



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA w Białymstoku

Adres siedziby: ul. Świętojańska 7, 15-082 Białystok
sekretariat: 85 73-21-935, fax: 85 73-27-172
ubezpieczenie OC: 85 73-21-694, e-mail: bialystok@hipokrates.org

Nr konta: Bank PEKAO S.A. O/Białystok Nr 79124011541111000021488177 NIP 542-19-63-951

Białystok, dnia 18.09.2026 r.

OIL – 750/2026

I Wiceprezes ORL OIL Białystok
Prof. dr hab. Anna Zalewska

Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej ORL
OIL Białystok
Lek. dent. Anna Kotowska-Rodziewicz

ul. Świętojańska 7
15-082 Białystok
e-Doręczenia: AE:PL-65644-98319-ESUCU-26

Dyrektor
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Anna Rzemek
ul. Pałacowa 3 15-042 Białystok

Szanowna Pani Dyrektor,

w imieniu Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku, działając jako jej przedstawicielki oraz reprezentując środowisko lekarzy dentystów prowadzących podmioty lecznicze realizujące świadczenia z zakresu stomatologii na terenie województwa podlaskiego, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie wiążącej interpretacji dotyczącej zasad stosowania, sprawozdawania i rozliczania znowelizowanych pakietów higienizacyjnych dla dzieci i młodzieży (ST 30D, ST 30E, ST 30F, ST 30G) oraz ich łączenia z innymi świadczeniami stomatologicznymi.

Wprowadzone od 1 września 2026 r. zmiany, choć ukierunkowane na racjonalizację wydatków i doprecyzowanie zakresu świadczeń gwarantowanych, wywołały w środowisku świadczeniodawców szereg wątpliwości interpretacyjnych. Ich brak jednoznacznego rozwiania rodzi ryzyko niejednolitego stosowania przepisów, błędów w sprawozdawczości, a w konsekwencji – zwrotów nienależnie pobranych świadczeń po przeprowadzonych kontrolach. Co istotne, nieprawidłowości te mogą negatywnie wpłynąć na ciągłość i dostępność opieki stomatologicznej dla najmłodszych pacjentów.

Mając na uwadze dobro pacjentów, potrzebę stabilności systemu rozliczeń oraz jednolitość praktyki stosowania prawa na terenie całego województwa, uprzejmie proszę o ustosunkowanie się do poniższych, kluczowych dla codziennej pracy gabinetów stomatologicznych, zagadnień:

1. Sposób sprawozdawania pakietu ST 30D

Czy pakiet **ST 30D**, jeżeli zgodnie z opisem może być wykonany raz w roku, powinien być sprawozdawany **czterokrotnie w roku**, analogicznie do pakietu ST 30, czy też należy go wykazywać **jeden raz w połączeniu z pakietem ST 30E, a pozostałe trzy realizacje rozliczać w innych konfiguracjach określonych dla danego schematu świadczeń?**

Prosimy o jednoznaczne wskazanie prawidłowego sposobu sprawozdawania ST 30D wraz z przykładowym sposobem wykazania świadczeń w ciągu roku.

2. Częstotliwość realizacji pakietów ST 30D i ST 30F

Czy pakiety **ST 30D oraz ST 30F**, które w swoim opisie wskazują możliwość wykonania **raz w roku**, mogą być faktycznie sprawozdawane **jeden raz w roku**, zgodnie z ich opisem, mimo że zawierają procedurę **23.0101**, którą również można wykazać raz w roku?

W szczególności prosimy o potwierdzenie, czy fakt zawarcia procedury 23.0101 w pakiecie ST 30D lub ST 30F nie powoduje ograniczenia możliwości wykonania danego pakietu zgodnie z jego opisem.

Wątpliwość ma istotne znaczenie praktyczne, ponieważ przyjęcie interpretacji, zgodnie z którą pakiety te nie mogą być realizowane w pełnym zakresie przewidzianym ich opisem, mogłoby prowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń i – w naszej ocenie – pozostawać w sprzeczności z zasadami realizacji świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie zwracamy uwagę, że w uzasadnieniu zmian wskazano, iż **suma procedur związanych z usuwaniem zębów pozostaje bez zmian**, co może wskazywać na zachowanie dotychczasowego zakresu świadczeń wynikającego z koszyka świadczeń gwarantowanych.

Prosimy zatem o wskazanie, w jaki sposób należy interpretować tę zasadę w odniesieniu do możliwości realizacji pakietów ST 30D i ST 30F.

3. Metodologia wyceny pakietów higienizacyjnych przez AOTMiT

Prosimy o przedstawienie **metodologii zastosowanej przez AOTMiT przy wycenie pakietów higienizacyjnych ST 30D–ST 30G**, w szczególności:

- jakie elementy kosztowe zostały uwzględnione przy kalkulacji wartości punktowej poszczególnych pakietów,
- jakie procedury i czasy ich realizacji przyjęto do kalkulacji,
- jakie współczynniki zostały zastosowane,
- w jaki sposób uwzględniono czas pracy personelu, koszty materiałów oraz organizację świadczenia.

Wątpliwości budzi sytuacja, w której **pakiet obejmujący badanie jamy ustnej oraz lakierowanie, po zastosowaniu odpowiedniego współczynnika, uzyskuje wyższą wartość punktową niż pakiet obejmujący wskazane wyżej procedury wraz z usuwaniem zębów miękkich.**

W związku z tym prosimy o udostępnienie lub wskazanie dokumentu zawierającego kalkulację wyceny przygotowaną przez AOTMiT dla poszczególnych pakietów higienizacyjnych, wraz z założeniami przyjętymi do tej kalkulacji.

4. Brak możliwości łączenia ST 30E i ST 30G z pakietem ST 34 – badanie kontrolne

Prosimy o wyjaśnienie, czym kierowano się przy ustalaniu **braku możliwości łączenia pakietów ST 30E oraz ST 30G z pakietem ST 34 – badanie kontrolne.**

Wątpliwość dotyczy przede wszystkim świadczeń udzielanych dzieciom, dla których badanie kontrolne stanowi istotny element procesu diagnostyczno-profilaktycznego, w szczególności u dzieci małych oraz w okresie wymiany uzębienia.

Prosimy o wyjaśnienie:

1. jakie przesłanki merytoryczne i organizacyjne stanowiły podstawę wprowadzenia tego ograniczenia,
2. czy była analizowana konsekwencja takiego rozwiązania dla organizacji leczenia dzieci,
3. czy ograniczenie to ma na celu zapobieganie podwójnemu rozliczaniu tych samych czynności, a jeżeli tak – jakie konkretne czynności są uznawane za dublujące się.

W praktyce brak możliwości połączenia tych świadczeń może powodować konieczność umawiania dziecka na dodatkową wizytę, niejednokrotnie w bardzo krótkim odstępie czasu, co może skutkować zwiększeniem liczby wizyt, obciążeniem rodziców oraz wydłużeniem kolejek do świadczeń stomatologicznych.

Prosimy o wskazanie, czy prowadzone były analizy wpływu tego rozwiązania na dostępność świadczeń dla dzieci.

5. Rozliczanie świadczeń bólowych i urazowych po wykorzystaniu czasu przewidzianego w pakietach higienizacyjnych

Prosimy o wyjaśnienie, w jaki sposób będzie funkcjonowało rozliczanie **świadczeń udzielanych pacjentom z bólem oraz pacjentom po urazach**, w sytuacji gdy świadczeniodawca w danym okresie wykorzystał już czas lub zakres świadczeń przewidziany w pakietach higienizacyjnych.

Czy po wykorzystaniu wskazanego w pakietach czasu:

- świadczenia udzielane pacjentom bólowym i urazowym będą nadal prawidłowo rozliczane na zasadach właściwych dla tych świadczeń,
- czy też system informatyczny będzie blokował możliwość ich rozliczenia,
- ewentualnie czy świadczenia te mogą zostać zakwestionowane podczas kontroli z uwagi na wcześniejsze wykorzystanie limitu czasu wynikającego z realizacji pakietów higienizacyjnych?

Prosimy o jednoznaczne wskazanie zasad postępowania w takim przypadku, ze szczególnym uwzględnieniem konieczności zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń pilnych.

6. Brak możliwości lakierowania zębów u dzieci po usunięciu złogów twardych

Prosimy również o wskazanie podstawy merytorycznej oraz zasadności ograniczenia dotyczącego **braku możliwości wykonania lakierowania zębów u dziecka po uprzednim usunięciu złogów twardych**, jeżeli takie ograniczenie wynika z konstrukcji pakietów lub zasad ich łączenia.

Wątpliwość wynika z charakteru obu czynności. **Lakierowanie zębów jest procedurą o charakterze profilaktycznym**, natomiast usunięcie złogów twardych jest czynnością o innym charakterze i innym celu klinicznym.

Prosimy o wyjaśnienie, czy ograniczenie możliwości wykonania lakierowania po usunięciu złogów twardych zostało wprowadzone:

- z przyczyn klinicznych,

- z przyczyn dotyczących kalkulacji czasu i kosztów świadczenia,
- czy wyłącznie z przyczyn związanych z zasadami rozliczania i konstrukcją pakietów.

Jednocześnie prosimy o wskazanie, czy przy ustalaniu tego ograniczenia uwzględniano fakt, że **lakierowanie stanowi zabieg profilaktyczny, a nie procedurę służącą znoszeniu nadwrażliwości pozabiegowej.**

7. Określenie, co oznacza „raz w roku”

Prosimy o jednoznaczne wyjaśnienie, w jaki sposób należy rozumieć określenie „**raz w roku**” znajdujące się przy opisie poszczególnych pakietów.

Czy oznacza ono:

a) możliwość wykonania świadczenia **raz w roku kalendarzowym**, tj. od 1 stycznia do 31 grudnia danego roku,

czy

b) możliwość wykonania świadczenia **w odstępie 12 miesięcy od daty poprzedniego wykonania świadczenia?**

Prosimy także o wskazanie, czy zasada ta jest jednakowa dla wszystkich pakietów ST 30D–ST 30G oraz czy w systemie sprawozdawczym istnieje automatyczna kontrola tego ograniczenia.

8. Równoległe wykonywanie świadczeń przez lekarza stażystę/rezydenta oraz lekarza opiekuna u różnych pacjentów.

Prosimy o jednoznaczne wskazanie, do kogo należy przypisać czas realizacji świadczenia – do pacjenta, do osoby wykonującej świadczenie, czy do całego procesu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę.

Przykładowo:

- w godz. 10:00–10:15 lekarz stażysta wykonuje u pacjenta A świadczenie ST30D, spełniając wymagany minimalny czas jego realizacji;
- w tym samym czasie lekarz opiekun udziela świadczenia innemu pacjentowi B, wykonując np. leczenie zachowawcze.

W ocenie świadczeniodawcy są to dwa niezależne świadczenia, dotyczące dwóch różnych pacjentów, wykonywane przez dwóch różnych lekarzy, a zatem równoległość czasowa nie powoduje nakładania się świadczeń u tego samego pacjenta.

Prosimy zatem o wskazanie:

1. Czy dopuszczalne jest równoczesne wykonywanie świadczenia ST30D–ST30G przez lekarza stażystę lub rezydenta u jednego pacjenta oraz innego świadczenia stomatologicznego przez lekarza opiekuna u innego pacjenta?
2. Czy minimalny czas realizacji pakietu ST30D–ST30G należy przypisywać wyłącznie do czasu pracy osoby faktycznie wykonującej dane świadczenie, czy też czas ten jest traktowany jako czas, w którym lekarz opiekun pozostający w relacji nadzoru nie może wykonywać świadczeń u innego pacjenta?
3. Czy określenie, że dane świadczenia „nie łączą się” lub „wykluczają się czasowo”, odnosi się wyłącznie do świadczeń wykonywanych u tego samego pacjenta, czy również do równoległego wykonywania świadczeń przez różnych lekarzy u różnych pacjentów?
4. Czy fakt, że lekarz stażysta lub rezydent wykonuje świadczenie pod nadzorem lekarza opiekuna, powoduje konieczność przypisania czasu jego świadczenia również do czasu pracy lekarza opiekuna?

5. Czy lekarz opiekun może w czasie, w którym nadzorowany przez niego lekarz stażysta lub rezydent realizuje pakiet ST30D–ST30G, udzielać świadczeń innemu pacjentowi?
6. Jeżeli odpowiedź na powyższe pytanie jest negatywna, prosimy o wskazanie konkretnej podstawy prawnej lub kontraktowej, z której wynika zakaz równoległego udzielania świadczeń dwóm różnym pacjentom przez dwóch różnych lekarzy.
7. Prosimy również o wskazanie, w jaki sposób świadczeniodawca powinien wykazywać w systemie sprawozdawczym równoczesne wykonywanie świadczeń przez lekarza stażystę/rezydenta oraz lekarza opiekuna, jeżeli świadczenia dotyczą różnych pacjentów i są wykonywane niezależnie od siebie.

Analogiczne wyjaśnienie prosimy odnieść do sytuacji, w której świadczenie ST30D–ST30G wykonuje lekarz rezydent, a lekarz opiekun w tym samym czasie udziela świadczenia innemu pacjentowi.

Prosimy o wskazanie praktycznego sposobu postępowania, który nie będzie prowadził do nieuzasadnionego „blokowania” czasu pracy lekarza opiekuna wyłącznie z tego powodu, że lekarz stażysta lub rezydent realizuje w tym samym czasie świadczenie u innego pacjenta.

Prośba o przekazanie dokumentacji źródłowej

W celu zapewnienia prawidłowej realizacji i sprawozdawania świadczeń prosimy również o udostępnienie lub wskazanie dokumentów będących podstawą:

- konstrukcji pakietów ST 30D–ST 30G,
- określenia ich częstotliwości realizacji,
- ustalenia zasad łączenia i wykluczeń pomiędzy poszczególnymi pakietami,
- wyceny punktowej poszczególnych pakietów,
- ustalenia ograniczeń dotyczących łączenia z pakietem ST 34,
- zasad kontroli i walidacji tych świadczeń w systemie rozliczeniowym.

W szczególności prosimy o przekazanie, o ile jest to możliwe, **kalkulacji AOTMiT dotyczącej wyceny pakietów higienizacyjnych wraz z założeniami dotyczącymi czasu realizacji poszczególnych procedur i wykorzystanych współczynników.**

Zależy nam na uzyskaniu **jednoznacznego stanowiska Podlaskiego OW NFZ w powyższych kwestiach**, tak aby świadczeniodawcy mogli stosować zasady sprawozdawania i rozliczania pakietów w sposób jednolity, zgodny z obowiązującymi zasadami oraz zakresem świadczeń gwarantowanych.

Jednocześnie prosimy, aby odpowiedź wskazywała – w miarę możliwości – **konkretne przepisy, zarządzenia, materiały AOTMiT, opisy produktów rozliczeniowych lub inne dokumenty**, na podstawie których przyjęto poszczególne zasady.

Z poważaniem

PRZEWODNICZĄCA
Komisji Stomatologicznej
[Podpis]
Lek. dent. Anna Kotowska-Rodziejewicz

WICEPREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Białymstoku
[Podpis]
Prof. dr hab. n. med. Anna Krystyna Zalewska