




SMLOUVA č. 2670S002
o poskytování a úhradě hrazených služeb
(pro zubní lékaře)

Článek I.
Smluvní strany

Poskytovatel zdravotních služeb:	STOMATOL SPÓŁKA Z OGRANICZONA ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Sídlo (obec):	Miedzylesie
Ulice, č.p., PSČ:	Ul. Kolejowa 3, 575 30
Zápis v rejstříku Polské republiky: <ul style="list-style-type: none">• NIP:5482736528• REGON: 38900479800000• KRS: 0000902189	
Zastoupený (jméno, funkce):	Ing. Olga Kleknerová, jednatelka
Číselný smluvní identifikátor (nahrazující IČO):	41197518
IČZ:	70587000
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ SPOŘITELNA, A.S., 000000-6807925319/0800

(dále jen „**Poskytovatel**“) na straně jedné

a

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky		
Sídlo:	Orlická 4/2020, Praha 3, 130 00	
IČ:	41197518	
Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královéhradecký a Pardubický kraj		
Zastoupená (jméno a funkce):		
Doručovací adresa (obec):	Pardubice	
Ulice, č.p., PSČ:	Karla IV. 73, 530 02	
tel.: 952 222 222	fax:	e-mail: informace61@vzp.cz
Bankovní spojení (název banky), číslo účtu/kód banky:	ČESKÁ NÁRODNÍ BANKA, 1114000521/0710	

(dále jen „**Pojišťovna**“) na straně druhé

u z a v í r a j í

v souladu s § 14f zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“) tuto **Smlouvu o poskytování a úhradě přeshraničních hrazených zdravotních služeb** (dále jen „Smlouva“).

Článek II. Účel a předmět Smlouvy

- (1) Smluvní strany uzavírají tuto Smlouvu za účelem zajištění místní a časové dostupnosti zdravotních služeb poskytovaných pojištěncům Pojišťovny (dále jen „pojištěnci“), které jsou jim podle právních předpisů České republiky hrazeny z veřejného zdravotního pojištění České republiky (dále jen „hrazené služby“). Hrazené služby budou Poskytovatelem poskytovány na území Polské republiky v místě, které se od státních hranic České republiky nachází v dojezdové době stanovené pro příslušný obor nebo zdravotní služby podle nařízení vlády České republiky o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb (dále jen „dojezdové místo“).
- (2) Předmětem této Smlouvy je stanovení podmínek a úprava právních vztahů vznikajících mezi Poskytovatelem a Pojišťovnou při poskytování hrazených služeb pojištěncům a při jejich úhradě.

Článek III. Právní režim smlouvy

- (1) Smlouva je uzavírána v českém jazyce. V českém jazyce budou probíhat veškeré změny této Smlouvy a veškerá komunikace mezi smluvními stranami. Smluvní strany prohlašují, že českému jazyku rozumí.
- (2) Pojmy použité v této Smlouvě, jejichž obsah není touto Smlouvou výslovně definován, budou vykládány dle svého obsahu používaného v České republice.
- (3) Veškeré platby mezi smluvními stranami budou realizovány v české měně.
- (4) Tato Smlouva, veškeré právní vztahy vzniklé z této Smlouvy, či související s touto Smlouvou, vč. případného posouzení platnosti této Smlouvy či jejích částí a následků jejich neplatnosti, se řídí právním řádem České republiky.
- (5) Smluvní strany budou řešit případné spory především vzájemným jednáním.
- (6) Nepodaří-li se spory vyřešit vzájemným jednáním, budou veškeré spory vzniklé z této Smlouvy, týkající se této Smlouvy a související s touto Smlouvou, vč. případného posouzení platnosti této Smlouvy či jejích částí a následků jejich neplatnosti, projednávány a rozhodovány soudy v České republice. Místně příslušným soudem je Obvodní soud pro Prahu 3. Městský soud v Praze je místně příslušným v případech, kdy je pro řešení sporu stanovena zákonem č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád, věcná příslušnost krajských soudů.
- (7) Komunikace bude mezi smluvními stranami probíhat výhradně elektronicky prostřednictvím datových schránek nebo aplikace VZP Point. Smluvní strany se dohodly, že pro potřeby komunikace prostřednictvím aplikace VZP Point bude spolu s touto Smlouvou uzavřena také smlouva o využívání zabezpečené elektronické komunikace pro VZP Point, tzv. smlouva o předávání dat VZP Point, pro kterou se v plném rozsahu uplatní ujednání obsažená v tomto článku Smlouvy.
- (8) Smluvní strany jsou si vědomy povinnosti zveřejnit tuto Smlouvu dle zákona č. 340/2015 Sb., o zvláštních podmínkách účinnosti některých smluv, uveřejňování těchto smluv a o registru smluv, a dle § 17 odst. 9 zákona č. 48/1997 Sb. Zveřejnění Smlouvy dle uvedených právních předpisů zajistí Pojišťovna.

Článek IV. Práva a povinnosti smluvních stran

- (1) Smluvní strany
 - a) dodržují při vykazování a úhradě hrazených služeb Metodiku pro pořizování a předávání dokladů (dále jen „Metodika“), Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR (dále jen „Pravidla“) a Datové rozhraní,
 - b) zaváží své zaměstnance, případně i jiné osoby, s ohledem na ochranu práv pojištěnců, k zachování povinné mlčenlivosti o osobních údajích a skutečnostech, o nichž se dozvěděli při výkonu své funkce nebo zaměstnání anebo při zpracování údajů z informačního systému na základě Smlouvy, popřípadě v souvislosti s nimi.
- (2) Poskytovatel
 - a) poskytuje hrazené služby pojištěncům v dojezdovém místě v rozsahu dohodnutém v Příloze č. 2 Smlouvy, k jejichž poskytování je oprávněn podle právních předpisů Polské republiky,
 - b) zajistí, v případě kdy není přítomen zdravotnický pracovník sjednaný v Příloze č. 2 Smlouvy, zástup jiným zdravotnickým pracovníkem a tuto skutečnost oznámí pojištěncům. Hrazené služby poskytnuté zástupem dle předchozí věty je oprávněn vykázat k úhradě pouze Poskytovatel. V případě uzavření pracoviště trávajícího déle než 3 dny sdělí Poskytovatel tuto skutečnost Pojišťovně postupem upraveným v Metodice,
 - c) odpovídá za to, že jeho zaměstnanci, včetně jejich zástupců dle písm. b) tohoto odstavce, kteří budou

pojištěncům poskytovat ve Smlouvě sjednané hrazené služby, splňují požadavky stanovené právními předpisy Polské republiky pro výkon této činnosti,

- d) odpovídá za plnění věcných a technických podmínek, stanovených pro jím poskytované hrazené služby podle právních předpisů Polské republiky, případně stanovených ve smluvních ujednáních,
- e) poskytuje hrazené služby na náležitě odborné úrovni bez nadbytečných nákladů, vždy však se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce,
- f) odesílá pojištěnce ke komplementárním a konziliárním vyšetřením výhradně k poskytovatelům zdravotních služeb na území České republiky a odpovídá za účelnost této indikace,
- g) povede pro posouzení oprávněnosti vyúčtovaných hrazených služeb v průkazné formě zdravotnickou dokumentaci pojištěnců; pro účely této Smlouvy musí být ve zdravotnické dokumentaci vždy zaznamenány veškeré údaje prokazující poskytnutí zdravotní služby vykázané Poskytovatelem k úhradě Pojišťovně, a to vždy v českém jazyce; těmito údaji se rozumí zejména identifikace pojištěnce, datum a čas poskytnutí zdravotní služby, identifikace zdravotnického pracovníka, který zdravotní službu poskytl, provedené zdravotní výkony, informace o průběhu a výsledku poskytovaných zdravotních služeb a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem a s postupem při poskytování zdravotních služeb, včetně anamnestických údajů potřebných pro poskytování zdravotních služeb, poskytnuté a předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, vyžádané hrazené služby a výsledky provedených i vyžádaných vyšetření,
- h) poskytne poskytovatelům, kterým pojištěnce předá do péče nebo které si pojištěnec zvolí, informace potřebné pro zajištění návaznosti hrazených služeb a k zamezení duplicitního provádění diagnostických a léčebných výkonů a při převzetí pojištěnce do péče bude takové informace od příslušných poskytovatelů vyžadovat,
- i) neodmítne přijetí pojištěnce do své péče s výjimkou důvodů uvedených v právních předpisech České republiky,
- j) nepodmíní poskytnutí hrazených služeb žádnými registračními poplatky, sponzorskými dary, či jinými obdobnými platbami a za poskytnuté Pojišťovnou hrazené služby nebude od pojištěnce, pokud to nevyplývá z právních předpisů České republiky, vybírat žádnou finanční úhradu,
- k) nepodmíní právo pojištěnce na poskytnutí hrazených služeb změnou Pojišťovny nebo jiným způsobem,
- l) nebude zvýhodňovat jiné pacienty v neprospěch pojištěnců a zhoršovat dostupnost hrazených služeb přednostním poskytováním zdravotních služeb hrazených jiným způsobem,
- m) bude po celou dobu trvání Smlouvy pojištěn pro případ své odpovědnosti za újmu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout,
- n) oznámí Pojišťovně, v souladu s § 55 zákona č. 48/1997 Sb., úrazy nebo jiná poškození zdraví osob, kterým poskytl hrazené služby, pokud má důvodné podezření, že byly způsobeny jednáním právnické nebo fyzické osoby,
- o) odpovídá za správné a úplné vyplnění receptů a dokladů nezbytných pro vyžádání péče u jiného poskytovatele.

(3) Pojišťovna

- a) uhradí v souladu se Smlouvou výhradně hrazené služby poskytnuté jejím pojištěncům v dojezdovém místě v rozsahu dohodnutém v Příloze č. 2 Smlouvy ke dni poskytnutí hrazených služeb, případně provedené zástupcem dle odst. 2 písm. b) tohoto článku, které jsou průkazně zdokumentované dle odst. 2 písm. g) tohoto článku a odůvodněně poskytnuté jejím pojištěncům,
- b) dohledá na žádost Poskytovatele bez zbytečného prodlení příslušnost pojištěnce k Pojišťovně v případech, kdy není dostupný průkaz pojištěnce a jsou dostupné jeho osobní údaje,
- c) nebude vyžadovat zvýhodňování svých pojištěnců na úkor jiných pacientů Poskytovatele,
- d) je oprávněna provádět kontrolu plnění smluvně dohodnutého rozsahu věcného a technického vybavení a personálního zabezpečení hrazených služeb poskytovaných Poskytovatelem,
- e) poskytuje Poskytovateli prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz k zajištění jednotných podmínek dohodnutou Metodiku, Pravidla, Datové rozhraní a příslušné číselníky vydávané Pojišťovnou k vykazování a výpočtu úhrady hrazených služeb,
- f) seznámí Poskytovatele prostřednictvím zveřejnění na internetových stránkách Pojišťovny www.vzp.cz s dohodnutými změnami Metodiky, Pravidel a se změnami číselníků alespoň jeden měsíc a se změnou Datového rozhraní alespoň dva měsíce před stanoveným termínem jejich platnosti. V případě změny právních předpisů, která neumožní tuto lhůtu dodržet, může být uvedená lhůta přiměřeně zkrácena.

Článek V. Registrace pojištěnců

- (1) Smluvní strany se dohodly, že Poskytovatel bude v postavení registrujícího poskytovatele.
- (2) Registrujícím poskytovatelem se pro účely Smlouvy rozumí poskytovatel ambulantní péče, který přijal pojištěnce do péče za účelem poskytování primární ambulantní péče v oboru zubní lékařství.
- (3) Poskytovatel je povinen při přijetí pojištěnce do péče vyplnit registrační list, který pojištěnec podepíše; registrační list je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pojištěnci.
- (4) Vzor registračního listu je uveden v příloze Smlouvy.

Článek VI. Úhrada poskytovaných hrazených služeb

- (1) Smluvní strany se dohodly, že úhrada hrazených služeb poskytnutých pojištěncům Pojišťovny v období od 1.6.2026 do 31. 12. 2026 bude prováděna způsobem odpovídajícím vyhlášce č. 432/2025 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb, výše záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2026 (dále jen „vyhláška“) s výjimkami dohodnutými v odst. 2 tohoto článku.
- (2) Smluvní strany se dohodly na způsobu úhrady formou agregované úhrady za registrovaného pojištěnce za těchto podmínek:
 - a) Výše agregované úhrady za jednoho pojištěnce Pojišťovny registrovaného Poskytovatelem na kalendářní měsíc činí 21 Kč.
 - b) Výše agregované úhrady za jednoho registrovaného pojištěnce dle písm. a) tohoto odstavce se navyšuje o 3 Kč za pojištěnce do dne dosažení 6 let věku, o 2 Kč za pojištěnce ve věku od 6 let do dne dosažení 12 let věku a o 1 Kč za pojištěnce ve věku od 12 let do dne dosažení 18 let věku; dosažený věk se hodnotí k poslednímu dni v kalendářním měsíci.
 - c) Celková výše měsíční úhrady za agregovanou úhradu se vypočte jako součin počtu pojištěnců Pojišťovny registrovaných u Poskytovatele k poslednímu dni příslušného kalendářního měsíce a agregované úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce Pojišťovny ve výši dle písm. a) a b) tohoto odstavce pro příslušný kalendářní měsíc.
 - d) Poskytovatel předává doklady o změnách v registraci pojištěnců nejpozději do 5. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Pokud Poskytovatel předává dávku č. 80 - přihlášky registrovaných pojištěnců elektronickou formou, je oprávněn ji předat Pojišťovně do 5. pracovního dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který jsou nové registrace Pojišťovně předávány. Na přihlášce registrovaných pojištěnců je Poskytovatel povinen uvádět odbornost pracoviště a IČP, ke kterému je pojištěnec registrován. Registraci pojištěnce realizuje, pokud nejde o nepravdivou péči nebo tomu nebrání jiné závažné důvody, vždy při prvním kontaktu s pojištěncem.
 - e) Doklady o změnách v registraci pojištěnců předané po dohodnutém termínu nezakládají právo Poskytovatele na úhradu agregované platby za tyto pojištěnce v příslušném měsíci.
- (3) Smluvní strany se zavazují sjednat pro rok 2027 způsob úhrady, výši úhrady a další podmínky úhrady v dodatku ke Smlouvě. Nedojde-li k uzavření dodatku ke Smlouvě ve smyslu předchozí věty, bude úhrada za poskytnuté hrazené služby stanovena na základě vyhlášky vydané podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb.
- (4) Mezi smluvními stranami musí být vždy předem dohodnuto zvýšení nebo snížení rozsahu poskytovaných hrazených služeb, zejména z důvodu změny kapacity, struktury Poskytovatele, změny či obnovy přístrojového vybavení specifikovaného ve Smlouvě.

Článek VII. Předávání podkladů k úhradě poskytovaných hrazených služeb

- (1) Poskytovatel vykazuje Pojišťovně jednou měsíčně dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách, a to v elektronické podobě mezi prvním a desátým kalendářním dnem měsíce následujícího po měsíci, v němž byly hrazené služby poskytnuty. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách dříve než ve lhůtě uvedené v předchozí větě, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány prvního dne v měsíci. V případě, že Poskytovatel předá dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách později než ve lhůtě uvedené v první větě tohoto

odstavce, mají smluvní strany za to, že dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách byly předány prvního dne měsíce následujícího po jejich předání. Metodika stanoví další podklady, které je Poskytovatel povinen předkládat spolu s dávkami dokladů o poskytnutých hrazených službách. Řádné a úplné předání dávek dokladů o poskytnutých hrazených službách a dalších podkladů stanovených Metodikou nebo dohodnutých mezi smluvními stranami je považováno za výzvu k úhradě. Součástí podkladů je i faktura, pokud se smluvní strany nedohodnou jinak. V případě, že Poskytovatelem předané podklady k úhradě nejsou úplné, nebo neobsahují požadované náležitosti, může je Pojišťovna obvykle do 3 pracovních dnů odmítnout a sdělit Poskytovateli důvod jejich odmítnutí. V takovém případě běží doba splatnosti ode dne jejich opětovného převzetí Pojišťovnou za předpokladu, že odpadne důvod k jejich odmítnutí.

- (2) Smluvní strany jsou povinny po celou dobu trvání smluvního vztahu podle této Smlouvy mít upraven způsob předávání dat s využitím zabezpečené elektronické komunikace mezi stranami.
- (3) Poskytovatel odpovídá za úplnost a formální správnost údajů předávaných k vyúčtování.
- (4) Budou-li hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny ve formě předběžných měsíčních úhrad a Pojišťovna zjistí, že Poskytovatel určité služby vykázal k úhradě nesprávně, nebo neoprávněně, Pojišťovna Poskytovateli bez zbytečného odkladu oznámí rozsah a důvod nesprávně nebo neoprávněně vykázanych služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázanych služeb, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb. Do celkového finančního vypořádání předběžných měsíčních úhrad vstoupí pouze správně a oprávněně vykázané hrazené služby.
- (5) Budou-li poskytnuté hrazené služby v příslušném úhradovém období hrazeny způsobem, který nepředpokládá celkové finanční vypořádání a Pojišťovna před provedením úhrady zjistí nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtované služby, úhradu nesprávně, nebo neoprávněně vyúčtovaných služeb neprovede. Pojišťovna oznámí Poskytovateli bez zbytečného odkladu rozsah a důvod nesprávně, či neoprávněně vykázanych služeb. Tím Pojišťovna vyzve Poskytovatele k opravě nesprávně, nebo neoprávněně vykázanych služeb prostřednictvím opravných dávek, nebo k doložení poskytnutí hrazených služeb.
- (6) Není-li mezi smluvními stranami dohodnuto jinak, je úhrada splatná do třiceti dnů ode dne, kdy byly Pojišťovně doručeny řádné a úplné dávky dokladů o poskytnutých hrazených službách a další podklady stanovené Metodikou, nebo dohodnuté mezi smluvními stranami.
- (7) Pojišťovna po úhradě předá Poskytovateli informaci obsahující zejména výši a identifikaci provedené úhrady a její variabilní symbol.
- (8) Pokud vznikne při úhradě hrazených služeb nedoplatek ze strany Pojišťovny, bude Poskytovateli příslušná částka poukázána samostatnou platbou. Přepatek ze strany Pojišťovny je Pojišťovna oprávněna započíst proti kterékoliv pohledávce Poskytovatele za Pojišťovnou, a to poté, co doručí Poskytovateli vyúčtování, či jiný dokument obdobné povahy, v němž bude přepatek uveden, nedohodnou-li se smluvní strany jinak.

Článek VIII. Kontrola

- (1) Pojišťovna je oprávněna provádět kontrolu využívání a poskytování hrazených služeb z hlediska objemu a kvality, a to prostřednictvím svého informačního systému, revizních lékařů a dalších odborných pracovníků ve zdravotnictví, způsobilých k revizní činnosti (dále jen „odborní pracovníci“). Obsah vykázanych zdravotních výkonů smluvených v Příloze č. 2 Smlouvy je pro účely kontroly posuzován podle vyhlášky vydané podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. na příslušný kalendářní rok, nebyl-li mezi smluvními stranami dohodnut obsah zdravotních výkonů jiným způsobem.
- (2) Revizní lékaři a odborní pracovníci oprávnění ke kontrole posuzují, zda zvolený způsob hrazených služeb byl indikován s ohledem na zdravotní stav pojištěnce, je v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a zda nebyl zbytečně ekonomicky náročný.
- (3) Poskytovatel poskytne Pojišťovně při výkonu kontroly nezbytnou součinnost, zejména předkládá požadované doklady potřebné k účelu kontroly, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Umožní revizním lékařům a odborným pracovníkům Pojišťovny vstup do zdravotnického zařízení, kde poskytuje zdravotní služby, nahlížení do zdravotnické dokumentace pojištěnců a dalších dokladů bezprostředně souvisejících s prováděnou kontrolou vyúčtovaných zdravotních výkonů, léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, včetně zvláště účtovaných léčivých přípravků a zvláště účtovaného materiálu. Revizní lékař (odborný pracovník) je povinen postupovat tak, aby kontrola nenarušila prováděný zdravotní výkon.
- (4) V případě kontroly (šetření) u Poskytovatele bude na místě vypracován záznam o proběhlém šetření s uvedením nejdůležitějších zjištění a stanoviska Poskytovatele. Tento záznam nenahrazuje zprávu podle odstavce 6.
- (5) Zprávu, obsahující závěry kontroly, Pojišťovna zpracuje a předá Poskytovateli do 30 kalendářních dnů po ukončení kontroly, není-li dohodnuto jinak; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, oznámí Pojišťovna tuto skutečnost Poskytovateli. Kontrola bude ukončena zpravidla do 30 kalendářních dnů od jejího zahájení.

- (6) Poskytovatel je oprávněn do 30 kalendářních dnů od převzetí závěru kontroly podat Pojišťovně písemně zdůvodněné námitky. K námitkám sdělí Pojišťovna stanovisko do 30 kalendářních dnů od jejich doručení; pokud nebude možno z objektivních důvodů tuto lhůtu dodržet, lze ji prodloužit až na dvojnásobek. Ve stanovené lhůtě Pojišťovna sdělí Poskytovateli, zda potvrzuje nebo mění závěry kontroly. Podání námitek nemá z hlediska finančních nároků Pojišťovny vůči Poskytovateli odkladný účinek. Tím není dotčeno právo Poskytovatele uplatnit svůj nesouhlas s rozhodnutím Pojišťovny v jiném řízení dohodnutém touto Smlouvou.
- (7) Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování hrazených služeb nebo jejich neodůvodněné poskytování, Pojišťovna takové služby neuhradí. Pokud je již uhradila, je oprávněna vzniklou pohledávku započíst jako přeplatek v souladu s článkem VII. odst. 8 této Smlouvy. V případě, že se závěry kontroly prokážou jako neodůvodněné, uhradí Pojišťovna Poskytovateli částku, o kterou na základě kontroly snížila úhradu poskytnutých hrazených služeb.

Článek IX. Doba účinnosti Smlouvy

Smlouva se uzavírá do 31. 12. 2027.

Článek X. Způsob a důvody ukončení Smlouvy

- (1) Smlouva nebo její část zaniká
- a) zánikem oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle právních předpisů Polské republiky,
 - b) dnem zániku Poskytovatele nebo Pojišťovny,
 - c) dnem uvedeným v písemném oznámení Pojišťovně, pokud Poskytovatel z provozních důvodů nemůže hrazené služby nadále poskytovat.
- (2) V případě podstatného porušení Smlouvy jednou ze smluvních stran má druhá smluvní strana právo na odstoupení od Smlouvy postupem dle § 2001 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Za podstatné porušení Smlouvy se považuje zejména, že
- a) smluvní strana uvedla při uzavření Smlouvy nebo při jejím plnění druhou smluvní stranu v omyl ve věci podstatné pro plnění Smlouvy,
 - b) Poskytovatel
 1. bezdůvodně neposkytuje hrazené služby ve sjednaném rozsahu a kvalitě,
 2. opakovaně účtuje hrazené služby poskytnuté nad rámec sjednaného druhu, odbornosti a rozsahu činnosti,
 3. neodůvodněně omezuje pro pojištěnce ordinační dobu sjednanou ve Smlouvě,
 4. poskytuje hrazené služby bez odpovídajícího věcného či technického vybavení nebo personálního zabezpečení,
 5. neposkytuje pojištěncům hrazené služby kvalitně a na náležité odborné úrovni, či neoprávněně odmítne poskytnutí hrazených služeb,
 6. požaduje od pojištěnců finanční úhradu za přijetí pojištěnce do péče nebo za poskytnuté zdravotní služby hrazené na základě této Smlouvy,
 7. neposkytne nezbytnou součinnost k výkonu kontrolní činnosti,
 - c) Pojišťovna
 1. opakovaně neoprávněně neuhradí Poskytovateli poskytnuté hrazené služby,
 2. opakovaně nedodrží doby splatnosti dohodnuté ve Smlouvě.
- (3) Před uplynutím sjednané doby lze Smlouvu ukončit
- a) výpovědí bez uvedení důvodu s výpovědní lhůtou 3 měsíce, která začíná běžet od prvního dne měsíce následujícího po doručení výpovědi druhé smluvní straně; v případě zaslání výpovědi do datové schránky se považuje výpověď za doručenu nejpozději 10. dnem od jejího dodání do datové schránky,
 - b) písemnou dohodou smluvních stran, a to za podmínek a ve lhůtě uvedené v této dohodě.

Článek XI. Vzájemné sdělování údajů a předávání dokladů nutných ke kontrole plnění Smlouvy

- (1) Smluvní strany
- a) používají v souladu s Metodikou pro jednoznačnou identifikaci Poskytovatele číselný smluvní identifikátor, identifikační číslo zařízení (IČZ), identifikační číslo pracoviště (IČP),
 - b) sdělují si údaje nutné ke kontrole plnění Smlouvy.

- (2) Pojišťovna může zveřejnit na svých internetových stránkách, popř. v jiných zdrojích určených svým pojištěncům, v rámci seznamu smluvních poskytovatelů obchodní jméno či název a adresu Poskytovatele, jeho odbornost a telefonické, případně e-mailové spojení či další údaje vzájemně dohodnuté.

Článek XII. Ostatní ujednání

Nedílnou součástí této Smlouvy jsou její přílohy

- č. 1 Kopie rozhodnutí o oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- č. 2 Smluvené druhy a formy zdravotní péče, odbornosti pracovišť a jejich jednoznačná identifikace a rozsah poskytovaných hrazených služeb, včetně smluvených zdravotních výkonů, jmenovitě uvedené personální zabezpečení a věcné a technické vybavení pro poskytování hrazených služeb
- č. 3 Metodika pro pořizování a předávání dokladů, v aktuálně účinné verzi
Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR, v aktuálně účinné verzi
Datové rozhraní, v aktuálně účinné verzi
Tyto dokumenty jsou zpřístupněny v plném znění v elektronické formě
(<https://www.vzp.cz/poskytovatele/vyuctovani-zdravotni-pece/metodika-vyuctovani-aktualni-stav>)
- č. 4 Vzor registračního listu

Článek XIII. Závěrečná ujednání

- (1) Tato Smlouva nabývá platnosti dnem jejího uzavření a upravuje práva a povinnosti smluvních stran v období od 1.6.2026.
- (2) Smlouva je uzavírána v elektronické nebo listinné podobě. Smlouva v listinné podobě je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (3) Veškeré změny a doplňky této Smlouvy lze provádět výhradně písemnými očíslovanými dodatky, podepsanými na znamení souhlasu oběma smluvními stranami.

za Poskytovatele

za Pojišťovnu