



RZECZPOSPOLITA POLSKA

Rzecznik Praw Pacjenta  
*Krystyna Barbara Kozłowska*

RzPP-ZPR.420.68.2015.AMAL

Warszawa, .....*le 11.*.....2015 r.

**Pan**  
**Prof. dr hab. Marian Zembala**  
**Minister Zdrowia**  
**ul. Miodowa 15**  
**00-952 Warszawa**

*Gracjuszy Pasa Profesor*

Działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>1</sup>, wnoszę o poinformowanie o podjętych działaniach systemowych dotyczących zabezpieczenia pacjentów w świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii.

Mając na uwadze, iż Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco gromadzi i analizuje informacje związane z systemem opieki zdrowotnej, pismem z dnia 7 maja 2015 r., Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił się do Pani prof. dr hab. n. med. Doroty Olczak-Kowalczyk Konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej o przedstawienie opinii i wniosków dotyczących ewentualnych problemów i obszarów wymagających naprawy w obszarze reprezentowanej dziedziny medycyny.

W wyniku podjętej współpracy, Rzecznik Praw Pacjenta zidentyfikował następujące zagadnienia wymagające naprawy:

1. Brak możliwości świadczenia profilaktycznego u dzieci 3-letnich;
2. Niekorzystne warunki kontraktowania świadczeń dla dzieci i młodzieży dla niewielkich podmiotów leczniczych, co wpływa na ograniczenie dostępu do świadczeń na obszarach gdzie brak jest dużych ośrodków;
3. Brak możliwości łączenia świadczeń profilaktycznych ze świadczeniami ogólnie stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży, co skutkuje niską realizacją profilaktyki,

<sup>1</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.

ponieważ wobec wyboru pomiędzy wizytą profilaktyczną a leczniczą, rodzice wybierają leczniczą;

4. Niewystarczający zakres świadczeń w koszyku świadczeń gwarantowanych. Brak, m.in. możliwości:
  - a) podstawowej diagnostyki radiologicznej – pantomogramu,
  - b) lakierowania zębów mlecznych,
  - c) atraumatycznego unieruchamiania zębów po urazach mechanicznych (bardzo częsty problem stomatologa dziecięcego),
  - d) wykonywania czterech a nie dwóch zębowych zdjęć rtg w przypadku leczenia endodontycznego zęba stałego z niezakończonym rozwojem korzenia lub po urazie mechanicznym,
  - e) wykonywania protezy dziecięcej częściowej i utrzymywacza przestrzeni w przypadku przedwczesnej utraty uzębienia mlecznego;
5. Dostępność do opieki stomatologicznej realizowanej w ramach umów z NFZ dla dzieci i młodzieży w Polsce jest niewystarczająca. W ponad 50 powiatach nie podpisano umowy na świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia. W województwach, w których nie podpisano takich umów lub podpisano ich niewiele wskaźniki próchnicy, zwłaszcza zębów mlecznych, oraz zaniedbania w zakresie ich leczenia są znacznie wyższe niż średnie wartości dla Polski;
6. Obecna wycena procedur stomatologicznych dla dzieci jest dalece zbyt niska (mimo trudniejszych warunków realizacji świadczeń u dziecka są one wycenione identycznie jak dla dorosłych, a w przypadku procedur leczniczych dotyczących zębów mlecznych zdecydowanie niżej niż dla zębów stałych; koszt wypełnień wykonywanych z materiałów światłoutwardzalnych gwarantowanych u dzieci w zębach stałych przednich jest wyższy niż z materiałów chemoutwardzalnych dla dorosłych – wycena taka sama);
7. Brak wyróżnienia i właściwej wyceny procedur realizowanych nie w znieczuleniu ogólnym u dzieci z niepełnosprawnością umiarkowaną lub średnią;
8. Brak procedur specjalistycznych w dziedzinie stomatologii dziecięcej (obecnie „trudne” przypadki kierowane są do jednostek dawniej „specjalistycznych”, głównie akademickich i byłych przychodni wojewódzkich, których finansowanie jest identyczne jak gabinetu podstawowej opieki stomatologicznej, co skutkuje ich wzrastającym zadłużaniem)<sup>2</sup>.

W świetle danych sprawozdanych przez Najwyższą Izbę Kontroli<sup>3</sup> stan zdrowia jamy ustnej w Polsce odbiega od standardów europejskich. Próchnica zębów oraz niewłaściwy poziom higieny jamy ustnej są najczęstszymi problemami wieku dziecięcego. Próchnica zębów jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą, zakaźną u dzieci i młodzieży. Może się rozwinąć już w 1. roku życia. Programy profilaktyczne funkcjonują w niewielkim stopniu co wynika ze statystyk, np. w 2011 r. profilaktyką fluorkową objęto ok. 4% dzieci 5-letnich, 48% 12-latków i 7% 15-latków<sup>4</sup>. W 2012 r. tylko ok. 14% sześciolatków i 4% osiemnastolatków nie miało próchnicy<sup>5</sup>.

Na terenie kraju nie zabezpiecza się w sposób wystarczający zwłaszcza dostępu do świadczeń stomatologicznych specjalistycznych. W 2012 r. spośród 137 109 lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu było tylko 194 stomatologów dziecięcych (takie dane przedstawił na swojej stronie Główny Urząd Statystyczny).

W tym miejscu należy podkreślić, iż w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, stomatologia dziecięca została uznana za priorytetową dziedzinę medycyny<sup>6</sup>.

Z analizy danych wynika, że na terenie kraju jest nierównomierny dostęp do świadczeń z zakresu stomatologii. W 51 z 314 powiatów występują braki umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do lat 18, co ma bezpośredni wpływ na ich bezpieczeństwo zdrowotne.

Z łącznej liczby 6 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, najwięcej (785), czyli 13,0%, było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa łódzkiego (210, tj. 3,5%)<sup>7</sup>. W 2013 r. liczba porad stomatologicznych udzielonych osobom w tej grupie

---

<sup>2</sup> Informacje dotyczące stanu opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą oraz wnioski zostały sformułowane w czasie zebrania konsultantów wojewódzkich w dziedzinie stomatologii dziecięcej w dniu 14 maja 2015 roku.

<sup>3</sup> Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Najwyższa Izba Kontroli, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf>

<sup>4</sup> E. Jodkowska i in. Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci w wieku 5, 7, i 15 lat realizowany w roku 2011, Przegląd Epidemiologiczny 2013, t. 67, nr 4, s. 765 – 769.

<sup>5</sup> Prof. dr hab. Barbara Woynarowska, dr hab. Anna Oblacińska, Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce, Biuro Analiz Sejmowych Kancelarii Sejmu BAS, nr 10(170), 29 maja 2014 r.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 1489

<sup>7</sup> Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013 r., Główny Urząd Statystyczny, s. 105, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2013-r-,1,4.html>

wiekowej wyniosła 9,8 mln, z czego 18,8% stanowiły porady świadczone przez poradnie ortodontyczne<sup>8</sup>.

Na pytanie GUS skierowane do gospodarstw domowych o przypadki nieskorzystania w 2013 r. z porad stomatologicznych, pomimo istniejącej potrzeby, respondenci wskazywali: długi okres oczekiwania na wizytę 48,9% oraz brak pieniędzy 22,9%. Natomiast jako przyczyny korzystania z usług stomatologicznych niefinansowanych ze środków publicznych respondenci wskazywali jako główne: lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne 28,3%, zbyt odległe terminy wizyt w podmiotach mających kontrakty z NFZ 26,5%, niefinansowanie usług przez NFZ 22,9%. Przy czym Narodowy Fundusz Zdrowia planuje ok. 46 zł rocznie na leczenie stomatologiczne na jedną osobę (wyliczenie z planem finansowym na 2015 r.).

Mając na uwadze powyższe oraz uwzględniając dokonywaną przez Ministra Zdrowia ocenę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej i podejmowane w tym zakresie decyzje kształtujące politykę zdrowotną państwa, proszę o przekazanie informacji:

1. Czy w 2014 r. i 2015 r. były prowadzone analizy w zakresie dostępności do lekarzy: ortodonta, stomatologa, stomatologa dziecięcego, protetyka, chirurga szczękowo-twarzowego, periodontologa?
2. Jakie działania są planowane bądź podejmowane w zakresie poprawy wczesnej diagnostyki i profilaktyki?
3. Czy wobec występujących różnic terytorialnych na terenie kraju w dostępności pacjentów do leczenia specjalistycznego stomatologicznego są planowane bądź podejmowane działania, jeśli tak, to proszę o ich przybliżenie.

Jednocześnie wnoszę o przekazanie dotychczasowych wyników programu „Monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej w latach 2013-2015” oraz planowanych działań w tym obszarze.

Uwzględniając, że Minister Zdrowia realizuje politykę zdrowotną m.in. poprzez zapewnienie kształcenia niezbędnej kadry medycznej, jednocześnie wnoszę o wskazanie, czy Pan Minister planuje analizę/kontrolę w zakresie dostępu do specjalizacji lekarskich, w tym dentystycznych i zwiększenie liczby rezydentur.

Pragnę podkreślić, iż wśród lekarzy dentystów specjalizacje periodontologia oraz ortodoncja są wskazywane jako deficytowe, co przekazała Naczelna Izba Lekarska w raporcie

---

<sup>8</sup> Tamże, s. 149.

„Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów” opracowanym w 2012 r. przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej przy współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk.

Licząc, że podjęta współpraca wpłynie pozytywnie na zapewnienie pacjentom należytej, powszechnej i dostępnej opieki stomatologicznej, pozostaję w oczekiwaniu na odpowiedź.

2  
powszechna  
L. Kopacz

**Do wiadomości:**

Pani Ewa Kopacz, Prezesa Rady Ministrów.

