



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

Warszawa, 1 sierpnia 2012 roku

ZSS/500/17/2012/EK

**Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze,

po raz kolejny pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na problem niezadowalającego stanu zdrowia jamy ustnej, w tym uzębienia, dzieci i młodzieży. Wyniki badań epidemiologicznych, prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2011 roku, podczas których objęto badaniem populację dzieci w wieku 5 lat, 7 lat i 15 lat wskazują, że nadal poważnym problemem dotyczącym większość dzieci i młodzieży jest występowanie próchnicy.

Przeprowadzone badania wykazały, że w populacji dzieci w wieku 5 lat odsetek dzieci, których uzębienie jest wolne od próchnicy wynosi 20,1%, w populacji dzieci 7 letnich wynosi już 9,55%, a w grupie piętnastolatków zaledwie 8,2%. Biorąc pod uwagę odległe i niebezpieczne następstwa próchnicy dla ogólnej kondycji zdrowotnej człowieka, dane te należy ocenić jako wysoce niepokojące. Jednocześnie, analizując te wyniki, należy zastanowić się nad efektywnością dotychczas prowadzonych programów profilaktycznych zapobiegających próchnicy u dzieci i młodzieży.

Kolejne zagadnienie, jakie nasuwa się podczas analizowania wyników badań, to zróżnicowanie rozmiaru występowania próchnicy u dzieci i młodzieży w poszczególnych województwach.

W grupie pięciolatek najwyższy wskaźnik dzieci, które nie chorują na próchnicę zamieszkuje na terenie województw: kujawsko – pomorskiego (29,7%), śląskiego (29,55%) oraz lubuskiego (27,5%). Najgorsza sytuacja w tym zakresie, tj. stwierdzony najmniejszy odsetek dzieci bez rozpoznanej próchnicy występuje w województwach: zachodniopomorskim (13,2%), podkarpackim (13,5%), warmińsko – mazurskim (14,3%).

Rozpatrując stan uzębienia dzieci siedmioletnich, można stwierdzić, że odsetek dzieci w najmniejszym stopniu dotkniętych próchnicą zamieszkuje w województwach: wielkopolskim (16,9%), śląskim (14,2%) i kujawsko – pomorskim (13%), Najgorszy stan uzębienia występuje u dzieci zamieszkałych na terenie województw: mazowieckiego, warmińsko – mazurskiego i podlaskiego – odsetek dzieci, u których nie stwierdzono próchnicy waha się od 4,2 do 4,7 % liczby dzieci w badanej grupie wiekowej.

Ostatnia badana grupa wiekowa, to młodzież w wieku 15 lat. Najwyższy odsetek młodzieży wolnej od próchnicy zamieszkuje na terenie województw: lubuskiego (19,2% populacji wolnych od próchnicy), podlaskiego (16,3%) i wielkopolskiego (12, 4%). Najgorsza sytuacja zdrowotna dotycząca rozpoznania próchnicy zębów występuje w województwach: dolnośląskim (1,7% populacji wolnej od próchnicy), podkarpackim (2,2% populacji) i warmińsko – mazurskim (3,1%). Analizując wyniki stanu uzębienia młodzieży w wieku 15 lat poprzez stwierdzony w tej grupie bardzo wysoki odsetek osób chorujących na próchnicę należy uznać, że metody ograniczenia zachorowalności na próchnicę są nieskuteczne.

Pragnę zwrócić uwagę na jeszcze jeden czynnik, przedstawiony w wynikach badań dotyczących monitorowania stanu zdrowia jamy ustnej dzieci. Jest nim odsetek dzieci, które nigdy dotąd nie odbyły wizyty u dentysty. W grupie dzieci pięcioletnich odsetek ten wynosi: w mieście 21,9%, a na wsi 28,4%. W grupie dzieci siedmioletnich ten sam wskaźnik wynosi odpowiednio: dla dzieci mieszkających w mieście 6,9%, a dla dzieci mieszkających na wsi 8,7%. Można zatem przypuszczać, że dla licznej grupy dzieci pierwsza wizyta u dentysty związana jest z koniecznością interwencji medycznej, wynikającej z istniejących już dolegliwości w obrębie zębów lub jamy ustnej.

W związku z powyższym wyrażam przekonanie, że zachodzi potrzeba dokonania wszechstronnej, wieloaspektowej analizy przedstawionych danych, a następnie podjęcia działań zmierzających do efektywnej poprawy stanu uzębienia dzieci i młodzieży.

Pragnę przypomnieć Panu Ministrowi, że kilkakrotnie już występowałem w sprawie poziomu opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Sugerowałem między innymi konieczność zabezpieczenia dotychczas funkcjonujących gabinetów stomatologicznych w szkołach, w tym wskazywałem, że jest to miejsce, w którym świadczenia stomatologiczne mogą otrzymać dzieci z rodzin o niskich dochodach oraz dzieci z rodzin wielodzietnych. Wskazywałem na możliwość udzielania świadczeń stomatologicznych w mobilnych gabinetach stomatologicznych, w tzw. dentobusach.

Wyniki badań stanu uzębienia dzieci i młodzieży, w mojej opinii są na tyle niepokojące, że upoważniają do podejmowania różnorodnych, w tym niekonwencjonalnych metod jego poprawy, do których zaliczam wymienione dentobusy.

Doceniając znaczenie prawidłowego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych małoletnich w zakresie opieki stomatologicznej, działając na mocy art. 11 ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69, z późn. zm.), proszę Pana Ministra o analizę przedstawionych danych oraz poinformowanie o planowanych działaniach, zmierzających do poprawy stanu uzębienia dzieci i młodzieży.

Z wyrazami szacunku
Marek Piłchowski



MINISTER ZDROWIA

MZ-MD-L-50-3228-1/ES/12

2012 -08- 2 4
Warszawa,

Pan

Marek Michalak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Ministrze!

W odpowiedzi na pismo Pana Marka Michalaka Rzecznika Praw Dziecka z dnia 1 sierpnia 2012 r., znak: ZSS/500/17/2012/EK w sprawie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w Polsce, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Należy mieć na względzie, że po wejściu w życie reformy ochrony zdrowia w 1999 r. system opieki zdrowotnej nad uczniami jest odmienny od poprzednio obowiązujących rozwiązań, gdy opiekę zdrowotną nad uczniem sprawowało co najmniej dwóch lekarzy: w szkole (profilaktyczna opieka zdrowotna) oraz w poradni pediatrycznej (opieka zdrowotna nad dzieckiem chorym). Uczniowie korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej w gabinetach dentystycznych zlokalizowanych w szkołach często korzystali z tych świadczeń w czasie godzin lekcyjnych, nie uczestnicząc w zajęciach.

Reforma ochrony zdrowia wprowadziła instytucję lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (rodzinnego), który sprawuje opiekę zdrowotną nad całą rodziną, w tym również nad dzieckiem, na podstawie deklaracji wyboru złożonej przez jego rodziców/ opiekunów. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, zgodnie z § 3 rozporządzenia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133), opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą, objętymi obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki, sprawują: lekarz dentyista, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. Lekarz

dentysta sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w ogólnodostępnej poradni stomatologicznej. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawuje profilaktyczną opiekę zdrowotną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Zgodnie z § 12 ust. 1 ww. rozporządzenia w przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują lekarz i pielęgniarka w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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).

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 opieki zdrowotnej. Zdarza się jednak, że niektórzy stomatolodzy zakładają swoje indywidualne praktyki stomatologiczne w dzierżawionych od szkoły pomieszczeniach. W myśl obowiązujących przepisów gabinety te powinny być ogólnodostępne i dyrektorzy szkół, nie mając obowiązku organizowania w szkołach gabinetów stomatologicznych, często nie godzą się na ich uruchamianie, chociaż rozwiązanie takie w niektórych regionach kraju może być bardzo korzystne i skutkować np. częstszym korzystaniem z opieki stomatologicznej przez dzieci.

Wymienieni wyżej świadczeniodawcy 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.

Odnosnie udzielania świadczeń w mobilnych gabinetach stomatologicznych ponownie informuję, że w obecnym stanie prawnym nie ma przeszkód w zakresie udzielania świadczeń w urządzeniach mobilnych. Mobilne urządzenie tzw. „Dentobus” służący do udzielania świadczeń stomatologicznych musi spełniać wszystkie normy dotyczące sposobu i bezpieczeństwa ich użytkowania. „Dentobus” może być użytkowany w ramach jednostki czy komórki organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, , które to podmioty muszą posiadać swoją siedzibę zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2011, Nr 113, poz. 658, z późn. zm.).

Komórki organizacyjne podmiotu wykonującego działalność leczniczą, udzielające świadczeń zdrowotnych wpisywane są do księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, po spełnieniu wymagań zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2012 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Dz.U.2012, Nr 12, poz.739).

Podmioty takie jak indywidualna praktyka lekarska/ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, mogą prowadzić swoją działalność po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru ww. praktyk, posiadać opinię właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego oraz spełniać pozostałe warunki określone w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2011, Nr 113, poz. 658, z późn. zm.).

Odnosnie programów profilaktycznych zapobiegających próchnicy, uprzejmie informuję, że próchnica zębów, występująca masowo u dzieci, jest postrzegana przez Ministerstwo Zdrowia jako jeden z głównych problemów zdrowotnych. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 wyznaczający kierunki działań polityki zdrowotnej określa jako jeden z celów operacyjnych „Intensyfikację zapobiegania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”. Cele Narodowego Programu Zdrowia są zgodne ze Strategią Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”.

Sprawą ogromnej wagi jest położenie odpowiedniego nacisku na rozwój opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą, ze szczególnym zwróceniem uwagi na małe dzieci. Objęcie profilaktyką i leczeniem próchnicy dzieci, które są populacją najbardziej obciążoną ryzykiem zachorowalności na próchnicę o ciężkim przebiegu, a większość jej stanowią dzieci pochodzące ze środowisk wiejskich i małych miast oraz rodzin wielodzietnych, pozwala na obniżenie występowania próchnicy i potrzeb leczenia stomatologicznego w Polsce (wielkość tych potrzeb w skali populacji kraju wynika bowiem głównie z zaniedbań stanu zdrowotnego osób o najwyższym ryzyku próchnicy).

Dotychczasowe programy zapobiegania próchnicy zębów stosowane w kraju koncentrowały się na dzieciach w wieku szkolnym. Ministerstwo Zdrowia podejmuje szereg działań mających na celu wdrożenie programu poprawy zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym. Podjęte zostały próby wdrożenia programu „Edukacji, promocji i profilaktyki w kierunku zdrowia jamy ustnej skierowana do dzieci przedszkolnych, ich rodziców, opiekunów i wychowawców” w ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

W ramach programu mają być realizowane następujące zadania:

- Edukacja zdrowotna, szczególnie profilaktyka zdrowotna jamy ustnej i stomatologiczna dla dzieci w wieku przedszkolnym i ich opiekunów;
- Badania stanu zdrowia jamy ustnej dzieci w wieku przedszkolnym w kierunku ubytków i wad zgryzu; kontrola pozycji zębów i zalecenia terapeutyczne;
- Profilaktyka wad zgryzu.

Realizacja ww. projektu ma objąć dzieci przedszkolne, ich rodziców, opiekunów i wychowawców z całego kraju. W chwili obecnej trwają prace zmierzające do podpisania umowy finansowej.

Wyniki badań z 2011 r. programu „Monitoringu zdrowia jamy ustnej” wskazują, że powstanie i przebieg próchnicy zębów u 5-letnich dzieci jest głównie warunkowany przez wzorce zachowań jakie posiadają ich matki (pozostali członkowie rodziny). Jedną z najbardziej skutecznych socjotechnik w kształtowaniu racjonalnych zachowań zdrowotnych dziecka w wieku przedszkolnym i szkolnym jest bezpośredni przykład matki (rodziców). Do takich symptomatycznych zachowań w pierwszej kolejności należy zaliczyć czyszczenie zębów (optymalna sytuacja – wspólnie z dzieckiem) oraz okresowe wspólne z dzieckiem wizyty u dentysty.

Jak pokazują wyniki ww. programu 84% matek czyści zęby co najmniej dwa razy dziennie, w tym niemal 17% więcej niż dwa razy. Tak wysoki odsetek osób czyszczących zęby jest najwyższym z pośród wszystkich zarejestrowanych podczas 15-letniego Monitoringu. W populacji matek wychowujących 5-letnie dzieci zarejestrowano 82% spełniających ten wymóg higieniczny. Dlatego też nie należy zapominać, że działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia jamy ustnej ludności kraju powinny również 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. Działania edukacyjne w zakresie zdrowia jamy ustnej skierowane do matek małych dzieci zostały uwzględnione w wykazie świadczeń gwarantowanych pielęgniarki 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). Istotne jest, że edukacja zdrowotna matek małych dzieci zaczyna się na wczesnym etapie jeszcze przed pojawieniem się pierwszych zębów.

W wykazie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanych w środowisku nauczania i wychowania świadczenia pielęgniarki lub higienistki obejmują „prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1mg/l, grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni”.

Równocześnie z wykonywaniem zabiegów fluoryzacji pielęgniarka przeprowadza edukację higieny jamy ustnej dla uczniów. W roku szkolnym 2009/2010 profilaktykę fluorkową próchnicy zębów objęto 87% uczniów szkołach podstawowych w mieście i 83% uczniów na wsi. W szkołach specjalnych było to odpowiednio 22% i 27%.

Odnosnie stanu zdrowia jamy ustnej badanych 15-latków uprzejmie informuję, że wyniki analizy porównawczej względem poprzedniej edycji Monitoringu z 2008 r. prowadzą do dwu pozytywnych obserwacji; coraz bardziej zacierają się różnice środowiskowe, oraz systematycznie (o kilka punktów procentowych) polepszają się wzorce zachowań zdrowotnych młodzieży. W omawianej obecnie sytuacji jak i w szeregu następnych uwidacznia się bardzo pozytywne zjawisko- wyrównywanie różnic środowiskowych.

Reasumując, pragnę poinformować Pana Rzecznika, że działania na rzecz zachowania/poprawy zdrowia dzieci i młodzieży są w Polsce jednym z priorytetów polityki rządu. Wyodrębnienie w systemie opieki zdrowotnej obszaru opieki nad matką i dzieckiem umożliwia usprawnienie funkcjonowania tej sfery opieki, szczególnie w aspekcie prawidłowo prowadzonej profilaktyki u kobiet ciężarnych i dzieci, co warunkuje poprawę stanu zdrowia całej populacji.

Z poważaniem,

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZA STANU

Igor Radziejewicz-Winnicki