



Narodowy Fundusz Zdrowia

Leczenie stomatologiczne – zmiany w sposobie rozliczania świadczeń od 1 kwietnia 2023 r.

Lek. dent. Katarzyna Maślińska – Jęczeń

Główny specjalista

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

10 maja 2023 r.

Zarządzenie Prezesa Funduszu Nr 60/2023/DOSZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ

1. GLASSJONOMERY

- Wprowadzenie nowej wyceny wypełnień z użyciem glassjonomerów/szkłojonomerów (zamiast amalgamatu rtęci).
- Wycena każdego z wypełnień obejmuje usunięcie wypełnienia amalgamatowego.
- Świadczenia z wyceną są wymienione w załączniku 1b.

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ

GLASSJONOMERY – załącznik 1b

L.p	Świadczenia				Zakresy świadczeń											
	Kod świadczenia wg rozporządzenia Ministra Zdrowia (wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM)	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Wartość punktowa świadczeń	Kod											
					07.0000.218.02	07.0000.221.02	07.0000.219.02	07.0000.311.02	07.0000.223.02	07.0000.220.02	07.0000.200.213.02	07.0000.214.02	07.0000.217.02	07.1850.118.03	07.0000.400.02	07.0000.500.02
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 stomatologicznej pomocy doraźnej	świadczenia udzielane w dentobusie	świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	23.0301*	5.13.00.2303010	Rentgenodiagnostyka -zdjęcia wewnątrzustne	20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	23.0401	5.13.00.2304010	Znieczulenie miejscowe powierzchniowe	3	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	23.0402	5.13.00.2304020	Znieczulenie miejscowe nasiętkowe	12	x	x		x	x	x			x	x	x	x
4	23.0403	5.13.00.2304030	Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne	20	x	x		x	x	x			x	x	x	x
42	23.1108	5.13.00.2311080	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	52	x	x	x	x							x	x

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ GLASSJONOMERY cd

Lp.	Kod świadczenia wg rozporządzenia Ministra Zdrowia (wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9-CM)	Kod świadczenia wg NFZ	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Wartość punktowa świadczeń
8	23.1502	5.13.00.2315020	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 1 powierzchni	45
9	23.1503	5.13.00.2315030	Całkowite opracowanie i odbudowa ubytku na 2 powierzchniach	54
11	23.1504	5.13.00.2315040	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 2 powierzchniach	71
12	23.1505	5.13.00.2315050	Całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku na 3 powierzchniach	74
42	23.1108	5.13.00.2311080	Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego	52

✓ **Czy w zarządzeniu uwzględnione jest usunięcie wypełnienia amalgamatowego.**

Odpowiedź: zgodnie z wyceną AOTMiT każde wypełnienie w zębie (na 1, 2, 2 rozległych i 3 powierzchniach i w zębie mlecznym) zawiera koszt usunięcia wypełnienia amalgamatowego.

nie będzie odrębnego świadczenia dotyczącego usunięcia wypełnienia amalgamatowego.

Separator amalgamatu nie jest wyposażeniem obowiązkowym.

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ

1. GLASSJONOMERY – cd - sumowanie

- Można sumować ze świadczeniami z Katalogu 1b;
- Można sumować z pakietami, z zastrzeżeniem, że świadczenia nie dublują się np. jeżeli znieczulenie w pakiecie obejmuje tę samą lokalizację – nie może być dosumowane.

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ

2. PAKIETY ŚWIADCZEŃ

- Wybrane świadczenia rozliczane są pakietami (grupami świadczeń):
- Wycena pakietów określona przez jest przez AOTMiT na podstawie analizy wykonania świadczeń, uwzględniającej świadczenia kierunkowe i towarzyszące.
- Świadczenia rozliczane są pakietami we wszystkich zakresach świadczeń (oprócz finansowanych ryczałtem – tu należy sprawozdawać w celach statystycznych).

Świadczenia rozliczane pakietami:

- świadczenia chirurgii stomatologicznej,
- periodontologii,
- badanie lekarza dentysty kontrolne i z instruktażem higieny jamy ustnej,
- usunięcie złogów nazębnych
- ✓ 34 świadczenia rozliczane są pakietami,
- ✓ Pozostałe świadczeń jako jednostkowe wyceny.

Główne zmiany wprowadzone zarządzeniem 60/2023/DSOZ

2. PAKIETY ŚWIADCZEŃ

- Wycena pakietów– załącznik 1c

Załącznik 1c

L.p.	kod pakietu świadczeń wg NFZ	kod pakietu świadczeń wg charakterystyki	Nazwa pakietu świadczeń	wartość punktowa pakietów świadczeń	świadczenia ogólnostomatologiczne - grupy świadczeń	świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. grupy świadczeń	świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym grupy świadczeń	świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS - grupy świadczeń	świadczenia periodontologii - grupy świadczeń	świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii - grupy świadczeń	świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży - grupy świadczeń	świadczenia protetyki stomatologicznej - grupy świadczeń	świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki - grupy świadczeń	świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej - grupy świadczeń	świadczenia udzielane w dentobusie - grupy świadczeń	świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym - grupy świadczeń
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	5.13.00.7000001	ST01	Ekstrakcje zębów jednokorzeniowych w znieczuleniu miejscowym i założeniem opatrunku uciskowego	93	x	x	x	x	x	x				x	x	x
2	5.13.00.7000002	ST02	Ekstrakcje zębów wielokorzeniowych w znieczuleniu miejscowym i założeniem opatrunku uciskowego	104	x	x	x	x	x	x				x	x	x
3	5.13.00.7000003	ST03	Chirurgiczne usunięcie zęba w znieczuleniu miejscowym z założeniem opatrunku chirurgicznego i szyciem	166	x	x	x	x	x	x				x	x	x
4	5.13.00.7000004	ST04	Kiretaż zwykły	130	x	x	x	x	x	x					x	x
5	5.13.00.7000005	ST05	Kiretaż otwarty	260			x		x	x						
6	5.13.00.7000006	ST06	Plastyka wędzidełka, wargi, policzka	162			x		x	x						

CHARAKTERYSTYKA PAKIETÓW —zasady tworzenia pakietu - załącznik 1d

przykład 1

- **ST01 Ekstrakcje zębów jednokorzeniowych w znieczuleniu miejscowym i założeniem opatrunku uciskowego**

wymagane wskazanie procedury 23.1701 Usunięcie zęba jednokorzeniowego oraz co najmniej jednej procedury z listy procedur dodatkowych ST1, możliwe wskazanie więcej niż 1 procedury z listy procedur dodatkowych ST2

ST1: 23.0401 Znieczulenie miejscowe powierzchniowe, 23.0402 Znieczulenie miejscowe nasiękowe, 23.0403 Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne

ST2: 23.1809 Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem, 23.1812 Chirurgiczne zaopatrzenie dużej, albo znacznie zanieczyszczonej rany w obrębie połowy szczęki włącznie z opracowaniem i szwami, 23.1815 Założenie opatrunku chirurgicznego.

CHARAKTERYSTYKA PAKIETÓW — zasady tworzenia pakietu - załącznik 1d

Przykład 2 - **ST10 Wyluszczenie torbieli zębopochodnej**

wymagane wskazanie procedury 23.1807 Wyluszczenie torbieli zębopochodnej oraz Y90 Badanie histopatologiczne oraz co najmniej jednej procedury z listy procedur dodatkowych ST1, możliwe wskazanie więcej niż 1 procedury z listy procedur dodatkowych ST2

ST1 :23.0401 Znieczulenie miejscowe powierzchniowe, 23.0402 Znieczulenie miejscowe nasiętkowe, 23.0403 Znieczulenie przewodowe wewnątrzustne

ST2 :23.1809 Chirurgiczne zaopatrzenie małej rany obejmującej do 3 zębodołów włącznie ze szwem, 23.1812 Chirurgiczne zaopatrzenie dużej, albo znacznie zanieczyszczonej rany w obrębie połowy szczęki włącznie z opracowaniem i szwami, 23.1815 Założenie opatrunku chirurgicznego.

Brak możliwości odrębnego rozliczania świadczeń:

- płukanie kieszonki dziąsłowej,
- badanie żywotności zęba

Świadczenia te finansowane są tylko w pakietach.

Główne założenia przyjęte do modelu rozliczeń pakietów:

1. czas pracy lekarza specjalisty (za godzinę pracy lekarza) decydującym kryterium w określeniu wyceny pakietu , dodatkowo inne kryteria np. koszt pracy asystentki, wyposażenia, narzędzi dentystycznych, materiałów stomatologicznych itd,
2. łączenie pakietów przy zachowaniu zasady, że drugi pakiet rozliczany jest ze współczynnikiem 0,8.
3. badanie lekarza dentysty – każdy pakiet obejmuje wycenę badania koniecznego do wykonania świadczeń z pakietu jeżeli jest to odrębna procedura – można sumować.

- ✓ **Przykładowe czasy trwania zabiegów rozliczanych pakietami, na podstawie których dokonano wyceny pakietów np.:**
 - Ekstrakcja zęba jednokorzeniowego: 30 minut
 - Ekstrakcja zęba wielokorzeniowego: 35 minut,
 - Badanie lekarskie: kontrolne 25 minut
 - Założenie opatrunku chirurgicznego 30 minut

Zasady

1. można sumować pakiety ze sobą (drugi pakiet 80%), 100% pakiet droższy .
2. można sumować pakiety i świadczenia rozliczane jednostkowo,
3. pakietmożna sumować z pakietami i świadczeniami rozliczanymi jednostkowo,
4. BADANIE LEKARZA DENTYSTY - musi to być odrębne, opisane w dokumentacji medycznej świadczenie, w innym przypadku jest w cenie każdego pakietu,
5. usunięcie złogów: inna wycena dla periodontologów w przypadku III i IV stopnia zapalenia przyzębia.

Zasady finansowania pakietów :

- 1. W pomocy doraźnej** – finansowanie wszystkich świadczeń odbywa się w ramach ryczału, sprawozdawanie świadczeń rozliczanych pakietami odbywa się tylko dla potrzeb statystycznych.
- 2. W zakresie skojarzonym realizowanym na podstawie porozumień** zawartych przez świadczeniodawcę z organem założycielskim szkoły.
- 3. W pozostałych zakresach w ramach zakresów skojarzonych.**

Przykład:

Umowa dla zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych z porozumieniem dot. uczniów

1. Zakres świadczenia ogólnostomatologiczne
2. Zakres skojarzony – grupy świadczeń (rozliczanie pakietów)
3. Drugi zakres skojarzony – świadczenia udzielane uczniom w ramach porozumienia.

Świadczenia rozliczane pakietami w przypadku uczniów rozliczane są w punkcie 2.

✓ **Finansowanie pakietów – w jaki sposób określono limity w umowach w różnych oddziałach:**

- Na podstawie historycznego wykonania w całym zakresie (w okresie roku lub w pierwszej połowie 2022 r. lub pierwszych trzech miesięcy 2023 r.)
- Na podstawie historycznego wykonania konkretnej umowy w konkretnym miejscu udzielania świadczeń,
- Symbolicznie na zakres skojarzony - grupy świadczeń – 1 pkt.

Oddziały wojewódzkie muszą przesunąć środki finansowe w każdej umowie (wg. realizacji świadczeń), aby wszystkie umowy mogły być rozliczone do kwoty zobowiązania.

Przesunięcie środków w każdej umowie – odbędzie się drogą aneksów.

Pytania i odpowiedzi:

✓ Czy w produktach skojarzonych dla uczniów będą wprowadzone pakiety?

Ponieważ świadczenia w ramach porozumień realizowane są przez świadczeniodawców posiadających umowy na zakres podstawowy, wszystkie świadczenia rozliczane pakietami będą rozliczane w jednym zakresie skojarzonym. Nie będzie zakresu skojarzonego (pakietów) do zakresu skojarzonego (świadczenia dla uczniów).

▪

Etat przeliczeniowy

- ✓ **Czy świadczenia stomatologiczne udzielane dzieciom z uwagi na współczynnik korygujący 1,5 powinny być kontraktowane w ramach podwyższonego o współczynnik etatu przeliczeniowego?**

Odpowiedź: Zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w Stomatologii Dziecięcej współczynnik korygujący 1,5 jest zastosowany, ponieważ leczenie dziecka trwa dłużej, nie jest więc zasadne podwyższanie etatu przeliczeniowego. Dodatkowo nadwykonania w świadczeniach dla dzieci są nielimitowane i płacone z Funduszu Medycznego.

✓ Czy pakiet ST01 dotyczy jednego zęba , czy wielu zębów?

Odpowiedź: ST01 to ekstrakcja jednego zęba

Każdy następny pakiet (np. usunięcie kolejnego zęba) jest rozliczany ze współczynnikiem 0,8.

- ✓ **Czy nastąpi zwiększenie wielkości etatu przeliczeniowego w związku ze wzrostem wyceny pakietów?**

Odpowiedź: na podstawie wykonania świadczeń pierwszego miesiąca i następnych miesięcy oddziały wojewódzkie podejmą decyzje o wielkości etatów przeliczeniowych.

- ✓ **Czy przy wykonaniu pakietów świadczeniodawca musi wskazać kody jednostkowych świadczeń wchodzących w jego skład?**

Odpowiedź: Tak, bo to jest konieczne do zakwalifikowania do pakietu i analiz.

- ✓ **na jednej wizycie można wykonywać jeden pakiet 100%, każdy następny ma wartość 80%, dlaczego?**

Odpowiedź: wykonanie świadczenia rozliczanego pakietem u tego samego pacjenta , podczas jednej wizyty zmniejsza koszty świadczenia (np. redukuje koszty sprzętu jednorazowego , znieczulenia, czasu trwania wizyty i inn.) - dlatego każde kolejne świadczenie jest wartości 80%. Dotyczy to wyłącznie pakietów.

Kolejne świadczenia stomatologiczne będą wyceniane przez AOTMiT jako pakiety. Obecnie dobiega końca wycena świadczeń protetyki.

Dziękuję za uwagę

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia