

**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**

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 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.<sup>1)</sup>) 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) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **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;
- 3) **ogólne warunki umów** – warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone rozporządzeniem ministra właściwego do spraw

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807,1860,1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60.

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, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

- 4) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 5) **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;
- 6) **Program** – program „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych;
- 7) **zakres świadczeń** – zakres w rozumieniu § 1 pkt 17 ogólnych warunków umów;
- 8) **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 w szkole); kalkulacyjna wielkość etatu przeliczeniowego wynosi 15 000 pkt;
- 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.

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; oraz
- 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 może wyrazić zgodę na realizację świadczeń w innym wymiarze niż określony w ust. 1, z uwzględnieniem:

- 1) dostosowania harmonogramu pracy proporcjonalnie do zasady, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 8;
- 2) zasady pracy do godz. 18.00 jeden raz w tygodniu.

3. W uzasadnionych sytuacjach, w szczególności związanych z brakiem możliwości zabezpieczenia dostępności do świadczeń, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odstąpić od zasad określonych w ust. 1 oraz ustalić

inną wartość etatu przeliczeniowego niż wielkość kalkulacyjna, z uwzględnieniem dostosowania harmonogramu pracy proporcjonalnie do zasady, o której mowa w § 2 ust.1 pkt 8.

4. O przyjęciu innej wielkości etatu przeliczeniowego na obszarze właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu, dyrektor oddziału wojewódzkiego 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 Upoważnień 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.

**§ 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; oraz

3) ryczałt miesięczny (kwota przeznaczona na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego miesiąca) – w przypadku Programu.

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.

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

- 1) minimum 30% wartości umowy w zakresie: świadczenia ortodoncji przeznaczone 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 sytuacji 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 sytuacji udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 1 i 2, 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.** 1. 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.

2. Do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zawartych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia stosuje się, nie dłużej jednak niż do dnia 1 lipca 2017 r., przepisy dotychczasowe.

3. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do umów, o których mowa w ust. 1 oraz zawartych w trybie, o którym mowa w § 19, warunków niniejszego zarządzenia, w terminie do dnia 30 czerwca 2017 r.

**§ 19.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy, o których mowa w § 21.

**§ 20.** Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 lipca 2017 r.

**§ 21.** Traci moc zarządzenie Nr 57/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

**§ 22.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**p.o. PREZESA  
NARODOWEGO FUNDUSZ ZDROWIA  
Zastępca Prezesa ds. Medycznych  
Andrzej Jacyna**

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”.