



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Dziecka

Marek Michalak

ZSS /500/3/2010/EK

Warszawa, 13 stycznia 2010 roku

**Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia**

Szanowna Pani Minister,

Kierowane przeze mnie do Pani Minister wystąpienia, dotyczące konieczności poprawy dostępności opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży - datowane 28 stycznia i 22 kwietnia 2009 roku - spotkały się z żywym odzewem środowiska stomatologów dziecięcych. Otrzymałem od nich pisma, zawierające propozycje zmian, zmierzające do usprawnienia i poprawy dostępności opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży.

Spotkałem się też 13 października 2009 roku z konsultantem krajowym oraz konsultantami wojewódzkimi ds. stomatologii dziecięcej. Przekazane mi wówczas informacje pozwoliły lepiej poznać problem leczenia stomatologicznego dzieci, a także zrozumieć jego złożoność. Spotkanie to przekonało mnie również o dużym zaangażowaniu środowiska stomatologów dziecięcych i ich gotowości do podejmowania działań, służących poprawie stanu uzębienia dzieci i młodzieży. Warunkiem, aby tak się stało, jest uregulowanie kwestii, które środowisko stomatologów dziecięcych postrzega jako przeszkody w swojej pracy.

Spośród spraw, które środowisko stomatologów dziecięcych artykułuje w kontaktach ze mną i moimi współpracownikami, pragnę wskazać na następujące:

- nieprawidłowa wycena procedur medycznych (m.in. leczenia endodontycznego) i zaniżone wartości kontraktów, zawieranych na świadczenie usług stomatologicznych dla dzieci, nieuwzględniające specyfiki pracy stomatologa z dzieckiem. Skutkuje to malejącym zainteresowaniem stomatologów pracą z małymi pacjentami, w tym - wykonywaniem procedur profilaktycznych. Odsunięte w czasie konsekwencje takich działań to konieczność prowadzenia u dzieci leczenia zachowawczego, protetycznego oraz leczenia chorób ogólnych, będących następstwem infekcji zębopochodnych;

- brak lub niespójność uregulowań prawnych, dotyczących stomatologii dziecięcej - w tym np. przepisów, regulujących zasady wynagradzania specjalistów z zakresu stomatologii dziecięcej oraz określających zakres i charakter działań profilaktycznych. Bywa też, że przepisy zawierają treści wykluczające się wzajemnie, np. zawierają warunki stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia - niemożliwe obecnie do spełnienia przez lekarza, pracującego w gabinecie, zorganizowanym w szkole (na problem ten zwracają uwagę przedstawiciele Okręgowej Rady Lekarskiej z Krakowa);
- brak regulacji, dotyczących dokumentowania leczenia dziecka, w tym - leczenia stomatologicznego. Nie ma obecnie wypracowanej metody dokumentowania tak, by każdy kolejny lekarz mógł podejmować działania w oparciu o wiedzę, wynikającą także z historii leczenia pacjenta. Jest to problem złożony, lecz — zwłaszcza w sytuacji, gdy leczenie finansowane ze środków publicznych musi uwzględniać kryteria finansowe - konieczne wydaje się rozpoczęcie dyskusji na ten temat;
- konsultanci wojewódzcy przyznają, że w miejscowościach, w których mieszczą się akademie medyczne, dostępność do opieki i opieka stomatologiczna dla dzieci jest lepsza - choćby dlatego, że studenci w ramach zajęć praktycznych przyjmują dzieci pod opieką pracowników naukowych. Są tam też wykonywane badania i ekspertyzy, obejmujące zagadnienia z zakresu stomatologii dziecięcej. W sytuacji najtrudniejszej znajdują się dzieci zamieszkałe w małych, oddalonych od dużych miast, miejscowościach. Uznać więc należy, że dzieci nie mają równych szans dostępu do opieki stomatologicznej - konieczna jest pilna zmiana tego stanu rzeczy;
- środowisko stomatologów dziecięcych wskazuje też na istniejące już rozwiązania lokalne, które są sprawdzonymi sposobami poprawy stanu opieki stomatologicznej dzieci i młodzieży. Być może upowszechnienie przykładów dobrych praktyk i skorzystanie z nich byłoby dobrym rozwiązaniem, możliwym do zastosowania dla wszystkich dzieci (przykładem może być działalność lekarzy z Porozumienia lekarzy stomatologów, pracujących w szkolnych gabinetach w Lublinie, nadzorowane szczotkowanie zębów w woj. łódzkim czy akcja dbania o stan uzębienia dzieci w Myślenicach).

Obecny stan uzębienia dzieci i młodzieży oraz realna dostępność do opieki stomatologicznej, świadczonej ze środków publicznych dowodzą, iż ciągle aktualną pozostaje idea utworzenia „dentobusów”. Mobilne ekipy stomatologiczne, będące własnością samorządów wojewódzkich miałyby możliwość dotarcia do każdego zakątka naszego kraju.

Sądzę, że warto przeanalizować ewentualne koszty i efektywność tego rozwiązania, funkcjonującego już w innych krajach.

Uzupełniając powyższe pragnę dodać, że Naczelna Rada Lekarska już przed sześcioma laty - w dokumencie nr 61/04/IV z 18 czerwca 2004 roku - przedstawiła swoje stanowisko w sprawie finansowania świadczeń stomatologicznych w ramach powszechnego ubezpieczenia w NFZ, zawierając w nim również priorytety, dotyczące stomatologii dziecięcej. Być może należy ponownie je rozważyć.

W trosce o zdrowie dzieci i młodzieży - działając na mocy art. 11 Ustawy z 6 stycznia 2000 roku o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.) - proszę Panią Minister o rozpatrzenie przedstawionych powyżej postulatów środowiska stomatologów dziecięcych.

z rozruchem nacisku
Marek Szwachek



MINISTER ZDROWIA

MZ-MD-400-167-19/EHM/10

Warszawa,2010.-02-.1.1..

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Ministrze,

W związku z pismem z dnia 13 stycznia 2010 roku (sygnatura: ZSS/500/3/2010/EK) w sprawie postulatów zgłoszonych przez konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach stomatologicznych na spotkaniu w dniu 13 października 2009 roku, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Wycena procedur dentystycznych, a tym samym wartość kontraktów nie jest ustalana z góry, lecz w trybie konkursu ofert albo rokowań ze świadczeniodawcą. W drodze konkursu ofert komisja konkursowa wybiera oferty, które zapewnią ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówień. W przypadkach szczególnych, określonych w ustawie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2004 r. z późn. zm. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 164 poz. 1027), w tym w przypadkach ograniczonej liczby świadczeniodawców mogących udzielać świadczenia opieki zdrowotnej będące przedmiotem postępowania, Narodowy Fundusz Zdrowia może zawierać umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań. W trakcie rokowań prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej i

warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór większej liczby ofert.

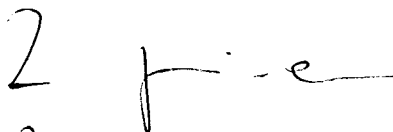
Brak jest odrębnych uregulowań prawnych, które dotyczyłyby wynagrodzeń dla lekarzy specjalistów. Lekarze specjaliści są wynagradzani na zasadach ogólnych, opracowanych przez pracodawców.

W nawiązaniu do kwestii gabinetów stomatologicznych organizowanych na terenie szkół informuję, że opieka zdrowotna nad dziećmi w środowisku nauczania i wychowania obejmuje jedynie zadania profilaktyki stomatologicznej realizowane przez pielęgniarki lub higienistki szkolne. Świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego i profilaktyki stomatologicznej realizowane są przez lekarzy stomatologów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Lekarze prowadzą swoją działalność na zasadach ogólnych, a wymagania dotyczące warunków jakie powinny służyć wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej obowiązują obligatoryjnie wszystkich świadczeniodawców.

Odnosząc się do kolejnego postulatu zgłoszonego w trakcie spotkania pragnę poinformować Pana Ministra, że Ministerstwo Zdrowia także widząc potrzebę dokumentowania historii leczenia dzieci rozpoczęło dyskusje nad projektem tego typu dokumentacji, w założeniach resortu miałyby ona dotyczyć również leczenia stomatologicznego.

W zakresie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej podstawowym podmiotem oceniającym zabezpieczenie opieki zdrowotnej jest samorząd wojewódzki, oceniający dostępność na terenie województwa. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia w konsultacji z samorządami wojewódzkimi ocenia dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju. Na tej podstawie, jak wspomniałam poprzednio, Narodowy Fundusz Zdrowia w drodze konkursu ofert wybiera oferty, które zapewnią ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność. Sprawozdanie z działalności, w szczególności zawierające informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu sporządza Prezes Funduszu. Naturalnym jest fakt, że to ilość świadczeniodawców deklarujących chęć podjęcia pracy na terenach oddalonych od dużych miast decyduje o dostępności do przedmiotowych świadczeń. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w 2007 roku w ramach programu polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia pt. „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” wykazały, że średnia wartość wskaźnika próchnicy w grupie wskaźnikowej dzieci 12 – letnich u mieszkańców miast wynosi 3,43 zaś wsi 2,76. Również wskaźnik leczenia zachowawczego wykazuje miernie nasiloną różnicę, mianowicie u dzieci zamieszkujących miasta wynosi 0,64 natomiast na wsi

0,60. Oczywiście należy dążyć do zniesienia istniejących różnic. Jedną z dróg prowadzącą do zniesienia różnic może być wspomniane przez Pana Ministra upowszechnienie przykładów dobrych praktyk oraz istniejących rozwiązań lokalnych np. poprzez Towarzystwa Naukowe, Uniwersytety Medyczne, Naczelną Izbę Lekarską.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc