



**NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

---

**SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE**

**O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA**

**W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE**

**ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ**

**O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE**

**ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**w rodzaju: leczenie stomatologiczne**

**w zakresie: Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi**

**z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki**

## **Rozdział 1**

### **Przedmiot postępowania i umowy**

#### **§ 1.**

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, zwanego dalej Programem, jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń ortodontycznych osobom z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie Programu, zwane są dalej „świadczeniami”.
3. Szczegółowe materiały informacyjne o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, zwane są dalej „materiałami informacyjnymi”.
4. Wzór umowy o udzielanie świadczeń stanowi **załącznik nr 1** do materiałów informacyjnych.
5. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

#### **§ 2.**

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135 z późn. zm.):  
- 85131100-7 usługi ortodontyczne.
2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

## **Rozdział 2**

### **Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców**

#### **§ 3.**

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 1. ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych oraz w **załączniku nr 6** do materiałów informacyjnych.

#### **§ 4.**

1. Podmiot biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, o której mowa w § 1 ust. 1, powinien zatrudniać co najmniej 2 lekarzy specjalistów z dziedziny ortodoncji, w tym jednego z udokumentowanym, co najmniej 5 letnim doświadczeniem w stosowaniu aparatów zdejmowanych i stałych w leczeniu wad rozwojowych.

## **Rozdział 3**

### **Zasady udzielania świadczeń**

#### **§ 5.**

1. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
2. Harmonogram pracy powinien gwarantować prawo świadczeniobiorców do równego dostępu do świadczeń.

#### **§ 6.**

1. Świadczenia obejmują:
  - 1) przedoperacyjne kształtowanie szczęki u niemowląt płytką podniebienną,
  - 2) korektę zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi,
  - 3) korektę zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami stałymi,
  - 4) leczenie retencyjne,
  - 5) uzupełnienie braków zębowych protezami ruchomymi

2. Świadczenia są udzielane zgodnie z Zasadami postępowania w Programie, określonymi w opisie Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

## **Rozdział 4**

### **Zasady finansowania świadczeń**

#### **§ 7.**

1. Sposobem rozliczania świadczeń jest ryczałt miesięczny za objęcie świadczeniobiorcy Programem.
2. Ryczałt obejmuje koszty kwalifikacji pacjenta do udziału w Programie, w tym koszty niezbędnych badań dodatkowych, koszty opieki ortodontycznej wraz z niezbędnymi badaniami dodatkowymi (w tym wszelkimi badaniami radiologicznymi), aparatami ortodontycznymi (w tym aparatami stałymi) wraz z wykonaniem technicznym i wszystkimi elementami koniecznymi do wykonania aparatu, uzupełnienia protetycznego ruchomego oraz kosztami leczenia ew. powikłań.
3. W przypadku gdy w okresie rozliczeniowym, zaistnieje okoliczność uniemożliwiająca pacjentowi leczenie we wskazanym przez niego ośrodku w oświadczeniu, zgodnym z **załącznikiem nr 4** do materiałów informacyjnych, zmiana świadczeniodawcy jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu akceptacji oddziału wojewódzkiego Funduszu.
4. Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu nie mogą zostać wykazane do rozliczenia finansowego w ramach innej umowy.

#### **§ 8.**

1. Warunkiem finansowania świadczeń będących przedmiotem umowy jest comiesięczne przekazywanie przez świadczeniodawców informacji o liczbie pacjentów objętych Programem zgodnie ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 2** do materiałów informacyjnych oraz przekazywanie comiesięcznych sprawozdań z realizacji Programu, zgodnie z załącznikiem sprawozdawczym, którego wzór stanowi **załącznik nr 3** do materiałów informacyjnych w wersji pisemnej oraz elektronicznej w formacie określonym przez Fundusz.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta przyjętego do leczenia w ramach Programu o konieczności dokonania wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach Programu.

3. Wybór świadczeniodawcy potwierdzony jest przez pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta przyjętego do leczenia w ramach Programu poprzez złożenie oświadczenia woli w drodze podpisania formularza, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do materiałów informacyjnych.
4. W przypadku objęcia Programem pacjenta, który ukończył 18 rok życia, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania od niego oświadczenia, którego wzór oświadczenia stanowi **załącznik nr 5** do materiałów informacyjnych, potwierdzającego uczestnictwo w Programie wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/ lub wtórnego, realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia, realizowanych przez Fundusz Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego lub Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.
5. Świadczeniodawca ma obowiązek każdorazowego sprawdzania poprawności wypełnienia oświadczenia.
6. Wypełnione oświadczenia świadczeniodawca przechowuje wraz z dokumentacją medyczną.

**Załączniki:**

Załącznik nr 1	Wzór umowy
Załącznik nr 2	Miesięczne sprawozdanie (finansowe) z liczby pacjentów objętych Programem
Załącznik nr 3	Sprawozdanie z procedur udzielonych pacjentom, którzy są objęci Programem
Załącznik nr 4	Oświadczenie o wyborze ośrodka
Załącznik nr 5	Oświadczenie o uczestnictwie w Programie w latach 2000-2005
Załącznik nr 6	Warunki udzielania świadczeń w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

07/STM/2006

UMOWA Nr ...../.....

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
- W RODZAJU: LECZENIE STOMATOLOGICZNE  
W ZAKRESIE PROGRAMU ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI  
Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI**

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia - ..... Oddziałem  
Wojewódzkim w ..... z siedzibą:  
..... (ADRES), reprezentowanym przez  
....., zwanym dalej "Oddziałem Funduszu"**

a

....., reprezentowanym przez  
....., zwanym dalej "Świadczeniodawcą".

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w **“SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE STOMATOLOGICZNE W ZAKRESIE PROGRAMU ORTODONTYCZNEJ OPIEKI NAD DZIEĆMI Z WRODZONYMI WADAMI CZĘŚCI TWARZOWEJ CZASZKI”**, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia.....do dnia.....zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr ..... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2**

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy”,

stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy”, stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy.
4. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 4** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

### § 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

## WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

### § 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2006 r. do dnia 31.12.2006 r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr .....

## KARY UMOWNE

### § 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

## OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

### § 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ..... do dnia .....r.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 7

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

### § 8

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

### § 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

## PODPISY STRON

.....  
.....

**Świadczeniodawca**

.....  
.....

**Oddział Funduszu**



**Wykaz załączników do umowy:**

- 1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram pracy;
- 3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz osób udzielających świadczenia;
- 4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy.

kod świadczeniodawcy  
ŚWIADCZENIODAWCA

umowa nr:

załącznik nr 1 do umowy STM  
nr pierwotny umowy:  
OW NFZ

**Plan rzeczowo-finansowy**  
**rodzaj świadczeń: leczenie stomatologiczne**

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: ..... do .....		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
<b>razem zakresy (kwota umowy)</b>					

**w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy**

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
		styczeń		luty		marzec		kwiecień
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

**w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych**  
**- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)**

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
		styczeń		luty		marzec		kwiecień
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

## HARMONOGRAM PRACY

ŚWIADCZENIODAWCA:

Nr umowy:

godziny pracy

lp	zakres świadczeń	kod zakresu	ADRES (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		sobota		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe	
			miejscowość	ulica, numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do			
						6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17			18
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

**Wykaz osób udzielających świadczeń\***

lp.	zakres świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje	miejsce udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)**						uwagi
						poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	
						od do	od do	od do	od do	od do	od do	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1												
2												
3												
4												
5												

\* dotyczy osób wykonujących zawody medyczne

\*\* nie dotyczy personelu pracującego w systemie zmianowym

Data sporządzenia.....

Podpis świadczeniodawcy

### Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Nazwa adres świadczeniodawcy

Nr umowy.....

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE (FINANSOWE) Z LICZBY PACJENTÓW OBJĘTYCH PROGRAMEM

m-c.....

Lp.	PESEL PACJENTA	WOJ. ZAMELDOWANIA PACJENTA
1		
2		

Wartość jednostek rozliczeniowych.....

Liczba pacjentów objętych opieką świadczeniodawcy w danym miesiącu.....

Kwota finansowa za dany miesiąc.....

Sporządził:

Tel. Kontaktowy

Podpis osoby upoważnionej  
Miejscowość, data

Nazwa adres świadczeniodawcy

Nr umowy.....

## SPRAWOZDANIE Z PROCEDUR UDZIELONYCH PACJENTOM, KTÓRZY OBJĘCI SĄ PROGRAMEM

m-c.....

LP.	PESEL PACJENTA	WOJ. ZAMELDOWANIA PACJENTA	KOD PROCEDURY WG ICD 9	WADA WG GOSLON	NAZWA PROCEDURY
A	Pacjenci w wieku do 18 roku życia ogółem				
1					
2					
3					
B	Pacjenci w wieku powyżej 18 roku życia ogółem				
1					
2					
3					
	Razem A+B				

Liczba procedur udzielonych w danym miesiącu.....

Liczba pacjentów, którym zostały udzielone świadczenia w danym miesiącu.....

Sporządził:

Tel. Kontaktowy

Podpis osoby upoważnionej

Miejscowość, data

## OŚWIADCZENIE O WYBORZE OŚRODKA

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL pacjenta

.....  
adres pacjenta

A.

1. Wyrażam zgodę na objęcie leczeniem w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi w wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

.....  
.....  
pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

2. Oświadczam, że będę kontynuował/a leczenie w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi w wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki w ośrodku

.....  
.....  
pełna nazwa i adres świadczeniodawcy

B.

Oświadczam, że rezygnuję z uczestnictwa w Programie ortodontycznej opieki nad dziećmi w wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki

Miejscowość.....dnia.....r.

.....  
pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta



## **OŚWIADCZENIE O UCZESTNICTWIE W PROGRAMIE W LATACH 2000-2005**

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL pacjenta

.....  
adres pacjenta

Oświadczam, że przed dniem 1 stycznia 2006 r. uczestniczyłam/em w leczeniu prowadzonym w ramach realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia Programu wielospecjalistycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego, realizowanych przez Fundusz Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego lub Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

Miejscowość.....dnia.....r.

.....  
pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta

zakres leczenia stomatologicznego	wymagania wspólne dla gabinetów/ poradni stomatologicznych			
	zapewniona możliwość sterylizacji narzędzi i materiałów			
	powierzchnia gabinetu wynosi nie mniej niż 12 m <sup>2</sup> przy zainstalowaniu jednego fotela i co najmniej 8 m <sup>2</sup> na każdy następny fotel			
	warunki dotyczące personelu		warunki dotyczące wyposażenia	
wymagane	rankingujące	wymagane	rankingujące	
Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	- 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie ortodontcji, w tym 1 co najmniej z 5-letnim doświadczeniem w leczeniu wad rozwojowych, z umiejętnością leczenia aparatami stałymi	- pomoc/ asystentka/ higienistka stomatologiczna	- stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa; mikrosilnik, lampa bezcieniowa)	- unit stomatologiczny