

ZARZĄDZENIE Nr 47/2018/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 7 czerwca 2018 r.

w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- w rodzaju leczenie stomatologiczne.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **dentobus** – pojazd, w którym są udzielane świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego, o którym mowa w ustawie z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1774);
- 2) **etat przeliczeniowy** – liczbę punktów rozliczeniowych przyznaną na miesiąc na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez lekarza lub lekarzy udzielających świadczeń przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie, w tym jeden raz w godzinach popołudniowych do godz. 18.00 (nie dotyczy gabinetu stomatologicznego zlokalizowanego

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w: Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 107,138, 650, 697, 730, 771, 858, 912 i 932.

w szkole oraz dentobusu); kalkulacyjna wielkość etatu przeliczeniowego wynosi 15 000 pkt;

- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 4) **katalog świadczeń stomatologicznych** – wykaz produktów rozliczeniowych finansowanych ze środków publicznych w podziale na zakresy wraz z przyporządkowanymi wycenami punktowymi oraz oznaczeniami kodowymi Funduszu, kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę;
- 5) **ogólne warunki umów** – warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 6) **Program** – program „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych, którego opis stanowi załącznik nr 4 do zarządzenia;
- 7) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 8) **rozporządzenie w sprawie programów zdrowotnych** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 9) **świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej** – świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej udzielane w dni powszednie od godz. 19.00 do godz. 7.00 dnia następnego, zaś w soboty, niedziele oraz dni wolne od pracy – całodobowo;

10) **zakres świadczeń** – zakres w rozumieniu § 1 pkt 17 ogólnych warunków umów.

2. Określenia inne, niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w szczególności w:

- 1) rozporządzeniu;
- 2) rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych;
- 3) przepisach wydanych na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 4) ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania gwarantowanych świadczeń stomatologicznych.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.), przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85130000 - 9 usługi stomatologiczne i podobne;
- 2) 85131000 - 6 usługi stomatologiczne;
- 3) 85131100 - 7 usługi ortodontyczne;
- 4) 85131110 - 0 usługi chirurgii ortodontycznej.

§ 4. Postępowanie, o którym mowa w § 1 pkt 1, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy;

7) dzielnicy.

§ 5. Porównanie ofert w toku postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, następuje zgodnie z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach oraz z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 6. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.

2. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

3. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 7. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu oraz w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych.

2. Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą wszystkich miejsc udzielania świadczeń, w których realizowana jest umowa.

§ 8. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu na obszarze właściwości danego oddziału wojewódzkiego zawiera umowy:

- 1) na nie mniej niż pół etatu przeliczeniowego w odniesieniu do jednej umowy z zachowaniem zasady pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu;
- 2) na nie więcej niż jeden etat przeliczeniowy w odniesieniu do jednego lekarza i jednej umowy.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowę z jednym świadczeniodawcą udzielającym świadczeń w dentobusie na obszarze danego województwa.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wyrazić zgodę na realizację świadczeń w innym wymiarze niż określony w ust. 1, z uwzględnieniem:

- 1) dostosowania harmonogramu pracy proporcjonalnie do zasad określonych dla całego etatu przeliczeniowego;
- 2) pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu.

4. W uzasadnionych przypadkach, w szczególności związanych z brakiem możliwości zabezpieczenia dostępności do świadczeń, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odstąpić od zasad określonych w ust. 1 oraz ustalić wartość etatu przeliczeniowego inną niż wielkość kalkulacyjna, z uwzględnieniem dostosowania harmonogramu pracy proporcjonalnie do zasad określonych dla całego etatu przeliczeniowego, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2, (nie dotyczy świadczeń udzielanych w dentobusie).

5. O przyjęciu innej wielkości etatu przeliczeniowego na obszarze właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu, dyrektor tego oddziału informuje Prezesa Funduszu.

§ 9. 1. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w oddziale wojewódzkim Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 10. 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

3. W celu udzielania świadczeń w dentobusie, świadczeniodawca przedstawia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do 15. dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym będą udzielane świadczenia propozycję miejsc postojów dentobusu.

4. Po zaakceptowaniu przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu propozycji, o której mowa w ust. 3, na stronie internetowej oddziału wojewódzkiego zamieszcza się harmonogram postojów dentobusu obowiązujący na obszarze danego województwa.

5. Wzór harmonogramu postojów dentobusu określony jest w załączniku nr 6 do umowy.

§ 11. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w ogólnych warunkach umów oraz w umowie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy.

§ 12. 1. W rodzaju leczenie stomatologiczne stosuje się następujące sposoby rozliczeń:

- 1) cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt);
- 2) ryczałt – w odniesieniu do świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, obejmujący gotowość do udzielania świadczeń oraz świadczenia udzielone w czasie 12-to godzinnego dyżuru; ryczałt miesięczny (kwota przeznaczona na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego miesiąca) – w przypadku Programu;
- 3) ryczałt miesięczny w dentobusie (środki przeznaczone na finansowanie kosztów stałych gotowości do udzielania świadczeń w okresie jednego miesiąca) oraz cena jednostki rozliczeniowej (punkt) – w odniesieniu do świadczeń udzielanych w dentobusie.

2. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w „Planie rzeczowo – finansowym”, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy.

3. W przypadku świadczeń udzielonych:

- 1) dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,3;
- 2) kobietom w ciąży oraz w okresie połogu w ramach zakresu: świadczenia ogólnostomatologiczne, wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczeń określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,2;
- 3) dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia oraz świadczenia udzielane w dentobusie wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,3.

§ 13. 1. Rozliczając udzielone świadczenia świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

- 1) minimum 30% wartości umowy w zakresie: świadczenia ortodoncji przeznaczane jest na realizację świadczeń stomatologicznych obejmujących wykonanie nowych aparatów ortodontycznych;
- 2) świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu nie są wykazywane do rozliczenia w ramach innej umowy;
- 3) świadczeniodawca realizujący Program dołącza do rachunku sprawozdanie z procedur wykonanych świadczeniobiorcom objętym Programem, zawierające dane określone we wzorze stanowiącym załącznik nr 5 do umowy; sprawozdanie obejmuje okres jednego miesiąca;
- 4) świadczenia gwarantowane, o których mowa w rozporządzeniu, są w całości finansowane ze środków przeznaczonych na realizację umów zawartych z Funduszem i nie podlegają współfinansowaniu przez świadczeniobiorców;
- 5) świadczenia wykonywane w innym standardzie niż określone w rozporządzeniu, w całości finansowane są przez świadczeniobiorcę.

2. Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować świadczeniobiorcę lub opiekuna prawnego świadczeniobiorcy, zakwalifikowanego do leczenia w ramach Programu, o konieczności dokonania wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w ramach tego Programu, przez złożenie oświadczenia woli, zawierającego informacje określone w załączniku nr 5 do zarządzenia.

3. W przypadku objęcia Programem świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania od niego oświadczenia, zawierającego informacje określone w załączniku nr 6 do zarządzenia, potwierdzającego uczestnictwo w Programie wielospecjalistycznej opieki nad dzieckiem z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego, realizowanego w latach 2000-2002 przez Ministerstwo Zdrowia, Programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z całkowitym rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego lub Programie, realizowanych przez Fundusz od 2004 r.

4. Świadczeniodawca jest obowiązany do każdorazowego sprawdzenia poprawności wypełnienia oświadczenia przez świadczeniobiorcę.

5. Wypełnione oświadczenia świadczeniodawca załącza do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

§ 14. 1. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia, wyszczególnione:

- 1) w poz. 103 - 114 załącznika nr 1 do zarządzenia, rozliczane są w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia;
- 2) w poz. 115 załącznika nr 1 do zarządzenia, rozliczane są w ramach zakresu świadczenia ogólnostomatologiczne.

2. W przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1, wprowadza się współczynnik 1,5 korygujący wycenę punktową świadczeń, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych.

§ 15. 1. Świadczeniodawca udziela świadczenia z zakresu protetyki stomatologicznej po uzyskaniu od pacjenta pisemnego oświadczenia, iż jest uprawniony do tych świadczeń, ponieważ spełnia warunki określone w rozporządzeniu. Oświadczenie załączane jest do dokumentacji medycznej.

2. Potwierdzenie prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego może być dodatkowo weryfikowane drogą elektroniczną (w formacie dostarczonym przez Fundusz).

§ 16. Potwierdzeniem wykonania protezy zębowej, aparatu ortodontycznego lub ich naprawy jest zlecenie świadczenia protetycznego/świadczenia ortodontycznego, zawierające informacje określone w załączniku nr 3 do zarządzenia, w którym świadczeniobiorca potwierdza odbiór wykonanego świadczenia. Potwierdzone zlecenie załączane jest do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

§ 17. Wprowadza się współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych - 2,0, w sytuacji udzielania przez lekarza specjalistę w dziedzinie periodontologii lub lekarza dentystę będącego w trakcie specjalizacji z zakresu periodontologii świadczeń w zakresie świadczenia

chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz świadczenia periodontologii, takich jak:

- 1) badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.08- 23.0101);
- 2) badanie lekarskie kontrolne (kod ICD-9-CM 23.0102);
- 3) konsultacja specjalistyczna (kod ICD-9-CM 23.0105);
- 4) badanie żywotności zęba (kod ICD-9-CM 23.02);
- 5) usunięcie złogów nazębnych z 1/2 łuku zębowego (kod ICD-9-CM 23.1601);
- 6) płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku (kod ICD-9-CM 23.1604);
- 7) leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej (kod ICD-9-CM 23.1605);
- 8) kiretaż zwykły (zamknięty) w obrębie 1/4 uzębienia (kod ICD-9-CM 23.1607);
- 9) plastyka wędzidełka, wargi, policzka (kod ICD-9-CM 23.1612);
- 10) zatamowanie masywnego krwawienia w obrębie jamy ustnej przez podwiązanie, podkucie naczyń bądź zatkanie kością (kod ICD-9-CM 23.1814);
- 11) założenie opatrunku chirurgicznego (kod ICD-9-CM 23.1815);
- 12) wycięcie małego guzka lub zmiany guzopodobnej, włókniaka (kod ICD-9-CM 23.1901);
- 13) nacięcie powierzchniowo, podśluzówkowo lub podskórnio leżącego ropnia włącznie z drenażem i opatrunkiem (kod ICD-9-CM 23.2001);
- 14) kiretaż otwarty w obrębie 1/4 uzębienia (kod ICD-9-CM 23.1608);
- 15) gingiwoosteoplastyka (kod ICD-9-CM 23.1610);
- 16) plastyka przedsionka jamy ustnej met. Clarka, Kazanjana, Nabersa (kod ICD-9-CM 23.1613, 23.1614);
- 17) założenie opatrunku parodontologicznego (kod ICD-9-CM 23.1620).

Rozdział 4

Postanowienia końcowe

§ 18. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres, na jaki zostały zawarte.

§ 19. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia.

§ 20. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

§ 21. Traci moc zarządzenie Nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

§ 22. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

Z up. Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

Z-ca Prezesa ds. Finansowych

Maciej Miłkowski

Spis załączników:

- 1) załącznik nr 1 „Katalog świadczeń stomatologicznych”;
- 2) załącznik nr 2 „Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne”;
- 3) załącznik nr 3 „Zlecenie świadczenia protetycznego/świadczenia ortodontycznego”;
- 4) załącznik nr 4 „Opis świadczeń ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”;
- 5) załącznik nr 5 „Oświadczenie o wyborze świadczeniodawcy w programie Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”;
- 6) załącznik nr 6 „Oświadczenie o wyborze świadczeniodawcy w programie Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”.