NACZELNA RADA LEKARSKA
KOMISJA STOMATOLOGICZNA

NRL/KS/33/11 Warszawa, dnia 15 lipca 2011 r.

Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego nadesłanym przy piśmie Ministra Zdrowia z 28 czerwca dnia br., znak: MZ-MD-0212-2035-6/PK/11, uwzględniając dodatkowe informacje przekazane w piśmie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca br., znak: MZ-MD-401-999-27/EHM/1, w imieniu Naczelnej Rady Lekarskiej zgłaszam następujące uwagi:

I.
Wydzielenie świadczeń chirurgii stomatologicznej i świadczeń periodontologii

Pozytywnie należy ocenić propozycję zmiany warunków udzielania świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii poprzez wydzielenie poszczególnych świadczeń do oddzielnych załączników – rozwiązanie takie jest zbieżne z postulatami środowiska lekarskiego.

II.
Zniesienie możliwości dalszego zatrudniania pomocy dentystycznych jako personelu pomocniczego

Zdaniem samorządu lekarskiego projektowane zniesienie możliwości dalszego zatrudniania pomocy dentystycznych jako personelu pomocniczego, nie znajduje uzasadnienia z kilku powodów.

1. Projekt nie został oparty na realnych danych dotyczących liczby oraz rozmieszczenia higienistek i asystentek stomatologicznych posiadających odpowiednie kwalifikacje formalne.

Naczelna Izba Lekarska, ul. Jana Sobieskiego 110, 00-764 Warszawa
tel. 22 55 91 309, fax: 22 55 91 323
e-mail: stomatologia@hipokrates.org

Ministerstwo Zdrowia w piśmie z dnia 13 lipca br. wskazało, że według szacunkowych danych w Polsce jest około 6 500 higienistek stomatologicznych oraz 3 500 asystentek stomatologicznych. Jednakże są to dane nie odnoszące się do rozmieszczenia geograficznego personelu pomocniczego o wymaganych kwalifikacjach. Brak personelu w niektórych regionach lub jego nierównomierne rozmieszczenie może uniemożliwić wielu świadczeniodawcom zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, w szczególności poza dużymi miastami. Taka regulacja może więc skutkować ograniczenie dostępności do świadczeń, co jest niezgodne z upoważnieniem wynikającym z art. 31 d pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym Minister Zdrowia ma określić warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

2. W ocenie skutków regulacji wskazano, że zaproponowane w projekcie rozporządzenia zmiany będą miały niewielki wpływ na rynek pracy, Nie jest to prawdą. Nowy wymóg spowoduje zwolnienia, redukcje lub konieczność przekwalifikowania już pracujących pomocy. Aktualnie zatrudnione pomoce dentystyczne to najczęściej kobiety ok. 50 roku życia, które zostaną zwolnione z pracy pomimo bogatego doświadczenia zawodowego i odbytych kursów zawodowych, potwierdzających kwalifikacje i przydatność do zawodu. Lekarze dentyści wiedzą, że pomoce dentystyczne z wieloletnim doświadczeniem są w pełni przygotowane do wykonywania zawodu.

W ocenie samorządu brak podstaw do uznania wymogu kwalifikacji asystentki stomatologicznej na poziomie szkoły policealnej lub studiów wyższych wraz z dyplomem potwierdzającym kwalifikacje zawodowe jako niezbędnego do pomocy przy wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, przynajmniej do czasu rzetelnej oceny skutków tych zmian.

3. Projekt nie określił kompetencji asystentki tym samym nie przewidując samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych przez tę grupę zawodową. Zachowując przyjęte do tej pory rozwiązania należy stwierdzić, że do obowiązków personelu pomocniczego (pomoc dent., asystentka, higienistka) należy organizacja pracy gabinetu, w tym proces dezynfekcji i sterylizacji, czynna asysta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarza oraz każda niezbędna pomoc wynikająca z zaistniałej sytuacji w związku z wykonywanym leczeniem. Standardy udzielania pierwszej pomocy określają zakres działania lekarza i osób trzecich. Natomiast kwestie odpowiedzialności i prawidłowości działań w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń regulują oddzielne przepisy, w tym rozporządzenia wykonawcze do Ustawy z dn.5 grudnia 2008r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, które wskazują osobę odpowiedzialną za bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i w przypadku gabinetów

stomatologicznych jest nią lekarz. Na tej podstawie można stwierdzić że wymóg zatrudniania tylko personelu pomocniczego o bardzo wysokich kwalifikacjach jest bezzasadny.
Projekt nie wskazał podstaw uznania świadczeń stomatologicznych jako szczególnie inwazyjnych wymagających obecności personelu pomocniczego o wysokich kwalifikacjach.

Reasumując należy stwierdzić, że samorząd lekarski nie widzi potrzeby rezygnacji z zatrudnienia pomocy dentystycznych. Jednak w przypadku konieczności zastąpienia ich asystentkami lub higienistkami, co w większości przypadków łączyć się może ze zwolnieniem z pracy, bezwzględnie należy wskazać sposób w jaki doświadczone pomoce mogą uzyskać formalne potwierdzenie swoich kwalifikacji, co pozwoli im na kontynuowanie pracy zawodowej.
Ministerstwo Zdrowia powinno wyznaczyć minimum pięcioletni okres dostosowawczy, a jednocześnie stworzyć warunki prawne umożliwiające już pracującym pomocom dentystycznym nabycie stosownych uprawnień, dyplomów, które spełnią stawiane formalne wymogi.
Konieczne jest również umożliwienie dalszego zatrudnienia pielęgniarkom, które już teraz pracują w gabinetach stomatologicznych.

III.
Wprowadzenie obowiązku posiadania przez świadczeniodawców separatorów amalgamatu

Samorząd lekarski negatywnie ocenia i sprzeciwia się zawartej w projekcie propozycji posiadania separatorów amalgamatu przez świadczeniodawców jako jednego z warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

W uzasadnieniu projektu rozporządzenia wskazuje się, że obowiązek posiadania stomatologicznych separatorów amalgamatu wprowadzono „zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej". Nie określa jednak, nawet w przybliżeniu, aktu lub aktów prawnych Unii Europejskiej – nie mówiąc już o wskazaniu konkretnych przepisów – stanowiących podstawę prawną obowiązku posiadania separatorów amalgamatu. Takie zdawkowe uzasadnienie propozycji, która będzie miała negatywne skutki finansowe dla licznej grupy świadczeniodawców, jest nie do zaakceptowania.
Samorząd lekarski nie zna obowiązującego przepisu prawa Unii Europejskiej przewidującego bezwzględną obligatoryjność posiadania separatora amalgamatu. Z danych przekazanych przez Europejską Radę Lekarzy Dentystów wynika, że obowiązek posiadania separatorów amalgamatu przewiduje prawo jedynie w 11 państwach członkowskich Unii Europejskiej.
Co zastanawiające, po wskazaniu w uzasadnieniu projektu, że obowiązek posiadania stomatologicznych separatorów amalgamatu wprowadzono „zgodnie z wytycznymi

Unii Europejskiej", w ocenie skutków regulacji Ministerstwo Zdrowia stwierdziło, że zakres projektu rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.
Co więcej, w dodatkowych wyjaśnieniach Ministra Zdrowia przekazanych na wniosek Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje się, że podstawą prawną obowiązku posiadania separatorów amalgamatu są postanowienia Konwencji o Ochronie Środowiska Morskiego Obszaru Morza Bałtyckiego, a więc umowy międzynarodowej, która nie wchodzi w zakres prawa unijnego.
Zdumiewające *jest* przy tym, że - jak wynika z wspomnianego pisma z 13 lipca 2011r.- obowiązek posiadania separatorów amalgamatu Ministerstwo Zdrowia wywodzi nie z treści obowiązującej konwencji, lecz z prac Komisji Helsińskiej „nad nowelizacją zaleceń HELCOM 6/4, w których to będą zalecenia dotyczące bezwzględnej redukcji produktów związków rtęci od 2013 r.", a „Minister Zdrowia biorąc pod uwagę sytuację świadczeniodawców oraz znając plany Komisji Helsińskiej z 1,5 rocznym wyprzedzeniem informuje lekarzy o obowiązku instalowania separatorów amalgamatu".
Wprowadzenie wymogu posiadania separatorów amalgamatu jako warunku realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, mające być formą poinformowania lekarzy o planowanym w przyszłości przez Komisję Helsińską zaleceniu obowiązkowego instalowania separatorów amalgamatu, jest chyba pierwszym tego rodzaju przypadkiem w polskim prawodawstwie.
Sprzeczne wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia, raz powołujące się na prawo unijne, drugi raz na prawo wynikające z umowy międzynarodowej, a ściśle mówiąc zaleceń, które mają dopiero ew. zostać przyjęte, pozwalają sądzić, że prawdziwa przyczyna propozycji obowiązkowego posiadania separatorów amalgamatu jest inna, lecz Ministerstwo Zdrowia jej nie ujawniło.
Można ponadto stwierdzić, że wymóg posiadania separatorów amalgamatu wydaje się być przekroczeniem upoważnienia wynikającego z art. 31 d pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym Minister Zdrowia ma określić warunki realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczące personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń. Tymczasem separatory amalgamatu są niezwiązane zupełnie ani z jakością świadczeń, ani z ich zabezpieczeniem.

Poza tym, nawet jeśli by uznać, że docelowo obowiązkowe stosowanie separatorów amalgamatu jest zasadne z uwagi na ochronę środowiska, kwestia ta powinna być uregulowana w przepisach określających wymogi dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie stomatologii stosujących ten rodzaj materiału.
Można zaryzykować twierdzenie, że aby sprostać wymogom ochrony środowiska zasadne byłoby wdrożenie zaawansowanej profilaktyki, aby w ten sposób odchodzić od nadmiaru stomatologii naprawczej, lub zrezygnować (poprzez wycofanie) z stosowania amalgamatu w ogóle, jak np. zrobiła Szwecja.
Zdaniem samorządu lekarskiego ewentualne wprowadzenie obowiązkowego posiadania separatorów amalgamatu nie powinno być wprowadzane pospiesznie.

Taki obowiązek winien dotyczyć nowych unitów, w których urządzenie to jest wmontowane fabrycznie, a w odniesieniu do unitów już pracujących, potrzebny jest co najmniej 5-letni okres przystosowawczy. Jest to tym bardziej istotne, że nie dokonano żadnej analizy kosztów, które dodatkowo obciążą świadczeniodawców. Przed ewentualnym wprowadzaniem tego rodzaju rozwiązania, samorząd lekarski oczekuje rzetelnej oceny wpływu na działalność gabinetów lekarskich.

IV.
Leczenie stomatologiczne dzieci

Projekt rozporządzenia w żadnym stopniu nie odnosi się do licznie zgłaszanych postulatów dotyczących niezbędnych zmian w leczeniu stomatologicznym dzieci. Alarmujące dane epidemiologiczne, dane statystyczne dotyczące świadomości i aktywności rodziców, a także dane dotyczące dostępu do świadczeń gwarantowanych dla dzieci w oparciu o analizę realizacji umów kontraktowych, jasno wskazują jak pilna jest potrzeba zmian w tym zakresie.

Projekt rozporządzenia nie zawiera żadnych propozycji usprawnienia stomatologicznej, planowej opieki nad dziećmi, pomimo wyraźnie zdefiniowanych potrzeb zdrowotnych w tym zakresie. Natomiast poprzez proponowane w projekcie wymogi kwalifikacyjne dla personelu pomocniczego pogorszy się dostęp do tych świadczeń. Przy kwalifikowaniu świadczeń jako świadczenia gwarantowane Minister Zdrowia winien mieć na względzie wpływ świadczenia na poprawę zdrowia, priorytety zdrowotne, wskaźniki zapadalności, poziom finansowania jak i warunki ich realizacji (dziel II, rozdział 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Ponadto każde działanie w ramach finansów publicznych wymaga wykazania zasadności i celowości tych działań, a propozycje zmian omawianego projektu nie znajdują uzasadnienia i nie mają większego wpływu na poprawę zdrowia pacjentów, a tym bardziej nie poprawią i tak już utrudnionego dostępu do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

Omawiany projekt nie przekłada się na poprawę dostępności do świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, które mogłyby być wykonywane np. w środowisku nauczania i wychowania. Szereg opracowań wskazuje, że na całym świecie idealnym miejscem do promocji zdrowia okazały się szkoły. Szczególnie szkoła podstawowa zapewnia wyjątkową okazję do wyrównywania różnic społeczno-gospodarczych. Taką legitymację można by uznać za podjęcie działań w celu realizacji zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odnoszących się do zdrowia jamy ustnej, które ujęte są w dokumencie końcowym 7. Światowej Konferencji Promocji Zdrowia (GCHP), tzw. „Nairobi Call to Action”.

V.
Definicja terminu „lokalizacja”

Zdaniem samorządu lekarskiego istnieje potrzeba ujednolicenia w nowelizowanym rozporządzeniu pojęcia „lokalizacja”. W związku z tym proponuje się nadać § 2 pkt 2 nowelizowanego rozporządzenia następujące brzmienie:
2) lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo różnymi adresami, lecz położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w którym zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń gwarantowanych.

Z poważaniem,

Anna Lella

Przewodnicząca Komisji Stomatologicznej
Naczelnej Rady Lekarskiej

Andrzej Baszkowski

Przewodniczący
Grupy Roboczej ds. negocjacji z NFZ
Komisji Stomatologicznej Naczelnej Rady Lekarskiej