné chvíli předpokládá, že osoba Administrátora bude mít not-for profitní status a bude ovládána skupinou Poskytovatelů a Pojišťovnou s tím, že jejich vliv v orgánech osoby Administrátora je dán jejich podílem na financování administrativních nákladů Plánu a motivačním programu, resp. jejich podílem na financování celkového finančního rámce vytvoření a provozování systému řízené péče včetně investice do vytvoření Plánu a případné akvizice ***kmene klientů Plánu.***

Role administrátora se sestává ze dvou právně oddělitelných a oddělených rolí, jež jsou však funkčně integrovány v jedné osobě administrátora:

#### Administrátor rizikového kapitačního kontraktu

Jedná se o roli, která je delegována mandátem od Pojišťovny[[3]](#footnote-3), a spočívá v administraci rizikových kapitačních kontraktů, které budou uzavírány s jednotlivými poskytovateli ***sítě Plánu***. Tato role je právně součástí role Pojišťovny, tedy právního titulu k provozování veřejného zdravotního pojištění.

Role administrátora rizikového kapitačního kontraktu zahrnuje zejména tyto zodpovědnosti:

Vedení ***finančních účtů*** virtuálních ***fondů rizikového kapitačního kontraktu*** včetně vyčíslování příslušných položek účtů

Provádění uzávěrek ***sledovaných období*** a vyčíslení vzájemných finančních závazků Pojišťovny a jednotlivých zúčastněných poskytovatelů

Vedení skupin poskytovatelů, zejména zajišťování provozních schůzek poskytovatelů

Poskytování informační a datové podpory poskytovatelům

Sledování a vyhodnocování výkonnostních kritérií v rámci P4P složky rizikového kapitačního kontraktu

#### Administrátor Zdravotního plánu

Jde o roli, která zahrnuje všechny administrační funkce nutné k provozování **systému řízené péče** a ***Plánu.*** Tedy zejména ty, jež nepatří do regulatorního rámce veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb. Její umístění na třetí stranu (osobu Administrátora) právně umožňuje vytvoření **systému řízené péče** a Plánu uvnitř právního rámce ČR a umožňuje i jeho reálné ekonomické a organizační fungování, které by jinak bylo nemožné díky právním a ekonomickým limitům, které se staví do cesty v případě, kdyby tuto roli měla vykonávat Pojišťovna nebo jeden z Poskytovatelů. Je to tedy Administrátor, kdo reprezentuje Plán ve vztahu k jeho klientům a přijímá na sebe závazky plynoucí ze vztahu s klientem.

Role administrátora Plánu zahrnuje všechny procesy[[4]](#footnote-4) spadající do agend administrace Plánu, zejména:

Agendy členství v Plánu

Objednávkový systém

Zdravotní peněženka

Motivační program

* + Vedení bodových účtů motivačního programu
  + Zajištění a distribuce benefitů motivačního programu
* Asistenční a informační služba

### Pojišťovna

Role Pojišťovny v systému řízené péče je obecně rolí ***plátce*** uvnitř právního titulu k provozování veřejného zdravotního pojištění. Její zodpovědnosti v rámci systému řízené péče vybočují z aktuálního standardu role pojišťovny uvnitř veřejného zdravotního pojištění v požadavcích na schopnost:

procesně přesně administrovat standardní smlouvy s poskytovateli

administrovat i nestandardní kontrakty (např. alternativní kontrakt s praktickými lékaři)

přesné a včasné likvidace pohledávek poskytovatelů

schopnost přesně a včas vyčíslovat skutečné náklady na jednotlivé pojištěnce

datově komunikovat s administrátorem na definovaném rozhraní v rámci administrace rizikového kapitačního kontraktu

Pojišťovna má v Plánu zodpovědnost podílet se, spolu s poskytovateli sítě Plánu, na financování administrativních nákladů **systému řízené péče,** její podíl má být ve srovnání s poskytovateli minoritní.

### Poskytovatel zdravotních služeb

Role poskytovatele zdravotních služeb v systému řízené péče je obecně rolí ***poskytovatele*** uvnitř právního titulu k poskytování zdravotních služeb a uvnitř veřejného zdravotního pojištění (role smluvního poskytovatele). Jeho zodpovědnosti v rámci systému řízené péče vybočují a budou postupně výrazněji vybočovat z běžného standardu role poskytovatele uvnitř veřejného zdravotního pojištění zejména v požadavcích na:

Kvalitu a uživatelský komfort poskytovaných zdravotních služeb, zejména robustní zajištění objednávkového systému

Prokazování výsledků poskytovaných zdravotních služeb na úrovni populace

Klinický management chronických chorob a účast v klinických protokolech zajišťujících koordinaci a návaznost péče

Poskytovatelé sítě Plánu nesou v systému řízené zdravotní péče, spolu se zdravotní pojišťovnou, zodpovědnost za bilanci kapitačního fondu, a za plnění výkonnostních kritérií daných P4P složkou rizikového kapitačního kontraktu.

Poskytovatelé sítě plánu se majoritně podílejí na financování nákladů administrace systému řízené péče včetně financování motivačního programu Plánu.

Poskytovatelé sítě Plánu se rovněž aktivně účastní **akvizice kmene Plánu** a participují prakticky na všech agendách administrace Plánu, zpravidla i v roli poskytovatele služeb motivačního programu.

### Klient Plánu

Pojištěnec veřejného zdravotního pojištění se stává účastníkem (členem) Plánu na základě smlouvy s Administrátorem. Aby jeho členství bylo aktivní (tj. mohl Plán konzumovat) a zároveň bezplatné, bude muset splňovat dvě podmínky[[5]](#footnote-5):

Být registrován u ***Pojišťovny***

Být registrován u některého z ***registrujících poskytovatelů Plánu***

Klient Plánu využívá Plán v souladu s ***Pravidly účasti v Plánu***, které vyhlašuje Administrátor.

Plán bude zřejmě vytvářet dvě úrovně produktu, přičemž vyšší úroveň bude dostupná za předplatné.

# Vlastní model smluvních vztahů

## Základní souhrn

Smluvní struktura ***Plánu*** je navržena jako soustava smluv mezi participujícími subjekty, která vymezuje plán jako organizační formu, kterou tyto subjekty sdílí, a jež jim umožňuje

* převzít role, které jim přísluší
* nést zodpovědnosti, které z rolí vyplývají
* dosahovat prospěchu, který jim účast v ***Plánu*** skýtá.

Smluvní strukturu lze rozčlenit na dvě hlavní úrovně:

### Úroveň administrace rizikových kapitačních kontraktů[[6]](#footnote-6)

Pro provozování Plánu je nutné konstruovat speciální „smlouvy o poskytování a úhradě“, kterými se realizují rizikové kapitační kontrakty s P4P (pay for performance) složkou[[7]](#footnote-7), které tvoří základní ekonomický rámec systémů řízené péče. Jde o smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a všemi Poskytovateli ***sítě Plánu***, které podléhají příslušným regulacím Zákona 48/1997Sb. v platném znění a na něj navazujících vyhlášek tak, aby plnění ze strany zdravotní pojišťovny bylo možné realizovat jako úhradu poskytnutých zdravotních služeb proti základnímu fondu zdravotní pojišťovny.

Smlouvy jsou dohadovány odchylně od tzv. „úhradové vyhlášky“ v souladu s čl. 17, odst. 5. Zákona.

Smlouvy jsou konstruovány zásadně jako dvoustranné („pojišťovna – poskytovatel“) a formálně jsou pojaty jako smluvní dodatky k existujícím smlouvám o poskytování a úhradě. Pokud na rizikovém kapitačním kontraktu participuje více poskytovatelů (a jedná se o skupinový rizikový kapitační kontrakt), což je pravidlem, pak integritu celé struktury skupinového kontraktu zajišťuje centrální smluvní text, sdílený a závazný pro všechny participující subjekty, nazývaný „Všeobecné smluvní podmínky“ (podrobnosti viz dále), který je nedílnou součástí každého příslušného dodatku. Všeobecné smluvní podmínky vydává zdravotní pojišťovna a participující poskytovatelé k němu přistupují. Všeobecné smluvní podmínky jsou (mohou být) specifické pro každý administrovaný typ skupinového rizikového kapitačního kontraktu v Plánu (např. kontrakt typu SNLP, kontrakt s ambulantním mikro-systémem apod.) Ve všeobecných smluvních podmínkách je vždy definována role Administrátora (v tomto případě jde o roli administrátora rizikového kapitačního kontraktu) a je zde určena osoba Administrátora.

### Úroveň administrace Plánu

Vlastní administraci Plánu zajišťuje soustava dvoustranných smluv, které nemají povahu „smluv o poskytování a úhradě“, nepodléhají regulacím Zákona 48/1997 Sb. a plnění ze strany zdravotní pojišťovny nelze realizovat proti Základnímu fondu zdravotní pojišťovny, nýbrž proti Provoznímu fondu resp. Fondu prevence. Integritu smluvní konstrukce zajišťuje centrální smluvní text (reglement) sdílený a závazný pro všechny participující subjekty, nazývaný „Statut Plánu“ (dále Statut) – viz podrobněji dále.

### Zajištění funkčního spojení obou úrovní

Obě výše obecně popsané úrovně jsou pro provozování Plánu nezbytné a je tedy nutné zajistit, aby byly obě platné současně. Přitom je důležité zdůraznit, že první úroveň lze realizovat samostatně i bez existence Plánu.

Funkční spojení obou úrovní proto zajišťuje Statut Plánu, který podmiňuje účast poskytovatelů v Plánu (účinnost příslušných smluv) jejich participací na rizikových kapitačních kontraktech. V případě klíčových poskytovatelů je tímto způsobem podmíněna sama existence Plánu.

## Struktura smluv, kterými se realizuje skupinový rizikový kapitační kontrakt

V Plánu bude existovat pravděpodobně několik (např. 2-4) skupinových rizikových kapitačních kontraktů, tedy skupin poskytovatelů, kteří společně sdílejí zodpovědnost za bilanci kapitačního fondu kontraktu. Pro každou z nich je nutné vytvořit a udržovat následující smluvní strukturu.

### Všeobecné smluvní podmínky

Text všeobecných smluvních podmínek je přílohou a nedílnou součástí všech dvoustranných smluv, kterými se rizikový kapitační kontrakt realizuje.

Všeobecné smluvní podmínky obsahují:

Potřebné definice použitých pojmů a smluvních institutů, včetně Administrátora

Určení Administrátora

Všechny metodické aspekty a parametry kontraktu

Všechny procedurální aspekty administrace kontraktu

Podmínky, za kterých mohou poskytovatelé přistoupit ke kontraktu

Pokud je rizikový kapitační kontrakt součástí **Plánu**, pak Všeobecné smluvní podmínky obsahují tuto deklaraci – odkaz na existenci Plánu jako na kontext, v kterém je rizikový kapitační kontrakt administrován.

### Smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a participujícími poskytovateli

#### Základní úroveň

Základní úrovní vztahu mezi pojišťovnou a všemi zdravotnickými zařízeními Plánu je standardní smlouva o poskytování a úhradě zdravotní péče nebo, v případě vybraných praktiků, připravovaný alternativní kontrakt[[8]](#footnote-8). Jinými slovy, tzv. síť Plánu je konstruována jako podmnožina existující smluvní sítě zdravotní pojišťovny. V případě, že Plán bude potřebovat rozšířit kapacity existující smluvní sítě o další ordinace, bude nezbytné vypsat výběrové řízení v souladu s platnou právní úpravou.

#### Dodatek, kterým se sjednává účast poskytovatele na skupinovém rizikovém kapitačním kontraktu

Dodatek zajišťuje poskytovateli, kromě samotné účasti na sdílení zodpovědnosti za udržení žádoucí bilance ***kapitačního fondu******rizikového kapitačního kontraktu*** především nárůst objemu úhrady v závislosti na nárůstu objemu poskytované péče, pokud toto není rys již základního kontraktu. Nárůst je předpokládán z důvodů, které jsou pro různé typy poskytovatelů a kontext různé:

* nárůstu kmene pojištěnců Pojišťovny v ***oblasti působnosti Plánu***
* postupné směrování poptávky na úkor jiných poskytovatelů mimo Plán.
* rozšiřování produkce podle požadavků Plánu

Pokud základní smlouva obsahuje regulace objemu poskytnuté péče, dodatek tyto regulace ruší.

Dodatek je navržen tak, aby umožňoval návrat k standardní smlouvě v případě

* zrušení rizikového kapitačního kontraktu resp. Plánu
* výpovědi účasti v plánu jak ze strany poskytovatele, tak Pojišťovny.

Dodatek lze tedy vypovědět a jeho platnost ukončit, aniž by byla vypovězena základní smlouva[[9]](#footnote-9).

Dodatek, podle typu poskytovatele a kontraktu, lze vypovědět buď po skončení jednoho ***sledovaného období rizikového kapitačního kontraktu***,(12 měsíců), nebo až po ukončení sjednané doby kontraktu (obvykle 36 měsíců i více měsíců).

Dodatek odkazuje na „Všeobecné smluvní podmínky“ a jeho účinnost je tedy podmíněna smlouvou s Administrátorem (podmínka přistoupení ke kontraktu).

Dodatek může měnit dohodu o ceně (např. navyšuje kapitaci). Okolnosti výplaty cenových prémií a srážek v závislosti na bilanci ***kapitačního fondu*** a plnění P4P ukazatelů řeší Všeobecné smluvní podmínky.

Je dobré zdůraznit, že tento dodatek, dohromady se základní smlouvou o poskytování a úhradě, musí obsahovat všechny náležitosti uvedené příslušné „rámcové smlouvě“, jež jsou dány příslušnou vyhláškou MZ ČR, a zároveň, žádné ustanovení dodatku nesmí být v rozporu s ustanoveními rámcových smluv. Dále v textu jsou proto zvlášť diskutovány dvě „speciality“ smluvního modelu, a to

1) Všeobecné smluvní podmínky

2) Zakotvení role Administrátora (rizikového kapitačního kontraktu).

### Smlouva mezi zdravotní pojišťovnou a Administrátorem

Tato smlouva má povahu mandátní smlouvy. Role Administrátora rizikového kapitačního kontraktu je plně uvnitř regulatorního rámce veřejného zdravotního pojištění a administrátor tu na základě mandátu od pojišťovny jedná ve věcech administrace rizikového kapitačního kontraktu v rozsahu vymezeném touto smlouvou a Všeobecnými smluvními podmínkami. V tomto rozsahu je rovněž zpracovatelem osobních údajů předávaných mu pojišťovnou ve smyslu zákona na ochranu osobních údajů. Plnění ze strany Pojišťovny jde proti Provoznímu fondu.

### Smlouvy mezi Administrátorem a jednotlivými poskytovateli

Mezi každým jednotlivým poskytovatelem participujícím na skupinovém rizikovém kapitačním kontraktu a Administrátorem model předpokládá dvoustrannou smlouvu, jejíž nedílnou součástí jsou Všeobecné smluvní podmínky. Role Administrátora a jeho vztah k jednotlivým poskytovatelům při administraci rizikového kapitačního kontraktu je plně definován právě Všeobecnými smluvními podmínkami.

Na základě této smlouvy Administrátor za úplatu poskytuje poskytovateli služby administrace kontraktu, tj. zejména vedení finančního účtu kapitačního a vyrovnávacího fondu, správu zádržného, komunikaci s ostatními poskytovateli včetně pravidelných měsíčních schůzek, a zejména informační a datovou (analytickou) podporu prostřednictvím svého informačního systému. Prostřednictvím této smlouvy se pak poskytovatel podílí na úhradě nákladů spojených s administrací rizikových kapitačních kontraktů.

Z praktických důvodů je tato smlouva zpravidla integrována se smlouvou o účasti v Plánu (viz dále).

## Otázka vhodnosti dvoustranných smluv mezi Administrátorem a poskytovateli při administraci skupinového rizikového kapitačního kontraktu.

Principem skupinového rizikového kapitačního kontraktu je sdílení finančního rizika více poskytovateli. Finanční riziko je dáno finanční odpovědností za bilanci ***kapitačního fondu*** kontraktu. Jsou to Všeobecné smluvní podmínky, které definují, jakým podílem a v jaké výši každý z participujících poskytovatelů ručí za vyrovnanou bilanci kapitačního fondu kontraktu v případě deficitu a stejně tak, jakým podílem a v jaké výši má prospěch z úspory fondu. Toto však neznamená sdílení smluvní (právní) odpovědnosti, neboť sdílení finančního rizika není konstruováno jako společný smluvní závazek či společné ručení za smluvní závazky: smluvní závazky jsou definované „v každém okamžiku“ administrace rizikového kapitačního kontraktu jako striktně individuální. **Proto není třeba pro sdílení finančního rizika vytvářet vícestranné smlouvy.**

Konstrukce dvoustranných smluv se sdílenými Všeobecnými smluvními podmínkami se osvědčila jako vysoce praktická proto, že je ve většině případů nutné zajistit průběžné přistupování a odstupování jednotlivých poskytovatelů od kontraktu **v průběhu jeho administrace, přičemž doba administrace rizikového kapitačního kontraktu smlouvy může být neurčitá, resp. několik let.** Platí, že jednotliví poskytovatelé participují na skupinovém rizikovém kapitačním kontraktu vždy alespoň po jedno tzv. **sledované období**, a pokud od kontraktu odstoupí, jsou vždy vypořádány všechny dvoustranné smluvní závazky, tj. mezi tímto odstupujícím poskytovatelem a pojišťovnou a mezi odstupujícím poskytovatelem a Administrátorem, a **vlastní skupinový rizikový kontrakt trvá dál.**

## Speciální rysy smluvní konstrukce a jejich konformita s vyhláškou o rámcových smlouvách

Smluvní konstrukce, kterou jsou vytvořeny podmínky pro administraci skupinového rizikového kapitačního kontraktu, obsahuje několik „specialit“, které je dobré podrobit zvláštnímu zkoumání zejména ve vztahu k tzv. „vyhlášce o rámcových smlouvách“. Jsou to

1. Role a osoba Administrátora (rizikového kapitačního kontraktu) jako třetí strana
2. Všeobecné smluvní podmínky

### Role a osoba Administrátora

Administrátor rizikového kapitačního kontraktu je jako role definován a jako osoba konkrétně určen ve Všeobecných smluvních podmínkách. Jde o třetí stranu, odlišnou od zdravotní pojišťovny, která však administruje rizikový kapitační kontrakt na základě mandátu pojišťovny (viz výše), tedy jejím jménem a na její účet. Jde o standardní vztah daný mandátní smlouvou, který je nepochybně legální. Vzhledem k tomu, že rámcová smlouva nikde nehovoří o tom, že by pojišťovna na administrativní činnosti spojené s administrací kontraktů nemohla využívat třetí strany na základě mandátní smlouvy, **toto uspořádání není v rozporu se zněním rámcových smluv.**

### Všeobecné smluvní podmínky

Všeobecné mluvní podmínky jsou technickým dokumentem, který v sobě koncentruje definice (pojmů, rolí, metodik apod.) a procedurální pravidla, mimo jiné např. jak (a z jakých dat) vést virtuální finanční účty ***kapitačního a vyrovnávacího fondu*** rizikového kapitačního kontraktu, jak dojít k vyčíslení vzájemného finančního plnění, jak aktualizovat metodiky atd. Rizikový kapitační kontrakt je metodicky poměrně náročný a metodické, procesní a procedurální detaily nelze „nechat na vodě“. **Ve smlouvě být musí (!).** Rámcové smlouvy např. určují, že součástí smlouvy musí být metodika vykazování a předávání dokladů, její konkrétní podobu pak nechává na smluvních stranách. Všeobecné smluvní podmínky jsou podobného charakteru. To, že detaily administrace rizikového kapitačního kontraktu, které Všeobecné smluvní podmínky obsahují, rámcová smlouva nepředjímá ani neupravuje, prostě nemůže znamenat, že je strany nemohou sjednat: v opačném případě by nebylo vůbec možné kontrakt tohoto typu, na kterém se strany dohodnou, administrovat s dostatečnou smluvní jistotou pro obě strany.

*Precedens: OZP v letech 2008 – 2010 skupinový rizikový kapitační kontrakt vyvinutý Klient PRO provozovala, a to se skupinou několika desítek praktických lékařů v Praze. V těchto smlouvách se samozřejmě vyskytovat Administrátor jako třetí strana a zároveň byly postaveny na Všeobecných smluvních podmínkách. V té době platily Rámcové smlouvy ve stejném znění, jako platí dnes, a smlouvy byly uzavírány odchylně od tzv. úhradové vyhlášky podobně, jak je navrhováno. V té době OZP na této konstrukci nenalezla nic právně závadného. I když od té doby byly smlouvy několikrát aktualizovány, podstata, zejména v tom, že šlo o dvoustranné smlouvy, spojené Všeobecnými smluvními podmínkami, a že kontrakt administruje třetí strana, zůstala identická.*

## Určení, zda prémie vyplácené na základě úspory kapitačního fondu, případně z P4P složky kontraktu, lze kvalifikovat jako platbu za zdravotní služby

Vzhledem k tomu, že zákon vymezuje, co může být výdajem zaměstnanecké pojišťovny (§ 13 zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách), a rovněž, k čemu lze užít základní fond zdravotního pojištění ((§ 17 téhož zákona), je třeba určit, zda finanční plnění zdravotní pojišťovny, jež nastupuje v případě úspory evidované v kapitačním fondu rizikového kapitačního kontraktu, a také bonifikace za dosažení kritérií P4P složky kontraktu, lze kvalifikovat jako úhradu poskytnutých zdravotních služeb.

Výplata P4P bonifikací a stejně i výplata podílu na úspoře kapitačního fondu jsou smlouvami deklarovány jako **cenová prémie, tedy navýšení ceny, rozuměj úhrady, za poskytnuté zdravotní služby při splnění smluvně definovaných podmínek.** Tyto podmínky lze obecně vztáhnout k atributům poskytnutých zdravotních služeb (kvalita a efektivita). Meritum věci tedy spočívá v tom, zda výsledná cena odpovídá **dobrým mravům,** protože pokud není kontrakt postaven na úhradové vyhlášce, nevztahuje se na výši úhrady **žádná cenová regulace** (viz příslušný cenový předpis MZ ČR, kterým se upravují ceny zdravotních služeb). Ostatně, v případě deficitu kapitačního fondu dochází ke snížení ceny, což je ekvivalentní jakékoli tzv. regulační srážce[[10]](#footnote-10).

*Precedens: OZP v letech 2008 – 2010 skupinový rizikový kapitační kontrakt vyvinutý Klient PRO provozovala, a to se skupinou několika desítek praktických lékařů v Praze. V těchto smlouvách použila stejný princip cenových prémií případně sankcí, a odvolávala se při tom na stejná ustanovení zákona 48/1997 Sb.*

# Struktura smluv, kterými se realizuje administrace Plánu

Integrovaný systém řízené péče, který nabízí Plán jako produkt, je konstruován jako organizační forma daná soustavou dvoustranných smluv. Integritu celé smluvní konstrukce zajišťuje centrální smluvní text (reglement) sdílený a závazný pro všechny participující subjekty, nazývaný „Statut Plánu“ (dále Statut).

Mezi Zdravotní pojišťovnou a poskytovateli sítě Plánu není potřeba žádná dvoustranná smlouva, která by specificky upravovala vztahy mezi nimi v rámci administrace Plánu.

## Statut Plánu

Statut mimo jiné slouží k definici Plánu a základnímu vymezení rolí (role Administrátora Plánu, role Zdravotní pojišťovny, role sítě poskytovatelů a jednotlivých participujících poskytovatelů) a samozřejmě i zodpovědnosti participujících subjektů z těchto rolí vyplývajících.

Statut Plánu vydává Administrátor Plánu a ostatní participující subjekty k němu přistupují. Statut je nedílnou součástí každé ze smluv. Ve Statutu je určena osoba Administrátora totožného s Administrátorem rizikových kapitačních kontraktů.

Statut poskytuje definice a popisy rolí.

Statutem se do struktury plánu zavádí zejména[[11]](#footnote-11) :

* orgány plánu (dozorčí rada a odborná komise zdravotníků Plánu)
* Instituty Plánu:
  + síť Poskytovatelů Plánu
  + objednávkový systém Plánu
  + asistenční a informační služba Plánu
  + Bodový účet Klienta
  + Zdravotní peněženka
  + Motivační program
    - Program zdraví
    - Programy na zvládání zdravotních rizik a chronických chorob

řídící programy Plánu

* + program kontroly užití zdravotní péče
  + program zajištění kvality zdravotní péče
* informační systém řízení Plánu
* práva a povinnosti klienta Plánu
* informační systém řízení Plánu

## Smlouva mezi Administrátorem a poskytovatelem o účasti v Plánu

Role poskytovatelů a jejich účast v řídících orgánech Plánu je dána Statutem.

Smlouva ustavuje zejména povinnosti poskytovatele při administraci Plánu a také odměnu Administrátora, která je zdrojem na úhradu nákladů administrace Plánu a financování motivačního programu.

Mezi obecné závazky poskytovatelů patří např:

* Participovat na objednávkovém systému,
* Respektovat řídící program Plánu
* Poskytovat definované údaje potřebné k administraci

## Smlouva mezi Administrátorem a Pojišťovnou o účasti v Plánu

Role pojišťovny a její účast v řídících orgánech Plánu je dána Statutem. Smlouva ustavuje zejména odměnu Administrátora, která je zdrojem na úhradu nákladů administrace Plánu a financování motivačního programu.

Mezi obecné závazky pojišťovny patří zejména poskytovat definované osobní údaje potřebné k administraci Plánu na základě zmocnění klienta Plánu – pojištěnce pojišťovny, který má na tyto údaje zákonný nárok.

## Smlouva s klientem

Mezi klientem plánu a Administrátorem existuje smlouva o účasti v plánu, která má tyto meritorní součásti:

1. Pravidla pro účast klienta v Plánu
2. Souhlas se zpracováním osobních údajů
3. Zmocnění pro Administrátora k požadování dat od Pojišťovny a Poskytovatelů
4. Ustanovení týkající se předplatného

Pravidla definují procedurálně všechny aspekty konzumování Plánu jeho klientem a tím konkretizují podmínky, za kterých má klient nárok na benefity poskytované Plánem (benefity motivačního programu, objednávkový systém atd.). Pravidla vydává Administrátor Plánu v souladu se Statutem.

Souhlas se zpracováním osobních údajů musí být strukturován a osobní údaje klientů spravovány v souladu s GDPR.

Smlouvou uděluje klient Administrátorovi zmocnění k požadování dat nezbytných pro administraci jednotlivých agend Plánu jak od Pojišťovny, tak od Poskytovatelů jménem klienta. Jedná se o data, která mají povahu (citlivých) osobních údajů a na která má klient zákonný nárok z titulu jeho role pojištěnce veřejného zdravotního pojištění resp. pacienta.

V případě, že si klient zvolí vyšší úroveň Plánu jako produktu, která je dostupná výhradně za předplatné, nebo nesplňuje podmínky k tomu, aby mohl čerpat Plán v základní úrovni bezplatně, je povinen platit předplatné.

# Základní schéma smluv

Červeně jsou vyznačeny texty, jejichž přílohou je Statut Plánu (výjimkou je smlouva s klientem)

Zeleně jsou vyznačeny smlouvy, jejichž přílohou jsou Všeobecné smluvní podmínky

Pojišťovna

Smlouva administrátora s pojišťovnou

Administrátor

Administrátor riz. kap. kontraktu

Dodatek o účasti na rizikovém kapitačním kontraktu

Administrátor Plánu

Smlouva Administrátora s poskytovatelem

Smlouva s klientem Plánu

Poskytovatel

Klient Plánu

Rizikový kapitační kontrakt

# Finanční toky v rámci integrovaného systému řízené péče

Všechny podstatné finanční toky nutné k provozování integrovaného systému řízené péče, které již byly zmíněny v rámci popis modelu smluvní struktury, jsou zde rekapitulovány.

## Finanční toky z pohledu poskytovatelů

### Příjmy

#### Úroveň rizikových kapitačních kontraktů

Na této úrovni se realizuje naprostá většina výnosů (příjmů) poskytovatelů, které jsou součástí obchodního případu jejich účasti v systému řízené péče (dále jen obchodní případ). Jsou to:

1. Cenová prémie (navýšení úhrady) v případě přebytkové bilance kapitačního fondu kontraktu
2. Cenová prémie (navýšení úhrady) v případě splnění výkonnostních kritérií P4P složky kontraktu
3. Příjmy z navýšení produkce nad kmenem Plánu díky směrování poptávky

#### Úroveň administrace Plánu

Na této úrovni jsou jediným výnosem (příjmem) poskytovatelů, který je součástí jejich obchodního případu, platby od Administrátora resp. klientů plánu za poskytování benefitů motivačního programu. Jedná se o výnosy z poskytování zdravotních služeb mimo veřejné zdravotní pojištění

### Výdaje

Výdaje poskytovatelů v systému řízené péče tvoří:

1. Platby Administrátorovi za poskytované administrační služby, a to jak na úrovni administrace rizikového kapitačního kontraktu, tak na úrovni administrace Plánu
2. Příspěvky na financování motivačního programu (ty mohou být formálně deklarovány rovněž jako platby Administrátorovi za služby, záleží na zvolené implementaci)
3. Případné pohledávky Pojišťovny v případě deficitu bilance kapitačního fondu kontraktu

Kromě těchto výdajů, které se realizují v rámci předkládaného modelu smluvních vztah, nesou poskytovatelé i další (nezanedbatelné!) vnitřní výdaje spojené s nároky, které na ně klade jejich role v Plánu, které nejsou viditelné ve finančních tocích spojených s předkládaným modelem smluvních vztahů, **avšak vstupují do jejich obchodního případu.**

## Finanční toky z pohledu Pojišťovny

Finanční toky z pohledu Pojišťovny i obchodní případ její účasti v Plánu jsou pochopitelně komplikovanější díky fondovému hospodaření Pojišťovny. Zásadním přínosem integrovaného systému řízené péče, který se realizuje předkládaným modelem smluvních vztahů, je pro Pojišťovnu skutečnost, že Plán zavazuje zúčastněné poskytovatele k nákladům, které by jinak musela Pojišťovna nést ze svého provozního fondu, pokud by chtěla Plán provozovat bez integrovaného systému řízené péče. Objem nákladů spojených s agendami administrace Plánu a financováním motivačního programu přitom přesahuje finanční možnosti provozního fondu Pojišťovny nad kmenem Plánu, takže provozování Plánu je bez systému řízené péče pro Pojišťovnu de facto nerealizovatelné.

### Finanční toky z pohledu základního fondu zdravotního pojištění

Finanční toky nad kmenem Plánu jsou z pohledu základního fondu zdravotního pojištění standardní a nijak se neliší od zbytku pojišťovny. Příjmy jsou dána jako příjmy z přerozdělení a výdaj pak výdaji za kmenem Plánu spotřebované a uhrazené zdravotní služby. Celý obchodní případ pojišťovny je založen na předpokladu, že bilance základního fondu zdravotního pojištění nad kmenem Plánu bude přebytková, a to i přes navýšení úhrady poskytovatelům sítě Plánu.

### Finanční toky z pohledu provozního fondu

Provozování Plánu zatěžuje provozní fond specifickými výdaji v podobě plateb administrátorovi za poskytnuté služby. Dodatečné vnitřní náklady spojené s provozováním Plánu, které nejsou viditelné z finančních toků předkládaného modelu smluvních vztahů, jsou zanedbatelné, neboť náklady na nutná zlepšení vnitřních procesů pojišťovny, nutných pro provozování Plánu, nejsou pro Plán až na výjimky specifické.

Do obchodního případu Pojišťovny je ale nutné započítat i případné náklady spojené s implementací systému, bude-li na nich participovat, a náklady spojené s případnou akvizicí kmene.

Jako výnos lze uvažovat výnos z úspor z rozsahu daných navýšením velikosti kmene Pojišťovny o kmen Plánu.

### Finanční toky z pohledu fondu prevence

Ačkoli lze očekávat zvýšené nároky na fond prevence zejména v prvním přechodném období Administrace Plánu, celkově by fond prevence neměl být zatěžován kmenem Plánu, v porovnání s ostatním kmenem Pojišťovny, významně více.

## Finanční toky z pohledu Administrátora

Administrátor, jak již bylo uvedeno, je uvažován jako not- for- profit servisní organizace ovládaná společně Poskytovateli a Pojišťovnou, tedy de facto nákladové centrum administrace integrovaného systému řízené péče.

### Příjmy

Veškeré příjmy Administrátora pocházejí transparentně z finančních plnění vyplývajících ze smluv předkládaného modelu smluvních vztahů. Jsou to:

1. Příjmy za administraci rizikových kapitačních kontraktů od Pojišťovny a Poskytovatelů
2. Příjmy za administraci Plánu od Pojišťovny a Poskytovatelů
3. Předplatné od klientů Plánu

### Výdaje

Veškeré výdaje Administrátora souvisejí s administrací rizikových kapitačních kontraktů, administrací Plánu a případně financováním motivačního programu.

# Zpracování osobních údajů v rámci provozování Plánu

Otázka zpracování osobních údajů je klíčovou pro fungování integrovaného systému řízené péče, protože z logiky věci musí být v rámci administrace integrovány a zpracovávány osobní údaje klientů Plánu pocházející fakticky z různých zdrojů, a toto zpracování musí být v souladu s příslušným právem, tedy aktuálně s GDPR[[12]](#footnote-12). Problém legality správy a zpracování osobních údajů se přitom z pochopitelných důvodů **koncentruje v osobě Administrátora**, když zpracování a správa osobních údajů ostatních rolí je standardní a nijak nevybočuje z legislativního rámce pro provozování veřejného zdravotního pojištění u Pojišťovny a z poskytování zdravotních služeb u Poskytovatelů.

## Struktura zpracování a správy osobních údajů u Administrátora

Jak bylo uvedeno výše, osoba Administrátora vystupuje ve skutečnosti v integrovaném systému řízené péče ve dvou oddělitelných rolích, které přesně odpovídají dvěma úrovním smluv:

1. Administrátor rizikového kapitačního kontraktu
2. Administrátor Plánu

Obě role sebou nesou dva odlišné účely správy a zpracování osobních údajů. Z toho vyplývají všechny zákonné konsekvence, které je třeba při zpracování osobních údajů respektovat (technicky např. dva oddělené informační systémy s definovanými a dokumentovanými datovými toky).

### Zpracování osobních údajů při administraci rizikových kapitačních kontraktů

Při administraci rizikových kapitačních kontraktů je Administrátor zpracovatelem osobních údajů pro zdravotní pojišťovnu. Smlouva mezi Administrátorem a pojišťovnou, na základě které se administrátor ustavuje jako administrátor kontraktu, musí tedy splňovat zákonné nároky nejen jako smlouva mandátní, ale i nároky smlouvy o zpracování osobních údajů.

### Zpracování osobních údajů při administraci Plánu

Při administraci Plánu je Administrátor sám **správcem osobních údajů klientů Plánu[[13]](#footnote-13).** Pro sběr údajů nutných pro administraci Plánu přitom využívá zmocnění od Klientů Plánu, na základě kterého je oprávněn požadovat údaje jak od Poskytovatelů, tak od Pojišťovny. Technicky se pak tento sběr osobních údajů realizuje jako tok dat na rozhraních informačních systémů Pojišťovny a Administrátora, a na rozhraních informačních systémů Poskytovatelů a Administrátora.

1. Pro základní pochopení smyslu systému doporučuji použít doprovodný text „Shrnutí znalostí…“, který je k dispozici. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dále v textu budeme používat pojmy „systém řízené péče“ a „Plán“ jako víceméně synonyma, ačkoli pojem „zdravotním plán“ či „Plán“ je lépe vyhradit pro označení vlastního produktu, který systém řízené péče provozuje a nabízí svým klientům. [↑](#footnote-ref-2)
3. Delegování této role na Administrátora umožňuje, aby se na úhradě nákladů spojených s administrací kontraktů podíleli majoritně zúčastnění poskytovatelé [↑](#footnote-ref-3)
4. To nevylučuje, aby se na těchto procesech podíleli svými kapacitami Pojišťovna i Poskytovatelé, pokud takové uspořádání bude shledáno účelným, ekonomickým a nakonec i legálním (např. tu hraje roli otázka DPH) [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)
6. Pro informaci o rizikových kapitačních kontraktech viz příslušný dokument [↑](#footnote-ref-6)
7. Po dobu, kdy v Plánu není dostatečný kmen pojištěnců, a kdy tedy nelze rizikové kapitační kontrakty uzavírat a administrovat, budou tyto kontrakty obsahovat pouze P4P složku. [↑](#footnote-ref-7)
8. Jeho popis je obsahem jiného výstupu projektu. [↑](#footnote-ref-8)
9. Analogicky jsou dnes konstruovány tzv. „cenové dodatky“, které jsou zavírány na dobu určitou, většinou pro periodu platnosti dané úhradové vyhlášky, kde doba platnosti je odlišná od doby platnosti vlastní smlouvy [↑](#footnote-ref-9)
10. Navýšení resp. snížení ceny podmíněné splněním smluvních podmínek kontraktu je v prostředí smluv o poskytování a úhradě institut zcela běžný. V reálné praxi lze najít obdobné konstrukce jak u smluv, které v minulosti uzavíraly jednotlivé zdravotní pojišťovny mimo úhradovou vyhlášku (a s některými měly problémy domnívám se právě proto, že byly shledány v rozporu s dobrými mravy - např. protěžovaly bezdůvodně vybrané poskytovatele), tak samozřejmě a zejména v úhradových vyhláškách samotných, které obdobné konstrukce manipulace s cenou (v podobě nejrůznějších regulací) vyhlášky používaly a používají s velikým potěšením. Legendárním počinem v tomto ohledu je institut tzv. „zálohové ceny bodu“, který v smlouvách používala VZP po několik dlouhých let na začátku fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Sama OZP takové konstrukce používala a používá (např. metodika KHN pro navýšení kapitace praktickým lékařům). [↑](#footnote-ref-10)
11. Tento seznam není úplný a definitivní. Vzorový statut v plném znění je obsahem produktů projektu. [↑](#footnote-ref-11)
12. Vyřešení problémů se správou (citlivých) osobních údajů je jednou z klíčových komponent know how

    Klient PRO. [↑](#footnote-ref-12)
13. Resp. tzv. členů Plánů, jejichž členství není aktuálně aktivní, stejně jako těch, jejichž členství je aktivní a tedy konzumují Plán jako jeho klienti. Toto je ovšem detail přesahující účel tohoto dokumentu. [↑](#footnote-ref-13)