

ZARZĄDZENIE Nr /DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 2023 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 2021 r. poz. 1285, 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 w szkole oraz dentobusu); kalkulacyjna wielkość etatu przeliczeniowego wynosi 15 000 pkt;
- 3) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427 i 2469 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1079 i 1265, 1352, 1700 i 1855.

- 4) **katalog świadczeń stomatologicznych** – wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego finansowanych ze środków publicznych w podziale na zakresy;
- 5) **katalog jednostkowych świadczeń stomatologicznych** – wykaz świadczeń stomatologicznych wraz z przyporządkowanymi wycenami punktowymi oraz oznaczeniami kodowymi Funduszu, kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę;
- 6) **katalog pakietów świadczeń stomatologicznych** – wykaz grup świadczeń z przyporządkowanymi wycenami punktowymi, oraz oznaczeniami kodowymi Funduszu, kontraktowanych i wykonywanych przez świadczeniodawcę;
- 7) **charakterystyka pakietów świadczeń** - zbiór parametrów służących do wyznaczania grup świadczeń, rozliczanych pakietami świadczeń;
- 8) **ogólne warunki umów** – warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 9) **Program** – program „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie programów zdrowotnych;
- 10) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 11) **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;
- 12) **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;
- 13) **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 1a 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 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.

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.

3. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, ponad kwotę zobowiązania w tym kwartale.

§ 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. W przypadku świadczeń udzielonych dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, świadczenia udzielane w dentobusie oraz świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2b i pkt 12 rozporządzenia - wprowadza się współczynnik 1,5 korygujący wycenę punktową świadczeń jednostkowych, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych wskazaną w załączniku 1b i 1c;

3. W przypadku świadczeń udzielonych kobietom w ciąży oraz w okresie połogu w ramach zakresu: świadczenia ogólnostomatologiczne, wprowadza się współczynnik 1,2 korygujący wycenę punktową świadczeń jednostkowych, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych wskazaną w załączniku 1b i 1c;

§ 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 z zakresu leczenia stomatologicznego wskazywane są do rozliczenia zgodnie z wyceną świadczeń wskazaną w załączniku 1b oraz 1c, przy stosowaniu zasad tworzenia pakietów świadczeń zgodnie z charakterystyką pakietów świadczeń określoną w załączniku 1d;
- 5) w przypadku wskazania do rozliczenia podczas jednej wizyty więcej niż jednego pakietu świadczeń, wycena najwyżej punktowanego pakietu rozliczana jest ze współczynnikiem 1,0; zaś wycena kolejnych pakietów ze współczynnikiem 0,8;
- 6) przyjmuje się, że wycena pakietów świadczeń określona w załączniku 1c obejmuje badanie przedmiotowe i podmiotowe w zakresie koniecznym do udzielenia świadczeń wskazanych w pakietach;
- 7) 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;
- 8) 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 4 do zarządzenia.

3. W przypadku objęcia Programem świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania od niego oświadczenia, zawierającego

informacje o uprawnieniu do korzystania z Programu (kontynuacji Programu) zgodnie z rozporządzeniem w sprawie programów zdrowotnych.

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 w:

1) poz. 103 - 114 załącznika nr 1a do zarządzenia, rozliczane są w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia oraz świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2b i pkt 12 rozporządzenia;

2) poz. 115 załącznika nr 1a do zarządzenia, rozliczane są w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2b i pkt 12 rozporządzenia.

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

§ 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 formie dostarczonej 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. W celu sfinansowania świadczeń udzielonych uczniom zgodnie z przepisami art. 9, art. 12 ust. 3 i art. 29 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz.1078) w zakresach:

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne;
- 2) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- 3) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie;
- 4) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2b i pkt 12 rozporządzenia
- ustala się w umowie odrębne kwoty zobowiązania.

2. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulega kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

3. Kwota zobowiązania w odniesieniu do zakresu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, obejmuje łącznie wszystkie świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, zgodnie z przepisami rozporządzenia.

4. Podstawą do rozliczenia świadczeń w zakresach świadczeń określonych w ust. 1 jest zawarcie przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń poza terenem szkoły, porozumienia, o którym mowa w art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.

5. Świadczeniodawca po zawarciu porozumienia, o którym mowa w ust. 4 przekazuje, bez zbędnej zwłoki, jego kopię do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

6. W celu sfinansowania świadczeń rozliczanych pakietami w zakresach:

- świadczenia ogólnostomatologiczne
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym
- świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS
- świadczenia periodontologii
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii
- świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży
- świadczenia protetyki stomatologicznej

- świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki
 - świadczenia udzielane w dentobusie
 - świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym
- ustala się w umowie odrębne kwoty zobowiązania.

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 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

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

Prezes

Narodowego Funduszu Zdrowia

Spis załączników:

- 1) załącznik nr 1a „Katalog gwarantowanych świadczeń stomatologicznych”;

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