

**ZARZĄDZENIE Nr 77/2013/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 12 grudnia 2013 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 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1**

**Postanowienia ogólne**

**§ 1.** Zarządzenie określa postępowanie w sprawie zawarcia i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, a także warunki wymagane od świadczeniodawców zainteresowanych zawarciem umowy w tym rodzaju oraz warunki dodatkowo oceniane w trakcie postępowania prowadzonego w sprawie jej zawarcia.

**§ 2.** 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **etat przeliczeniowy** - liczba punktów rozliczeniowych na miesiąc, przeznaczona na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez jednego lekarza udzielającego świadczeń w wymiarze czasu pracy określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia; kalkulacyjna wysokość etatu przeliczeniowego wynosi 15 000 pkt;
- 2) **Fundusz** - Narodowy Fundusz Zdrowia;

---

<sup>1)</sup>Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154, 879, 983 i 1290.

- 3) **katalog zakresów i świadczeń** - wykaz zakresów i świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych wraz z przyporządkowanymi wycenami punktowymi, kontraktowany i wykonywany przez świadczeniodawcę;
- 4) **lekarz specjalista** – lekarza dentystę, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 5) **lekarz ze specjalizacją I stopnia** – lekarza dentystę, który posiada specjalizację I stopnia w określonej dziedzinie medycyny;
- 6) **lekarz w trakcie specjalizacji** – lekarza dentystę, który:
  - a) rozpoczął specjalizację w określonej dziedzinie medycyny i udziela świadczeń zdrowotnych w ramach szkolenia specjalizacyjnego w podmiocie leczniczym uprawnionym do prowadzenia tego kształcenia zgodnie z odrębnymi przepisami, pod nadzorem lekarza specjalisty oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji, wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę w poradni specjalistycznej,
  - b) ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w przypadku specjalizacji w dziedzinie ortodoncji;
- 7) **miejsce udzielania świadczeń** - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu udzielania świadczeń określonego zakresu;
- 8) **Ogólne warunki umów** - warunki umów określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- 9) **pozostały personel** – personel, który stanowią:
  - a) osoba pracująca na stanowisku pomocy dentystycznej posiadająca średnie wykształcenie oraz przeszkolenie zawodowe, lub
  - b) osoba, która ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała:
    - tytuł zawodowy asystentki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie asystentka stomatologiczna lub

- tytuł zawodowy higienistki stomatologicznej lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie higienistka stomatologiczna, lub
- c) osoba, która ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku higiena dentystyczna lub ukończyła studia wyższe na innym kierunku studiów o specjalności higiena dentystyczna (stomatologiczna) i uzyskała tytuł licencjata, lub
- d) osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu higieny dentystycznej, obejmujące co najmniej 1688 godzin kształcenia z zakresu higieny dentystycznej i uzyskała co najmniej tytuł licencjata;
- 10) **ustawa** - ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 11) **Program** - program „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. poz. 1505);
- 12) **zakres świadczeń** - świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania.

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

- 1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. poz. 1462), zwanym dalej „rozporządzeniem MZ”;
- 2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, zwanym dalej „rozporządzeniem MZ o programach zdrowotnych”; oraz
- 3) Ogólnych warunkach umów.

## **Rozdział 2**

### **Cel postępowania i przedmiot umowy**

**§ 3.** Przedmiot postępowania, o którym mowa w § 1 stanowi wyłonienie świadczeniodawców, którzy będą udzielali świadczenia w zakresach, o których mowa w § 4.

**§ 4.** 1. W rodzaju leczenie stomatologiczne wyodrębnia się następujące zakresy (grupy świadczeń gwarantowanych):

- 1) świadczenia ogólnostomatologiczne;
- 2) świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- 3) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym;
- 4) świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS;
- 5) świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii;
- 6) świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży;
- 7) świadczenia protetyki stomatologicznej;
- 8) świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki;
- 9) świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej;
- 10) Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

2. Świadczenia w zakresach o których mowa w ust. 1 pkt 1-9, są gwarantowane na podstawie rozporządzenia MZ, natomiast w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 10, na podstawie rozporządzenia MZ o programach zdrowotnych.

**§ 5.** 1. Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowi realizacja świadczeń, udzielanych świadczeniobiorcom w poszczególnych zakresach, finansowanych przez Fundusz.

2. Katalog zakresów i świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 - 9, określony jest w załączniku nr 1 do zarządzenia.

3. Opis świadczeń udzielanych w ramach Programu określony jest w załączniku nr 6 do zarządzenia.

4. Wzór umowy, o której mowa w ust. 1, określony jest w załączniku nr 2 do zarządzenia.

5. Dokonanie modyfikacji wzoru umowy wymaga pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

**§ 6.** 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.

### **Rozdział 3**

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

**§ 7.** 1. Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu w sprawie zawarcia i realizacji umowy w rodzaju leczenie stomatologiczne obowiązany jest spełniać wymagania:

- 1) określone w załącznikach nr 3a-j i 4 do zarządzenia oraz przepisach odrębnych;
- 2) dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 8.

2. Wymóg, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, dotyczy 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 jeden etat przeliczeniowy w odniesieniu do jednego lekarza pracującego w wymiarze czasu określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia;
- 2) na nie mniej niż pół etatu przeliczeniowego w odniesieniu do jednego lekarza.

2. W uzasadnionych sytuacjach dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może odstąpić od zasad określonych w ust. 1 oraz ustalić inną wartość etatu przeliczeniowego niż wielkość kalkulacyjna określona w § 2 ust. 1 pkt 1.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wyrazić zgodę na realizację przez jednego lekarza świadczeń w wymiarze większym niż wymiar jednego etatu przeliczeniowego.

## **Rozdział 4**

### **Zasady udzielania świadczeń**

**§ 9.** 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy zawartej ze świadczeniodawcą, udzielane są osobiście przez osoby zgłoszone przez świadczeniodawcę do realizacji umowy. Kwalifikacje personelu udzielającego świadczenia stomatologiczne, określone są w rozporządzeniu MZ oraz rozporządzeniu MZ o programach zdrowotnych.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń będących przedmiotem umowy, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy, o której mowa w § 5 ust. 1.

**§ 10.** 1. W ramach realizacji Programu udzielane są świadczenia:

- 1) u niemowląt - przedoperacyjne kształtowanie szczęki płytką podniebienną;
- 2) korekta zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi;
- 3) korekta zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami stałymi;
- 4) rehabilitacja protetyczna;
- 5) leczenie retencyjne;
- 6) uzupełnienie braków zębowych protezami ruchomymi.

2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1, realizowane są zgodnie z rozporządzeniem MZ o programach zdrowotnych oraz z opisem Programu określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia.

**§ 11.** 1. 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 7 do zarządzenia.

2. W sytuacji objęcia Programem świadczeniobiorcy, który ukończył 18. rok życia, świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania od niego oświadczenia, zawierającego informacje określone w załączniku nr 8 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.

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

4. Wypełnione oświadczenia świadczeniodawca załącza do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

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

- 1) w poz. 103 - 114 załącznika nr 1 do zarządzenia udzielane 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 udzielane są w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne.

2. W sytuacji udzielania świadczeń, o których mowa w ust. 1, nie dopuszcza się równoczesnego rozliczenia innych świadczeń stomatologicznych wyszczególnionych w załączniku nr 1 do zarządzenia.

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

2. Świadczeniodawca obowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale wojewódzkim Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy.

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, oddział wojewódzki Funduszu może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 7 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne.

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

6. Przy udzielaniu świadczenia, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego przysługującego mu zgodnie z rozporządzeniem MZ raz na pięć lat oraz prawa do naprawy uzupełnienia protetycznego raz na dwa lata.

7. Potwierdzenie prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego odbywa się na podstawie pisemnego oświadczenia składanego przez świadczeniobiorcę oraz dodatkowo może być weryfikowane drogą elektroniczną (w formacie dostarczonym przez Fundusz).

**§ 14.** Dowodem wykonania protezy zębowej, aparatu ortodontycznego lub ich naprawy jest zlecenie świadczenia protetycznego/świadczenia ortodontycznego, zawierające informacje określone w załączniku nr 5 do zarządzenia, w którym świadczeniobiorca potwierdza odbiór wykonanego świadczenia. Potwierdzone zlecenie załączane jest do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

## **Rozdział 5**

### **Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń**

**§ 15.** 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; 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, o której mowa w § 5 ust. 1.

3. Rozliczając udzielone świadczenia świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

- 1) minimum 30% wartości umowy zawartej na zakres: świadczenia ortodoncji przeznaczone jest na realizację świadczeń stomatologicznych obejmujących wykonanie nowych aparatów ortodontycznych;
- 2) warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów oraz w umowie, o której mowa w § 5 ust. 1;
- 3) świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu nie są wykazywane do rozliczenia w ramach innej umowy;
- 4) świadczeniodawca realizujący umowę w zakresie Programu, 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;
- 5) świadczenia gwarantowane, o których mowa w rozporządzeniu MZ, są w całości finansowane ze środków przeznaczonych na realizację umów zawartych z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu i nie podlegają współfinansowaniu przez świadczeniobiorców;
- 6) świadczenia wykonywane w innym standardzie niż określone w rozporządzeniu MZ, w całości finansowane są przez świadczeniobiorcę.

**§ 16.** Przepisy zarządzenia stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia i zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczących udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2014 r.

**§ 17.** Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

**§ 18.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**PREZES**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

**Agnieszka Pachciarz**