



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

ZSS/500/8/2011/EK

Warszawa, 22 czerwca 2011 r.

**Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia**

Przebieg Pani Minister,

po raz kolejny pragnę zwrócić Pani uwagę na problem dostępności dzieci i młodzieży do świadczeń z zakresu stomatologii. Podczas licznych spotkań z pracownikami szkół i rodzicami, otrzymuję wiele sygnałów świadczących o bardzo wysokiej ocenie możliwości korzystania przez ich dzieci z usług stomatologicznych świadczonych w gabinetach stomatologicznych usytuowanych na terenie szkoły. Niestety, w roku 2011 możliwość ta uległa znacznemu ograniczeniu.

Funkcjonowanie na terenie szkoły gabinetu stomatologicznego, w opinii rozmówców, posiada liczne zalety. Przyczynia się do poprawy stanu zdrowotnego jamy ustnej dziecka, redukuje lęk przed wizytą u dentysty poprzez postrzeganie wizyty u stomatologa jako zdarzenia, które dotyczy wszystkich rówieśników, oswaja dzieci z potrzebą leczenia i dbałości o zęby. Lekarze, którzy zdecydowali się pracować w gabinetach zorganizowanych na terenie szkół wypracowali szereg sposobów nawiązania dobrego kontaktu z małoletnim pacjentem. Ponadto zatrudnieni w szkołach stomatolodzy chętnie włączają się w inne działania prozdrowotne podejmowane przez nauczycieli, uczestniczą w spotkaniach z uczniami i ich rodzicami propagując zdrowe zachowania dotyczące diety czy aktywności fizycznej, a w nagłych sytuacjach służą niezbędną pomocą medyczną. Możliwość skorzystania z usług stomatologa pracującego na terenie szkoły bardzo wysoko oceniają rodzice dzieci.

Ponadto, wielu dyrektorów szkół podjęło wysiłek uzyskania środków finansowych w celu dokonania modernizacji pomieszczeń oraz zakupu nowoczesnego sprzętu do

gabinetów stomatologicznych zorganizowanych w ich szkołach. Zadowolenie z posiadania gabinetów stomatologicznych w szkołach wyrażają także władze samorządowe miast oraz przedstawiciele izb lekarskich.

W związku z tym, że informacje dotyczące funkcjonowania opieki stomatologicznej w szkołach, znacznie różniły się w zależności od tego, z jakiego pochodziły województwa, przeprowadziłem analizę liczby funkcjonujących gabinetów stomatologicznych w tych placówkach, w trzech miastach wojewódzkich: Lublinie, Krakowie oraz Wrocławiu, porównując liczbę gabinetów stomatologicznych działających w szkołach w roku 2010 i 2011.

Z analizy tej wynika, że w Lublinie, w roku 2010, w placówkach oświatowych funkcjonowało 68 gabinetów, zaś w roku 2011 funkcjonuje ich, na podstawie podpisanego kontraktu z NFZ, 55. W Krakowie, ani jeden z działających w 2010 roku 67 szkolnych gabinetów stomatologicznych nie uzyskał kontraktu na świadczenie usług. We Wrocławiu natomiast w roku 2010 funkcjonowały 23 gabinety stomatologiczne w szkołach, a w 2011 roku ich liczba zmniejszyła się do 15.

W związku z tym, że w Krakowie nie zawarto ani jednego kontraktu na świadczenia stomatologiczne w gabinetach szkolnych w 2011 roku, zwróciłem się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z prośbą o podanie przyczyn podjęcia takiej decyzji. Z udzielonej odpowiedzi wynika, że *„gabinety szkolne, w zderzeniu z wymaganiami podlegającymi ocenie spełniają tylko absolutne minimum, natomiast nie są konkurencyjne wobec dobrze wyposażonych gabinetów działających w ramach NZOZ czy IPL.(...) Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ realizuje zasadę przejrzystości w podejmowaniu decyzji. Jako płatnik publiczny odpowiedzialny za finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa, zmuszony jest niejednokrotnie podejmować decyzje, które mogą być różnie oceniane przez poszczególne podmioty – Świadczeniobiorców, Świadczeniodawców, Samorządy Terytorialne, ponosząc pełną odpowiedzialność za finansowanie opieki zdrowotnej w granicach wyznaczonych przez przepisy prawa, które są ustanawiane przez organy nadrzędne”*.

Wyrażam pogląd, że w zestawieniu z odmiennymi opiniami innych specjalistów stomatologów, nauczycieli, rodziców na powyższy temat, stanowisko prezentowane przez Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ można ocenić jako arbitralne, nie uwzględniające społecznego aspektu zagadnienia.

Chciałbym w tym miejscu przypomnieć, że zgodnie z treściami zawartymi w Apelu Nr 2/VI/11 Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 stycznia 2011 r. w sprawie realizacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia dotyczących działań na rzecz zdrowia jamy ustnej „Szereg opracowań wskazuje, że na całym świecie idealnym miejscem do promocji zdrowia okazały się szkoły. Szkoła podstawowa obejmująca znaczą część populacji dzieci zapewnia wyjątkową okazję do wyrównywania różnic społeczno-gospodarczych i geograficznych obserwowanych w zachorowalności...”

Nie negując potrzeby stosowania reguł rachunku ekonomicznego przy podejmowaniu decyzji o przeznaczeniu finansów publicznych na świadczenia zdrowotne sądzę, że nie może być równocześnie marnowany wysiłek lekarzy, działaczy samorządowych, dyrektorów szkół jaki włożyli w „przybliżenie” dzieciom opieki stomatologicznej poprzez zorganizowanie w szkołach gabinetów stomatologicznych. Tym bardziej, że często z usług stomatologicznych świadczonych na terenie szkół korzystają dzieci, które odesłane z tych gabinetów na długo bądź na zawsze tracą kontakt ze stomatologiem. Moim zdaniem nie można tego argumentu nie dostrzegać ani bagatelizować.

Uwzględniając powyższe, zwracam się z uprzejmą prośbą do Pani Minister o podjęcie stosownych działań, które umożliwią lekarzom zatrudnionym w szkolnych gabinetach stomatologicznych zawieranie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, a tym samym zapewnienie dalszego funkcjonowania gabinetów stomatologicznych w szkołach i placówkach oświatowych.

Z wyrazami szacunku
Marek Jankowski



MINISTER ZDROWIA

Warszawa,2011.:07.:0.6

MZ-MD-400-167-113/EHM/11

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

W związku z pismem nr ZSS/500/8/2011/EK w sprawie korzystania przez dzieci z usług stomatologicznych świadczonych w gabinetach usytuowanych na terenie szkoły uprzejmie informuję Pana, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.) miejsce sprawowania opieki przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez lekarza dentystę, może mieć dowolną lokalizację zapisaną w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielaniu świadczeń profilaktycznych opieki zdrowotnej. Dyrektorzy szkół nie mają obowiązku organizowania w szkołach gabinetów stomatologicznych. Zdarza się jednak, że niektórzy stomatolodzy zakładają swoje indywidualne praktyki stomatologiczne w dzierżawionych od szkoły pomieszczeniach. Świadczeniodawcy ci przystępując do postępowań konkursowych celem zawarcia umów na świadczenia stomatologiczne, muszą spełnić warunki zawarte w konkursach ofert. Wymagania stawiane w konkursach ofert służą temu, aby warunki udzielania świadczeń stomatologicznych nie zagrażały życiu i zdrowiu pacjenta.

Pomimo, że opieka zdrowotna nad dziećmi w środowisku nauczania i wychowania obejmuje jedynie zadania profilaktyki stomatologicznej realizowane przez pielęgniarki lub higienistki szkolne, a świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stomatologicznego i profesjonalnej profilaktyki stomatologicznej realizowane są przez lekarzy stomatologów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej o dowolnej lokalizacji zestawienie porównawcze

wyników, prowadzonych w latach 1995 – 2010 w Polsce badań epidemiologicznych dzieci w wieku 12 lat (wskaźnikowa grupa wiekowa wg wytycznych WHO), wskazuje na obniżanie się zapadalności i nasilenia próchnicy zębów. Odsetek dzieci ze zdrowym uzębieniem wzrastał stopniowo od 9,5 % w 1995 r do 17,3 % populacji w roku 2010. Jednocześnie następowało stopniowe obniżanie średniej liczby zębów zaatakowanych przez próchnicę. Średnia wartość wskaźnika próchnicy obniżyła się z wartości 4,3 w roku 1995 do wartości 3,1 w 2010 roku. Nastąpił wzrost składowej wskaźnika obrazującej średnią liczbę zębów wyleczonych zachowawczo (1995 rok – 0,36, 2010 – 0,53).

W krajach takich jak Dania, Wielka Brytania, Szwajcaria, Belgia, Holandia gdzie wskaźnik próchnicy u dzieci 12 – letnich kształtuje się poniżej 1,0 leczenie dzieci odbywa się poza placówkami szkolnymi. Często świadczenia dla dzieci są udzielane wspólnie ze świadczeniami dla dorosłych.

Pojawia się coraz więcej poważnych opracowań mówiących, że działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej ludności kraju powinny być ukierunkowane na podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa. Przede wszystkim winno się to odbywać poprzez edukację zdrowotną kobiet ciężarnych i matek małych dzieci, kontynuowaną poprzez rozwój programów edukacyjnych dla dzieci przedszkolnych i szkolnych (realizowanych przez nauczycieli przy wsparciu personelu medycznego).

Informuję, że 23 września 2010 roku Minister Zdrowia podpisała rozporządzenie w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, w którym to ujęte zostały działania edukacyjne kobiety ciężarnej m. in. w zakresie zdrowia jamy ustnej. W ww. rozporządzeniu wśród zalecanych badań diagnostycznych i konsultacyjnych wykonywanych u kobiet w okresie ciąży znajduje się również badanie stomatologiczne.

Działania edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowane do matek małych dzieci zostały uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, sprawowanych podczas wizyt patronażowych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – Dz. U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.).

Jednak mimo przedstawionych wcześniej pozytywnych tendencji obniżania się zachorowalności na próchnicę zębów u dwunastolatków, sytuacja epidemiologiczna całej populacji nie jest zadowalająca, np. w wieku 6 lat próchnicę zębów ma 39,5 % dzieci (2010r.) Dlatego zgadzam się, że sprawą ogromnej wagi jest położenie odpowiedniego nacisku na

rozwój opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, ze szczególnym zwróceniem uwagi na małe dzieci. Dotychczasowe programy zapobiegania próchnicy zębów stosowane w kraju koncentrowały się na dzieciach w wieku szkolnym. Należy więc wprowadzić program edukacyjny ukierunkowany na wdrożenie i utrwalenie nawyku szczotkowania zębów pastą z fluorem u dzieci w wieku przedszkolnym. Ministerstwo Zdrowia podejmuje szereg działań mających na celu wdrożenie programu poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym. W ramach programu, stomatologiczną opieką profilaktyczną objęte zostałyby dzieci przedszkolne w wieku 4 - 6 lat, uczęszczające do przedszkoli na terenie całego kraju.

Ze względu na limit środków finansowych, otrzymanych na realizację programów polityki zdrowotnej nie było możliwości wdrożenia przedmiotowego programu do realizacji w ramach programów zdrowotnych Ministra Zdrowia. Podejmowane są próby finansowania go w ramach Szwajcarsko – Polskiego Programu Współpracy.

Informuję również Pana Ministra, że w związku z Apelem Nr 2/VI/11 Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10 stycznia 2011 r. w dniu 19.07.2011 r. odbędzie się kolejne spotkanie dotyczące wypracowania porozumienia regulującego współpracę samorządu lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia w zakresie systemu kontraktowania świadczeń opieki stomatologicznej.



Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Jakub Szulc

Lublin, 21.09.2011 r.

**Lekarze Stomatolodzy
Pracujący w Szkolnych Gabinetach
w Lublinie**
Adres do korespondencji:
Lek. dent. Jolanta Zarębska
Ul. Purpurowa 3
21-002 Marysin k. Lublina
Tel. 601 641807
e-mail azarebski@wp.pl

**Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia
ul. Miodowa 15,
00-952 Warszawa**

Szanowna Pani Minister,

od wielu lat toczy się w Polsce debata dotycząca zakresu i kształtu opieki stomatologicznej gwarantowanej przez państwo, w szczególności leczenia i profilaktyki stomatologicznej dzieci i młodzieży. Jak istotne społecznie są to tematy świadczy podnoszenie tych kwestii w toczącej się kampanii wyborczej, gdzie problemy te stają się ważnymi elementami programów wyborczych poszczególnych partii. Wymiana argumentów i w konsekwencji znalezienie optymalnych rozwiązań służących najlepiej pacjentom powinno być efektem prowadzonych dyskusji i konsultacji. Ministerstwo, którym Pani kieruje jest najważniejszą stroną tych dyskusji. Dlatego też pozwalamy sobie przesłać na Pani ręce kilka opinii naszego środowiska tj. lekarzy praktyków pracujących na co dzień w szkołach. Chcielibyśmy się niniejszym odnieść do korespondencji Ministerstwa Zdrowia z ostatnich tygodni. Szczególnie chodzi nam o argumenty zawarte w:

- odpowiedzi MZ z dn. 11.08.2011 na interpelację Pani Posłanki Izabeli Sierakowskiej z dn. 29.07.2011 w sprawie gwarantowanych świadczeń w szkolnych gabinetach stomatologicznych;
- odpowiedź MZ z dn. 9.03.2011 na interpelację Pana Posła Stanisława Wziątka z dn. 23.02.2011 w sprawie likwidacji gabinetów stomatologicznych w szkołach;
- odpowiedzi MZ z dn. 6.07.2011 do Rzecznika Praw Dziecka;
- odpowiedzi MZ z dn. 9.08.2011 do p. Aleksandry Leo-Madejskiej Z-cy Dyr. Gabinetu Prezydenta RP.

We wszystkich ww. pismach znajdujemy twierdzenie, że „w ciągu ostatnich piętnastu lat w Polsce odsetek dzieci ze zdrowym uzębieniem w grupie dzieci dwunastoletnich wzrósł o 7,8% i osiągnął poziom 17,3% populacji, a średnia wartość wskaźnika próchnicy obniżyła się o 1,2 osiągając w 2010 roku wartość 3,1”. Trudno jest odnieść się do ww. danych, gdyż nie jest znane ich źródło, natomiast w

literaturze fachowej znane są rezultaty badań naukowych, wg. których w Polsce w ostatnich latach obserwowana jest odwrotna tendencja, tj. pogorszenie stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży (*Prob. Hig. Epidemiol.* 2010, 91 (1), 5-7, *Czas. Stomatol.*, 2008, 61, 11, 775-783, *Czas. Stomatol.* 2011, 64 (1-2), 50-66).

Nawet jeśli przyjąć przytaczane przez MZ dane wykazujące poprawę stanu zdrowia jamy ustnej dwunastolatków za prawdziwe to należy zadać pytanie o przyczynę tego stanu. Obiektywne światło na tę kwestię rzucają wyniki badań prowadzonych w Katedrze Higieny i Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (A. Bromblik i inni: *Wpływ uwarunkowań środowiskowych na zapadalność i przebieg próchnicy zębów u dzieci.* *Czas. Stomatol.*, 2010, 63, 5, 301-309). W ww. artykule naukowym autorzy wskazują „na negatywne skutki zdrowotne, głównie w środowisku miejskim, powstałe w wyniku likwidacji szkolnej opieki stomatologicznej w latach 90-tych XX wieku, przy równoczesnym braku jakichkolwiek działań systemowych zwiększających osiągalność usług profilaktyczno-leczniczych w publicznym sektorze opieki dentystycznej”. Ponadto należy wziąć pod uwagę, że w ostatnim dwudziestoleciu jakość i dostępność bardzo skutecznych preparatów profilaktyki próchnicy uległa bezprecedensowej poprawie. Żeby wspomnieć jedynie o pastach do zębów (reklamowanych na co dzień w TV), czy chętnie używanej przez młodzież gumie do żucia o właściwościach prozdrowotnych. Być może to są przyczyny nieznacznej poprawy, na którą powołuje się MZ w ww. pismach, a która być może ma miejsce w jakichś środowiskach? Przecież z pewnością nie jest tą przyczyną stopniowa likwidacja gabinetów stomatologicznych w szkołach...

Należy też zauważyć, że dane, na które powołuje się MZ wskazują, że osiągnięcie poziomu wskaźnika próchnicy o wartości 1,0 w grupie dzieci dwunastoletnich w Polsce nastąpi prawdopodobnie dopiero za 26 lat tj. około 2037 roku. Biorąc pod uwagę, że w 2010 roku wskaźnik próchnicy u dzieci dwunastoletnich w krajach takich jak Dania, Wielka Brytania, Szwajcaria kształtował się na poziomie poniżej 1,0 mamy obraz zapóźnienia jaki dzieli Polskę w stosunku do krajów Europy Zachodniej. Jest to tym bardziej zatrważające, że w ciągu ostatnich piętnastu lat nastąpił olbrzymi postęp technologiczny w dziedzinie stomatologii. Zarówno stosowane obecnie w naszych gabinetach materiały, preparaty czy diagnostyka oraz szczególnie sprzęt są na takim samym poziomie jak w krajach Europy Zachodniej i odpowiadają normom UE. Ponadto lekarze stomatolodzy jako grupa zawodowa obligatoryjnie, każdego roku przechodzą odpowiednią liczbę szkoleń, które podnoszą ich umiejętności i pozwalają na praktyczne stosowanie najnowszych technologii. Należy jedynie umożliwić pacjentom systematyczne korzystanie z usług oferowanych przez lekarzy.

Cieszy nas fakt, że Ministerstwo w trosce o zdrowie polskich dzieci podjęło współpracę ze Szwajcarią, która poprzez dobrą organizację opieki stomatologicznej osiągnęła bardzo niski poziom wskaźnika próchnicy u dzieci dwunastoletnich. Dokonania Szwajcarii w tym zakresie przedstawił dr Andrzej Fortuna w artykule pt.: *Szkolna opieka stomatologiczna w Szwajcarii* (*Gazeta Lekarska* 1997, 06 i 07/08) pisząc między innymi „Od czasu stopniowego wprowadzenia szkolnej opieki stomatologicznej na obszarze całej Szwajcarii przez pierwszą połowę naszego stulecia Szwajcarskie Stowarzyszenie Dentystyczne (SSO) wykazywało znaczne zainteresowanie tą akcją i brało w niej czynny udział zdając sobie sprawę z tego, że stanowi ona najważniejszą podstawę zapobiegawczej opieki stomatologicznej dla naszych dzieci. Jako taka daje więc gwarancje zachowania zdrowego uzębienia oraz utrzymania odpowiedniej higieny jamy ustnej dorosłych, jak również w sposób pewny przyczynia się do obniżenia społecznych i prywatnych wydatków na opiekę stomatologiczną”. Jednak zastanawia nas informacja,

że program szwajcarsko-polski profilaktycznej opieki stomatologicznej adresowany jest tylko do dzieci w wieku 4-6 lat uczęszczających do przedszkoli. Jest to dla nas niezrozumiałe szczególnie w sytuacji właśnie wprowadzanej reformy systemu oświaty, według której dzieci 6 a nawet 5-letnie mają rozpoczynać naukę w szkołach. Realnie rzecz ujmując program może więc objąć tylko dzieci 4-letnie i to pod warunkiem, że będą uczęszczać do przedszkoli. Przedszkola jednak nie są obowiązkowe, a ich dostępność i koszty pobytu w nich dzieci są ostatnio szeroko krytykowane a nawet stały się przyczyną burzliwych protestów. Wszystko to sprawia, że program może w praktyce nie dać zakładanych rezultatów.

Pewne światło na efektywność programów organizowanych centralnie rzuca akcja sprzed dwóch lat, która miała miejsce w Łodzi. W 2009 roku Uniwersytet Medyczny w Łodzi dzięki funduszom z NFZ skierował do dzieci szkolnych bogatą ofertę usług stomatologicznych. Niestety dzieci nie mogły skorzystać z tego programu z powodu konieczności organizacji wizyt uczniów w Uniwersytecie Medycznym, co nastęcało kłopoty związane z transportem i powodowało znaczne straty czasu. W przypadku dzieci przedszkolnych z małych miast i wsi odległych od ośrodków akademickich udział w scentralizowanych programach profilaktycznych będzie tym bardziej utrudniony. W aspekcie porozumienia ze Szwajcarami powstaje więc pytanie jak duża liczba dzieci będzie mogła być objęta programem i jakie będą jego koszty, a dokładniej jaka będzie efektywność takiego programu?

Pragniemy również odnieść się do sformułowań dotyczących „sprawowania opieki przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez lekarza dentyście” w „dowolnej lokalizacji zapisanej w umowie z NFZ”. Sformułowanie takie zawarte jest np. w piśmie do Pani Poseł I. Sierakowskiej. Sytuacja, gdy gabinet znajduje się „w dowolnej lokalizacji” rodzi wiele trudności w porównaniu z gabinetem w szkole. Bowiemy aby dziecko mogło być leczone w ramach NFZ w gabinecie o „dowolnej lokalizacji” muszą być spełnione łącznie następujące warunki:

- lekarz musi być zainteresowany pracą z dziećmi,
- młody pacjent musi zapisać się i poczekać w kolejce (wraz z pacjentami dorosłymi),
- dana praktyka musi mieć możliwość wykonania określonego zabiegu w ramach przyznanego przez NFZ limitu,
- konieczne jest zaangażowanie opiekunów, którzy przyprowadzą dziecko do gabinetu.

Często kończy się to wędrówką od jednej praktyki do drugiej. Opisywane w pismach ograniczenie profilaktycznej opieki zdrowotnej w zakresie stomatologii do grupowej profilaktyki fluorkowej oraz do wizyt patronażowych w sytuacji gdy mamy niemal 30-letnie opóźnienie w stosunku do poziomu wskaźników krajów Europy Zachodniej uznajemy za stan nie do zaakceptowania. W Polsce szkoły są jedynym powszechnym miejscem edukacji dzieci i młodzieży a liczba uczniów w związku z reformą oświaty wzrasta. Pozostawienie dzieci w wieku od 5 do 19 lat bez profesjonalnej i systematycznej opieki stomatologicznej na terenie placówek szkolno – wychowawczych jest dla nas niezrozumiałe ponieważ w oczywisty sposób zwiększa koszty bieżącego leczenia oraz tym bardziej leczenia w niedalekiej przyszłości i to zarówno w zakresie stomatologii, jak i powikłań ogólnoustrojowych wynikłych z powodu zaniedbań chorób jamy ustnej. Trudno nam zrozumieć dążenie Ministerstwa Zdrowia do likwidacji szkolnych gabinetów stomatologicznych w kontekście naszych niemal 30-letnich opóźnień w stosunku do krajów Europy Zachodniej i braku innego, efektywnego systemu sprawowania opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą uczącą się. Natomiast przykład szkolnej opieki stomatologicznej refundowanej wspólnie przez obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne i przez władze poszczególnych kantonów Szwajcarii jest ilustracją oszczędnego

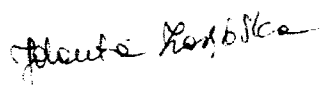
gospodarowania funduszami publicznymi związanymi z kosztownym leczeniem choroby próchnicowej oraz chorób przyzębia. Szczegóły dotyczące osiągniętych w Szwajcarii oszczędności zawarte są we wspomnianym powyżej artykule A. Fortuny (*Gazeta Lekarska 1997, 06 i 07/08*).

Na koniec chcielibyśmy wskazać, że gabinety stomatologiczne na terenie szkół powstają z inicjatywy samych rodziców. Na przykład Rada Rodziców w Szkole Podstawowej nr. 293 im. Jana Kochanowskiego w Warszawie urządziła gabinet stomatologiczny w szkole za pieniądze rodziców i zatrudniła lekarza stomatologa. Kto, jak nie rodzice wie najlepiej co jest dobre dla ich pociech? Argument o ogromnym ciężarze finansowym, jaki pociągnęłoby odtworzenie gabinetów stomatologicznych w szkołach jest naszym zdaniem chybiony, gdyż na naszym przykładzie widać, że koszty te ponoszone są przez poszczególnych lekarzy dzierżawiących gabinety w szkołach. Potrzebne jest tylko zapewnienie długoletnich kontraktów, które umożliwiłyby lekarzom podjęcie odpowiednich inwestycji.

Niezbędne jest więc pilne opracowanie perspektywicznego planu, a na jego podstawie systemu opieki stomatologicznej w placówkach szkolno – wychowawczych dla dzieci i młodzieży uczącej się. Obecnie promowane przez MZ programy profilaktyczne są fragmentaryczne i brak im cech systematyczności co przenosi ich rezultaty jedynie w sferę życzeń w dodatku w bliżej nieokreślonej przyszłości. Próchnica natomiast jest chorobą społeczną, której rozmiary wśród młodego pokolenia Polaków powinny zmuszać decydentów do zdecydowanych i wypróbowanych działań. Znamienne jest, że w odpowiedzi na interpelację Pana Posła Stanisława Wziątka Pan Jakub Szulc Sekretarz Stanu w MZ przyznał, że istnienie gabinetów stomatologicznych w szkołach „w niektórych regionach kraju może być bardzo korzystne i skutkować np. częstszym korzystaniem z opieki stomatologicznej przez dzieci”. Zapewniamy, że tak jest w istocie i to nie tylko „w niektórych regionach” ale wszędzie tam, gdzie takie gabinety funkcjonują. Stąd zachęcamy Panią Minister do pilnego podjęcia odważnych działań zmierzających do wspomnianego przez Pani bliskiego współpracownika „częstszego korzystania z opieki stomatologicznej przez dzieci” poprzez reaktywację systemu gabinetów szkolnych w Polsce.

Biorąc pod uwagę wymienione powyżej argumenty, dotychczasowe doświadczenia oraz specyfikę a także koszty leczenia i profilaktyki chorób jamy ustnej w Polsce system opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą w gabinetach szkolnych powinien być przez Ministerstwo Zdrowia doskonalony i hołubiony. Jesteśmy przekonani, że w krótkim czasie system taki stałby się wizytówką i wzorem dla innych państw UE, gdyż właśnie tego typu tendencje obserwuje się aktualnie w niektórych państwach europejskich.

Z wyrazami szacunku



Porozumienie lekarzy
stomatologów pracujących
w szkolnych gabinetach
w Lublinie

Za Porozumienie
Lek. dent. Jolanta Zarębska

Do wiadomości:

- 1. Pani Anna Komorowska**
- 2. Pani Anna Lella Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej NRL**
- 3. Pani Henryka Strojnowska Wicewojewoda Lubelski**
- 4. Pan Marek Michalak Rzecznika Praw Dziecka**
- 5. Pan Krzysztof Żuk Prezydent Miasta Lublin**
- 6. Pan Janusz Spustek Prezes OIL w Lublinie**
- 7. Pani Barbara Adamowicz-Klepalska Konsultant Krajowy ds.stomatologii**
- 8. Pani Izabella Sierakowska Poseł RP**
- 9. Pani Joanna Mucha Poseł RP**
- 10. Pan Bolesław Piecha Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia**
- 11. Pan Leszek Sprawka Poseł RP**
- 12. Pan Marek Balicki Poseł RP**